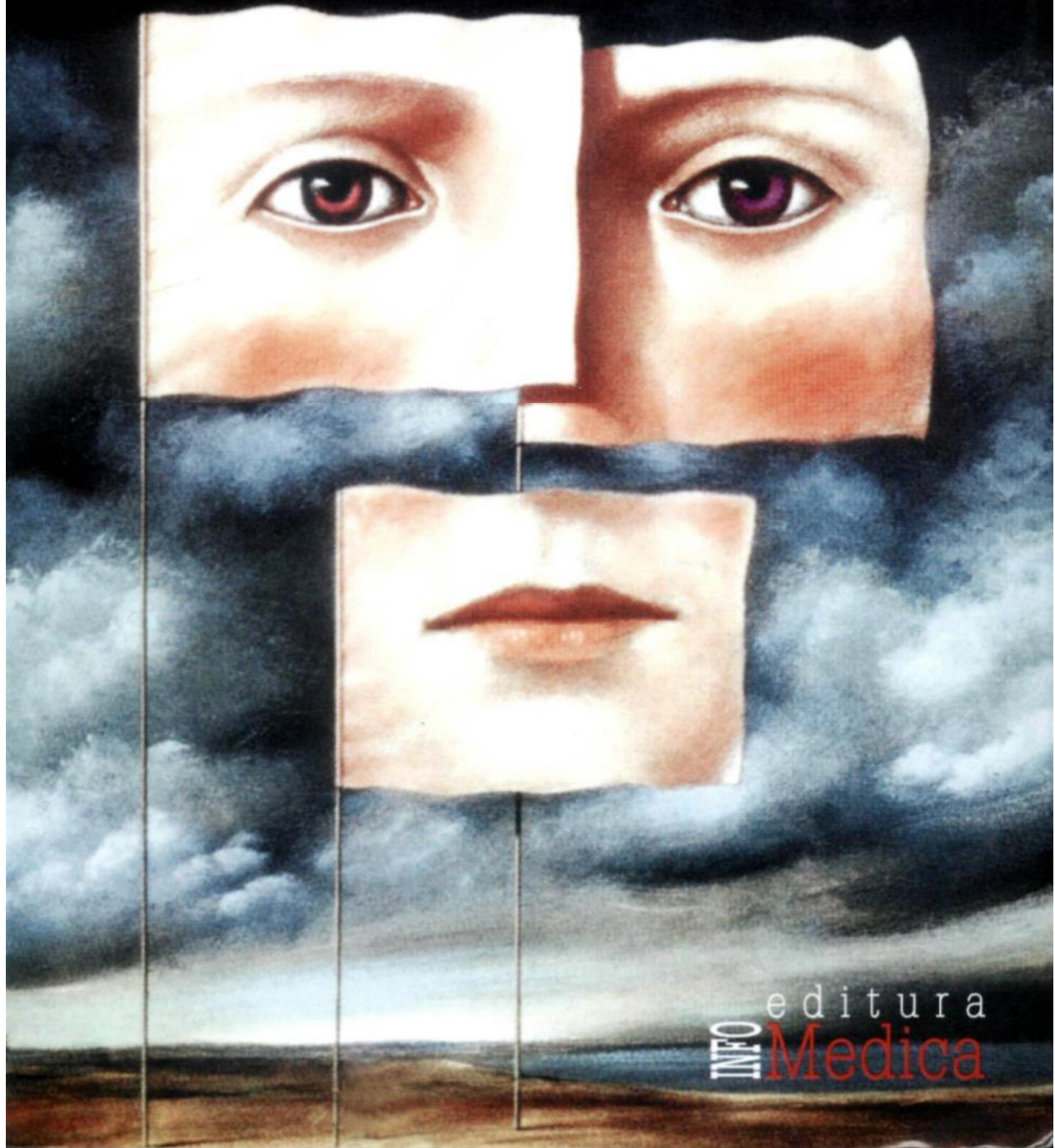


Florin Tudose

# ORIZONTURILE PSIHOLOGIEI MEDICALE



editura  
INFO Medica



## FLORIN TUDOSE

- PROFESOR UNIVERSITAR ȘI ȘEF AL DISCIPLINEI PSIHIATRIE, PSIHOPATOLOGIE ȘI PSIHLOGIE MEDICALĂ DIN CADRUL UNIVERSITĂȚII „SPIRU HARET”
  - MEDIC PRIMAR PSIHIATRU ȘI SPECIALIST ÎN SĂNĂTATE PUBLICĂ.
  - SUPRASPECIALIZĂRI ÎN SEXOLOGIE ȘI TERAPIA DURERII
  - COORDONATOR AL DEPARTAMENTULUI PSIHIATRIE DE LEGĂTURĂ DIN SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENȚĂ BUCUREȘTI, PRIMUL SERVICIU DE ACEST FEL DIN ROMÂNIA.
  - A REALIZAT NUMEROASE LUCRĂRI DE CERCETARE PRIVIND PSIHIATRIA CLINICĂ, PSIHIATRIA DE LEGĂTURĂ, CORELAȚII ÎNTRE BOLILE SOMATICE ȘI ETIOLOGIA PSIHICĂ, TULBURĂRILE ADOLESCENTULUI, CALITATEA VIEȚII, COMUNICAREA INTERPERSONALĂ, FACTORI PSIHOLOGICI IMPLICAȚI ÎN BOALĂ, MATERIALIZATE ÎN PESTE 150 DE ARTICOLE ȘI LUCRĂRI ȘTIINȚIFICE COMUNICATE SAU PUBLICATE.
- A publicat în calitate de autor sau coautor: *"VADEMECUM ÎN PSIHIATRIE" (1985)*, *"DICȚIONAR ENCICLOPEDIC DE PSIHIATRIE" (4 volume) (1986-1990)*, *"MEDICINA NATURISTĂ" (1987)*, *"SĂ DĂM SĂNĂTATE ANILOR NOȘTRI" (1991)*, *"PSIHOPOLITICA" (1996)*, *L'HUMOUR EN PSYCHOPATOLOGIE (Paris, 1998)* "O ABORDARE MODERNĂ A PSIHLOGIEI MEDICALE" (2000), *„COMUNICAREA - PREVENȚIE ȘI TERAPIE ÎN PATOLOGIA COLULUI UTERIN" (2000)*, *„EROTICA ÎN COTIDIAN" (2001)*, *„ABORDAREA PACIENTULUI ÎN PSIHIATRIE" (2002)*, *„PSIHOPATOLOGIE ȘI PSIHIATRIE PENTRU PSIHLOGI" (2002)*, *„REFORMA FĂRĂ ANESTEZIE" (2002)*, *„DISFUNȚIA ERECTILĂ - GHID CLINIC" (2002)*, *„TRATAT DE PSIHIATRIE" (2002)*.
  - DOMENIUL ÎN CARE LUCREAZĂ ÎL SITUEAZĂ ÎN POZIȚIA DE PIONIER AL APLICĂRII CONCRETE ÎN DOMENIUL PRACTICII GENERALE A CUNOȘTIINȚELOR DE PSIHLOGIE MEDICALĂ ȘI COMUNICARE INTERPERSONALĂ CA DIRECȚII FERTILE DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A PRACTICII MEDICALE.
  - ESTE UN COLABORATOR PRIVILEGIAT AL MASS MEDIA CARE ÎI SOLICITĂ OPINII AUTORIZATE ÎN CELE MAI DIVERSE DOMENII ALE VIEȚII COTIDIENE.

\*\*\*

O carte de psihologie medicală este pentru autor o enormă provocare. Pentru că ea înseamnă nu doar o actualizare și o completare a unor cunoștințe din cele mai variate domenii aplicative ale medicinei și psihologiei, ci și o autoanaliză profundă. Nici un alt domeniu nu solicită autorul într-o măsură atât de complexă, pentru că nici o meserie nu se împletește cu viața proprie așa cum medicina o face.

Psihologia medicală este și va rămâne, atât timp cât arta medicală va dăinui, fundalul de stabilitate și umanitate în care aceasta își desfășoară demersul pragmatic, adică nobila înfruntare a suferinței și morții. Ea este aceea care transformă puterea abstractă și formală a medicului în putere vindecătoare, limitând fantasmalele luciferice ale acestuia.

Medicina psihosomatică, abordare teoretică și practică, a câștigat și continuă să câștige terenul pe care îl merită cu prisosință în cadrul medicinei, depășind situația precară de viziune alternativă, îmbogățind cu fiecare demers capacitatea de înțelegere a medicului și adăugând dimensiunea psihoterapeutică în arsenalul terapeutic.

Această carte își propune să scruteze, cu modestie și fără pretenția că le va putea epuiza, orizonturile psihologiei medicale. Dacă în acest demers făcut cu neregretat efort, am reușit să arătăm o câțime din zberurile sufletești ale medicului și pacientului, dacă am reușit să strecurăm o rază de lumină acolo unde înainte era întunericul nepăsării sau ignoranței, vom crede că va trebui să continuăm.

ISBN: 973-7912-02-0

**FLORIN TUDOSE**

**ORIZONTURILE  
PSIHOLOGIEI MEDICALE**

editura  
**Medica**  
Bucure ti  
2003

---

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale**

**TUĐOSE, FLORIN**

**Orizonturile psihologiei medicale** / Florin Tudose -

București: Infomedica, 2002

Bibliogr.

ISBN: 973-7912-02-0

159.9

©2003 - **INFOMEDICA s.r.l.**

**Orizonturile psihologiei medicale**

FLORIN TUĐOSE

ISBN: 973-7912-02-0

Toate drepturile rezervate Editurii **INFOMEDICA**.

Nici o parte din acest volum nu poate fi copiat fără  
permisiunea scrisă a Editurii **INFOMEDICA**.

Drepturile de distribuție în străinătate  
apar în exclusivitate editurii.

Copyright ©2003 by **INFOMEDICA s.r.l.** All  
rights reserved.

Apărut 2003

Editura **INFOMEDICA** - București, Sos. Panduri 35, Bl. P1, Sc. A, Ap. 33-34

Tel/Fax: 410 04 10; 410 53 08; 410 61 63

E-mail: redactia@infomedica.ro

Referențiu științific: Prof. univ. dr. Constantin Bogdan

Prezentarea grafică a copertei aparține Irinei Criv

Tehnoredactare computerizat :

Gabriela Covrig ing. Nicoleta

Anghel

Tipar executat la Tipografia **INFO**  
*Medica*

**FLORIN TUDOSE**

**ORIZONTURILE  
PSIHOLOGIEI MEDICALE**

# Argument

**Motto: Nu vezi bine decât cu inima ta.**  
**Antoine de Saint-Exupery**

*O carte de psihologie medicală este pentru autor o enormă provocare. Pentru că ea înseamnă nu doar o actualizare și o completare a unor cunoștințe din cele mai variate domenii aplicative ale medicinei și psihologiei, ci și o autoanaliză profundă. Nici un alt domeniu nu solicită autorul într-o măsură atât de complexă, pentru că nici o meserie nu se împletește cu viaa proprie așa cum medicina o face.*

*„Vita brevis, ars longa” rămâne motto-ul care conține adevărul superb, dar și implacabil, al unei meserii milenare în schimbare tot mai rapidă, schimbare ajungând și accelerându-i amplitudinea în ultimele decenii.*

*Psihologia medicală este și va rămâne, atât timp cât arta medicală va fi în viață, fundalul de stabilitate și umanitate în care aceasta își desfășoară demersul pragmatic, adică nobilă înfruntare a suferinței și morții.*

*Cu cât problemele cu care se confruntă medicina se vor multiplica - iar acestea sunt tot mai neobișnuite, desprinse uneori parțial din scenariile science-fiction: chirurgie genetică, transplant și protezare cibernetică, donare și schimbare de sex - cu atât relația medic-pacient capătă dimensiuni complexe, ajungându-se la tipologii neobișnuite sau chiar la adevărate capcane pentru pacient.*

*Trăim într-o lume în care totul se globalizează, în care informația este în îndemâna tuturor putând fi astfel folosită în mod pozitiv sau, din contră, defavorabil de oricine. Cu ochii pe ecranul computerului, pacientul se transformă, devenind uneori mai informat decât medicul și nu în ceea ce privește o boală sau alta. Ansa medicului este cea oferită de Hipocrate: medicul tratează bolnavii, nu bolile. El este singurul care îl poate ajuta într-adevăr pe cel în suferință. În plus, medicul trebuie să fie responsabilizat pacientul în ceea ce privește comportamentul pentru sănătate, să împartă cu acesta laurii victoriei atunci când suferința este îndepărtată. Este o altă viziune și un alt mod de a înțelege lucrurile.*

*Psihologia medicală este aceea care transformă puterea abstractă și formală a medicului în putere vindecătoare, limitând fantasmalele luciferice ale acestuia.*

*Spiritul psihologiei medicale, este, sau mai curând ar trebui să fie, prezent în toate practicile medicale cotidiene - de la „banala” intervenție din medicina de familie la cele mai sofisticate: greșe, tratament oncologic complex al cancerelor, programe de recuperare sau abordarea stărilor terminale și a morții.*

*Domeniul psihologiei medicale poate fi regăsit în toate faptele din practica medicală unde intervine, într-un fel sau altul, un factor psihologic, fie că e vorba de raportul unui eveniment traumatizant din punct de vedere afectiv (doliu, despărțire) cu derularea unei afecțiuni somatice, sau de locul relației medic-pacient a proiectei acesteia în diagnosticul, tratamentul sau urmărirea bolilor.*

*Medicina psihosomatică - abordare teoretică și practică - a căutată și continuă să căute terenul pe care îl merită cu prisosință în cadrul medicinei, deși este în situația precară de viziune alternativă, îmbogățită cu fiecare demers al capacității de înțelegere a medicului și adăugând dimensiunea psihoterapeutică în arsenalul terapeutic.*

*Psihologia medicală este, în opinia noastră afirmată și cu alte ocazii, nu doar un domeniu intrinsec practicii și teoriei medicale, ci și o resursă, de departe cea mai importantă, în ceea ce va fi medicina viitorului.*

*Această carte își propune să scruteze, cu modestie și fără pretenții, ceea ce va putea epuiza, orizonturile psihologiei medicale. Dacă în acest demers, făcut cu un neregretat efort, am reușit să arătăm o câțime din zăbaterile sufletești ale medicului și pacientului, dacă am reușit să strecurăm o rază de lumină acolo unde înainte era întunericul nepăsării sau cel al ignoranței, vom crede că va trebui să continuăm.*

*Gaston Berger spunea că viitorul nu este numai ceea ce se poate întâmpla sau numai ceea ce are cele mai multe șanse să se producă. El este de asemenea ceea ce vom voi să fie. Psihologia medicală contribuie din plin la umanizarea medicinei, iar aceasta nu este decât o reîntoarcere în viitor.*

# Cuprins

## Capitolul 1.

### **Ce este psihologia medical modern ? .....1**

1. Psihologia medical -  
o realitate implicit a practicii terapeutice ..... 1
2. În c utarea unei defini ii ..... 3
3. Psihologie medical , psihologia medicinei,  
psihologie clinic - o fals dilem ..... 5
4. Prolegomene în apari ia psihologiei medicale ..... 7
5. Na terea psihologiei medicale moderne ..... 15
6. Psihologia medical - dimensiunea uitat  
a medicinei române ti ..... 17
7. Raportul psihologie medical i clinic - psihologie ..... 18
8. Rela ii cu domeniul tiin elor medicale i biologice ..... 19
9. Rela ia cu psihopatologia ..... 19
10. Rela ia cu psihosomatica ..... 21

## Capitolul 2.

### **Normalitate, anormalitate, s n tate i boal ..... 25**

1. Conceptul de normalitate ..... 25
2. Normalitatea ca s n tate ..... 28
3. Normalitatea ca valoare medie ..... 30
4. Normalitatea ca utopie ..... 31
5. Normalitatea ca proces ..... 35
6. Normalitate i comunicare ..... 36
7. Normalitate i adaptare ..... 36
8. Conceptul de s n tate ..... 39
9. Sim ul intern al coeren ei (Sense of coherence, Antonovsky) ..... 42
10. Anormalitate i boal ..... 43
11. Anormalitate i prejudecat ..... 45
12. Comportamentele anormale ..... 46
13. Conceptul de boal psihic ..... 48
14. Boal psihic i ecosistem ..... 49
15. Dimensiuni existen iale ale bolii psihice ..... 50

## Capitolul 3.

### **Vulnerabilitate i eveniment de via ..... 51**

1. Evenimentul de via -o abordare contemporan ..... 52
2. Natura evenimentului ..... 52
3. Importan a evenimentelor ..... 53
4. Contextul evenimentului ..... 57



5. Tracaserile și momentele bune cotidiene .....	58
6. Constrângerile rolului și natura lor .....	60
7. Abordarea socio-clinic (Brown și Harris) .....	62
8. Importanța interacțiunilor .....	66
9. Principiul sumării .....	67
10. Vulnerabilitate și agenți declanșatori .....	68
11. Suport social .....	71
12. Scala Vulnerabilității Psihologice (SVP) .....	71
13. Clasa socială .....	72
14. Sexul .....	73
15. Conceptul de criză în medicină și psihologie .....	74
16. Conflictul .....	77
17. Trauma, traumatologie .....	82
18. Tulburarea de stres posttraumatic (PTSD) .....	86
19. Reguli pentru terapia traumei (Wilson, 1989) .....	95

#### Capitolul 4.

<b>Adaptare stres și personalitate .....</b>	<b>97</b>
1. Despre conceptul de adaptare .....	98
2. Despre starea de sănătate și adaptare .....	104
3. Conceptul de stres .....	105
4. Trăsături de personalitate în determinarea bolilor .....	116
5. Personalitatea și ciclurile vieții .....	123
6. Etapele ciclului vieții .....	127
7. Teren premorbid și vârstă .....	140
8. "Sensul personal al vieții" (Jung CG) .....	140
9. Conștiința identității personale .....	141
10. Boala și personalitate .....	142
11. Personalitate și adaptare .....	146
12. Mecanisme de apărare .....	150
13. O abordare cognitivă a mecanismelor de apărare .....	154
14. Mecanisme de apărare, personalitate și boală .....	159
15. Interacțiune socială și mecanisme de apărare .....	162
16. Resursele sociale .....	165
17. Modalități de abordare a pacientului cu tulburare de personalitate internată ..	167
18. Personalitatea medicului și diagnosticul .....	170

#### Capitolul 5.

<b>Aspecte ale comunicării cu pacientul .....</b>	<b>177</b>
1. Caracteristicile comunicării medicale .....	178
2. Fereastra de comunicare DONA .....	179
3. Factori perturbatori ai comunicării .....	181
4. Stabilirea relației de comunicare .....	183
5. Relația medic - pacient și modelul biopsihosocial .....	184

6. Comportamentul fa de boal	185
7. Calit i terapeutice esen iale	186
8. Cuvintele care identific simptome i sentimente	190
9. Comunicarea nonverbal medic - pacient	191
10. Modele ale rela iei medic/pacient	196
11. Aspecte ale dinamicii rela iei medic-pacient	198
12. Transfer i contratransfer în rela ia medical	199
13. Medicii ca pacien i	202
14. Medicul i patologia psihologic profesional ( <i>sindromul de burnout</i> )	203
15. Câteva ipostaze speciale ale rela iei medic-pacient	205
16. Comunicare medical i gen	206
17. Comunicare i confiden ialitate	213
18. O situa ie special - comunicarea cu adolescen ii	214
19. Cum s comunic ve tile rele în medicin	219
20. Probleme de comunicare la bolnavii cu tulbur ri cognitive	225
21. O încercare de evaluare capacit ii de comunicare	226

## Capitolul 6.

### **Psihologia interven iei terapeutice ..... 227**

1. Medicamentul - istorie i contemporaneitate	227
2. Imagini ale medicamentului	228
3. Imaginea extern i reclama medicamentului	229
4. Imaginile interne ale medicamentului	231
5. Efectul placebo	231
6. Compliant , non-compliant , acceptan	237
7. Iatrogenii	245

## Capitolul 7.

### **Somatizare, psihosomatic , condi ii psihopatologice cu exprimare corporal ..... 249**

1. Defini ii i cadru conceptual	250
2. Somatizarea între psihanaliz i neurobiologie	251
3. Somatizare i medicin psihosomatic	252
4. Grupa de tulbur ri somatoforme în DSM-IV i ICD 10	253
5. Tulbur ri somatoforme i normativitate	254
6. Afectivitatea negativ i somatizarea	255
7. Somatizare i con tiin	256
8. Somatizarea - un comportament în fa a bolii	257
9. Genetic i somatizare	258
10. Somatizare i personalitate	259
11. Posibile modele ale somatiz rii	259
12. Etiologie i ontologie în somatizare	265
13. Fiziologie i psihologie în etiologia simptomelor func ionale	266
14. Factorii psiho-sociali i somatizarea	267

15. Comorbiditate și somatizare .....	268
16. Nosografie și somatizare .....	268
17. Antropologie și somatizare .....	269
18. Dismorfofobia .....	270
19. Hipocondria - semantic și semiologie .....	280
20. Dezvoltarea istoric a conceptului de hipocondrie .....	281
21. Hipocondria și psihanaliza .....	282
22. Organodinamismul și hipocondria .....	284
23. Fenomenologie și hipocondrie .....	287
24. Hipocondria - o viziune psihopatologic românească .....	289
25. Repere somatice și psihice în psihopatologia hipocondriei .....	290
26. Epidemiologia hipocondriei .....	292
27. Hipocondria și „Colecția de doctori” .....	293
28. Încutarea unei strategii în terapia hipocondriei .....	293
29. Hipocondria și anxietatea pentru sănătate la vârstnici .....	298
30. O patologie psihiatric „major” a corpului .....	306
31. Sindromul oboselii cronice .....	309
32. Durerea cronic .....	318
33. Anorexia / bulimia mintal .....	330

### Capitolul 8.

#### **Repere în psihosexologie .....** 347

1. Problema sexualității în lumea contemporană .....	348
2. Sex în Statele Unite .....	349
3. Medicul și sexualitatea - o situație inedită .....	350
4. O anamnez dificil .....	353
5. Disfuncțiile sexuale psihogene .....	356
6. Disfuncțiile sexuale masculine .....	357
7. Disfuncția erectilă și depresia .....	361
8. Mituri și prejudecăți care împiedică pacientul cu disfuncție erectilă să se prezinte la psihiatru .....	363
9. Modalități de abordare a disfuncției erectile psihogene .....	365
10. Vaginismul .....	366
11. Orgasmul și frigiditatea .....	369
12. Considerații psihodinamice în frigiditate .....	375
13. Alte cauze ale frigidității .....	378
14. Tratatamentul anorgasmiei .....	379
15. Disfuncțiile sexuale ale cuplului .....	381
16. Calitățile sexologului .....	383

#### **Bibliografie .....** 387

## **CE ESTE PSIHOLOGIA MEDICAL MODERN ?**

*„Bolile sunt de două feluri: cele ale trupului și cele ale minții. Unele izvorăsc din celelalte. Suferințele minții se trag din chinul trupului tot așa cum suferințele trupului se trag din chinul minții.”*

*Text indian antic*

- 1. Psihologia medicală - o realitate implicită a practicii terapeutice**
- 2. În contextul apariției unei definiții**
- 3. Psihologie medicală, psihologia medicinei, psihologie clinică - o falsă dilemă**
- 4. Prolegomene în apariția psihologiei medicale**
- 5. Nașterea psihologiei medicale moderne**
- 6. Psihologia medicală - dimensiunea uitată a medicinei românești**
- 7. Raportul psihologie medicală și clinică - psihologie**
- 8. Relații cu domeniul științelor medicale și biologice**
- 9. Relația cu psihopatologia**
- 10. Relația cu psihosomatica**

### **1. PSIHOLOGIA MEDICALĂ - O REALITATE IMPLICITĂ A PRACTICII TERAPEUTICE**

Istoria domeniului psihologiei medicale este una agitată deoarece se pot găsi rădăcini în chiar începuturile artei științelor medicale. Atâta timp cât actul medical implică întotdeauna relații și comunicare, se poate spune că medicina nu se poate practica fără psihologie, chiar dacă cunoștințele de psihologie au apărut ca „o determinare inconștientă, acumulată în decursul practicii” (Nayrac P, 1962). Psihologia medicală a revenit în forță atât în

ceea ce privește demersul practic cât și în elaborarea considerațiilor teoretice abia în secolul XX, ultimii 50 de ani transformând radical atât practica medicală cât și intervenția din direcția psihologiei în actul medical. În fapt, domeniul psihologiei medicale și clinice a devenit zona centrală, de rezistență a psihologiei, un domeniu în care își desfășoară într-un fel sau altul activitatea, cei mai mulți dintre absolvenții facultăților de profil din țările puternic dezvoltate.

În opinia lui **Iamandescu IB și Luban-Plozza B (2002)**, medicina actuală se îndreaptă spre o orientare psihologică, atât în privința aprecierii factorului psihic ca agent etiologic în majoritatea bolilor somatice plurifactoriale, cât și în cea a considerării lui ca agent „furnizor de sănătate” - exclusiv ca în cazul psihoterapiei sau ca adjuvant în terapia medicamentoasă ori de altă natură.

În același timp, importanța studiului psihologiei medicale pentru medici nu a încetat să se amplifice, o recentă recomandare a președintelui Asociației Mondiale de Psihiatrie (**Lopez-Ibor Alino JJ, 1999**) precizând că :

- nu se va trece la studiul psihiatriei decât tre studenții în medicină fără să se precizeze importanța patologiei psihiatrice în practica medicinei generale;
- prezentarea psihologiei medicale va permite folosirea acesteia în practica medicală curentă ;
- vor fi prezentate fundamentele științifice, înțelegând de domeniul neuroștiințelor, științelor sociale și psihologiei generale.

Cu toate acestea există chiar opinii cum este cea a lui **Tignol J** care situează medicina prin practică și prin obiectul său la polul opus psihologiei, văzând-o ca pe o antipsihologie. Ei adaugă că ne aflăm actualmente în fața unei științe medicale riguroase a cărei antipsihologie fundamentală este fondatoare și perfect justificată. Dimpotrivă, aceeași antipsihologie aplicată în cazul solicitării de îngrijiri, distinct față de boala și definiția ei dintr-o perspectivă umană, este nu numai antiștiințifică și un ec.

**Delahousse** este frapat de faptul că în spitalul general există o inadecvare din ce în ce mai evidentă între extraordinarul perfecționism tehnic cu împingerea sarcinilor și depersonalizarea intervenanților pe care aceasta o impune și persistența unei mișcări masive ce împinge spre spital o masivă populație heterogenă care ridică probleme umane, sociale, psihice, care trece prin momente de criză, care utilizează diferite registre de exprimare so-

Ce este psihologia medicală modernă ?

3

matică a crei organicitate reprezintă doar un aspect și a crei luare în grijă este total incompletă, aleatorie. O serie de autori americani atrag atenția că medicina ar trebui să aibă grijă să răspundă corect solicitărilor reale ale bolnavilor, deoarece aceștia încep să o evite, îndreptându-se către practici non-medicale (vindecători, bioenergeticieni, vrăjitori).

## 2. ÎNCĂUTAREA UNEI DEFINIȚII

O definiție comprehensivă a psihologiei medicale unanim acceptată nu există, dar există o serie de adevăruri incontestabile care pot conduce spre acoperirea întregului spectru de activitate în care se pot recunoaște punctele de interes și aplicațiile ale acestora. Este vorba de un concept hibrid care a fost întotdeauna greu de definit într-o manieră convenabilă unde au fost alături doi termeni care, în mod cert, nu se contrazic, dar care, de aceea, nu au în mod evident o legătură naturală între ei.

Dacă, în conformitate cu definiția lui **Popescu Neveanu P** - obiectul psihologiei generale tratează procesele, sistemele și însușirile psihice integrând și problematica generică a personalității, studiul psihologiei medicale se poate restrânge la domeniile relațiilor interpersonale și ale grupurilor mici (**Golu P**) și are ca obiect de studiu psihologia bolnavului și a relațiilor sale cu ambianța, legăturile sale subiective cu personalul medico-sanitar (în mod predominant cu medicul) și cu familia.

Ea studiază și reacția psihică a bolnavului față de agresiunea somatică și/sau psihică (posibil generatoare de boală) și mijloacele psihice de tratament. **Veil CI** adaugă că apar în toată conștiința psihologiei medicale atitudinea față de morții, fenomenele de transfer și contraltransfer, beneficiul secundar, relațiile umane de la nivelul spitalului.

Pot fi inserate, conform opiniei lui **Besancon G**, în cadrul rubricii psihologie medicală, toate faptele din practica medicală unde intervine. Într-un fel sau altul, un factor psihologic, fie că este vorba de un eveniment traumatizant din punct de vedere afectiv (doliu, despărțire), fie de determinarea sau de evoluția unei afecțiuni somatice sau de relația medic-pacient în cursul elaborării diagnosticului, al conducerii tratamentului sau de-a lungul evoluției bolilor cronice. În opinia acestui autor, psihologia medicală, adică psihicul său, este sau ar trebui să fie, prezent în practica medicală cotidiană și obișnuită (medicina generală sau de familie) sau în practicile cele mai sofisticate (grefe, tratament complex al cancerelor, cronicitate, abordarea morții etc).

**S hleanu V i Athanasiu A** adaug în sfera de preocupări a psihologiei medicale și problematica psihologică a profesiei medicale ca domeniu separat de problematica relației interpersonale medic-pacient. Acești autori consideră că psihologia medicală trebuie să fie psihologia care are în centrul ei „drama” persoanei umane, punând accentul atât pe datele obiective, cât și pe cele subiective, în primul rând introspecția bolnavului și intuiția medicală. Un raport al *British Psychological Society* atribuie studiului psihologiei medicale cinci subiecte majore: funcțiile psihice elementare, psihologia socială, psihologia dezvoltării, diferențele individuale, psihologia în relațiile cu medicina (efectele psihologice ale bolii, relațiile medic-bolnav).

Încercând să simplificăm domeniul de definiție, **Huber W (1992)** definește psihologia clinică arătând că este ramura psihologiei care are drept obiect problemele și tulburările psihice precum și componenta psihică a tulburărilor somatice. Este, deci, studiul problemelor psihice care se manifestă în conduitele normale și patologice și a intervenției în aceste conduite. Această definiție îi permite autorului francez să refere psihologia medicală nu doar la cele trei domenii deja clasice: situația de a fi bolnav, relația medic-pacient, psihologia profesiei medicale, ci și o extindă și către psihologia sănătății în cea comunitară.

Psihologia medicală, prin specificitatea obiectivelor și mijloacelor sale de cercetare, oferă posibilitatea unei mai bune precizări și aprecieri a tulburărilor psihice din evoluția unui proces de îmbolnăvire, demers cu reverberații atât în diferențierea actului terapeutic, cât și în cea a modalităților de asistență medicală, proiectată competent și în înțelegerea faptelor de persoana bolnavă, ambianței și factori de risc. Ea oferă în acest mod și investigarea posibilităților de prevenție sau de minimalizare a consecințelor unor stări psihopatogene, având drept corolar prestrarea sănătății.

Această extensie către psihologia sănătății este legată strâns de noțiunea de sănătate mintală, valoare fundamentală a societății contemporane, care a căpătat o pondere deosebită în interesul opiniei publice. De altfel, chiar sănătatea a fost redefinită de Organizația Mondială a Sănătății ca fiind nu doar absența bolii, ci și existența unei stări de bine și confort psihologic, somatic și social al individului.

Ce este psihologia medicală modernă ?

5

### 3. PSIHOLOGIE MEDICALĂ , PSIHOLOGIA MEDICINEI, PSIHOLOGIE CLINICĂ -O FALS DILEM

În ceea ce privește alegerea între sintagmele „psihologie medicală” și „psihologie clinică” credem că trebuie să fie similare, cele două formulări acoperă un câmp asemănător de preocupări, psihologia clinică putând fi considerată un subdomeniu al psihologiei medicale. Cu siguranță termenul *clinic* nu se referă la asistarea bolnavului imobilizat la pat (cf. gr. *klinikos* = „de pat”), ci la observația directă, imediată și nemijlocită pe care studiul de caz individual o presupune atât în medicină cât și în psihologie.

Dicționarul LAROUSSE definește *psihologia clinică* drept „*metodă specifică de înțelegere a comportamentelor umane care urmărește să determine simultan ceea ce este tipic și ceea ce este individual la un subiect considerat ca o ființă care trăiește o situație definită*.” (Sillamy N, 1995). Pornind de la studiul de caz individual, aceasta ar dori să ajungă la o generalizare științific valabilă. În opinia acestuia autorul ea utilizează datele furnizate de:

- ancheta socială
- tehnicile experimentale
- observarea comportamentală
- convorbirea de la om la om
- datele de biotipologie
- datele psihanalitice.

Pe de altă parte, Fedida P (1968) arată că termenul de *clinică* în psihologie are un statut problematic atât în interiorul medicinei cât și în interiorul psihologiei însăși.

Huber Winfrid (1993) preferă termenul de psihologie clinică și arată că aceasta are patru domenii de intervenție: dezvoltarea și promovarea sănătății, prevenirea, funcția terapeutică și funcția de reabilitare.

După Mayer și colab. (1991) zonele de intervenție ale psihologiei clinice sunt psihologia transportului, psihologia muncii și a organizațiilor, prevenirea, handicapul mintal, psihologia judiciară, depistarea precoce, casele de copii și adolescenți, spitalele generale, gerontologia psihiatrică, foniatria, centrele de consultație și psihologie colară, clinicile psihosomatice și clinicile de reabilitare, clinicile și cabinetele de consultație psihiatrice, cabinetele private de psihoterapie și reinserție. Se poate constata cu ușurință, în vizi-



unea autorilor citați, psihologia clinică este **vizibil** ca acționist și evident, legat de caz, fără ca, în unele situații, să poată fi vorba de vreo legătură cu medicina.

**TABELUL 1.**

<b>NIVELUL DE INTERVENȚIE - EXEMPLE</b> (după Perrez M și Baumann U, 1991)			
<b>Scop</b>	<b>Funcționare psihic</b>	<b>Configurarea funcțiilor</b>	<b>Sisteme interpersonale</b>
Promovarea sănătății	Antrenament în rezolvarea problemelor	Experiență personală	Training în comunicarea din întreprindere
Prevenție	Antrenarea memoriei la persoanele vârstnice	Training în controlul stresului	Educație parentală
Terapie	Tratamentul tulburărilor de somn	Terapie comportamental-cognitivă pentru depresivi	Terapia familiei cu un copil anorexic
Reabilitare	Recuperarea memoriei după un traumatism cranian	Program terapeutic pentru alcoolism cronic	Terapia familială pentru a preveni recidivele pacienților schizofrenici

Considerăm că desprinderea artificială a psihologiei clinice - psihologiei medicale nu poate fi făcută, psihologia medicală având drept instrument de lucru metoda clinică. De asemenea, desprinderea psihologiei medicale de psihologia medicinei ni se pare un demers inutil care ar crea artificial un domeniu ce nu ar avea unelte specifice. Psihologia medicală se referă la atitudinea față de bolnav și boală, față de sistemele de îngrijire a sănătății, atât ale individului bolnav cât și ale celui sănătos, acest lucru incluzând logic și atitudinea medicului și celor ce lucrează în domeniul medical față de propria profesie. O serie de argumente pertinente aduc în favoarea folosirii termenului de *psihologie medicală* **Ionescu G (1995):**

- prezintă un domeniu mai vast decât psihologia clinică, prin cuprinderea problematicii psihologice adiacente bolnavului,
- fără a renunța la caracterul aplicativ psihologia medicală prezintă mari posibilități de esențializare și teoretizare a datelor, a faptelor și a observațiilor izvorâte din analiza clinică,

Ce este psihologia medicală modernă ?

7

- p strând ca aspect fundamental planul relațional interpersonal, dep -  
e te aria observației imediate directe și individuale.

- p streaz relații mai ample cu alte ramuri ale psihologiei, afirmându -se  
ca un domeniu aplicativ al psihologiei spre deosebire de psihologia clinică ,  
care este ferm axată asupra pacientului.

De asemenea, nu vom fi niciodată în acord cu cei ce vorbesc despre o  
medicină psihologică , pentru că a a cum am arătat anterior, obiectul medi -  
cinii este individul uman care nu poate fi dezatribuit niciodată de dimensiu -  
nea sa psihologică în nici una din ipostazele sale.

#### 4. PROLEGOMENE ÎN APARIȚIA PSIHOLOGIEI MEDICALE

Se poate spune că este imposibil de separat momentul apariției psiho -  
logiei medicale de cel al apariției medicinei.

Acest lucru înseamnă o problemă fundamentală a medicinei și anume  
aceea a *unității funcționale soma-psyche*. Problema este apărută de la începu -  
turile medicinei ca artă și știință în spațiul cultural european , respectiv odată  
cu începutul filosofiei antice grecești. Oricât ar părea de paradoxal, dificilă -  
tăți conceptuale ca și de abordare psihopatologică , în alegerea unei simpto -  
matologii și integrarea ei într-un model psihopatologic și în găsirea explicațiilor  
și, uneori, chiar sensibile răspunsuri în felul în care o abordare sau alta a  
transpus în timp, mai mult sau mai puțin complex, un mod filosofic de a da  
perspectivă demersului logic.

Nașterea medicinei a fost simultană cu cea a filosofiei, iar miracolul  
hipocratic nu poate fi în niciun fel separat de miracolul civilizației grecești.  
Acest lucru a fost inspirat și sintetizat de **Cayol JB** care spunea despre  
Hipocrate: „În ziua pe care o plămădise pentru a da o formă artei medicale.  
Dumnezeu a făcut să se nască un om provenit dintr-o veche familie de  
medici, lămurit în mare măsură în Grecia. Lămurit să se nască în secolul cel mai  
luminat al antichității, astfel că a fost contemporan cu Socrate și maestru al  
lui Platon. ”

Înrudirea dintre formulările operelor hipocratice și ideile dezvoltate în  
diferite fragmente filosofice este indubitabilă „întreaga Colecție hipocratică  
este legată printr-o mulțime de fire cu întreaga filosofie presocratică și so -  
cratică ” (**Dies A, 1927**).

Nu poate fi o coincidență faptul că colile medicale, de la Knidos și Kos - cele mai importante coli de medicină ale antichității, s-au dezvoltat și au atins maxima înflorire în apropierea Miletului, unul din principalele centre comerciale, metropolă a sute de aezuri și patrie a unor personalități proeminente ale filosofiei presocratice: **Thales, Anaximene, Anaximandru.**

Precedând presocraticii, **Homer**, care nu poate fi considerat un filosof în sensul obișnuit al cuvântului, pune în poemele sale problema raportului dintre *psyche* (suflul vieții care continuă și trăiește și după moarte într-o formă atenuată) și *soma* (cadavru nemîncat, ceea ce rămâne din agregatul mobil de mîdulare din care a dispărut *psyche*). **Homer** este cel care face prima legătură dintre cap și suflet afirmând că sufletul eroilor iese pe gură, dar desparte *psyche* de timos-spiritul, care ar fi localizat în diafragma (*phrenes*) cu care omul gîndește și simte.

**Thales** este reprezentantul cel mai important al colii din Milet. El afirmă că substanța care stă la baza tuturor lucrurilor și se transformă în toate lucrurile este apa. El și coala ionică vor afirma derivarea lumii dintr-un principiu unic material. În același sens, **Heraclit din Efes** va gândi că element primordial focul în permanentă schimbare ca și întregul Univers în care nimic nu rămîne imobil: „*Lumea a existat întotdeauna, ea este și va fi mereu un foc viu*”. În acord cu **Hersch J**, important este **nu** că acești gînditori au ales o soluție sau alta pentru problemele la care încercau să răspundă ci faptul că au stabilit o direcție spre ceva mereu în mișcare, capabil să ia chipul tuturor lucrurilor fără a se anihila.

Coala eleată, al cărui principal reprezentant a fost **Parmenide**, afirmă cu vigoare principiul identității pe care îl instalează în ființă însuși. Ființa este, după **Parmenide**, ceva profund divin, fără nici o personificare. *Ființa este un tot perfect*. Această concepție despre ființă va fi unul din filioanele care se va regăsi de-a lungul întregii istorii a gîndirii occidentale. Lumea sensibil percepută prin intermediul simțurilor este considerată doar *aparentă*, iar lumea aparențelor ar fi condusă de o divinitate situată în centrul ei căreia îi apar în timpul și spațiu.

În opoziție cu eleatii, atomiștii (**Democrit, Leucip, Anaxagora**) propun o reprezentare a ființei printr-o multitudine de mici unități indivizibile, imuabile, indestructibile, care constituie fondul permanent al realului, care se alătură unul altuia în mii de feluri provizorii pentru a alcătui lumea schimbării. Atomiiștii au făcut o încercare serioasă de a distinge între *psyche* și

Ce este psihologia medicală modernă ?

9

nous atât ca funcție, cât și ca localizare. *Nousul*, inteligența, intelectul, spiritul fiind separat de masa asupra căreia acționează.

Interacțiunea corp-suflet, soma-psyche a fost obiectul unor constante reflexii după ce **Anaxagoras** a operat distincția psyche-soma. În viziunea lui **Democrit**, atomii corpului și sufletului sunt juxtapuși, dar **Lucretius** consideră această interacțiune este imposibil de susținut.

**Diogenes din Apolonia** consideră că legătura psyche-aer este evidentă pentru că de acesta din urmă depinde viața. În secolul al VI-lea psyche ajunge să absoarbă funcțiile *thimosului* homeric și termenul va fi folosit pentru totalitatea psihică a omului, în timp ce în paralel, agregatul fizic al membranelor și părților corporale va ceda locul lui soma, care nu mai înseamnă acum cadavrul, ci unitatea fizică corelată cu ceea ce psihic este psyche.

O importanță aparte a avut școala pitagoreică, **Pitagora** fiind primul gânditor grec care a căutat în structurile corporale suportul material al fenomenelor psihice, realizând la nivelul cunoștințelor epocii și în cadrul concepției cosmologice proprii interrelația suflet-corp. El a considerat sufletul (*pneuma*) o formă materială care se mișcă prin corp și este constituit dintr-un principiu cosmic - eterul. El reia modelul orfic privitor la suflet, dar îl extinde escatologic, susținând natura cosmică a sufletului care se întoarce în spațiile siderale după moartea care îl eliberează din corp.

Am insistat asupra ideilor pitagoreice deoarece unii istorici ai medicinei atribuie excepționalului gânditor din Samos paternitatea unor idei ale corpusului hipocratic. Aceasta cu atât mai mult cu cât **Alcmenon din Crotona** discipol al lui **Pitagora** a fost o prominentă personalitate medicală a timpului. El va fi cel care spune: „*Omul în elegeră în timp ce animalele celelalte percep, dar nu în elegeră ... Toate percepțiile ajung la creier și aici se pun de acord.*”

În contrast cu ideile epocii, medicul filosof din Crotona încearcă să descopere relația sănătate-boală și să explice aceste stări fundamentale prin prezența unor factori naturali de origine internă sau externă. „*Izonomia for elor umed, uscat, rece, cald, amar, dulce, este însă toată de sănătate, pe când monarhia lor provoacă boala; într-adevăr, monarhia oricăreia este un lucru primejdios.*”

Opera lui **Socrate** este greu de separat de cea a lui **Platon**, ea fiind transmisă în mare parte prin conținutul dialogurilor platoniciene.

Originile delfice ale gândirii sale îl vor îndemna spre cunoașterea de sine, spre o înțelegere profundă a naturii umane sub toate aspectele; nu a scris nimic și nu a lăsat nici o mărturie personală despre el însuși.

Opera platoniciană în totalitatea ei și în devenirea ei temporală poate fi definită ca una în care ființa umană este prezența absolută, ca un discurs filosofic care își asumă omul ca element esențial. Circumscrie orizonturilor filosofice grecești referitoare la om și la destinul său. Ea se definește ca originală în particularizarea ideii de necesitate a cunoașterii vieții umane și a conservării acesteia prin forma care o singularizează (**Cazan GA., 1994**). Concepția lui **Platon**, care vede omul ca structură duală, în același timp trup și suflet, relevată în toate dialogurile referitoare la om, va marca întreaga cultură ulterioară (antică, medievală și modernă).

În opera lui **Platon**, problematica corpului și a sufletului, care este inseparabilă, constituie un fel de linie de creastă în **continuitatea** având pe de-o parte contextul arhaic în care filosofia a luat naștere, iar pe de altă parte tot ceea ce îi va succeda de la **Aristotel** la epicurieni.

**Platon** ne propune deci o manieră absolut remarcabilă de a gândi articularea corpusului mitologic și corpusului ritualurilor religioase. *Nebunia sfântă* este cea a cărei inspirație divină permite convertirea problemelor dureroase în probleme de rezolvat și de aici în probleme care solicită rezolvări foarte precise. Calea de rezolvare a conflictului este, așa cum o indică **Platon**, boala, care poate să fie atât de bine să fie corporală, excesul de probleme cu care individul se confruntă evidențind de o manieră mai generală un destin nefast sau malefic.

Platon consideră sufletul „*uman și divin deopotrivă, luând în seamă înrâuririle și faptele ce îi sunt proprii*”. Sufletul este definit ca nemuritor prin faptul că se mișcă de la sine și este sursă și principiu al mișcării pentru toate câte se mișcă. Iar acest principiu este el însuși neînnscut. Mișcarea este concepută atât în sens de mișcare, cât și în sens de schimbare. Sufletul ne apare asemenea unei puteri ce prinde laolaltă, din fire îngemănate și înzestrată și eu aripi, atelaj înaripat și pe vizitiul său. Este semnificativ această concepție a corpului ca mișcare *auto-motorie* și *auto-mobilă*, conducând mai degrabă la o separare a corpului de suflet, decât la o integrare a acestora. Când sufletul își pierde aripile ia chip de ființă și mânteașă ce pare că se mișcă de la sine când de fapt pricina mișcării este puterea sufletească.

Influența concepțiilor orfico-pitagoreice este evidentă: *psyche o unitate nemuritoare supusă renașterii ciclice într-un corp care este sursa tuturor relelor*. Scopul vieții devenea astfel purificarea (*catharsis*), pregătirea pentru moarte și revenirea sufletului în mediul său natural - cosmosul. Din aceleași surse provine și doctrina reamintirii: nu ne reamintim detalii dintr-o viață anterioară, ci doar recunoașterea formelor (*eide*); *psyche* este facultatea prin care cunoaștem eidele pentru că sufletul este înrudit cu ele fiind nemuritor, invizibil și imaterial. **Platon** va reveni asupra acestor idei admitând că anumite funcții somatice apar în viața sufletului (care în *Phaidon* era considerat ca acționând independent de simțuri). În *Republica*, **Platon** reintroduce tripartita sufletului: parte rațională (*logisticon*), parte pasională (*thymoeidesis*) și partea apetentă toate cu virtuți și *pathe*. În *Phaidros*, **Platon** va arăta legătura dintre corp și suflet la nivelul senzațiilor în care sunt antrenate în mod egal; plămânii se propagă de la corp la suflet. În *Timaios*, **Platon** va face distincția între mișcări primare care sunt proprii sufletului și mișcări primare care își au originea în corp și ajung la suflet. Senzația este un fel de scurttur (*seismon*) prezentându-se într-un fel corpului și altfel sufletului, deși le este comună.

**Aristotel**, fiu al unui important medic al vremii, elev și dizident al școlii platoniciene, considerat al doilea părinte al filosofiei, a abordat într-o manieră complet diferită problema sufletului și a corpului în partea a doua a tratatului despre suflet (*Peri psyches*). **Aristotel** considera corpurile vii realități „care se hrănesc, cresc și dispar prin sine însuși”, compuse din materie și din formă. El rupe dualismul metafizic corp-suflet afirmând că realitatea formală a corpului nu este altceva decât sufletul „entelechia”. Deși în cursul perioadei platoniciene tratase sufletul ca pe o substanță completă care nu are nevoie de corp, în *De Anima* el precizează: „Corpul viu își însușește (soma empsychon) este compus din hyle (principiul material) și eidos (principiul formal)”. Studiind problemele sufletului el alege calea funcțională numindu-le facultăți (*dynamis*) și pornește de la cea fundamentală, cea nutritivă, până la facultatea distinctivă, *noetika*. Definind trei grade ale sufletului: vegetativ, senzitiv și intelectual, ca trei forme ale unei unități indisolubile, **Aristotel** neagă teza despre imortalitatea sufletului, „sufletul fiind cauza finală și formală a unui corp, nu poate supraviețui desfacerii unității acelui corp” (*De Anima* 2, 415b). Pe de altă parte, unele considerații ale lui **Aristotel** despre suflet se extind în domeniul psihologiei, atât în ceea ce privește

funcțiile perceptivă, cât și în cele cognitive. Pe lângă cele cinci simțuri, el concepe și un organ de simț comun care face distincția între percepțiile unor simțuri diferite. **Aristotel** vorbește despre imaginație ca fiind producătoare de imagini independente de simțuri și despre opinii ca produse ale imaginației supuse controlului intelectual. El consideră *pneuma* drept materie imediată a activităților psihice, fără să o considere și un principiu vital. De asemenea, consideră că manifestările sufletești de ordin emoțional și afectiv sunt posibile numai la nivelul cordului care este și sediul celor care converg informațiile de la nivelul receptorilor. De remarcă este că datorită prestigiului extraordinar de care s-a bucurat **Aristotel** (Biserica Catolic îl consideră „*precursor Christi in rebus naturalibus*”), modelele propuse de el au rezistat mai bine de două milenii. **Aristotel** va fi considerat cea mai prestigioasă personalitate științifică în tot Evul Mediu.

Odată cu apariția filosofilor stoici, viziunea asupra raportului suflet-corp se modifică radical. Stoicismul, materialismul și monismul, în același timp, afirmă că *totul* este corporal cu excepția gândirii logice, a vidului care înconjoară lumea și a timpului și spațiului. Sufletul (*psyche*) este un corp (*soma*)- Lumea însăși este un corp și o ființă pe care un divin corporal o străbate până în cele mai mici dintre bucățile sale într-o manieră fizică. Natura este deci divină, putere demiurgică, dar anonimă, intim legată de corpul lumii tot așa cum corpul uman este intim legat de sufletul său. De aici rezultă că viața lumii este una, așa cum unică este viața omului. Filosofia stoică este o filosofie a omului continuu într-o lume continuă. Nimic nu este mai puternic decât *Natura*, iar cel în alepturi își va realiza natura sa.

Accesul la înțelepciune era, potrivit stoicilor, condiționat de o adevărată cultură a corpului, mergând de la exerciții de respirație până la reprimări dure legate de „*un simbolism macabru, un soi de canibalism metaforic*” (**Daraki M, 1993**). Dorința de stăpânire perfectă a corpului este legată de conceptul de *ataraxie* - absența tulburării, care ar conduce corpul la adevărată sa unitate cu sufletul care, la rândul lui, prin asceză, îl poate face să intre în unitate cu cosmosul.

Adevărată înțelepciune constă în a accepta inevitabilul care, de altminteri, se înscrie în ordinea universală perfectă. Omul trebuie să-și elimine din suflet orice fel de pasiuni, patimi, poftă, dorințe, pentru a putea rămâne astfel impasibil și tare în fața vicisitudinilor vieții. Stoicii spuneau că omul care doare este ceea ce nu depinde de el este un sclav.

coala epicureană este, precum stoicismul, un monism și un materialism, dar foarte diferit de cel stoic. Această coală, ilustrată de **Epicur** și poetul latin **Lucretius**, afirmă că sufletul este la fel ca restul universului, alcătuit din atomi, fiecare din acestea fiind insecabil, imuabil și inalterabil deoarece sunt simpli, necompuși. Atomii sufletești sunt într-o stare mai puțin densă și deci sunt mai rapizi și mai liberi și sunt intim legați de corp pe care îl însoțesc în toate fazele existenței sale, de la creșterea juvenilă până la îmbătrânirea sa și, în final, în moarte. Sufletul va fi deci afectat de bolile corpului și în momentul morții se va risipi în aer, se va dispersa. Sufletul cunoaște lumea exterioară prin simțurile corporale căroră le este martor sigur întotdeauna. Din toate corpurile sunt emanați imagini sau simulacre de origine materială, care vin și lovesc simțurile, impresionându-le. Toate problemele omului vin din faptul că adesea noi interpretăm greșit, cu erori de judecată, iluziile noastre și visele. Omul trebuie să se retrăiască pentru a evita necazurile, omul trebuie să se elibereze de falsele temeri și să se bucure în liniștea de plăcerile vieții.

Deși Creștinismul nu este o doctrină filosofică, doctrina creștină poate fi luată în considerare în ceea ce privește subiectul care ne interesează deoarece ea a pus într-un mod cu totul nou pe tapet problema raportului corp-suflet vorbind despre *încarnare*, adică de a deveni om al lui Dumnezeu, spirit în corp muritor. Isus suferă în corpul său și prin corpul său. Încarnarea lui Dumnezeu în Fiul său uman semnifică unitatea cărnii ca unitate intimă a sufletului și corpului. Mai mult, chiar *Reînvierea* este însoțită de dispariția corpului din Mormântul Sfânt, ea fiind o *regenerare prin reîncarnare*, subliniindu-se faptul că spiritul nu poate exista (coexista) decât în și prin corp. Așa cum o arată opera Sfântului Augustin, creștinismul a reprezentat deschiderea spre o veritabilă cultură a elaborării interioare umane. Dacă la greci sufletul păstrează ceva fundamental impersonal, în creștinism sufletul este esențialmente individual, centrat pe un sine care în virtutea încarnării este chiar *sinele divin*. Caracterul său ascuns și misterios face să se retrăiască în profunzimi înțeleptele individuale care, atunci când ajunge să se deschidă, luminează și transfigurează totul, inclusiv corpul. Sufletul este diferit de orice realitate materială, el nu mai este un fel de materie mai fluidă ca la epicurieni, ci altfel de substanță, este *o realitate de același ordin cu adevărul*.

Moartea sufletului ar însemna separarea dintre el și adevăr, lucru imposibil deoarece există co-substanțialitate. Dar *adevărul* este și Dumnezeu „*Eu sunt calea, adevărul, ...*”. În felul acesta, Dumnezeu este în suflet. El este



interior și nu exterior sufletului. Este „*interior intimo meo*”. Dumnezeu se află astfel în adâncurile sufletului.

Opera lui **Toma D'Aquino**, cel care pentru Biserica Catolică avea să devină **Sfântul Toma**, avea să încerce o sinteză majoră între opera aristotelică și tradiția creștină. „*Doctorul angelic*” stabilește o ierarhie a formelor materiale și pure între care încearcă să plaseze sufletul așa cum trăiește el în ființa umană. Sufletul omenesc este cea mai înaltă dintre formele amestecate cu materia, fiind legat indestructibil de corp. În același timp este cel mai de jos reprezentant al formelor pure.

Evul Mediu și perioada Renascentistă au fost dominate succesiv de gândirea aristoteliană și ulterior de cea platoniciană, neoplatonicismul apărând ca o reacție împotriva scolasticii medievale după secolul **XIII**. În problema corp-suflet ar putea fi luat în considerare contribuția lui **Muhammad Ibn Rosd** cunoscut ca **Averroes**, stea de primă mărime, nu doar între arabi și nici doar în Evul Mediu (**Vișcu G, 1973**). **Averroes** respinge ideea de miracol, ideea primordialității formei asupra materiei, ideea nemuririi sufletului, precum și teoria creației lumii ex-nihilo. Medic, jurist și filosof, el spune despre destinul final al omului că ar consta din eliberarea omului din închisoarea existenței sale corporale și intrarea sa într-o stare de euforie intelectuală obținută prin conjuncția intelectului material sau „posibil” cu intelectul „activ” supraindividual. „*Această conjuncție este un fel de perfecțiune divină a omului, unul din darurile lui Dumnezeu față de acestuia*”. **Averroes**, comentând *De Anima*, afirmă că intelectul în stare potențială, pe care el îl numește „intelect material”, unic și incoruptibil, este o substanță separată, identică pentru toți oamenii - el este inteligența speciei umane nemuritoare și etern spre deosebire de indivizii și suflete.

O viziune nouă care va revoluționa gândirea filosofică, creând noi temelii ideilor filosofice a reprezentat-o opera lui **Rene Descartes**. În *Tratatul asupra pasiunilor*, autorul încearcă să stabilească explicații fenomenelor sufletești și caută o modalitate de a exprima legătura dintre corp și suflet care lucrează unul asupra altuia. Legătura dintre corp și suflet, credea **Descartes**, se face prin glanda pineală, glanda pe care, în ciuda a numeroase încercări, nu a reușit să o pună în evidență. El este conștient de faptul că orice gândire a sufletului, adică orice act al său, trebuie să aibă un răspuns într-o mișcare a corpului și în mod contrar, orice mișcare a corpului se repercutează într-un fel oarecare asupra sufletului. Aceasta nu înseamnă că fiecare nu și-ar avea

natura proprie, iar în ceea ce privește sufletul și simțirile sale primitive încearcă să facă o trecere în revistă a acestora. Filosofia lui **Descartes** este în mod categoric dualist : tot ce există se reduce la două realități fundamentale ireductibile una la alta: întinderea și gândirea, *res extensa* și *res cogitans*. Gândirea este activă, se pune singură în mod spontan în mi care. Iar întinderea este pasivă, fiecare mi care transmiteându-se din afară. Pasiunile primitive erau, după **Descartes**, tristețea, bucuria, dorința, ura și dragostea, admirația. Pasiunile acestea nu sunt, în opinia lui **Descartes**, apariții nefirești în sânul vieții noastre. Ele nu sunt rele sau bune, ci doar întrebuintă pe care omul le-o dă nu este întotdeauna cea bună. În *Meditații*, **Rene Descartes** accentuează la maxim *dihotomia corp-spirit*, insistând asupra faptului că și corpul omenesc este de natură mecanică. Totuși, în dorința deosebită de a-și afirma existența cugetătoare, **Descartes** nu va reuși să înlăture confuzia pe care fuziunea sufletului și a corpului o provoacă în experiența intimă a certitudinii factice de a exista (**Richir M, 1993**). Sistemul cartezian ar fi trebuit să răspundă dublei cerințe de a da o explicație mecanicistă pentru *substanța întinsă* (corpul) și o responsabilitate absolută *substanței gânditoare* (sufletul). Acest sistem salvagarda posibilitatea unui suflet nemuritor, corpul, aparținând întinderii, se putea dizolva în ea. Sufletul, interioritate pură a gândirii, își păstrează autonomia. Cu tot efortul pe care l-a făcut, **Descartes** nu a putut rezolva problema. Trebuie remarcat însă, că în epocă, cerința sa de a nu admite decât explicații mecaniciste a avut un efect enorm asupra științei ei, înlăturând balastul reprezentat de pretensele explicații medievale.

## 5. NA TEREA PSIHOLOGIEI MEDICALE MODERNE

Datele pe care le vom prezenta vin să confirme o dată în plus aserțiunea lui **Ebbinghaus** conform căreia „*psihologia are un lung trecut, dar o scurtă istorie*, ” aserțiune care se potrivește cu atât mai mult psihologiei medicale.

Secolul XVII este dominat de figura lui **Thomas Sydenham (1624-1689)** care reia și insistă asupra rolului etiologiei psihogene în întreaga patologie, meritându-și întru-totul și din acest motiv supranumele de *Hipocrate al Angliei*.

Două nume de referință marchează secolul al XVIII-lea: **Phillipe Pinel (1745-1826)** - fondatorul psihiatriei franceze) și cel al lui **Benjamin Rush (1746-1813)** printre psihiatrii americane, personalități care, de aici au acționat

independent, au introdus concepte și metode cvasisimilare: o mai bună observare a bolnavilor, o atitudine mai umană față de aceștia și propunerea unui tratament moral.

Secolul XIX deschide, prin ideile exprimate de **Heinroth Johann Christian (1773-1843)**, **Jacobi Karl-Wigand (1775-1858)**, **I.B.Friedrich, Charcot Jean Martin (1825-1893)**, **Lasegue Ernest-Charles (1816-1883)**, **Lotze, Tuke Daniel Hack (1827-1895)**, **Bechterev Vladimir (1857-1927)**, calea spre delimitarea conceptului de psihologie medicală și chiar spre aplicarea în clinică a ideilor acesteia. Lor li se datorează termeni ca *psihosomatic*, *psihologie medicală*, *somatopsihic*, primele cărți tratate în materie, apariția unor reviste ca *Annales Medico-Psychologiques*. Două figuri deosebite în domeniul pe care îl prezentăm trebuie amintite cu deosebire, primul este **Ribot Th (1839-1916)** care, atât prin studiile sale asupra memoriei, voinței și tulburărilor afective, cât și în lucrările sale privind psihologia sentimentelor și problemele psihologiei afective deschide importante direcții în studiul psihologiei medicale. Cel de-al doilea, este **Lightner W (1867-1956)**, fondatorul în 1896 a primei clinici de psihologie din Statele Unite ale Americii și a revistei *Psychological Clinic*. El este primul care folosește activitatea în echipă în examinarea, evaluarea și terapia psihologică a cazurilor.

Secolul XX va fi influențat de lucrările lui **Freud S** și ale colilor de psihanaliză dezvoltate, pornind de la acestea care vor avea un impact profund asupra medicinei și psihologiei. Psihanaliza va oferi psihologiei medicale nu doar un cadru teoretic privind personalitatea ci și un model în ceea ce privește transferul și contratransferul, cât și explicații în ceea ce privește fenomenul nevrotic. În spațiul creat de psihanaliză și-au făcut loc ulterior alte concepte precum stresul, behaviorismul, teoriile învățării. În 1913, în *Tratatul său de Psihopatologie*, **Jaspers K** introduce termenii de psihologie comprehensivă și de fenomenologie.

Lucrările lui **Schilder P** și **Janet P** de psihologie medicală vor schimba întreaga perspectivă a primei jumătăți a secolului XX. Tot în această perioadă, trebuie menționată opinia lui **Ernst K (1888-1964)** după care psihologia medicală trebuie considerată ca o psihologie a nevrozelor, ca expresie a psihologiei sufletului omenesc în general. *Cel care în elegerile nevrotice cunoaște și ființa umană și devine mai bine format pentru alte exigențe ale profesiei medicale.*

După 1950, psihologia clinică va redeveni obiect de studiu în Franța și în Statele Unite, numeroși psihiatri și psihologi de marcă îndreptându-și

interesul spre acest domeniu: **Jean Delay, Pierre Pichot, Pierre Sivadon, Philippe Jeammet, E. Stern, Daniel Lagache, Dollard și Miller, Eysenck U.S.**

Un loc aparte trebuie consacrat lucrărilor colii de la Tavistock Clinic, reprezentată strălucit prin lucrările lui **Michael Balint** care, în lucrarea sa, „*Medicul, bolnavul și boala*”, îi propune descrierea procesului privind relația medic-bolnav, cu efectele secundare neprevăzute sau nedorite de remediile medicale, descrierea semnelor de diagnostic care să permit recunoașterea în timp util a procesului patologic și modelul corespunzător de psihoterapie în cadrul acestor relații complexe. El a subliniat importanța transferului și a încălcării afective negative pe care medicul în continuă confruntare cu boala, o capătă și nevoia acestuia de a se descărca de trăirile de acest tip.

## 6. PSIHLOGIA MEDICALĂ - DIMENSIUNEA UITATĂ A MEDICINEI ROMÂNEȘTI

Deși „*este un oraș de vizitat că medicina care ignor psihologia este o medicină biologică și nu antropologică, depersonalizată, ruptă atât de dinamica vieții personale, cât și de dinamica vieții sociale*” (**Atanasiu A, 1998**) cecitatea colii de medicină românești postbelice sub presiunea factorului politic și ideologic a fost absolută. Psihologia medicală românească a împărțit, din păcate, soarta psihologiei universitare în timpul dictaturii comuniste, fiind un demers excesiv de biologizant, însoțind atât stilul diagnostic cât și pe cel terapeutic în practica medicală, inclusiv în practica psihiatriei.

Un omagiu deosebit pentru o viziune remarcabilă în ceea ce privește fenomenul bolii și abordarea pacientului trebuie adus unor dascăli remarcabili ai colii de medicină de la București: **Aurel Popescu-Podeanu și Marin Voiculescu**, maeștri care în lucrările lor nu au uitat niciodată că pacientul, în afară de corp, are și suflet.

După 1990, psihologia medicală devine obiect de studiu în toate universitățile de medicină și în majoritatea facultăților de psihologie din țară. Din păcate, confuzia cu psihopatologia persistă uneori precum și ideea că un specialist fără formare medicală ar putea să fie purtător de mesaj și formator de materie.

În țara noastră psihologia medicală este ilustrată de lucrările și activitatea unor personalități ca: **Eduard Pamfil, Nicolae Mărgineanu, Ion Biberi, Victor Ștefan, Mircea Lezescu, Andrei Atanasiu, Ioan Bradu**

**Iamandescu, Constantin Daniel, George Ionescu, Constantin En chescu, Virgil En tescu, Adrian Restian, Tadeusz Pirozynski, Gavril Cornu iu.**

## 7. RAPORTUL PSIHOLOGIE MEDICAL I CLINIC - PSIHOLOGIE

Psihologia medical se dezvolt azi din întrep trunderea cu alte domenii de cunoa tere i cercetare cum ar fi: psihopatologia, psihologia holistic i antropologia, psihanaliza i psihologia dinamic , cronobiologia, etologia, so - ciologia, psihologia experimental i neurofiziologia. Cu fiecare din aceste do - menii psihologia medical are leg turi biunivoce i face un schimb continuu de informa ii.

Ea este legat de domeniul psihologiei generale prin aspectele legate de comunicare, aspectele legate de psihologia dezvolt rii, aspectele legate de personalitate.

Psihologia medical este legat de psihologia social în cele mai diverse moduri de la rela ia sociologic medic-pacient la *impactul profesiei medicale cu alte profesii conexe - medici, farmaci ti, biologi, chimi ti*, de la modelul biopsihosocial al bolii la modelele terapeutice privind *lumea medicamentului (psihologia reclamei, marketing)* la calitatea vie ii ca indicator modern de apre - ciere a interven iei terapeutice i a activit ii medicale, de la interrela iile exis - tente în interiorul institu iilor de asisten la atitudinea mass-media fa de boal i suferin .

De asemenea este legat de domeniul *psihologiei diferen iale* care, folosind metodele psihometrice, testologia i psihodiagnoza, se încadreaz în principiile generale de evaluare, etalonare i diagnoz .

O interesant i fundamental leg tur a psihologiei medicale ni se pare cea care se poate stabili *cu psihologia moral* . Aceasta are în viziunea lui **En chescu C (2002)** ca obiect atât Eul cât i Supra-Eul i îi concentreaz studiul s u asupra cunoa terii valorilor morale, prin care persoana î i cons - truite te propriile sentimente morale fiind complementar în acest fel psiha - nalizei. Psihologia moral caut s în eleag natura individului din punct de vedere sufletesc i moral i s -i r spund dilemelor legate de sensul vital i destin. Ea reface unitatea dintre prezen a corporal ca exterioritate i inferio - ritatea reprezentat de con tiin i sentimentul moral. C utând s în eleag persoana aflat în suferin , psihologia moral ofer salvarea nu doar ca repara ie ci i ca psihoterapie. A-l sprijini pe cel aflat în suferin are nu doar

semnifică ia unui ajutor și a unui suport moral ci este și o contribuție la restaurarea sa.

## 8. RELAȚII CU DOMENIUL ȘTIINȚELOR MEDICALE ȘI BIOLOGICE

**Relația cu psihiatria** este incontestabil cea mai profundă dintre cele stabilite cu disciplinele medicale, atât din punct de vedere istoric cât și metodologic și nu întâmplător aproape toți cei care au fondat psihologia medicală au fost medici psihiatri. Pentru **Pirozynski T. (1988)**, *domeniul de acțiune, deși în mod diferit denumit, constituie totuși o zonă comună preocupărilor psihiatriei; nevrozele pentru Kretschmer; medicina psihosomatică pentru Commonwealth Found; efectele secundare neprevăzute și nedorite ale remediilor medicale pentru Balint; iar pentru toți relația medic-bolnav*. Psihiatria reprezintă pentru psihologia clinică principalul domeniu din care își extrage informațiile, dar și domeniul în care „tehnicile psihologice și datele obținute” sunt utilizate plener. De asemenea, zona comună a psihoterapiei oferă un amplu câmp de desfășurare psihologului clinician. Etiopatogenia tulburărilor psihice constituie alt domeniu de elecție în care psihologia medicală aduce date care constituie *fundamentul științific al psihiatriei* (**Huber W, 1992**).

Domeniul psihiatriei sociale orientat spre mai bună integrare a factorilor sociali, economici și culturali în abordarea etiopatogeniei tratamentului și prevenirea tulburărilor este zona cea mai fertilă de desfășurare a psihologiei medicale. Într-un mod care pentru unii poate fi considerat paradoxal, psihologia medicală interfează cu psihiatria biologică în cel puțin două domenii: psihoneurofiziologia - domeniu mereu în extensie în ultimii ani și psihofarmacologia. În psihofarmacologie, validarea noilor substanțe terapeutice, a eficacității acestora cât și a cadrului optim nosologic în care se recomandă, au beneficiat de aportul substanțial al metodelor de evaluare psihologică. În acest fel psihologia medicală a contribuit la remediarea psihiatriei (**Ionescu G, 1995**).

## 9. RELAȚIA CU PSIHPATOLOGIA

Similar psihologiei medicale, definirea noțiunii de psihopatologie rămâne încă supusă disputelor cu atât mai mult cu cât folosirea unor sinonime de tipul patopsihologiei sau psihologiei patologice dispune la confuzia cu

psihologia clinic . Astfel, dic ionarul LAROUSSE consider c exist o sinonimie între psihopatologie i psihologia patologic care ar fi *disciplina ce are drept obiect studiul tulbur rilor de comportament, de con tiin i de* (Sillamy N, 1995). Ea este plasat , în opinia acestui autor, la jum tatea drumului dintre psihologie i psihiatrie i completeaz abordarea clinic prin metode experimentale, teste i statistic .

Exist uneori chiar tendin a de a suprapune domeniul psihopatologiei peste cel al psihologiei medicale i a o prezenta pe aceasta ca forma în care medicul ia cuno tin de tulbur rile psihice.

Psihopatologia nu abordeaz simptomele dintr-o perspectiv organic , încercând s r spund la întrebarea „de ce?” ci se refer la desf urarea acestora în comportamente anormale r spunzând la întrebarea „cum?”. Ea î i propune s p trund în *universul morbid al subiectului* (Sillamy N, 1965) pentru a cunoa te via a psihic anormal în realitatea sa, mijloacele sale de exprimare, raporturile sale de ansamblu (Jaspers K, 1928). Minkowski E (1966) precizeaz c psihopatologia este în raport cu psihologia, ceea ce patologia este în raport cu fiziologia, iar în raport cu clinica psihiatric are statutul unei surori mai mici.

Psihopatologia este un studiu sistematic al tr irilor anormale, a cunoa terii i a comportamentului; *studiul manifest rilor tulbur rilor mintale* (Sims A, 1995). Acest autor subliniaz cele dou direc ii importante ale psihopatologiei: cea explicativ - aflat în raport cu construc iile teoretice i cea descriptiv - care descrie i clasific experien ele anormale relatate de pacient sau observate în comportamentul s u.

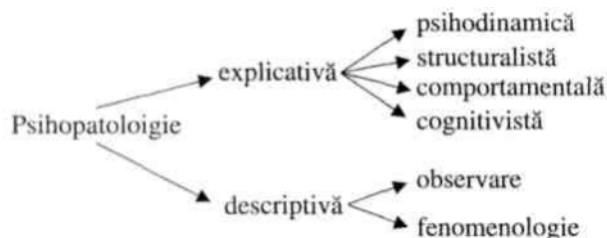


FIGURA 1.

Abord rile domeniului psihopatologiei, f c ute din aceste dou direc ii, au condus la o multiplicare a unghiurilor sub care domeniul a fost analizat, într-o lucrare recent a lui Ionescu (1995) s-au inventariat nu mai pu in de 14 perspective diferite. Acestea sunt, în ordine alfabetic : abordarea ateore-

tic, behaviorist, biologic, cognitivist, din perspectiva dezvoltării, ecosistemic, etnopsihologic, etologic, existențialist, experimental, fenomenologic, psihanalitic, social și structuralist.

Este evident legătura psihopatologiei cu psihologia medicală, care îi oferă mijloacele de abordare ale unor situații, decurgând din cunoașterea topografiei și a dinamicii unor situații patologice. Noțiunile de psihopatologie vor face întotdeauna parte structurală din corpul psihologiei medicale.

## 10. RELAȚIA CU PSIHOSOMATICA

Psihosomatica este o concepție medicală care stă la baza diagnosticului și a terapiei celui aflat în suferință și care înglobează datele furnizate de examenul medical „obiectiv”, constante biologice, date de examinare a corpului, explorări funcționale, coroborate cu perspectiva psihologică și considerarea factorilor psihosociologici în determinismul bolii. Termenul de psihosomatic a fost creat încă din 1830 de **Heinroth**, dar a fost introdus abia în anii '50 în discursul medical de către **Alexander** și **coala din Chicago**. În fapt, orientarea psihosomatică este de sorginte hipocratică și este opusă viziunii lui **Galien**, care trata bolile și organe bolnave, nu bolnavi.

Unii autori consideră psihosomatica o adevărată mentalitate de abordare a pacientului. Iamandescu IB (1999). Acest autor consideră că următoarele caractere generale caracterizează concepția psihosomatică în medicină.

1. *Concepție holistică (integrativă) - unitatea dintre SOMA și PSIHIC.*
2. *Bazată pe observații clinice (confirmate de cercetări epidemiologice), date experimentale psiho-fiziologice, neuro-endocrinologice etc.*
3. *Includerea influenței mediului social (mediat prin psihicul bolnavului) asupra bolii (Von Uexkuell: def. BOAL PSIHOSOMATIC)*
4. *Relieful bolnavii psihosomatici a unei duble vulnerabilități și stres:*
  - psihic
  - de organ
5. *Impunerea stresului psihic ca factor de risc major în patogeneză:*
  - aparent exclusiv
  - sumativ

Încercând să dea cea mai simplă definiție bolilor psihosomatice **Wirsching M (1996)** afirmă că acestea sunt acele boli fizice în care psihosocialul are o pondere decisivă.



Aceast nou fa et , psihosomatic , a medicinei moderne (de fapt, o reactualizare sus inut cu argumente tiin ifice pluri- j interdisciplinare a viziunii medicale hipocratice) este generat de muta iile survenite în planul asisten ei medicale i în cel al educa ei medicale. în prima categorie este de men ionat includerea psihologului în echipa de îngrijire a bolnavilor psihia- trici i somatici sau înfiin area unor clinici de psihosomatic în cadrul unor unit i spitalice ti (**Luban-Plozza B, Iamandescu Bl, 2002**).

Psihosomatica contemporan a investigat i a acceptat diferite meca - nisme de sorginte psihanalitic , cognitiv sau adaptativ ca generatoare ale suferin elor psihosomatice.

O mare varietate de acuze somatice care antreneaz convingerea pa - cien ilor c ei sunt suferinzi din punct de vedere corporal, în ciuda unor pro - bleme emo ionale sau psihosociale demonstrabile, r mân în afara unei posi - bilit i de definire clare. Disconfortul somatic nu îi are explica ie sau are una par ial , în ciuda convingerii cvasiunanime a pacientului c suferin ele lui îi au originea într-o boal definibil care îl determin s cear ajutor medical i care îi determin incapacitatea i handicapul (**Lipowski, 1968; Kleinman, 1977; Katon, 1982; Kirmayer, 1984; Kellner, 1990**).

în contrast cu simularea, simptomele somatice nu sunt sub control voluntar. Tulbur rile somatoforme difer i de simptomele psihice consecu - tive unei afec iuni medicale prin aceea c nu exist nici o situa ie medical care s poat fi considerat ca pe deplin responsabil pentru simptomele so - matice. Cei mai mul i autori afirm c acest concept, care grupeaz situa ii diferite, are drept numitor comun disconfortul corporal neexplicat, generat de probleme psihiatrice, psihologice sau sociale. Prin numeroasele sale aspecte, somatizarea este problema comun a unui num r mare de probleme medicale (**Ford, 1983**). în mod cu totul paradoxal somatizarea este o proble - m major de s n tate public , simptomele func ionale fiind printre primele cauze de incapacitate de munc i incapacitate social . Tot în sfera s n t ii publice într i faptul c pacien ii cu simptome somatice neexplicate, recu - rente, sunt adesea investiga i *in extenso*, spitaliza i, supu i unor proceduri de diagnostic invazive, unor tratamente medicale în care polipragmazia se împlete te cu metode recuperatorii costisitoare i care creeaz boli iatrogene adeseori mai grave decât presupusele boli somatoforme.

O abordare din direc ia psiho-somatic permite dup **Iamandescu (1998)** realizarea urm toarelor obiective:

- 1. Stabilirea ponderii factorului psihic**
  - în apariția bolii psihosomatice (factor de risc asociat)
  - în ritmarea evoluției bolii psihosomatice (trigger-declanșant)
  - ierarhizarea participării sale etiologice în contextul plurifactorial al bolii psihosomatice
- 2. Impactul BOAL PSIHOSOMATIC asupra psihicului bolnavului**
  - reculul somato-psihic generat de disconfortul simptomelor;
  - afectarea indicilor de calitate a vieții și a inserției socio-profesionale
  - așteptarea anxioasă a recidivelor bolii
- 3. Personalitatea bolnavului**
  - premorbid („primar”) (factor genetic + factori de risc biografici)
  - secundar bolii
- 4. Tulburări neuro-psihice induse de boala psihosomatică (sau coexistente ori precedând boala psihosomatică)**
- 5. Psihoterapia bolii psihosomatice - obiective**
  - strategia de prevenire sau atenuare a stresului psihic (SP)
  - modalități de antrenament pentru confruntare cu SSP
  - influențarea efectivă a simptomelor bolii psihosomatice
  - prioritatea pentru formule de relaxare și participare în grup
- 6. Asigurarea unei bune compliance terapeutice**
  - parteneriatul pentru stabilitate dintre medic și pacient
  - asigurarea monitorizării tratamentului
  - combaterea factorilor psihici perturbanți
  - implicarea familiei personalului medico-sanitar auxiliar în echipa terapeutică (Luban Plozza)
- 7. Programe educaționale și inițiative organizatorice pentru diverse categorii de pacienți (diabetici, cardiaci, reumatici etc.).**

## Capitolul 2

# NORMALITATE, ANORMALITATE, SĂNĂTATE ÎN BOALĂ

*„Frontiera între normal și patologic este absolut clar pentru același individ concret, luat în studiu succesiv. ”*

*G. Canguilhem*

- 1. Conceptul de normalitate**
- 2. Normalitatea ca sănătate**
- 3. Normalitatea ca valoare medie**
- 4. Normalitatea ca utopie**
- 5. Normalitatea ca proces**
- 6. Normalitate și comunicare**
- 7. Normalitate și adaptare**
- 8. Conceptul de sănătate**
- 9. Simțul intern al coerenței (Sense of coherence, Antonovsky)**
- 10. Anormalitate și boală**
- 11. Anormalitate și prejudecată**
- 12. Comportamentele anormale**
- 13. Conceptul de boală psihică**
- 14. Boală psihică și ecosistem**
- 15. Dimensiuni existențiale ale bolii psihice**

## 1. CONCEPTUL DE NORMALITATE

Definirea normalității este o sarcină pe cât de ușoară pe atât de îngrat, dar în absența acestei frontiere, orice demers psihologic și medical va rămâne sub semnul unei periculoase incertitudini.

Precum în alte domenii de studiu ale medicinei, la dificultățile de circumscriere ale normalului se adaugă, atunci când este vorba de sănătatea mintală,

o serie de criterii exterioare sferei biologicului, aici fiind mai adevărat că oriunde în altă parte pătura acestui atribut al omului nu se poate cuantifica precis.

Dictionarul de psihologie *LAROUSSE* precizează că normalitatea este o noțiune relativă, variabilă de la un mediu socio-cultural la altul și, în plus, face interesantă precizarea că „în medicină există tendința de a se asimila omul normal individului perfect și nu toți, individ care, în drept **vorbind, nu există**” (Sillamy N, 1995).

Cuvântul *normal* provine din latinescul „*norma*” (unghi drept) adică ceea ce nu oscilează nici la dreapta nici la stânga, ceea ce se află chiar în mijloc.

Normalul este deci un termen calificativ implicând o valoare (*As vrea să devină normal*). Normalul este și un termen descriptiv indicând o medie (*As vrea să fie normal ca și ceilalți, ca toată lumea*). *Anomalie* provine din cuvântul grec „*omalos*” care înseamnă egal, regulat, neted. El este opus regularității.

O normă este o regulă care servește la a face dreptate, a orienta și a redresa, a norma; a normaliza înseamnă a impune o exigență unei existențe, unui dat al unei varietăți și lipsă de legătură este oferit unei priviri atente ca o nedeterminare ostilă sau chiar stranie.

A fi anormal este altceva decât a avea o anomalie. Anormal este un adjectiv, un termen apreciativ introducând o diferență calitativă.

**Prelipceanu D (2000)** arată că, în sens general, nevoia de normalitate derivă din și exprimă nevoia umană de ordine. Într-un univers entropic, omul (sau particularizând inteligența umană) realizează o funcție *negentropică*, ordonatoare. Desigur această ordonare nu poate fi făcută decât cu anumite limite deoarece emitentul normelor este prin excelență omul, fiind esențialmente subiectiv. Se creează deci paradoxul prin care omul, ca entitate subiectivă, emite norme (obiective) aplicabile propriei subiectivități. Normele acestea vor avea obiectivitate diferită de cea care privește materia vie supusă legilor naturii care sunt în realitate lor statistică cu adevărat obiective.

Același autor arată că norma este, în esență sa, o convenție umană larg împărtășită social. Ea derivă din aprecierea, din valorizarea comună a unor stări și fapte sociale. Sub raport axiologic, norma este o valoare (aceasta fiind, în fond, o apreciere despre „ceva”, realizată în colectiv) transformată în imperativ.

Introducerea în psihiatrie a conceptului de normalitate, a ideii de normă, pare să clarifice întrucâtva problema psihiatriei, aceasta fiind la fel ca restul domeniului medicinei, o specialitate diacritică (Ey **H, 1978**), pentru care diferența între normal și patologic reprezintă principalul obiect de lucru. Medicina funcționează conform acestui autor, identificând fenomenele patologice ca abateri de la normalitate care produc descompunerea unei organizații vii. Boala este văzută ca o dezordine, ca o alterare globală sau parțială, acută sau cronică, a organizației normative a organismului.

TABELUL 1.

CRITERII DE NORMALITATE (după Ellis și Diamond)

1.	conștiință clară a Eului personal
2.	capacitate de orientare în viață
3.	nivel înalt de toleranță la frustrare
4.	autoacceptare
5.	flexibilitate în gândire și acțiunea
6.	realism și gândire antiutopică
7.	asumarea responsabilității pentru tulburările sale emoționale
8.	angajarea în activități creatoare
9.	angajarea moderată și prudentă în activități riscante
10.	conștiință clară a interesului social
11.	gândire realistă
12.	acceptarea incertitudinii și capacitatea de ajustare a acesteia
13.	îmbinarea plăcerilor imediate cu cele de perspectivă

**Lizrescu M** subliniază că se cere precizat ce se înțelege prin **normalitate** (și inclusiv sănătate), **anormalitate**, **boală** și **defect**. Problematika cuplului normalitate-anormalitate este mai apropiată de „generalitatea” normelor, a abordării statistice, a regulilor și legilor, pe când problematica „boliilor” este mai legată de „concretul” cazului dat, adică de cazuistică. Concepte mai largi decât cele de sănătate și boală, normalitatea și anormalitatea sunt teme de reflexie și delimitare conceptuală și pentru alte domenii științifice care au în centrul preocupărilor lor omul.

**Ionescu G (1995)** face o distincție între anormalitate și boală arătând că anormalitatea se referă la conduite și comportamente, este un fundal, pe când boala este un fapt individual cu o anumită procesualitate. Anormalitatea s-ar referi la structuri și organizare psihică, iar boala la procese morbide.

Nu suntem de acord cu părerea unor autori, care consider că psihiatria este centrată pe anormalitate, această imagine deformat fiind de fapt o răsăturare pesimistă a perspectivei medicale, care și-a propus întotdeauna o revenire în cadrul normalului; normalul nu pare o limită de din perspectiva bolii, el este una.

Patru perspective par să înglobeze majoritatea numeroaselor concepte clinice și/sau teoretice care se referă la normalitate dar, deși acestea sunt unice, au domenii de definiție și de descriere, de fapt ele se completează una pe cealaltă și numai sumarea lor poate da imaginea cea mai apropiată de realitate. Prima perspectivă, cea a *normalității ca sîntate* este una tradițională, cea mai multă medici, și printre aceștia și psihiatri, echivalând normalitatea cu starea de sîntate careia îi se atribuie caracterul unui fenomen universal. Dacă toate comportamentele ar fi înscrise pe o scală, normalitatea ar trebui să cuprindă porțiunea majoritară dintr-un continuum, iar anormalitatea să reprezinte mica porțiune rămasă.

## 2. NORMALITATEA CA SÎNTATE

Normalitatea, adică sîntatea, în cazul nostru cea mintală, pare a fi o vastă sinteză, o rezultat complexă a unei mulțimi de parametri ai vieții organice și sociale, aflați în echilibru dinamic, ce se proiectează pe modelul genetic al existenței individuale, nealterat funcțional și morfologic, în istoria sa vitală. Manifestarea acestei stări de sîntate ar fi existența unei judecăți și a unei viziuni realist-logice asupra lumii, dublate de existența unei discipline psihologice și sociale, pe fundalul bucuriei de a trăii al echilibrului intro-versie-extroversie.

Desigur, limita normal-patologică este extrem de complicată, interferențele și imixtiunile celor două domenii fiind un imprevizibil labirint. Nici un univers nu este mai greu de analizat decât psihismul și nici o nebuloasă mai complicată decât individul, orice încercare de standardizare, așa cum ar tam, lovindu-se de un previzibil eec. Ne aflăm în prezența unor nisipuri mișcătoare pe care este schiștată fragila graniță dintre două sisteme, unul cîștînd și celălalt scăzînd în permanență nivelul organizational sau poate entropia informațională.

Aseriunea lui **Karl Marx** potrivit căreia boala este „*via a îngrădită în libertatea ei*”, în elegând prin aceasta, nu numai aspectele strict biologice, ci și pe cele sociale și existențiale, își găsește o ilustrație particulară în psihia-

trie, magistral formulat de **Henri Ey**, care arată că bolnavul mintal este privat atât de libertatea exterioară cât și de cea internă.

Orice boală nu este decât o greșală în organizarea terenului pe care se înscrie textul vieții; în plus, boala mintală dezorganizează individul în propria sa normativitate, constrângându-l la pierderea din această cauză a direcțiilor existențiale.

Faptul psihopatologic este, desigur, mai greu sesizabil decât o plagă sau o anomalie biochimică, dar percepția lui de către specialist se va face după aceleași reguli ale cunoașterii diferențiale, impunându-se de asemenea, ca o tulburare a organizării, ca o descompunere.

Patologic implică „patos”, sentiment direct și concret al suferinței și neputinței, sentimentul unei vieți nemulțumitoare.

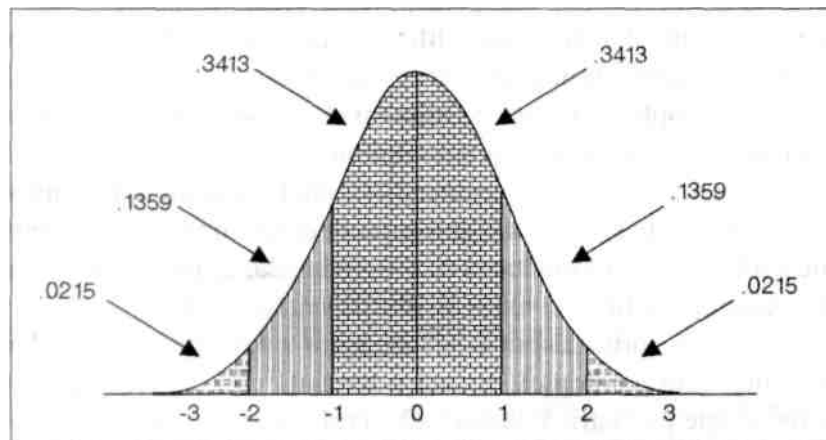
Semnul patologic este totdeauna diferențial, marcând o ruptură sincronă între bolnav și nebolnav, dar și o ruptură diacronică între prezent și trecut. **Ionescu G** consideră sănătatea ca o stare ideală, ca un deziderat, pe când boala este un dezechilibru la toate nivelurile organismului.

Nu se poate vorbi despre boală dintr-un singur punct de vedere. Nu orice suferință este patologică. Există o tendință care ar vrea să abolească orice criteriologie psihiatrică, lăsând subiectul însuși să-și definească normalitatea sau boala. Nu orice tulburare, orice nefericire, orice dramă sau orice conflict este boală psihică, în ciuda unor opinii destul de răspândite, uneori „adoptate chiar de psihiatri.

Boala psihică se obiectivează prin fizionomii tipice ale anumitor tipuri de existențe, conduite, idei, credințe, ce contrastează cu uniformitatea și conformismul celor ale comunității, apăsându-se celoralte, nu numai psihiatrului, ca deosebite. Din acest fond comun de fapte, psihiatrului îi revine dificila sarcină de a alege pe cele aparținând sferei psihiatriei. Făcându-și descifrabile semnele dezorganizării vieții psihice, psihiatrul trebuie să caute în paralel, să descopere gradul lor de semnificație, profunzimea acestei destructurări. Mai mult, boala poate apărea ca o paradoxală organizare, în sensul dezorganizării, o reorganizare la un nivel inferior al psihismului. Ansamblul acestor dezorganizări care proiectează ființa dincolo de limitele normalității sunt realități obiective, ca oricare alte „semne patologice”. O ființă desprinsă de realitate, invadată de imagini neliniștitoare sau înspăimântătoare, lipsită de puterea de a discerne sau prăbușită în abisul depresiei, lipsită de libertatea fundamentală și elementară a realității, reprezintă punctul în care conceptul devine realitate clinică.

### 3. NORMALITATEA CA VALOARE MEDIE

Normalitatea ca valoare medie este în mod obișnuit folosit în studiile normative de tratament și se bazează pe descrierea statistică a fenomenelor biologice, psihologice și sociale conform repartiției gaussiene a curbei în formă de clopot. Această abordare concepe poziția mediană drept corectă și punzătoare normalului, iar ambele extreme, ca deviate.



DISTRIBUȚIA NORMALĂ (Curba Gauss)

FIGURA 1.

Conform acestei abordări, un fenomen cu cât este mai frecvent cu atât poate fi considerat mai „normal”, iar cu cât este mai rar, mai îndepărtat de media statistică, cu atât apare ca fiind mai anormal. Deși acest tip de normă creează impresia că este foarte „obiectiv”, nu este suficient de operant pentru medicină. Abordarea normativă bazată pe principiul statistic descrie fiecare individ în termenii evaluării generale și ai unui scor total. În anumite contexte, fenomenele morbide pot fi frecvent înregistrate, chiar „endemice” (de exemplu: caria dentară, unele infecții etc.), fiindcă prin aceasta ele se pot fi considerate normale după cum, urmând aceeași regulă a frecvențelor, unele fenomene absolut normale pot cădea sub aspectul anormalității (de exemplu: persoanele care au grupa sanguină AB(IV), RH negativ).

Acceptarea normalității, ca fenomen natural (și nu este greu de admis acest lucru, atâta timp cât afirmăm „cu tărie” că boala este un astfel de „fenomen”) are implicații metodologice și funcționale majore. Rezultat, deci,



cu acceptarea normalului mediu, noțiune cu care operează întreaga medicină, este logic și constructiv, înlocuind în mare parte arbitrarul și „judecățile de valoare”.

Introducerea modelului normalității medii duce la posibilitatea comparării și implicit la stabilirea abaterilor datorate bolii. Nu se poate elabora un model aparent al bolii, atâta timp cât nu există un model al normalului.

Normalul, ca normă statistică, nu pare totuși semnificativ decât parțial în cadrul psihopatologiei, abaterile de tip cantitativ fiind pe al doilea plan față de cele calitative.

Dificultatea apare atunci când anormalitatea, patologicul este reprezentat de un amalgam complicat de abateri cantitative care, sumate, alcătuiesc un tablou clinic distinct.

Relația se complică în plus atunci când intră în joc planuri diverse, legate prin fire nevăzute, acolo unde sănătatea (normalitatea) psihică se integrează cu cea fizică. O tulburare afectivă poate genera o afecțiune până nu demult considerată pur somatică, așa cum ar fi ulcerul, infarctul miocardic, în absența unor factori biologici favorizanți preexistenți, deci pe terenul normalității fizice.

**Henri Ey** s-a opus întotdeauna cu putere ideii unei normalități statistice fiindcă din nivelul maturității corpului psihic o medie abstractă. El consideră că norma nu este exterioară și înscrisă în arhitectura corpului psihic, în vârful piramidei funcționale a corpului psihic domnește o activitate psihică normală care are propriile sale legi, acelea ale adaptării la real. Evident că nu există o limită superioară a normalului.

Variabilitatea este descrisă doar în contextul grupului și nu în contextul unui individ. În psihiatrie este totuși necesar să se evidențieze modalitățile unor atitudini, expresive, reactive, comportamentale și convingerile cele mai frecvente într-o socio-cultură istorică dată, care reprezintă un cadru de referință pentru manifestările psihice deviante. Cu toate că această abordare a fost utilizată mai mult în biologie și psihologie, ea și-a câștigat prin extensia scadelor și a testelor o utilizare tot mai importantă în psihiatrie.

#### 4. NORMALITATEA CA UTOPIE

Normalitatea ca utopie stabilește o normă ideală (valorică) stabilind un ideal de normalitate atât din punct de vedere individual, cât și comunitar. Acesta poate fi exemplificat prin unele „tipuri ideale” pe care le descrie, le

invocă și le promovează o anumită cultură în care se exprimă în formulări normative, prescriptive. Din perspectivă psihologică nu ne interesează numai felul cum sunt și cum se manifestă mai frecvent oamenii unei socio-culturi date ci și modul în care aceștia ar dori să se comporte și să spera să fie în cazul ideal. Din această perspectivă, normalitatea este percepută ca o îmbinare echilibrată, armonioasă și optimală a aparatului mental având drept rezultat o funcționalitate optimă.

**Freud S** afirmă despre normalitate: „*un Ego normal este ca normalitatea în general, o ficțiune ideală*”.

A încerca să stabilim niște criterii sau calități caracteristice individului normal - ar echivala cu crearea normalului ideal, pe care nu-l putem realiza decât formal și acest lucru se lovește de un prim obstacol - căci ar anula elementul dinamic al conceptului.

Istoricitatea acestui normal ideal este foarte relativă, ea neavând consecvență, criteriul axiologic fiind inoperant de la o epocă la alta, ba chiar și pentru intervale restrânse de timp.

**Cloutier F** afirmă: „*conceptul de sănătate mentală nu poate fi în ele decât prin sistemul de valori al unei colectivități*”.

O serie de autori - **Schneider K**, **Petrowitsch**, **Mezger**, abordând critic valoarea normalului ideal, au arătat marile lui deficiențe, dar și faptul că în cadrul analizei normalului statistic (cealaltă posibilitate de tratare a problemei) se infiltrază judecăți de valoare. La limită, **Willard** afirmă în 1932 că societatea este cea care hotărăște dacă un om este nebun sau sănătos. Normalul valoric implică o măsurare procustiană în care se intrică, în plus, și valorile personale ale fiecăruia.

Încercând să stabilească limita dintre nebunie și normalitate scriitorul **Paulo Coelho** afirmă: „*Realitatea este ceea ce majoritatea consider că trebuie să fie, nu neapărat lucrul cel mai bun și nici măcar cel mai logic, ci ceea ce s-a adaptat dorinței ei colective.*”

Colectivitățile umane concrete își organizează existența în raport cu idealuri comunitare în care transpar legi, modele educaționale, legende și epopei, mitologia și mistică, istoria respectivului grup. Normalitatea ideală definește felul în care individul și comunitatea consideră că persoana **ar trebui să fie**. Desigur, normativitatea ideală nu este și nici nu poate fi niciodată atinsă efectiv cu atât mai mult cu cât ea variază mult în funcție de conținutul socio-cultural istoric și geografic (etnic, comunitar, statal, religios, .a.).

TABELUL 2.

## CONCEPȚII PSIHANALITICE DESPRE NORMALITATE

<b>S. Freud</b>	Normalitatea este o ficțiune ideală; fiecare ego este psihotic într-un anumit moment într-o măsură mai mare sau mai mică:
<b>K. Eissler</b>	Normalitatea absolută nu poate fi obținută, deoarece persoana normală trebuie să fie pe deplin conștientă de gândurile și sentimentele sale;
<b>M. Klein</b>	Normalitatea este caracterizată prin trăsături de caracter, capacitatea de a face fațade emoțiilor conflictuale, capacitatea de a triplă cereră fără a provoca conflicte și capacitatea de a iubi;
<b>E. Erikson</b>	Normalitatea este capacitatea de a fi satisfăcut pe perioadele vieții: încredere/neîncredere; autonomie/îndoială; inițiativă/vinovă; activitate, producție/interioritate; identitate/confuzie de rol; creație/stagnare; integritatea ego-ului/disperare.
<b>L. Kubie</b>	Normalitatea este capacitatea de a învăța din experiență, de a fi flexibil și de a se adapta la schimbările din mediu;
<b>H. Hartmann</b>	Funcțiile libere de conflicte ale ego-ului reprezintă potențialul persoanei pentru normalitate; măsura în care ego-ul se poate adapta la realitate și poate să fie autonom sunt asociate sănătății mintale;
<b>K. Menninger</b>	Normalitatea este capacitatea de a se adapta lumii exterioare cu mulțumire și cu capacitatea de a sta până la fenomenul de aculturare;
<b>A. Adler</b>	Capacitatea persoanei de a dezvolta sentimente sociale și de a fi productiv/creativ sunt legate de sănătatea mentală; capacitatea de a munci crește stima de sine și face persoana capabilă de a se adapta.
<b>R.E. Money-Kryle</b>	Normalitatea este capacitatea de a atinge deplină conștiință de sine care de fapt nu este niciodată pe deplin obținută.
<b>O. Rank</b>	Normalitatea este capacitatea de a triplă cereră, vinovăție sau anxietate și aceea de a avea responsabilitatea propriilor acțiuni.

Antropologia și psihiatria transculturală au atras pe bună dreptate atenția asupra diferențelor care există în cadrul diverselor civilizații, între valorile acceptate ca normale, între semnificația unor fapte, credințe. Că este așa, ne demonstrează desigur clasificarea kraepeliniană, care includea în rândul anormalilor pe scriitorii de anonime alături de ucigașii de copii, dintre care astăzi doar ultimii mai poartă eticheta de anormali.

Oricât ar p re a de neobi nuit, se poate spune c nu exist valori gene - ral acceptate simultan de to i membrii unei societ i sau într -un proces sincron ic de c tre toate societ ile care î i desf oar existen a la un moment dat. Recentele atentate sinuciga e din septembrie 2001 în marile metropole americane au f cut o demonstra ie spectaculoas a acestei aser iuni.

15 VALORI FUNDAMENTALE ALE SOCIET II AMERICANE CONTEMPORANE  
(Williams, 1970)

- succesul,
- munca disciplinat ,
- orientarea moral ,
- moravurile umaniste,
- eficien a i pragmatismul,
- progresul,
- confortul material,
- egalitatea anselor,
- libertatea,
- conformismul la norme (care nu exclude individualismul),
- na ionalismul tiin ific,
- patriotismul i na ionalismul („American way of life"),
- democra ia,
- individualismul,
- temele superiorit ii grupuri (etnice, rasiale, de clas , religioase).

**Lacan** se întreab dac diferen a dintre incon tientul unui s n tos i incon tientul unui bolnav este important , radical .

S n tatea con ine boala a a cum con tientul con ine incon tientul.

Sunt autori care consider c marea eroare care face din întreaga psiho - patologie contemporan sau, mai exact, „din apsihopatologia" timpurilor mo - derne este ideea c incon tientul fiind patogen i omul fiind c ondus de incon tientul propriu to i oamenii pot fi în mod egal i arbitrar considera i normali i anormali. O psihologie a incon tientului, care ar reduce întreaga activitate psihic la incon tient, este la fel de pu in corect (valabil ) ca o psihologie a con tiin ei care ar reduce întreaga activitate psihic , dar la cea con tient .

Totuși, o astfel de perspectivă este absolut necesară atunci când psihologii, psihanalizii sau alții psihoterapeuți, încearcă să discute criteriile evaluare ale succesului unui tratament.

## 5. NORMALITATEA CA PROCES

Normalitatea ca proces este cea de-a patra perspectivă care pune accentul pe faptul că un comportament normal este o rezultat final subsistemelor care interacționează între ele.

Ea operează cu a doua-nume normă responsivă sau funcțională. (Kolle K) care reflectă măsura în care un organism, o persoană, un subiect împlineste rolul funcțional pentru care există în economia sistemului supraincizat din care face parte. Luând în considerare această definiție schimbările temporale devin esențiale pentru completă definiție a normalității. Cu alte cuvinte, normalitatea - ca proces - consideră esențiale schimbările și procesele mai mult decât o definiție transversală a normalității.

Din punct de vedere al acestei norme pare să fie cea care ne interesează, ea este fixă și deterministă. Nu se poate răspunde la întrebarea - care rolul funcțional pentru care o persoană există? Ba mai mult, în sistemele supraincizate din care individul face parte, în câte trebuie să fie eficient pentru a fi considerat normal?

Cercetătorii care subscriu acestei abordări pot fi recunoscuți prin reprezentanții tuturor tipurilor de comportamente și sociale. Cel mai dintre conceptele acestei perspective este conceptualizarea epigenezei dezvoltarea personalității și cele opt stadii de dezvoltare esențiale în viața funcționalității adulte mature.

Folosirea excesivă a tabuului normalității poate conduce la o folosire abuzivă a acestei categorii atunci când este vorba de o readaptare reeducativă sau segregativă după norme socio-ideale sau ideologiile momentului.

Refuzul de a circumscrie normalul și patologicul ar putea conduce transformarea câmpului practicii medicale și psihiatrice limite, transformând aceste concepte prea elastice într-o eventuală armă în favoarea unei instituții sau a unei puteri.

## 6. NORMALITATE ÎI COMUNICARE

Folosirea studiului comunicării pentru a surprinde normalitatea sau patologia psihică cu cotele lor de ordine și dezordine a fost preconizat de **Stossel S, Ogodescu D** încă din 1972. Schimbul de informație este caracteristic **organismului** uman la toate nivelele sale de organizare, toate procesele de reglare au nevoie de informație. Ființa umană nu poate fi concepută în afara informației și comunicării (**Restian A, 1997**). Citându-l pe **Pamfil E**, acest autor arată că dialogul, adică informația, reprezintă condiția liminală a conștiinței și a psihicului uman.

**TABELUL 3.**

Nivelul de organizare	Felul informației necesare
Molecular	Informație moleculară
Celular	Informație genetică
Intercelular	Mesageri chimici
Organismic	Informație din mediu

Normalitatea presupune o capacitate de comunicare și elaborare continuă a informației care să asigure armonia la nivelul subsistemului individual, familial, social sau grupai. Homeostazia realizată de fluxul *input-urilor* și *output-urilor* informaționale, care oscilează și interacționează dinamic și permanent, ar fi, în opinia lui Ențescu V (**1987**), chiar normalitatea sau sănătatea în opoziție cu boala care este dezechilibrul ce produce dezordinea și dezorganizarea sistemului. Acest autor consideră că există tipologii ale normalității, modelele de comunicare individuale fiind influențate de factori constituționali temperamental, psihosocioculturali etc.

## 7. NORMALITATE ÎI ADAPTARE

Funcționând ca un subsistem în sistemul social, cultural sau istoric, individul uman trebuie să se încadreze în dezvoltarea sa în coordonatele sistemului respectiv pentru ca această evoluție să fie considerată normală. Adaptarea este un reper important în evaluarea comportamentului uman fiind „criteriul cel mai generic” (**Prelipceanu D**) de raportare.

Termenul de „adaptare” a fost preluat și de psihiatrie, care a dezvoltat în context o adevărată patologie legată atât de adaptare, cât și de stres; de

aceasta nu mai este în legătură directă cu concepția inițială, urmează, în linii mari, etapele de desfășurare ale procesului de adaptare.

După cum rezultă din cele de mai sus, adaptarea este un fenomen cu valențe finale, care atinge la nivelul personalității nivelului de maximă complexitate. După părerea noastră, adaptarea este un echilibru care se stabilește între personalitate și lumea înconjurătoare, lumea constituită din persoane, situații, spațiu cultural, obiecte etc.

Aceasta înseamnă că adaptarea se poate realiza atât prin mecanisme stereotipe sau scheme comportamentale asimilate și algoritmizate, cât și prin scheme comportamentale a căror finalitate este doar presupusă, urmând să fie validate, ceea ce implică chiar și asumarea riscului unui eșec. În acest context trebuie nuanțată înșir semnificația psihologică a eșecului, în sensul că, dacă îndeobște eșecul este, în expresia sa concretă, efectul „dezadaptării”. Uneori este înfrunțarea explorărilor cu finalitate adaptativă, deci este semnificativul începutului unui proces de tip adaptativ.

În al doilea rând, trebuie nuanțată înțelesul noțiunii de adaptare în ceea ce privește aspectul general de fenomen dinamic. Se știe că adaptarea presupune de regulă un efort adaptativ care de cele mai multe ori ia forma unor acțiuni mintale și motorii, mai mult sau mai puțin evidente în exterior. Dar sunt destule situații când efortul adaptativ nu presupune declanșarea, menținerea sau modificarea unor scheme comportamentale anume, ei întreruperea, stoparea acestora. Uneori blocarea la timpul convenit a unei simple reacții sau a unei operații complexe este de o **importanță fundamentală pentru** înșir existența fizică a persoanei.

Pentru psihiatri este esențial să aibă puterea de a măsura limitele câmpului de acțiune terapeutică dacă vrea ca bolnavii săi să-și poată regăsi pe al lor. Psihopatologia trebuie să aibă puterea de a-și găsi limitele și reperele fără de care nesiguranța frontierelor ar conduce către dispariția distanței ideologice și practice și ar face psihiatria un demers imposibil.

În psihiatrie, între entități rigide, care reduc instrumentul de reprezentare și de gândire la o stare concretă, și antinosografismul care are drept corolar **confuzionismul** este de preferat calea aleasă de **Chaslin P** și **Daumezon G** care consideră bolile mintale ca modele, iar dacă acestea sunt modele se poate construi și un model al normalității.

Problema este dacă psihiatrul, definind modelul normalității și scapând de confuzionism, nu cade în cursa idealizării sau standardizării.  
Etiologia

bolii psihice r mâne eclectic , scrie Lanteri Laura G (1968), amestecând împrejur rile, sexul, temperamentul, intoxica iile, singur tatea, emo iile, circumstan ele organice i multe altele într -un ansamblu care poate s par omogen.

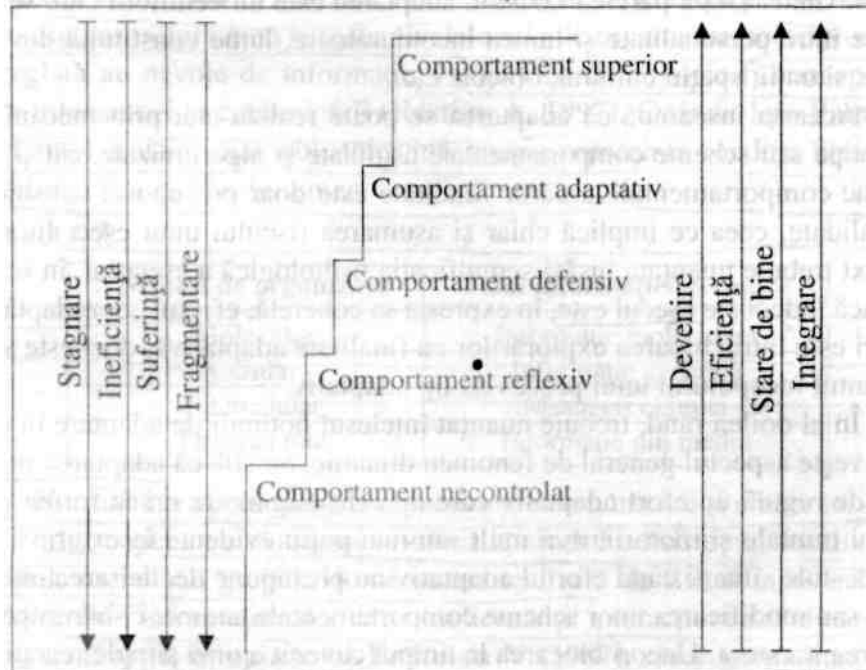


FIGURA 2.

*A compara individul cu el însu i în logica conduitelor sale, contra - dic iilor i conflictelor sale, în alegerile sale, în propriile sale norme este cea mai fecundă perspectivă în compara ie cu a confrun ta cu o normă externă (Zaguri D, 1998).*

Pentru psihiatru, anormalitatea nu este doar o varia ie, o „îndep rtare” pur cantitativ de normalitate medie statistic : un individ nu poate fi categorisit ca bolnav psihic doar pentru c este vehement în ap rarea ideilor proprii, exaltat prin convingerile sale, genial prin creativitatea sa, ruf c tor prin comportamentul s u delictual sau scandalos, prin perversiunile sale (Ey H, 1979).

Se poate rezuma c modelul normalit ii este reprezentat prin primatul unei con iin e clare „con înând” incon tientul și dând în acest fel posibilitatea dezvoltării activit ilor superioare care garantează libertatea umană . Nor -



ma este înscris în interioritatea corpului psihic normal, boala determinată organo-genetic este o alterare a ordinii normative de o de structurare a câmpului conștient ei.

## 8. CONCEPTUL DE SĂNĂTATE

După Boehm W, normalitatea (sănătatea mintală) este condiția de funcționalitate socială, impusă și acceptată de societate în scopul realizării personale.

De aceea, normalitatea ne pare mai bine definită în dinamic, în sensul adaptării armonice în fiecare moment al existenței, în funcție de mediul său și istoria sa și a colectivității sale ca o rezultat a calității raportului personalitate/mediu și nu ca o absență a bolii sau a posibilității de „plutire” într-un câmp de forțe contradictorii.

Putem deci considera normalitatea drept posibilitatea unei istorii echilibrate a subiectului, iar dimensiunile ei drept totalitatea proceselor de adaptare la mediu conform modelului general al speciei (posibilităților de răspuns al mării majorității a colectivității).

Normalitatea trebuie să ne apară ca o sumă de ritmuri: biochimice, fiziologice afective, relaționale, motivaționale, adaptate armonice solicitărilor din mediu și concordante cu răspunsurile majorității membrilor comunității (conform modelului speciei).

Pentru a simplifica demersul spre conceptul de normalitate și pentru a evita construirea unui model imperfect al acestuia, ni se pare operantă posibilitatea existenței lui ca un dat al realității umane sau, mai corect spus, ca o dominantă a acesteia.

Sănătatea umană poate fi considerată o stare înscrisă în perimetrul care definește normalitatea existenței individului semnificând menținerea echilibrului *structural* al persoanei (în plan corporal-biologic și psihic conștient) atât în perspectiva internă (a raportului reciproc al subsistemelor în conformitate cu sinteza ansamblului, a conformității sistemului în raport cu normele generale ale speciei, ale vârstei, ale sexului), cât și în perspectiva externă, a echilibrului adaptativ dintre individ și mediul său ambiant concret.

Cornu Iu G (1998) afirmă că un om sănătos psihic este acela care trăiește și afirmă o stare de confort psihic într-o coerență și globalitate care nu este sesizată nici un moment în mod fragmentar și într-o continuitate care presupune o dominantă a sentimentelor pozitive constructive și optimiste

fa de cele negative. Omul s n tos psihic este activ i are pl cerea acestei activit i, o caut , este voluntar, vrea s se afirme, s se împlineasc . El are un set de valori ierarhizate i voluntare pe care le promoveaz .

Dup L z rescu M (1995), s n tatea presupune *o perspectiv dinamic* prin care se precizeaz modalit ile normal-s n toase de structurare i func ionare a individului la diverse vârste, capacitatea sa de dezvoltare, maturare, independentizare, complexificare, precum i capacitatea de a dep i sintetic diversele situa ii reactive i stresante. Fromm E leag conceptul realiz rii individului în concordan cu restul indivizilor din comunitatea respectiv , care este în continu schimbare, în permanent progres. într-o permanent c utare. Credem c putem ad uga c problema normalit ii trebuie corelat cu îns i dezvoltarea comunit ii respective inând seama de parti cularit ile fiec rei etape pe care o parcurge.

O alt corela ie trebuie f cut cu etapele de vârst ale subiectului: copil rie, adolescen , adult, vârstnic, deoarece în fiecare etap a dezvolt rii sale. subiectul poate avea o pozi ie diferit fa de unul i acela i eveniment.

Krafft consider c un individ reac ioneaz în mod normal dac în cursul dezvolt rii sale se arata a fi capabil de o adaptare flexibil fa de situa iile conflictuale. când este capabil s suporte frustr rile i anxietatea care rezult din ele.

Pamfil E vede normalitatea ca un echilibru între organism i factorii de mediu.

Klinederg o admite ca pe o stare care permite dezvoltarea optim fizi c , intelectual i emo ionala a individului care s -l fac asem n tor cu ceilal i indivizi.

Dar, a a cum arat Prelipceanu D (2000), norma suport o cert condi ionare istoric , reprezent rile i conven iile oamenilor despre ei în i i i despre via a în colectivitatea social modificându -se (lent, dar sigur) în urma evolu iilor în utilizarea uneltelor i în arsenalul instrumentelor de expresie cult ural . Normele semnific ritmurile i gradele de evolu ie a societ ii umane, indicând, pentru a for a o metafor i dac se poate spune a a, „starea de s n tate” a societ ii.

Dificult ile cele mai importante în raport cu dezideratul detect rii unei norme a s n t ii mintale sunt urm toarele:

- tripla ipostaziere i dimensionarea contradictorie fiin ei umane în corporalitate, psihic i socialitate.

- terapia disfuncțiilor de expresie corporală să fie guvernată de legile naturii și prin procedee subsumate acestora, în timp ce disfuncțiile vieții psihice și, mai ales cele ale relaționalității sociale, să fie depășite prin raportarea la normalitate și prin recuperarea indivizilor în suferință în interiorul normei,
- istoricitatea normelor.

În ultima perioadă, accentul se pune pe adaptarea social-comunitară, specificitatea normalului căpătând nuanțe diferite în funcție de nivelul economico-social și cultural al unei comunități. Mead, Linton și Hallowell au arătat dependența conceptului de caracteristicile transculturale.

Crescutul interes pentru adaptare din ultimele două decade poate fi privit din următoarele trei perspective: primul aspect este schimbarea în definiția stării de sănătate. În trecut, starea de sănătate era definită ca absența durerii și era secundară interesului medicilor care erau mai mult focalizați pe tulburări.

Organizația Mondială a Sănătății definea starea de sănătate ca fiind: „o stare completă de bine din punct de vedere psihic, mental și social, și nu neapărat în absența durerii”. Această definiție este o recunoaștere a faptului că starea de sănătate este mai mult decât absența durerii. Este o stare de armonie, o stare-de-bine cu privire la evoluția complexului biologic, psihologic și a dimensiunilor sociale ale comportamentului uman.

Al doilea aspect este creșterea recunoașterii că indivizii și nu medicii sunt și trebuie să fie responsabili de starea lor de sănătate. Printr-o dietă adecvată, exerciții, managementul stresului și evitarea adicțiilor, indivizii pot promova activ propria lor sănătate mai mult decât prin pasivă evitarea bolilor. Locul și responsabilitatea individuală pentru sănătate sunt legate astfel de comportamentul și stilul de viață al fiecăruia. În plus, privit din acest unghi, conceptul de adaptare oferit medicilor și cercetătorilor o ansă de a trece dincolo de psihopatologie.

Adaptarea este strâns relațională cu promovarea stării de sănătate și cu prevenirea tulburărilor (bolilor). În acord cu Pearlin și Schooler (1978), adaptarea ne protejează prin:

- eliminare sau modificarea condițiilor care creează probleme;
- perceperea controlului semnificativei trăirilor într-o manieră prin care să se neutralizeze caracterul ei problematic; pstrarea consecințelor emoționale ale problemei lor în limite controlabile.

Aceste funcții prefigurează baze comportamentale pentru tratarea și prevenirea tulburărilor și pentru promovarea sănătății.

Lagache D sintetizând datele expuse de **Hartman și Murray**, descrie următoarele caracteristici principale ale sănătății mintale: capacitatea de a produce și de a tolera tensiuni suficient de mari, de a le reduce într-o formă satisfăcătoare pentru individ: capacitatea de a organiza un plan de viață care să permită satisfacerea periodică și armonioasă a majorității nevoilor și pro-gresul către scopurile cele mai îndepărtate; capacitatea de adaptare a propriilor aspirații la grup; capacitatea de a-și adapta conduita la diferite moduri de relații cu ceilalți indivizi; capacitatea de identificare atât cu formele conservatoare cât și cu cele creatoare ale societății.

## 9. SIMUL INTERN AL COERENȚEI (SENSE OF COHERENCE, ANTONOVSKY A)

**Antonovsky A** a argumentat că nu există stări de „sănătate” sau „boală” în sens strict ci mai degrabă „un continuum” oricât de „boală” pe care ne mișcăm înapoi și înainte de-a lungul ciclului de viață. Când ne simțim bine, acest lucru nu implică pur și simplu absența patologiei; factorul cheie al salutogenezei este că o stare de bună sănătate poate fi susținută direct de factori psihologici pozitivi (sentimentul de stare-de-bine). **Antonovski A** a definit coerența ca: *„o orientare globală care exprimă măsura în care individul are un sentiment de încredere susținută și durabilă, dar și dinamică”*:

1. *stimulii care derivă din mediul intern sau extern de-a lungul vieții sunt structurați, predictibili și explicabili,*
2. *există resurse disponibile pentru ca el să poată răspunde la solicitările determinate de acest stimul și că*
3. *aceste solicitări sunt provocatoare, benefice pentru investiția afectivă și angajare”. Simul intern al coerenței înseamnă capacitatea de a găsi sensuri lucrurilor, capacitatea de a înțelege semnificația solicitărilor la care individul este supus și capacitatea de control și decizie.*

Conceptul de simul intern al coerenței are similitudini cu alte teorii de rezistență la stres cum ar fi: capacitatea de control, eficiența proprie (de sine), conceptul puterii și optimismul dispozițional. Totuși simul intern al coerenței este un concept mai larg decât fiecare dintre acestea incluzând și dimensiunea socială a solicitărilor individului și când astfel conceptul aplicabil diferitelor culturi.

Simbolul intern al coerenței este o sinteză a concepției despre lume a persoanei în timp, într-o anumită epocă.

Scala SOC a fost dezvoltată de **Antonovsky A** ca o măsurătoare tiimpific legată de conceptul de salutogeneză. Scala SOC este un chestionar de autoevaluare care măsoară în care un individ este capabil să interpreteze un stresor ca fiind comprehensibil și benefic ca și capacitatea individului de a aprecia că el sau ea va face față acestor stresori.

Rezultatul evaluării scalei SOC este în mod esențial o măsură a rezistenței individului în fața stresului. Totuși, în timp ce scalele convenționale de adaptare evaluează preferințele pentru strategii particulare de coping, scala SOC măsoară capacitatea individului de a răspunde la stresori printr-o abordare adecvată a unei varietăți de strategii de coping sau altele. Indivizii cu scoruri mari la scala SOC sunt aceia care percep cu cea mai mare probabilitate stresorii ca fiind previzibili și explicabili, au încredere în capacitatea lor de a le face față și consider că merită să răspundă la aceste provocări. Scorul SOC sczut măsoară absența relativă a acestor convingeri.

## 10. ANORMALITATE ȘI BOALĂ

Anormalitatea este o îndepărtare de normă al cărei sens pozitiv sau negativ rămâne indiferent în ceea ce privește definirea în sine a zonei de definiție. Sensul este important în perspectivă calitativă. Astfel, antropologic, în zona pozitivă se află persoanele excepționale, geniile, care joacă un rol creator în istoria omenirii, în instituirea progresului. Invers, patologia, boala, se referă la îndepărtarea de normă în sens negativ, spre minus, spre deficit funcțional și de performanță, spre dizarmonie, dezorganizare, destructurare.

În opinia lui **Lăzrescu M**, domeniul bolii „se îndepărtează de norma ideală a comunității în sensul deficitului, al neîmplinirii persoanei umane care se află în zona dizarmoniei nefuncționale, necreatoare.” Trecerea spre patologie a subiectului este însoțită de disfuncționalitatea acestuia în sistemul în care este integrat.

Majoritatea definițiilor și circumscricțiilor normalității și anormalității sunt vagi, insuficiente pentru a sta la baza unor definiții operaționale riguroase.

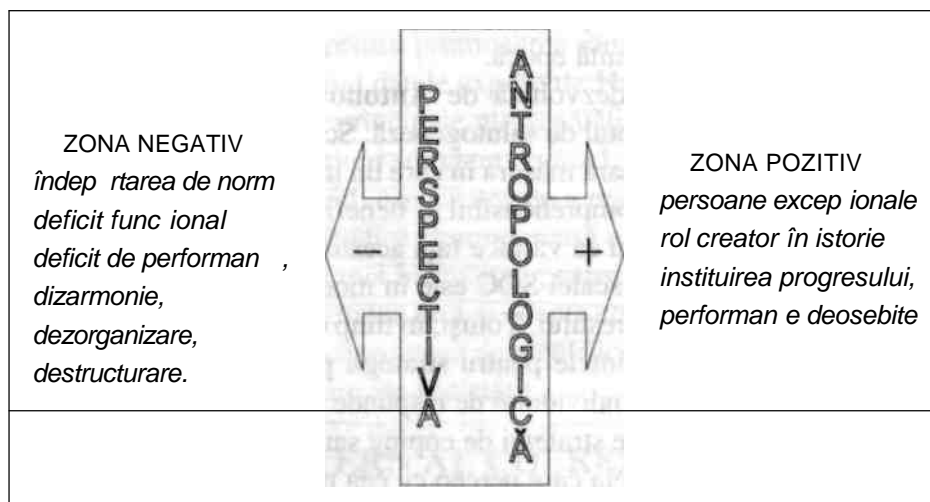


FIGURA 3.

Reacția biologică sub formă de stres este normală între anumite limite, la fel ca reacția psihică la spaimă sau pierderi. Modificările bio-psihice din etapele critice ale dezvoltării cum ar fi cele din pubertate sau climax pot fi patologice dacă se întâlnesc la alte vârste. În definiția stării de sănătate sau de boală joacă un rol parțial, dar foarte important, perspectiva subiectivă, felul în care subiectul se resimte și se autoevaluează. Totuși, nici acest criteriu nu este suficient: de obicei, omul bolnav „nu se simte bine”, are dureri, se autoapreciază deformat, suferă, dar uneori, în psihiatrie, starea de „bine subiectiv” poate fi concomitentă cu o stare de boală așa cum se întâmplă în sindromul maniaco-depresiv. În patologia umană joacă un rol important *dimensiunea interpersonală*, capacitatea de iubire și prietenie echilibrată, precum și *perspectiva socială*, nivelul și modul de „funcționare socială” a persoanei și opinia colectivității privitoare la normalitatea și sănătatea psihică a unui individ. În fapt, dacă se pot încredința responsabilități comunitare. Cu toate acestea și aceste criterii sunt relative și insuficiente. Ele depind de incidența obiceiurilor, mentalităților, normelor și ideologiilor a imaginii pe care sănătatea și boala o are într-o anumită civilizație.

Legătura anormalității comportamentale cu boala psihică, implicit, cu psihiatria, a însoțit evoluția socio-culturală a umanității încă de la cele mai vechi atestări documentare cunoscute.

Anormalitatea (abatere de la un model comportamental mediu, fie că acesta este statistic, ideal sau procesual, acceptat de membrii unei societăți

Normalitate, anormalitate, sănătate, boală

determinate în timp și spațiu) nu se identifică cu patologicul, deși se poate suprapune cu acesta; este în esență o noțiune mult **mai** largă, care caracterizează o serie de fapte comportamentale cu aspect contrar așteptărilor și normelor în vigoare. **Delay J** și **Pichot P** consideră că anormalul reprezintă o abatere calitativ și funcțional de la valoarea și semnificația generală a modelului uman. Se poate observa cum domeniul anormalității se constituie **ca** o zonă de trecere între normal și patologic, reprezentând un proces de continuitate între cei doi termeni. O analiză istorică poate justifica teza menționată mai sus, arătând că sub raportul integrării socio-profesionale, gradul de permisivitate al societății față de abaterile individuale descrește odată cu trecerea timpului, fiindcă aceasta să aibă o semnificație asupra frecvenței bolilor mintale.

Dacă pentru un grup restrâns de ocupații (agricultori, ostași, meșteșugari), „selecția profesională” începea „ex ovo” (breslele), iar numărul operațiilor și cunoștințelor era limitat, putând compensa enorme deficiențe caracteriale, intelectuale sau fizice (acestea din urmă într-o măsură mult mai mică), în condițiile revoluției tehnico-științifice solicitările socio-profesionale și ritmul de producție discriminează drept anormali o serie largă de indivizi, înapoi pentru integrarea în diverse grupuri profesionale specifice, care nu sunt decât în mod potențial și probabilistic candidați la boala psihică. Astfel, dacă lui Hercule (model acceptat ca normal, băba chiar divinizat pentru faptele sale de vitejie) majoritatea psihiatrilor îi recunosc grave tulburări de tip epileptic, chiar din descrierile contemporanilor (crize grand mal, furore epilepticus), astăzi simpla evocare anamnestică a crizei îl ar face inapt pentru serviciul militar pe orice subiect. Dacă regele Saul își putea conduce poporul în pofida frecventelor episoade depresive sau maniacale, care fac obiectul unor descrieri celebre, el suferind de psihoză afectiv bipolar, astăzi normele care protejează societatea și implicit subiectul suferind, îi refuză acordarea dreptului de a conduce autovehicule etc.

## ANORMALITATE ȘI PREJUDECAT

Aparenta creștere a exigențelor normative față de individ este generată într-o măsură mare de posibilitățile societății contemporane care, prin multiplele ei canale de circulație a informației, poate oferi ființei umane o poziție mai clar definibilă și determinabilă în cadrul universului uman. Se poate spune că în epoci **mai** vechi societatea umană a considerat ca normale tulburările

ri comportamentale evidente, sesizabile de oricare dintre membrii comunității. Descrierile acestor comportamente nu au făcut obiectul unor studii științifice, deși au fost adesea înregistrate de fina caligrafie a istoricilor și scriitorilor. Apariția tardivă a psihologiei și psihiatriei a făcut posibil proliferarea acestui tip de descrieri empirice și nesistematice, care au generat o serie de concepții greșite și de credințe cu largă circulație în rândul celor mai diverse categorii sociale.

Credința că un comportament anormal trebuie să fie cu necesitate și bizar este una dintre cele mai răspândite, generând prin analogia anormal-boală psihică, imaginea unui bolnav psihic care prezintă manifestări extrem de neobișnuite și net diferite de elementele comportamentului obișnuit.

O altă prejudecată foarte apropiată de cea descrisă mai sus este aceea că între normal și anormal s-ar putea face o net delimitare, ba mai mult, această delimitare ar fi la îndemâna oricui, după criterii individuale. Prezentarea anormalului și a comportamentului său ca eludând regulile obișnuite ale moralei, frecvent în literatură, a generat prejudecata că anormalitatea este o rușine și o pedeapsă, iar acest lucru a creat și opinia că boala psihică, prin analogie, are aceeași semnificație.

Caracterul ereditar al anomalităților, precum și teama exagerată de unele anomalii comportamentale personale, sunt alte prejudecăți având aceeași origine. Un efect nedorit l-a avut și opinia că o abatere extremă de la normal, indiferent de natura ei, este patologică. Urmărind acest raționament, **Lombroso** a lansat a doua sa teză de tristă notorietate (prima fiind cea a **criminalului** în sine) - aceea a geniului ca nebunie. De fapt, între cei doi termeni nu poate exista decât aceeași relație *posibil* între orice nivel de inteligență și boala psihică.

## 12. COMPORTAMENTELE ANORMALE

**Coleman** și **Broen** stabilesc o serie de termeni care se referă la comportamente anormale ca: boală psihică, comportament neadecvat, tulburări emoționale, tulburări comportamentale, tulburări psihice - ar fi când nici unul dintre acestea nu este suficient de clar pentru delimitarea sferei unui asemenea comportament care variază în funcție de o serie de criterii și modele, în acest sens prezentăm, în viziunea concepțiilor care pun la baza explicării modelului comportamental uman, explicații diferite privind semnificația comportamentului anormal.



TABELUL 4.		
Modelul	S n tatea mintal	Comportament anormal
- psihiatric	abilitatea de satisfacere a necesit ilor instinctuale în limitele impuse de societate	dezvoltarea gre it sau exagerat a m surilor de ap rare, înso ite de anxietate
- comporta- mental	adaptare deschis la stimulii din mediu	adaptare ineficient prin înv area unor comportamente inadec vate i incapacitate de corectare
- umanistic	împlinirea tendin elor naturale fa de orientarea i împlinirea de sine	incapacitatea de dezvoltare pe deplin a personalit ii prin bloca-rea sau distorsionarea acestor ten- din e c tre automul umire
- existen ial	libertatea de a decide con tient	incapacitatea realiz rii identit ii adecvate de sine i a în elegerii sensului vie ii
- interpersonal	realizarea de rela ii interpersonale	rezisten a fa de rela ii interper-sonale i acomodare de tip pato-logic

Dup **En chescu C**, se deosebesc patru tipuri de comportamente anormale:

- comportamentul de tip criz biopsihologic de dezvoltare sau involu ie (pubertate, adolescen , climax, andropauz ), cu caracter pasager i reversibil;
- comportamentul de tip caren ial (legat de st ri de frustrare afectiv , caren e educa ionale, **disfunc ii** familiale i în modul de via ), ce creeaz dificult i de adaptare;
- comportamentul de tip sociopatic, constând din conduite delictuale agresive, toxicomanice sau de furie, cu caracter recurent sau episodic;
- comportamentul de tip patologic, par ial sau deloc reversibil, de na -tur exogen , endogen sau mixt , cu intensit i i forme variabile (st ri reactive, nevroze, psihopatii, psihogenii, endogenii).

Un model pluriaxial de definire a anormalit ii ar trebui s cuprind

(dup **Purushtov**):

- criteriul existen ei la individ a unor st ri de insecuritate, team , apa -tie, anxietate;
- criteriul explic rii printr-o patologie fizic a comportamentului deza -daptativ;

- criteriul contextului social (normele și valorile socio-culturale existente la un moment dat) în care se produce comportamentul;
- criteriul diminuării randamentului și eficienței individului.

Schneider K afirmă că orice persoană definită printr-o trăsătură aparte de caracter trebuie considerată anormală (celebra sa definiție „persoanele psihopatice sunt persoane anormale, anormalitate din cauza căreia suferă în ei înșiși societatea”); el accentuează asupra comportamentului, sperând să desprindă, dintr-un grup imens, un subgrup care să poată fi analizat. Acest demers s-a lovit de „un penibil eșec” (**Kolle K**), criteriul de anormalitate presupus de el fiind înșelător și diversitatea personalității umane.

Cu atât mai mult, aceste aserțiuni sunt valabile în ceea ce privește existența și boala mintală. În domeniul evaluării stărilor psihice a adultului au mai fost folosite o serie de criterii care să permită delimitarea de boală:

- capacitatea de autonomie, de independență psihico-conștientă a subiectului;
- o corectă și adecvată autorecepție și autoapreciere;
- percepția, reprezentarea și înțelegerea corectă, adecvată comunitară, a realității;
- capacitatea de creștere și dezvoltare armonioasă a individului, în sensul unei realizări de sine în raport cu un model ideal personal articulat armonios și eficient cu perspectiva socio-culturală;
- capacitatea de creație.

### 13. CONCEPTUL DE BOALĂ PSIHICĂ

Pentru înțelegerea dinamicii raportului sănătate-boală, trebuie să apelăm la noțiunea de proces patologic. În acest sens, boala reprezintă o formă de existență a materiei vii caracterizată prin apariția procesului ce implică tulburarea unității forțelor din organism (integritatea) și a organismului cu mediul (integrarea).

Boala umană se caracterizează, în general, prin perturbarea la diverse niveluri și din variate incidente a structurilor funcționale ale individului în perspectivă corporal-biologică sau psihico-conștientă. Perturbarea indusă de boală determină un minus și o dizarmonie a ansamblului unitar al persoanei, dificultăți obiective și subiective în prezența, adaptarea și eficiența în cadrul vieții sociale, dezadaptarea, involuția, moartea nefirească (prin accident) ori evoluția spre constituirea defectualității sau deteriorării grave.

TABELUL 5.

**CRITERII FUNC IONALE ALE S N T II MINTALE**  
(dup Hinsie L i Campbell JR, 1985)

<u>Independen rezonabil în rela iile cu ceilal i indivizi</u>	
<u>Autodirec ionare</u>	
<u>Capacitatea de a avea o slujb i de a lucra împreun cu ceilal i</u>	
<u>Capacitatea de a r spunde regulilor i autorit ii obi nuite</u>	
<u>Capacitatea de a dep i dificult i curente</u>	
<u>Abilitatea de a avea rela ii de prietenie i iubire</u>	
<u>Capacitatea de a da i a primi afec iune</u>	
<u>Toleran la frustrare</u>	
<u>Sim ul umorului</u>	
<u>Abilitatea de a se recrea, de a avea hobby-uri</u>	
Capacitatea de a dezvolta sentimente altruiste	

#### 14. BOALA PSIHICA I ECOSISTEM

Boala psihic trebuie considerat ca interesând întreaga fiin uman în compexitatea ei biologic , psihologic , axiologic i social . Apare deci evident, ca analiza **normalitatii** psihice, a psihismului v zut cu un „multiplex”, s implice nu numai corela ii biologice, ci i sociale, culturale, epistemolo - gice i dinamice.

Dup L z rescu M, *boala psihic const într-o denivelare (simplifi - care), dezorganizare (destructurare), dezechilibrare (dizannonie) a vie ii psihice con tiente a persoanei*. Psihismul subiectului se reorganizeaz la un nivel inferior, prezentând manifest ri care nu sunt evidente în starea nor - mal . Aceast disfunc ionalitate se datoreaz fie absen ei instan elor psihice superioare, fie efortului constituit de încercarea de reechilibrare, de reorga - nizare în situa ia deficitar dat .

Ecosistemul uman în care se manifest s n tatea i boala nu este izolat i nici static. Con inutul conceptului de s n tate mintal este determinat de calitatea raportului **personalitate-medi**u. în condi iile vie ii contemporane, rela iile omului cu factorii de mediu s-au complicat. Ele nu se realizeaz exclusiv prin mecanisme biologice, ci sunt dependente i de factorii socio - culturali, care se adaug i mijlocesc rela iile dintre om i natur . Deci, so - cialul nu poate fi separat, dar nici identificat cu naturalul. Nu putem s nu re inem c este caracteristic contemporaneit ii, faptul c dezvoltarea tuturor

laturilor vieii sociale a devenit tot mai dependent de natură, de rezervele ei, de echilibrul ecologic. Relațiile ecologice om-natură-societate, trebuie privite prin interacțiunea lor, cu evidențierea contradicțiilor ce pot apărea în cadrul interacțiunii dintre mediul social și individual.

În opinia lui **Mărgineanu N (1973)**, sănătatea exprimă echilibrul dinamic dintre ființa și lume, iar boala rezultă din dezechilibrul ființei cu lumea din lupta lor asimetrică și dizarmonioasă ce contrazice nu numai logosul în evoluția ei, ci și pe cel al lumii și al societății. Dacă în conflictul dintre ființă și mediu individul reușește să învingă starea de tensiune care izvorăște din golul de adaptare pe care acesta îl reprezintă, atunci își va păstra sănătatea, în caz contrar, el va ajunge la boală.

## 15. DIMENSIUNI EXISTENȚIALE ALE BOLII PSIHICE

Capacitatea subiectului de a se autoadministra rațional diminuează și perturbă libertatea lui interioară. Comunicarea interpersonală, intersubiectivitatea, capacitatea de integrare a persoanei în plan socio-cultural sunt de asemenea grav afectate, iar în formele severe ale bolii psihice individul apare ca o ființă „alienată”, înstrăinat de viața comunitară socio-spirituală, desprins de însăși existența umană. *Boala psihică anulează capacitatea de autodepășire și de creație a subiectului și poate conduce la diverse forme și intensități de defect psihic (Lăzărescu M, 1995).*

Boala se referă, în genere, la o stare anormală cu o cauzalitate determinată, cu un debut precizabil (apare la un moment dat mai mult sau mai puțin favorabil apariției sale), are un anumit tablou clinic, un anumit substrat, o anumită tendință evolutivă și un răspuns terapeutic specific. Un om devine bolnav psihic din momentul în care nu-și mai este suficient și e când eforturi pentru a se accepta ori neacceptându-se, neacceptându-i nici pe alții, acordând o atenție și o preocupare crescută pentru propriul corp, propria persoană, interogându-și și răspunsul și liniștea în propriile valori, ori lipsindu-se de valori (**Cornu Iu G, 1998**).

Boala psihică este și va rămâne o dimensiune (poate cea mai tragică) a ființei umane și prin aceasta ea va cuprinde întotdeauna tot ceea ce alcătuiește umanul din noi. Dar ea va fi și absența libertății interioare a subiectului, incapacitatea de a se adapta armonios în mijlocul colectivității și imposibilitatea de a crea pentru semenii, prin și cu ei. În acest sens, boala va dezorganiza esența umană în tot ce are ea definitoriu.

## VULNERABILITATE ÎN EVENIMENT DE VIA

*„Lupta însuși cîntec în lîmă de ajuns pentru a umple un suflet omene -  
nesc. Trebuie să-ți închipuim pe Sisif fericit. ”*

*Albert Camus*

1. Evenimentul de viață - o abordare contemporană
2. Natura evenimentului
3. Importanța evenimentelor
4. Contextul evenimentului
5. Tracaserile și momentele bune cotidiene
6. Constrîngerile rolului și natura lor
7. Abordarea socio-clinică (Brown și Harris)
8. Importanța interacțiunilor
9. Principiul sumării
10. Vulnerabilitate și agenți declanșatori
11. Suport social
12. Scala Vulnerabilității Psihologice (SVP)
13. Clasa socială
14. Sexul
15. Conflictul
16. Conceptul de criză în medicină și psihologie
17. Trauma, traumatologie
18. Tulburarea de stres posttraumatic (PTSD)
19. Reguli pentru terapia traumei (Wilson, 1989)

## 1. EVENIMENTUL DE VIA - O ABORDARE CONTEMPORAN

În ultimul deceniu sociologii au studiat determinanții socio-culturali ai sîntii mintale și ai bolii, factorii sociali în situația de cîutare a ajutorului psihiatric, atitudinea față de boala psihică, și organizarea de îngrijire a sîntii mintale. În toate aceste domenii, studiul a fost posibil numai prin formarea unui organism interdisciplinar, care a elaborat atât studii teoretice, cât și cercetare concretă, la aceasta aducându-și contribuția nu numai sociologi, dar și psihiatri, psihologi și epidemiologi.

Cercetarea asupra factorilor sociali și culturali în psihopatologie a dominat cercetarea ultimului deceniu, datorită interesului asupra efectelor din toate sîntii pe care le au evenimentele stresante de viață.

Vom începe prin a introduce conceptul de **eveniment de viață**, în jurul căruia se structurează problematica acestei cauzalități.

## 2. NATURA EVENIMENTULUI

O abordare modernă a problemei trebuie să înseamnă de drumul parcurs de la primul război mondial - când se credea că simptomele consecutive unei traume psihice pe câmpul de bătăie erau provocate de explozia unor minuscule vase sangvine cerebrale pînă la momentul actual, când evenimentul este privit în contextualitate, iar patogenitatea lui este considerată doar în context. La începutul secolului, desigur, victimei accidentelor feroviare care prezentau stări psihice fără sechele fizice evidente, constituia o problemă pentru neuropsihiatri și companiile de asigurări, iar nevrozele traumatice ocupau atunci un loc important în cercetare.

Abia în 1950, „*evenimentul*”, indiferent de natura lui, a înlocuit ca important „*accidentul*”, devenind centrul de interes. De atunci sunt cercetate probleme mai obișnuite și cu grad de personalizare ridicat decât marile cataclisme.

**Adolph Meyer** deschide calea, publicând observațiile sale medicale asupra acumularii evenimentelor reprezentative. Ulterior a apărut o bogată literatură, în special în America, unde behaviorismul a pregătit terenul pentru favorizarea explicațiilor legate de mediu în determinarea comportamentului.

Un eveniment este, într-un fel, orice experiență de viață care necesită o adaptare sau duce la o modificare importantă; este, cu alte cuvinte, o

discontinuitate, o ruptură mai mult sau mai puțin brutală, în cursul vieții de fiecare zi. Un eveniment are, deci, un caracter de „exterioritate” în raport cu persoana care trăiește evenimentul, dar trebuie în același timp să capete un sens în istoria individuală, pentru a dobândi caracterul de eveniment patogen. De aceea, pentru a înțelege evenimentele trebuie făcut mai mult decât derularea anecdotică a întâmplărilor, adică trebuie interogat un subiect - o persoană - și să poată descrie nenumăratele dimensiuni subiective și obiective pe care faptele respective le structurează. Pe scurt, evenimentul este un fapt important care se înscrie într-o biografie. Trebuie amintit aici aportul pe care psihanaliza îl aduce în ceea ce privește trauma, adică o experiență care aduce în viața psihică, într-un interval scurt de timp, o asemănătoare creație a excitației încât descrierea sau elaborarea ei într-o modalitate normală și obișnuită devine ușoară, rezultând tulburări durabile (**Freud S, 1920**). **Freud** subliniază conexiunea temporară a fenomenelor psihice în schimbul istoriei de viață contextualizarea fiind absolut necesară pentru experiența presupusă traumatizantă. De asemenea pot fi delimitate în cazul nevrozei traumatice două situații distincte:

- a. trauma funcționează ca un element declanșator, care dezvoltă o structură nevrotică preexistentă;
- b. trauma are o contribuție determinantă tocmai la conținutul simptomului (**Laplanche și Pontalis, 1967**).

### 3. IMPORTANȚA EVENIMENTELOR

Delimitarea exactă a evenimentului este esențială dacă dorim să evaluăm contribuția sa în geneza bolilor psihice. La început era vorba de sumarea tipurilor de evenimente întâlnite în viața recentă a pacienților cu diverse afecțiuni psihice.

Listele utilizate au ajuns rapid la 43, în versiunea originală a lui **Holmes și Rahe**, pentru a ajunge rapid la 102 în *Psychiatric Epidemiology Research Interview* (**Dohrenwen B și colab., 1978**). Există și variante adaptate pentru adolescenți și alte grupe speciale. Uneori, aceste liste de evenimente au fost construite plecând de la biografia adulților de vârstă medie. Dar tinerii adulți, a căror viață este plină de schimbări, ating scoruri înalte.

Astfel, diversificarea listelor și adaptarea lor la grupe de populații nu constituie un lucru nou în sine. Dezavantajul vine mai degrabă din faptul că se uită ce trebuia să constituie un eveniment și că s-au introdus uneori fapte

banale sau dificultăți de viață cronice. Soluția, care consistă în includerea doar a evenimentelor considerate perturbatoare de către subiect, duce în definitiv la accentuarea confuziei, întrucât persoanele predispuse la tulburări afective riscă să fie mai tulburate de ceea ce li se întâmplă și să bruiască rezultatele, considerând că tot ceea ce li se întâmplă este perturbator.

Este bine să amintim că evaluările subiective făcute de subiecți nu diferă de interpretările obiective ale observatorilor externi. Pe de altă parte, cei depresivi, cunoscători pentru percepția lor eronată, continuă și după vindecare să acorde aceiași pondere, ca înainte, evenimentelor trivite (**Zimmerman, 1983**).

Este ușor de evidențiat limita utilizării acestor inventare. Ele sunt utilizate repetat, iar insuficiența lor este legată de prea marele lor simplism. Două metode de calcul sunt utilizate curent. Prima constă în însumarea evenimentelor raportate, uneori atât cele pozitive cât și cele negative, alteori, doar cele negative, pentru a stabili un scor total de stres. Pare surprinzător că sunt incluse evenimente pozitive. Trebuie să menționăm că anumite succese necesită o adaptare, precum sunt obținerea unui nou loc de muncă sau câștigarea la loterie.

Oricare ar fi tipul de însumare, defectul este că le considerăm egale pe toate: moartea unui copil este echivalentă cu pierderea serviciului. Pentru a contracara aceste critici, **Dohrenwend și colab. (1978)** au cerut unor „judecatori” aleși din marele public să acorde o pondere relativă fiecărui eveniment de pe listă. Evenimentul etalon este căsătoria - căreia i se acordă, prin convenție, 500 de puncte - iar toate celelalte evenimente trebuie ordonate în consecință. Plecând de la acest reper, infidelitatea conjugală are 558 puncte, schimbarea domiciliului 437 puncte, moartea unui copil 1036 puncte - cu tendința de a ocupa locul întâi.

Acest mod de evaluare constituie un progres net, în ciuda limitelor enumerărilor, pentru că doar subiectul poate decide ce anume constituie pentru el un eveniment. În practică, nu este necesară o abordare atât de riguroasă, întrucât cele două tipuri de a calcula duc la rezultate foarte asemănătoare. Ameliorarea formulării criteriilor contribuie, totuși, la ameliorarea indicilor psihometrici, întrucât coeficienții de fidelitate sunt în general scăzuți (**Zimmerman, 1983**).

Cei ce dau informații continuă să uite anumite evenimente, iar datarea lor este imprecisă, astfel încât întrevederile cu persoane apropiate lor face să



crească numărul de evenimente de la 20% la 30%. Precizia datării este, evident, supusă ameliorării. Informatorul este invitat, de cele mai multe ori, să identifice evenimentele trăite în cursul ultimelor 12 luni. Ori, se prea poate ca evenimentele trăite în cursul a mai mult de o lună în urmă să nu mai aibă nici un efect în momentul interviului, și ca problema de sănătate mintală ce a decurs din aceste evenimente să fi avut timp să apară și să dispară. Aceste inconveniente riscă să împiedice confirmarea unor ipoteze valoroase. **Brown și Harris (1978)** avansează astfel ipoteza că evenimentele majore care se produc în cele trei săptămâni ce preced debutul maladiei sunt cele determinante.

Pe de altă parte, dificultatea situării cu exactitate în timp a debutului unei probleme psihopatologice, în studiile de sănătate mintală, este și mai mare. Aceste critici se aplică la majoritatea cercetărilor. În cazul depresiei, de exemplu, cum putem preciza perioada în care simptomele au devenit suficient de numeroase pentru a atinge numărul de patru, propus de anumite definiții? Din care moment începe să crească în greutate sau o adevărată disperare? Modificarea este gradată sau bruscă? Doar studiul prospectiv nearscoat din încurcături, ceea ce ar presupune comunicarea cu informatorul la intervale regulate. Acest metod este foarte costisitoare, iar în lipsa ei, singura soluție este o analiză retrospectivă foarte atentă în ceea ce privește data apariției și dispariției episoadelor depresive sau ale altora. Anumite variabile, precum tentativele de suicid sau ideile de suicidare serioase, întrucât nu sunt constituite din mai multe simptome, prezintă în acest sens nete avantaje și este posibil să fie datate cu mai mare ușurință (**Tousignant și Hanigan, 1986**).

Una dintre problemele cele mai controversate este de a ști dacă evenimentele sunt într-adevăr independente de viața celor interogați (**Rabkin și Struening, 1976**). Sau, altfel spus, este subiectul total sau chiar parțial responsabil de ceea ce îi se întâmplă? De exemplu, cum să tragi concluzia că divorțul este cauza depresiei, fără să presupui că cel puțin în unele probleme comportamentale legate de depresie au dat naștere? Poziția lui **Brown** în această privință este de a nu respinge evenimentele dependente, într-o măsură sau alta, de subiect. Aceasta ar antrena, în primul rând, îndepărtarea unui număr considerabil de evenimente majore, începând cu creșterea unui copil, până la anumite cazuri de omaj. Problema fundamentală este de a ști dacă un eveniment, indiferent care este angajare a subiectului, este în măsură

să arunce o persoană, deja vulnerabilă, pe plan psihologic, într-o stare patologică. Procesul de cauzalitate nu urmează o mișcare simplă, lineară, cum ar dori unii (**Tennant și colab., 1978**); el se înscrie mai degrabă într-o mișcare în spirală, iar rolul nostru este de a descrie toate meandrele ce duc la tulburări psihice.

În anumite studii longitudinale, de exemplu cel întreprins de **McFarlane și colab. (1983)** și ale majorității celor care stabilesc relații între scorurile scalelor la două perioade diferite, vom constata că simptomele măsurate inițial prezic mai bine decât celelalte variabile simptomele unei perioade ulterioare de șase luni, în pofida unei asociații clare între evenimentele independente și indezirabile și starea mintală.

Aceasta nu conduce la ipoteza că starea psihică este o caracteristică stabilă, care nu se va schimba decât foarte puțin în funcție de vicisitudinile vieții. Aceste simptome, mai mult sau mai puțin în cronicitate, pot fi ele însele legate de anumite situații de viață durabile, și nu trebuie să ne îndoim de importanța etiologiei sociale în prezența unor astfel de observații.

Pe de altă parte, problema importantă este nu de a prevedea un număr de simptome la un moment dat ci factorii care contribuie la crearea unei stări de incapacitate relativă, la o persoană, între un moment A și un moment B. La alcoolici, de exemplu, este important să știm ce îl determină pe un băutor mediu să treacă, la un moment dat, la un consum abuziv.

Corelațiile dintre evenimentele de viață stresante și starea psihică mintală au fost destul de slabe. Doar 9% din variația stărilor patologice poate fi atribuită acestor evenimente (**Rabkin și Struening, 1976**), iar valoarea predictivă a evenimentelor nu s-a accentuat în urma ameliorărilor instrumentelor (**Kessler și colab., 1985**). Această concluzie este împărtășită de **Brown și Harris (1978)**, fiindcă majoritatea persoanelor ce trec printr-o încercare grea în decursul unui an nu cad în depresie, ceea ce corespunde observației comune.

În eșantionul lor de la **Camberwell**, 20% dintre femeile care au traversat un eveniment serios sau o dificultate majoră de viață, intră în depresie în cursul anului respectiv; este o minoritate, dar este de 10 ori mai mult față de 2% din grupul celor care nu au trăit astfel de evenimente și dificultăți. Procentul de 20% este totuși impresionant. Este limpede, desigur, că există și alți factori și că doar efectul unui eveniment major nu este suficient, de obicei, pentru a declanșa depresia.

Contribuția evenimentelor este mai bine stabilită în cazul depresiei decât în cel al schizofreniei și este, probabil, superioară în cazul tentativelor de suicid (**Paykel, 1978**). Important este să ne amintim că evenimentele ar trebui să fie însoțite de alți agenți catalizatori pentru a deveni agenți declanșatori eficace. Evenimentele acționează, deci, în cadrul unui model complex. Prin urmare, nu trebuie să punem pe picior de egalitate toate evenimentele de viață.

Marile tulburări lasă urme profunde asupra victimelor. Între 20% și 40% dintre persoane nu se remit după crize mari de viață, chiar după o bună perioadă de timp (**Silver și Wartman, 1980**).

Evenimentele critice nu trebuie, pe de altă parte, să fie reduse la agenți destructori care demoralizează și atacă sistemul de imunitate psihică. Studiul lui **Kobasa (1979)** demonstrează că idealul nu constă atât de evident în evitarea evenimentelor sau situațiilor dificile, cât mai ales în expunerea în măsura în care poți să înfrunzi aceste dificultăți. În această cercetare directorii marilor companii sunt favorizați, din punctul de vedere al sănătății, dacă sunt expuși stresului datorat schimbărilor. Absența stresului împiedică cheltuirea aptitudinilor lor și le scade vigoarea. În schimb, procesul este invers la militarii americani de carieră pe timp de pace. Evenimentul poate avea o contribuție pozitivă în dezvoltarea persoanei: o criză ce ar fi putut provoca o deteriorare a sănătății mintale poate duce la o mai mare înțelepciune și seninătate.

#### 4. CONTEXTUL EVENIMENTULUI

Evenimentele joacă, deci, indubitabil, un rol important în etiologia tulburărilor psihice. Dar care este, oare, natura procesului care le permite să acționeze asupra psihicului? Explicațiile sunt numeroase, fără să se exclud neapărat. Cercetătorii sunt de acord că evenimentele pot slăbi stima de sine întrucât persoana are ocazia să ia cunoștință de limitele stăpânirii pe care o are asupra vieții proprii, în special în cazul de eșec al strategiilor utilizate pentru a face față încercărilor respective (**Kessler și colab., 1985**).

O maladie cronică gravă, precum leucemia sau o dezamăgire în dragoste, ne aduc aminte cât de puțin stăpânim destinul. Scderea autostimei este accentuată în împrejurările în care subiectul crede că ar fi putut acționa (de exemplu, un adolescent care încearcă să împiedice separarea părinților). În cazul în care evenimentul are loc, în pofida expectanțelor firești, pot apărea

confuzie și dezorientare (de exemplu, un logodnic rupe logodna, de i căsătoria era anunțată; un student cade la un examen considerat ușor etc.).

Evenimentul provoacă, de asemenea, o serie de neplăceri, a căror acumulare poate fi determinant în afectarea stării mintale.

Efectele evenimentelor se pot face simțite la nivelul sistemului imunitar și pot provoca fatigabilitate sau probleme somatice, care mai devreme sau mai târziu, vor duce la stări depresive.

Se remarcă faptul că persoanele care declară că au o stare de sănătate excelentă nu au un scor ridicat de suferință psihologică (exceptând un procent de 10%); procentul se ridică, însă, până la 71% la cei care raportează o stare proastă a stării (Edmond, 1988).

Thoits (1983) face o excelentă sinteză a dimensiunii evenimentelor care au efecte specifice asupra stării fizice și mintale. În primul rând, contrar celor postulate în prima fază a cercetărilor, cantitatea de schimbări provocate este mai puțin determinantă în comparație cu faptul că schimbările nu sunt dorite.

Din multitudinea de lucrări care au tratat această problemă reiese că **indezirabilitatea** evenimentelor este elementul determinant în ceea ce privește starea mentală, indiferent de tipurile de indici utilizați, de diagnostichele tradiționale de depresie, schizofrenie, indiferent de suferința sau de comportamentele psihopatologice.

A doua dimensiune este sentimentul de control al evenimentului. Știe, de exemplu, că numeroasele cercetări clinice și de laborator ce se bazează pe noțiunea de „neajutorare dobândită” au ajuns la concluzia că **absența sentimentului de stăpânire a evenimentului** era determinantă în dezvoltarea tulburărilor de tip depresiv.

**Anticipația** este o altă dimensiune importantă. Literatura demonstrează că modificările anticipate, ciclice, precum căsătoria, menopauza, pensionarea, au mai puțin consecințe asupra stării mintale decât schimbările nenormative, neprevăzute, cum sunt divorțul, boala, omajul etc.

## 5. TRACĂȘURILE ÎN MOMENTELE BUNE COTIDIENE

Luând de-o parte marile drame ale vieții, anumite studii recente se interesează în mod special de necazurile și bucuriile cotidiene. Logica invocată: tensiunile cotidiene au cel puțin tot atâta importanță pentru sănătatea

mental a indivizilor precum evenimentele izolate; iar acumularea lor sfârșete prin a cântări mai mult în balanță decât loviturile grele ale căror impact va fi, puțin câte puțin, absorbit de timp (**Kanner și colab., 1981**).

Cum este de așteptat, micile neazuri sunt asociate cu sentimente negative, iar momentele bune cu sentimente pozitive, dar numai la femei, deoarece bărbații care trăiesc momente bune sunt mai înclinați să manifeste sentimente negative! Ceea ce trebuie reținut este că tracasările antrenează o mai mare variantă a scalei simptomelor decât evenimentele sau momentele bune.

**Lazarus și colab. (1985)** analizează din nou datele, clasificând tracasările în factori simptomatici, factori incerți, și, respectiv, factori nesimptomatici. Aceste modificări nu schimbă nimic din corelațiile obișnuite cu *Scala Hopkins*, adică faptul că tracasările rămân puternic corelate cu lista de simptome psihologice. **Dohrenwend și Shrout (1985)** revin și lasă să se înțeleagă că există un factor general subiacent tuturor acestor factori independenți, și care ar fi reprezentat de tulburarea tritică. Cu alte cuvinte, individul afirmă, în fond, că prezintă itemii care descriu tracasările nu pentru că este într-adevăr tracasat, ci datorită dispoziției afective de moment.

Introducerea „tracasărilor”, cât și a „momentelor bune” printre factorii de sensitate reprezintă un aport teoretic definitiv, recunoscut chiar și de cei care au critici serioase la adresa instrumentelor propuse.

Pe de altă parte, dacă universul triticărilor acestor tracasări îl depășește pe cel al constrângerilor rolului, rămâne să se verifice dacă tracasările cotidiene pot încesa să aibă importanță lor și în absența unui astfel de tip de constrângeri legate de rol. O relativă satisfacție îi va proteja, poate, pe adulții de vârstă mijlocie puternic angajați în roluri profesionale și familiare. Pentru persoanele fără rol sau cu un singur rol, tracasările ar putea avea consecințe mai importante. -.

În concluzie, subliniem că nu vom ajunge ușor la o soluție în abordarea evenimentelor și a tracasărilor. Efectul interactiv „tracasări-evenimente” are același efect ca și contribuția lor separată.

Deci conceptul „tracasărilor” nu este suficient de fundamentat teoretic, putând, încă, face reduceri ale subiectivității celui care răspunde în cadrul instrumentelor propuse.

## 6. CONSTRÂNGERILE ROLULUI ȘI NATURA LOR

Cadrul prea restrâns al analizei evenimentelor poate lăsa să se creadă că sensibilitatea mentală ar fi legată de accidente separate ale vieții și că ar fi vorba de un joc al posibilităților în care cel mai norocos câștigă.

Conceptul *constrângerii rolului* lansat de **Pearlin (1983)** este conceput ca o invitație de a lua mai puțin în considerare modificarea în sine provocată de eveniment, cât mai ales efectul uzurii capacității de a îndeplini obligațiile și rolurile în viață.

De ce au rolurile o astfel de importanță? În primul rând datorită investițiilor afective. Interesul în ceea ce privește noțiunea de rol constant, de asemenea, în a vedea în ce măsură comportamentul individului este legat de macrostructurile organizatorice ale societății, precum și de a înțelege în ce măsură evenimentul afectează nu doar individul, ci contextul social în care se înscrie.

Conceptul de constrângere a rolului (*role strain*) este definit deci prin „dificultățile, înfruntările, conflictele și celelalte probleme de aceeași natură, pe care oamenii le traversează în timp, atunci când se angajează în rolurile sociale ale vieții” (**Pearlin, 1983**).

După cum remarcă **Pearlin**, lucrările asupra constrângerilor rolurilor se adresează în special populației active, care muncește și evoluează într-o familie.

Exemplele constrângerii rolului sunt propuse în special de lucrările asupra sensibilității muncii (**Kasl, 1984**).

**Thoits (1983)** demonstrează, la rândul său, faptul că evenimentele în sine nu provoacă tulburări psihologice serioase dacă nu sunt acompaniate de constrângeri ale rolurilor. Copiii care trăiesc evenimente familiare negative nu prezintă tulburări de comportament dacă familia nu trăiește tensiuni anormale în acea perioadă (scandaluri în casatorie, probleme economice etc). Pierderea serviciului și prbușirea mariajului în același timp nu provoacă o creștere a simptomelor decât în cazul în care există o intensificare a problemelor vieții cotidiene.

TABELUL 1. TIPURI DE ROLURI DE CONSTRÂNGERE

<b>Constrângerile datoriei</b>	Toate aspectele materiale, acțiunile ce trebuie îndeplinite, noxe, pericole sau surplus de muncă. Cei care lucrează situații de obicei la cele două extreme ale câmpului ocupațional: a) cu sarcini repetitive; sau b) în posturi de mare responsabilitate, care sunt și cei mai afectați.	Constrângerea datoriei poate fi legată de disproporția dintre venit și efortul depus sau exploatarea unor aptitudini. Motivația se pierde și este necesar mai mult energie pentru aceeași activitate
<b>Conflicte interpersonale</b>	Acestea sunt conflictele care apar între două persoane, care de obicei sunt angajate în aceeași situație de rol. Căștoria oferă exemplul tipic. Principala sursă de insatisfacție în căștoria este impresia unei absențe reciproce: un partener crede că dă mai mult decât primește. Putem adăuga necazurile pe care copiii le fac părinților, și invers. În domeniul profesional, conflictul cu autoritatea, care atrage după sine auto-devalorizarea și depersonalizarea, riscă să invalideze ceea ce fiecare a investit în munca lui.	Constrângerea legată de rol va fi cu atât mai mare cu cât individul este mai angajat în acel rol. Relațiile sunt condiționate de așteptările actorilor
<b>Multiplicitatea rolurilor și conflictele interpersonale</b>	Angajamentele luate într-un anumit domeniu sunt deseori incompatibile sau în contradicție cu cele pe care le luăm în alte domenii, și se ajunge astfel într-o situație dilematică.	Aceste conflicte între roluri apar mai ales la persoane care nu au posibilitatea să deplaseze temporar unul dintre roluri pe un loc secundar, în favoarea altuia. Este situația femeilor, care sunt mai pasibile să dezvoltă o depresie decât bărbații, dacă munca lor vine în contradicție cu solicitările casnice ( <b>Pearlin, 1975</b> ).
<b>În epeni-rea în rol</b>	Acest domeniu este mai puțin analizat, dar există elemente care permit în alegerea situațiilor unor persoane.	Este vorba de persoane care sunt profund nemulțumite de rolul în care sunt captive.
<b>Schimbarea rolurilor</b>	Intrarea și ieșirea dintr-un rol sunt, de fapt, evenimente critice	
<b>Restructurarea rolurilor</b>	Apare în situații de schimbare a poziției într-o relație care ne-a legat de o persoană, de exemplu: grija de părinți care ne-au crescut, fiul unei mame divorțate devine prematur confidentul acesteia etc.	Inhibiția determinată de comportamente învățate și adoptarea unor comportamente contrare pot produce o tensiune foarte mare

Un alt argument important susține contribuția mai puternică a stresului cronic în raport cu impactul pe care evenimentele îl au. Procentul de maladii mintale și de probleme psihologice este mai mare în grupurile defavorizate economic și de celibatari, dar grupurile mai favorizate economic și necăsătorii raportează un număr mai mare de evenimente (**Thoits, 1983**).

## 7. ABORDAREA SOCIO-CLINIC (BROWN și HARRIS)

Lucrările echipei de la colegiul Bealford din Londra, constituit în principal din **George Brown, Tirril Harris și Antonia Bigulco**, merită o atenție specială datorită contribuției lor excepționale în epidemiologia psihiatrică. Munca imensă depusă de la începutul anilor '70 în domeniul originilor sociale ale depresiei la femei a propus o abordare originală și mult mai globală decât ceea ce era în general oferit de literatura existentă la acea dată. Panoplia instrumentelor dezvoltate pentru măsurarea conceptelor cheie ale modelului lor sunt constituite de **interviul clinic de tip semidirijat**. Timpul de înregistrare (redactare) este relativ lung.

Corpusul de referință pentru codificare nu este restrâns la părți din interviu privitoare la unele concepte, ci este extins la toate informațiile permise în timpul interviului. Este, deci, o **abordare calitativă**.

Modelul propus se complexifică pe măsură ce caută să integreze reflecțiile asupra noțiunii de rol, în același timp ca variabile ale miciei copilărie și ca transmitere a vulnerabilității până la vârsta adultă. Sunt puține variabile de **epidemiologie socială** pe care nu le vom regăsi în acest model.

Un efort special de integrare permite evaluarea fiecărui aspect în cronologia lanului etiologic. De altfel, protocoalele de cercetare conțin o mulțime de detalii bibliografice asupra cărora este totdeauna posibil să se revină înainte de a verifica mecanismele și de a verifica corelațiile rezultate sau rațiunile pentru care anumii subiecți devin ipoteze de plecare.

O a treia caracteristică, definind demersul acestei echipe, este preocuparea constantă de a înțelege în ce fel se constituie **relații între variabile** și cum aceste procese sunt **reflectate în conștiința subiectului**.

De asemenea, conceptul de **semnificație**, adică **inserarea unui eveniment** sau a unui **factor de vulnerabilitate în istoricitatea subiectului**, cu toată gama de **reații emotive provocate**, ocupă un loc central în înțelegerea lanurilor cauzale între componentele emoțiilor teoretice.



*Life Events and Difficulties Schedule (LEDS)* este unul dintre instrumentele reprezentative folosite; el acoperă **evenimentele trizite de informator în cursul ultimului an.**

Principalul său avantaj este de a aborda examinarea **fiecărui sector de via** (sănătate, via conjugal, serviciu), cu **întrebări deschise** care permit să se recolteze evenimente puține în frecvențe sau chiar absente în listele uzuale. LEDS poate, de asemenea, să surprindă evenimente reprezentate de o schimbare cognitivă brusc instalată, presupunând „o schimbare ulterioară”.

TABELUL 2.

**SCALA EVENIMENTELOR DUPĂ HOLMES ȘI RAHE  
(Social Readjustment Scale, 1967)**

1.	Decesul unuia dintre soți	100
2.	Divorțul	73
3.	Separarea maritală	65
4.	Sfârșitul detenției în închisoare	63
5.	Decesul unui membru apropiat al familiei	63
6.	Accident sau boală personală	53
7.	Concediere	50
8.	Concediere	47
9.	Reconciliere maritală	45
10.	Pensionare	45
11.	Modificarea structurii de sănătate a unui membru din familie	44
12.	Graviditate	40
13.	Dificultăți sexuale	39
14.	Intrarea unui nou membru în familie	39
15.	Reorganizare profesională	39
16.	Schimbarea statutului financiar	39
17.	Decesul unui prieten apropiat	38
18.	Schimbare în orientarea profesională	37
19.	Schimbarea frecvenței disputelor conjugale	36
20.	Ipotecă mai mare de 10.000 USD (echivalentul unui salariu în 1967)	35
21.	Scadența unui împrumut sau sechestrul în urma ipotecării	31
22.	Schimbarea responsabilității la serviciu	30
23.	Pierderea domiciliului de către un fiu sau o fiică	29
24.	Neplăceri juridice	29
25.	Realizare personală incompletă	28

TABELUL 2 (continuare).

<b>SCALA EVENIMENTELOR DUP HOLMES I RAHE (Social Readjustment Scale, 1967)</b>		
26.	Debutul sau finele carierei soției	26
27.	Debutul sau finele colarizării	26
28.	Schimbarea condițiilor de via	25
29.	Revizuirea obiceiurilor personale	24
30.	Dificultăți cu eful	23
31.	Schimbări de orar sau de condiții de munc	20
32.	Schimbare de domiciliu	20
33.	Schimbarea colii	20
34.	Modificări în programul de distracție	19
35.	Schimbări în activitatea religioasă	19
36.	Schimbări în activitățile sociale	18
37.	Ipotecă sau împrumut mai mic de un salariu mediu anual	17
38.	Modificări în obiceiurile legate de somn	16
39.	Schimbare în frecvența reuniunilor familiale	15
40.	Modificări ale obiceiurilor alimentare	15
41.	Vacanțe	13
42.	Serbători de Crăciun	12
43.	Încălțări minore ale legii	11

Una dintre **dimensiunile cele mai importante ale evenimentelor** și pe care se sprijină pentru a le măsura gravitatea este **amenințarea pe termen lung**. Se înțelege prin aceasta un eveniment care continuă să cauzeze în mod obișnuit neplăceri serioase după mai multe zile. De exemplu, să fi martor la un accident de circulație poate fi un eveniment tulburător, dar nu neapărat pentru un interval lung de timp, în comparație cu experiența pierderii serviciului sau a morții soției.

Amenințarea este în raport de istoricitatea subiectului, respectiv cu scopurile, proiectele și interesele lui. O amenințare este deci ceva care, cel puțin în două săptămâni după producerea evenimentului, va continua să pună în pericol interese importante pentru persoană.

Analiza contextului de ansamblu permite în mod egal de a judeca un eveniment în raport cu altele survenite în cursul aceleiași perioade.

Unii, cum ar fi **Tennant și colab.**, avansează ideea că ceea ce măsorează de fapt această metodă nu este un eveniment adevărat, ci un fel de indice de

stres social, pentru că evenimentul este judecat în contextul circumstanțelor care îl înconjoară.

**Brown și Harris** arată că proiectul lor este dincolo de dezbaterile conceptuale. Întrucât scopul este nu de a separa noțiuni pure, ci și de a reconstrui situații care anunță cu acuitate apariția tulburărilor psihice.

Demersul lor constă, deci, în a concepe un model de producere socială a depresiei, de a-l face operațional și de a-l verifica empiric; și, în final, de a desprinde modelul care ține cel mai bine seama de rezultatele obținute.

**LEDS** nu se mulțumește, așa cum am subliniat, să considere numai **evenimentele**; el cuprinde și o întreagă serie de **dificultăți de viață**, a căror natură este mai cronică; respectiv, acestea sunt, în general, de o **durată mai mare de ase luni**. De asemenea, în contextul socio-economic (creșterea unei chirii, spațiul neadecvat, venituri insuficiente) sau în cazul unor neînțelegeri cu soțul, aceste dificultăți reprezintă totuși dificultăți care vor fi codificate independent în protocol. De aici, o **scală în ase trepte**, care permite departajarea dificultăților în funcție de gravitatea lor. O analiză atentă a temelor acoperite permite să se vadă că ele înglobează **elemente esențiale ale tracărilor cotidiene**, ca și **probleme de rol**.

Modelul implică, deci, conjugarea evenimentelor și a dificultăților; în studiul de la **Camberwell (1978)**, **40% dintre evenimente** sunt considerate ca **majore**, nu din cauza principalului lor impact, ci pentru că sunt **asociate cu dificultăți serioase**.

Pe de altă parte, **un sfert dintre evenimente produc o dificultate serioasă** prin impactul și consecințele lor pe termen lung, ceea ce le transformă în **evenimente majore**.

Problema de interpretare subliniată de autori este de a ști de ce o dificultate poate avea consecințe tardive. Uzura pe termen lung sau în cidența unui eveniment suplimentar acționează în final precum un declanșator.

Evenimentul nu este pe plan conceptual radical diferit de dificultatea de viață, decât prin caracterul său mai restrâns în timp.

**Cea de-a treia axă** a acestui model este formată din **factorii de vulnerabilitate**, definiți ca ansamblul caracteristic al stărilor unei persoane care face să crească riscul de patologie în prezența unui agent declanșator, respectiv un eveniment sau o dificultate.

Slaba stimulare de sine, de exemplu, nu necesar să fie permanent, ea poate fi înțelesă de o situație obiectivă exterioară care, în cea mai mare

parte a timpului, constă într-o absență a susținerii sociale sau într-o relație negativă cu anturajul.

Factorii de vulnerabilitate identificați au în comun faptul că realizează o frustrare, fie a unei trebuințe psihologice bazale, fie a unei nevoi de securitate sau de afecțiune în cazul lipsei de susținere sau a pierderii mamei la vârstă mică, fie a unei nevoi de afirmare, în cazul unei femei „prizonieră” în căminul său.

Modelul implică aici că acești factori induc afecte negative: tristețe, plictiseală, furie, fiindcă prin aceasta se provoacă tulburări psihice. Trebuie să intervină o agresiune mai directă - un agent declanșator - pentru ca depresia să fie însoțită de tulburări.

Ar fi, totuși, fals de a concepe un factor de vulnerabilitate ca pe un simplu fundal, acționând în mod pasiv.

În acest sens, factorul de vulnerabilitate care este lipsa de atenție din partea părinților în timpul copilăriei, conduce la o dinamică care antrenează **situații care produc evenimente**. Se poate chiar ajunge la **situații care produc evenimente**. Se poate chiar ajunge la **situația ca același obiect să fie sursă de vulnerabilitate și, totodată, agent declanșator**.

## 8. IMPORTANȚA INTERACȚIUNILOR

Cercetări pe eșantioane de populație, în ultimii 10 ani, nu lasă nici un dubiu asupra importanței etiologice a evenimentelor majore și a dificultăților serioase de viață pentru a explica debutul unui episod depresiv.

Cercetarea cea mai recentă făcută în cartierul Islington din Londra a permis realizarea unui pas înainte considerabil pentru înțelegerea impactului anumitor **evenimente majore, care corespund unor roluri sau dificultăți**.

S-au distins de altfel **evenimente - E** - care sunt asociate unui angajament profund de implicare într-unul dintre cele cinci **domenii** următoare: copii, carieră, munci casnice, servicii sau activități exterioare.

Nu este necesar ca persoana să fie fericită în acest aspect al rolului său. Determinant este valoarea, idealul investit în acest domeniu. Aceste rezultate au dat dreptate lui **Pearlin și Schooler** care au scos în relief importanța rolului, precizând că **evenimentul legat de rol**, mai mult decât dificultățile cronice, este cel determinant în etiologia depresiei.

**Un al doilea tip de corespondență** provine din **conjugarea între un eveniment major și o dificultate subiacentă**. Acest tip de eveniment este

numit **eveniment D**. Dificultatea trebuie să se întindă pe **mai mult de ase luni**, dar nu este cazul ca ea să fie cauza evenimentului. O serie de cercetări ulterioare au permis determinarea, în primul rând, a faptului că aceste evenimente sunt, în general, **mai grave decât cele non-D**. Una din două caracteristici este aceea că evenimentele D provoacă mult mai adesea o reacție de disperare.

**Cel de-al treilea tip de corespondență** identificat este cel care asociază **evenimentul unui conflict de roluri: evenimentul R**. Acest conflict poate să decurgă la fel de bine dintr-o tensiune între două roluri, cel de mamă și cel de salariat sau dintr-o tensiune înuntrul aceluiași rol. Se vorbește aici, de preferință, de o **ambiguitate a rolurilor. Evenimentele K sunt încă** odată corelate cu depresia, dar efectul lor reia aproape integral pe cel al evenimentelor D.

## 9. PRINCIPIUL SUMARII

Utilizatorii de liste de evenimente consideră **stresul ca egal cu suma evenimentelor trinite**, dar trebuie să spunem că probele actualei ecuații sunt departe de a fi convingătoare.

Echipa de la Bedford a fost total sceptică în raport cu această poziție. Ea este mai curând de acord că **singurul eveniment major este suficient pentru a provoca depresie și că efectul său nu are nevoie de a fi amplificat de un alt eveniment independent**.

Analizele eantionului de la Islington i-au confirmat opinia. Singura **excepție** valabilă apare atunci când **evenimentele majore sunt legate între ele și când unul din cele trei tipuri de corespondență este prezent. Cu cât mai mult un eveniment are corespondențe, cu atât el riscă să conducă la depresie**.

La femeile care au trăit un eveniment major, rata de depresie este de 27% - dacă există o singură corespondență; 50% - dacă există două corespondențe; și 100% dacă există trei corespondențe. Ca urmare a analizei care a regrupat protocoalele unde s-au observat două evenimente majore s-a propus un **indice de legătură - link**, pentru a face **distincția între evenimente care au o relație între ele și cele care n-au**. Rezultatele confirmă contribuția acestui indice de legătură la condiția simultană pe care a avut-o prezența unei corespondențe, în special cele de tip D.

Problema de a cunoaște dacă două evenimente nelegate pot să-și combine efectele nu este încă definitiv rezolvată.

Echipa de la Bedford, în pofida poziției sale contrarii de la început, întrevăde că ar putea găsi aici un efect de sumare, fără să se poată împiedica totodată să-l citeze pe **Thomas Hardy**, pentru care două probleme simultane nu vor forma niciodată o problemă dublă și evocă faptul că „un necaz te poate face să-ți uiți pe altul!”.

## 10. VULNERABILITATE ȘI AGENȚI DECLANȘATORI

**L z rescu M** afirmă că vulnerabilitatea este un concept modern care tinde să ia locul conceptului greu comprehensibil de *determinism endogen*.

Factorul de vulnerabilitate este nici mai mult nici mai puțin în **un catalizator care amplifică efectul unui agent declanșator**, fie el eveniment major sau dificultate de viață serioasă și care nu este eficace decât în legătură cu acea viață. Revenirea conceptului de *teren* în medicina contemporană a făcut mai comprehensibilă determinarea unor episoade psihopatologice în condițiile unor noxe deosebite. În psihiatrie, „*terenul*” este ansamblul bio-psiho-social de caracteristici ale persoanei la un moment dat, așa cum este el configurat de întreaga biografie anterioară. Așa cum există persoane vulnerabile la stresori psihosociale, există și un număr de indivizi a căror rezistență excepțională le face non-vulnerabile. Printre factorii de vulnerabilitate pot fi menționați: factori bio-psihologici, factori genetici, noxe din perioada pre- și post-natală, o personogeneză deficitară.

Există factori care pot modifica circumstanțial vulnerabilitatea cum ar fi: perioadele de criză, modificarea statutului și rolului social, existența sau absența suportului social.

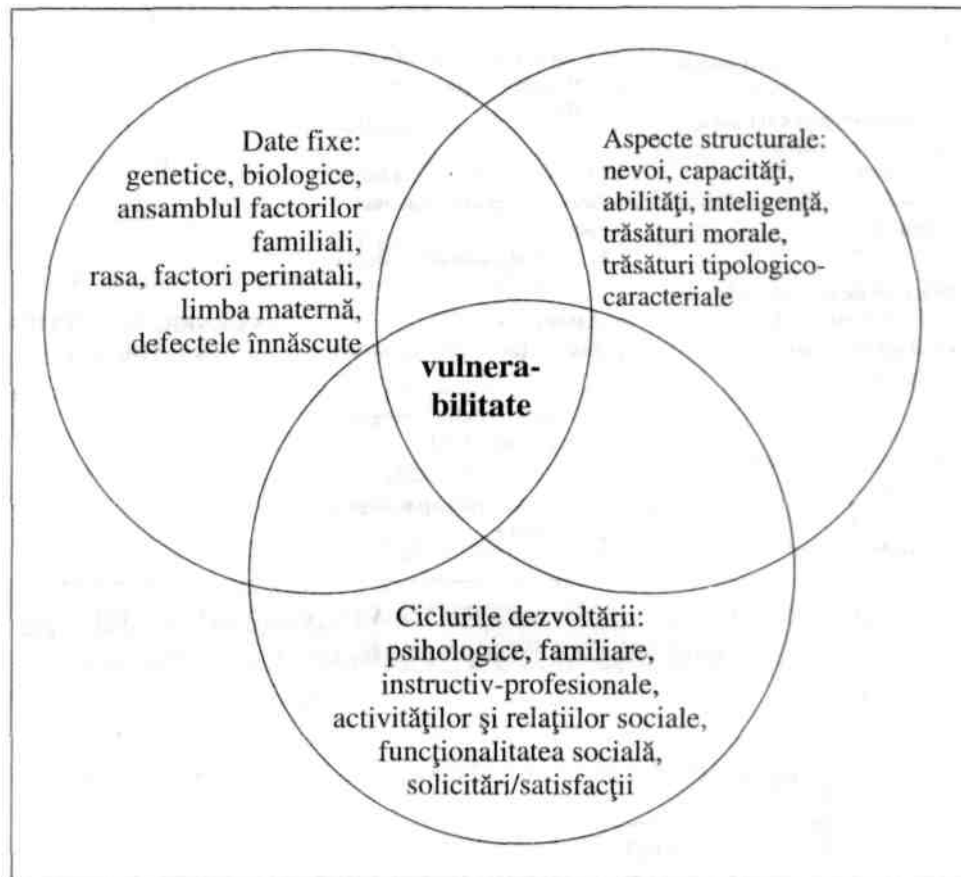
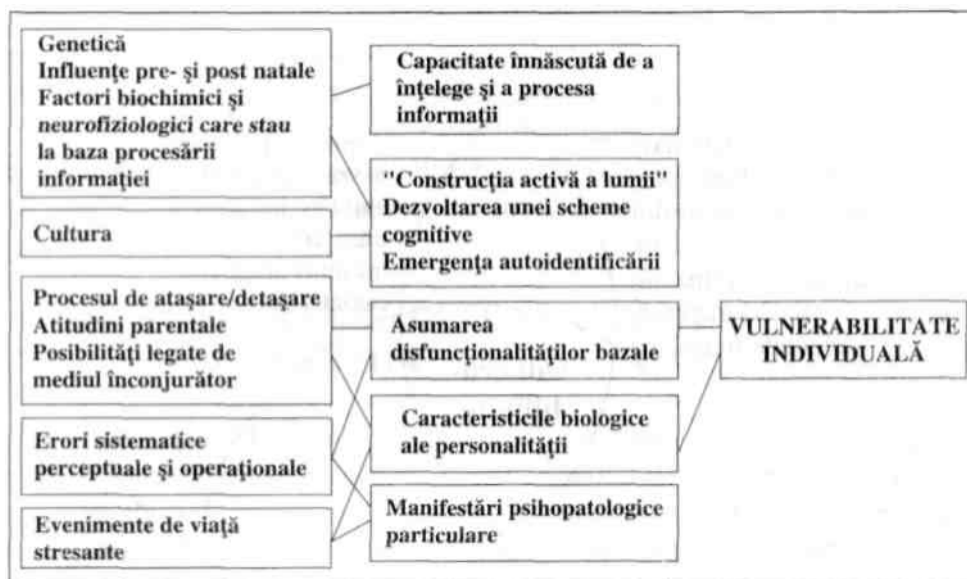


FIGURA 1.

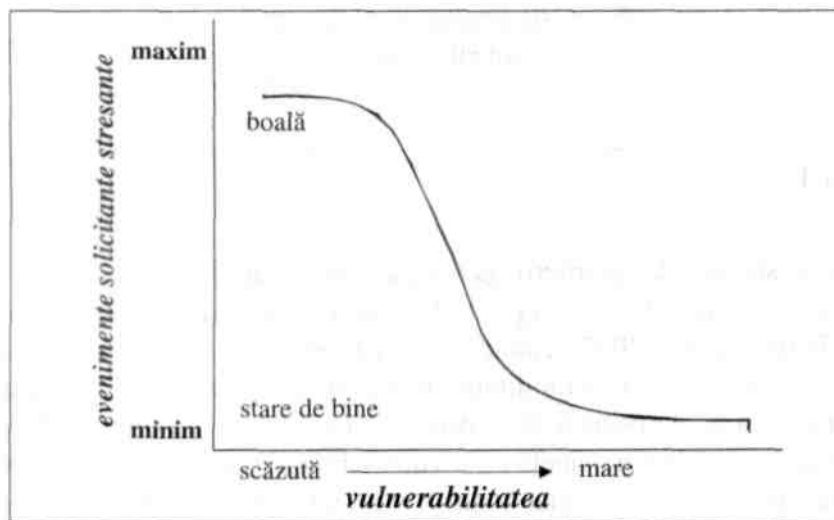
Interesul acordat pierderii mamei, a fost - printre altele - în eles ca o carență a îngrijirilor din partea părinților sau a substituenților parentali.

Lezescu M (2002) citându-l pe Zubin arată că există o legătură directă între nivelul vulnerabilității, numărul de evenimente stresante și posibilitatea ca boala psihică să se producă. Deși nu există o relație lineară, se poate afirma că la persoanele cu o vulnerabilitate mai crescută, un eveniment stresant minimal sau chiar banal poate declanșa starea psihopatologică.



**FACTORI IMPLICA ÎN MODELUL VULNERABILITĂȚII INDIVIDUALE (după Perris, 1992)**

FIGURA 2.



**RELATIA VULNERABILITATE-STRESOR ÎN APARIȚIA SINDROMULOR PSIHOPATOLOGICE (după Zubin, 1997, citat de Lazarescu M)**

FIGURA 3.



## 11. SUPTOR SOCIAL

Aceste cercetări au arătat consecvent că există diferențe de grup în vulnerabilitatea la stres. Rezultă că acești factori joacă un rol important în explicarea diferențelor în frecvența de apariție a bolilor psihice.

Termenul de **suport social** a fost larg folosit pentru a desemna **mecanismele prin care relațiile interpersonale protejează persoanele de efectele dăunătoare ale stresului**. S-a susținut existența unei relații consecvente între bolile psihice și factori precum: expresia receptivității pozitive (încurajatoare), expresia de acord (aprobare) a convingerilor și sentimentelor unei persoane, încurajarea exprimării deschise a opiniilor, oferirea de sfaturi sau de informații.

Aspectele suportului social sunt asociate cu vulnerabilitatea la boli psihice. Numeroase cercetări au ajuns la rezultate care sugerează că **suportul social poate oferi protecție împotriva tulburărilor emoționale legate de crizele de viață**. Totuși, nu s-a reușit să se explice mecanismul prin care apar aceste influențe.

**Factorii de vulnerabilitate au luat locul central în cercetarea diferențelor dintre grupuri.**

## 12. SCALA VULNERABILITĂȚII PSIHOLOGICE (SVP)

Această scală a fost alcătuită pentru a identifica indivizii cu pattern-uri cognitive care îi fac mai susceptibili la stres. Tipul de vulnerabilitate psihologic evaluat de această scală este definit ca fiind un pattern cognitiv ce reflectă dependența de realizări sau de surse externe de afirmare a modului în care individul se autoevaluează. O asemenea dependență de realizări concrete sau de alte persoane pentru autoevaluare este opusă concepției care afirmă rolul calităților înnscute și al caracterului și face ca simțul propriei valori să fie vulnerabil la tratamentul capricios al celorlalți sau la vicisitudinile vieții.

Vulnerabilitatea psihologică măsurată de acest instrument pune în evidență vulnerabilitatea cognitivă înrudită cu percepțiile dependente, perfecționismului, atribuțiilor negative și a nevoii de surse externe de aprobare.

Cercetătorii psihosociali au investigat legături variate între vulnerabilitatea cognitivă și criza psihologică, în mod specific depresia. O grupare de variabile ale personalității, ce au fost investigate ca factori specifici de vulne-

rabilitate la depresie, includ dependența, auto-învinuirea, perfecționismul și atribuțiile disfuncționale

Perfecționismul orientat spre propria persoană și preocupările legate de realizările individuale au fost centrul mai multor studii privind vulnerabilitatea la depresie. Pentru indivizii cu preocupări excesive de realizare, eșecul, perceput vis-a-vis de realizările importante, poate fi o lovitură copleșitoare care duce la depresie.

Dependența și sensibilitatea interpersonală au fost de asemenea în centrul atenției unor cercetători care au descoperit că indivizii care au avut un scor mare în ceea ce privește sociotropia (sau dependența socială), au înregistrat un scor mare și la măsurarea trăsăturilor de auto-apărare ale personalității și au avut o percepție negativă mai importantă despre ei înșiși, despre lume și despre viitor (**Boyce și Mason, 1996**). **Schill și Sharp (1995)**. Acești investigatori speculează că amenințările la adresa relațiilor pot fi o sursă importantă de depresie pentru această categorie de subiecți.

Alți investigatori s-au concentrat asupra rolului atitudinilor disfuncționale (gândire rigidă, negativă și o percepție predominant negativă despre sine, lume și viitor) în promovarea depresiei (**Charlton și Power, 1995**; **Ruble, Grenlich, Pomerantz și Gochberg, 1993**).

### 13. CLASA SOCIALĂ

O asociere veche și certă a psihiatriei epidemiologice a fost aceea dintre clasa socială și boala psihică. Persoanele aflate în situație socială dezavantajoasă ar avea o rată mai ridicată de boli psihice decât ceilalți, fapt dovedit de statisticile terapeutice.

Studiile respective au arătat că persoanele din clasele sociale inferioare au o probabilitate mai ridicată de spitalizare și rămân în spital mult mai mult timp decât cei din clasa mijlocie („middle class”).

Alte studii ulterioare au folosit termenul de „clasă socială” pentru a descrie dimensiuni diferite, precum: venit familial, prestigiu ocupațional, educație și chiar conceptul marxist de „clasă”.

Cele mai recente lucrări arată că este important să faci asemenea distincții, mai degrabă decât să le combini. Datele sugerează faptul că **venitul** - la bărbați, și **educația** - la femei, înc mai mult decât clasa socială, se corelează cu psihopatologia.

Mai mult, efectul venitului este acum datorat mai degrabă posibilităților personale decât venitului familial, ceea ce implică faptul că **adversitatea financiară nu este un factor operațional central.**

Excesul de probleme de sănătate mintală al persoanelor de clasă socială inferioară se justifică prin expunerea mai mare la experiențe stresante. Problemele stresante de viață au o putere mai mare de a provoca probleme de sănătate mintală la clasa inferioară, decât la clasa mijlocie (*middle class*). Această vulnerabilitate legată de clasă socială justifică majoritatea asocierii dintre clasă socială și depresia majoră, ca și dintre clasă socială și suferință non-specifică.

Una dintre cele mai plauzibile explicații este că un anumit tip de selecție sau valul de incompetență implică clasa inferioară în relația dintre clasă, respectiv, vulnerabilitate.

O altă explicație este că **experiența de viață** a unei persoane, ca membru al unei clase specifice, **conduce la apariția unei diferențe individuale în capacitatea de adaptare (coping)**, precum și în **diferențele de acces la resursele interpersonale de coping**. Persoanele din clasele inferioare sunt dezavantajate în privința relațiilor sociale suportive. Studiile indică, de asemenea, caracteristicile personalității asociate cu vulnerabilitatea la stres: stimă de sine scăzută, fatalism și inflexibilitate intelectuală - mai frecvente la aceste persoane. **Brown G** a dovedit că persoanele din această clasă au mai puțini prieteni decât cei din *middle class* și aceasta contribuie la creșterea vulnerabilității lor.

## 14. SEXUL

Studiile comunitare au arătat că femeile adulte au niveluri de două ori mai crescute de suferință psihiatrică. Studiile de caz au arătat că femeile raportează de 2-3 ori mai mult decât bărbații un istoric de boală afectivă. Cele mai multe cercetări au fost făcute pe această categorie de boli în ultimii 10 ani, pe două direcții principale:

**1. Evaluarea indirectă a stresului legat de rol:** în ultimul deceniu perspectiva dominantă era aceea că femeile sunt relativ dezavantajate față de bărbați, pentru că rolurile lor le expun la un stres cronic mai mare.

**2. A doua direcție a examinat evenimentele stresante.** S-a arătat că, în prezicerea suferinței nespecifice, există o interacțiune semnificativă între sex și evenimentele neprevăzute, femeile pătând mult mai vulnerabile decât bărbații.

în legătură cu aceasta s-au avansat următoarele ipoteze:

- a) femeile sunt dezavantajate în accesul la suportul social;
- b) femeile sunt mai puțin avantajate în folosirea strategiilor eficiente de adaptare;
- c) caracteristici specifice de personalitate.

Studiul femeilor din mediile defavorizate ale cartierului Camberwell din Londra a permis să se pună în lumină patru mari factori de vulnerabilitate: absența unui raport intim cu soțul, pierderea mamei la o vârstă mai mică de 11 ani, prezența acasă a trei copii mai mici de 14 ani, absența unei munci remunerate. Conceptul care integrează toți acești factori de vulnerabilitate este stima de sine.

Deși analize centralizate ale inventarelor evenimentelor de viață arată că, în medie, femeile sunt mai vulnerabile decât bărbații, totuși, pentru unele evenimente acest lucru nu este adevărat.

Încercările de până acum nu au găsit, de exemplu, că femeile suferă mai mult decât bărbații în crizele majore de viață, precum pierderea slujbei, divorțul sau văduvia.

Vulnerabilitatea lor este mai mare în mod esențial asociat cu evenimente care se întâmplă persoanelor apropiate lor; de exemplu: decesul unui prieten sau al unei prietene.

Impactul mai mare asupra femeilor al evenimentelor care se petrec în cadrul relațiilor sociale poate fi interpretat în mai multe feluri:

O explicație a acestei diferențe este legată, probabil, de faptul că femeia oferă mai mult suport celor din jur decât bărbatul - și că aceasta creează stres în solicitanți, ceea ce poate duce la tulburări psihiatrice.

O altă explicație este că femeile ar fi mai empatiche decât bărbații și și-ar extinde interesul și preocupările asupra unei game mai largi de persoane.

Pare, deci, că evenimentele care au loc în rețeaua de relații sociale ar putea justifica o parte semnificativă a relațiilor dintre suferință - sex - stres.

## 15. CONCEPTUL DE CRIZĂ ÎN MEDICINA PSIHOLOGIEI

Cuvântul criză vine din limba greacă și la origine înseamnă „a separa”, „a examina cu atenție”, „a trece prin sit”, iar în sens simbolic - „a judeca”, „a decide”. Este de remarcat polisemia cuvântului „criză” în vechea greacă. De asemenea, este de notat observația lui **Langsley și Yarvis (1977)**, care

Pe ceau observa ia c ideograma chinez corespunz toare cuvântului „criz ” este compus din semnul dezastrului și cel al norocului și ansei, al ocaziei deosebite, adică criza este momentul în care lucrurile pot lua orice întors tur . În sens medical, cuvântul, care în scrierile hipocratice reprezenta momentul culminant al unei boli (acme), hot rra posibilitatea de evolu ie pozitiv sau negativ a unei boli. Tot în medicin , „criz ” înseamn o evolu ie acut , un acces, un maxim (criz de nervi, criz de tuse, criz apendicular ). **Caplan (1960)** consider criza necesitatea de ac iune și imposibilitatea de a o face, unite în acela i moment.

Dup **Masson J (1984)**, criza survine în situa iile de stres psihic atunci când individul sau grupul din care face parte și-au epuizat resursele și capacitate de adaptare la o situa ie nou . Criza are o dinamic pe care unii autori au încercat să o stadializeze astfel:

- cre terea tensiunii și a disconfortului pe m sur ce r spunsurile obi nuite la stres r mân f r rezultat
- apari ia tensiunii și anxiet ii ca urmare a e ecurilor în tentativa de rezolvare a crizei

c schimbarea scopului mecanismelor adaptative care nu se mai adresează crizei ci urm rilor ei (anxietate, disconfort)

- dezorganiz ri majore cu destructurarea sentimentului de identitate a individului și cre terea numărului de r spunsuri func ionale

în linii mari, crizele pot fi clasificate etiologic în: crize determinate de un factor traumatic fizic sau psihic și crize legate de diferitele faze ale ciclului vital.

în sens psihanalitic, deriv dintr-o schimbare economic negativ prin pierderea unei persoane sau a unei imagini ideale a Eului. Trebuie subliniat clar c exist o criz când obiectul se sustrage subiectului (o pierdere de obiect impus ) sau când survine un conflict între idealul Eului și Eu adică atunci când în evolu ia percep ieii realit ii Eului apar tensiuni prea mari în raport cu idealul Eului în func ie de un eveniment „revelator”, iar transformarea nu se poate face pu în câte pu în (**Haynal A, Samitca DC, 1982**).

### *Crizele vie ii (crizele existen iale)*

În sens larg, no iunea de criz se refer la un fenomen cu con inut dramatic, desemnează un accident survenit la o persoan în plin s n tate aparent (criz anginoas , criz alergic ). De asemenea, în psihologie se vorbe te despre criza de adolescen , criza vârstei mijlocii (*middle life crises*) descriind

o aparent dezordine (**Steichen R**). Acest autor vorbește de crizele existențiale ale adultului văzute ca momente evolutive în raport cu procesul de îmbătrânire. TABELUL 3.

PERIOADA CRITIC	CARACTERISTICI
Autonomizare (18-30 ani)	Desprinderea față de mediul familial și mediul formativ-educativ și angajarea socială și afectivă
Remodelare (30-35 ani)	Este marcată de primele deziluzii profesionale, sociale și afective, conducând către o reevaluare a obiectivelor alese și noi opțiuni
„Jumătatea vieții” (35-45 ani)	Este marcată de conflictul dintre dorința de împlinire și reducerea posibilităților de împlinire; percepția limitelor personale și materiale duce la restrângerea timpului și a spațiului trăit.
Pensionarea (60-65 ani)	<i>Reorganizarea stilului de viață, o reactualizare a crizei anterioare în cote mai grave</i>

Criza existențială poate fi un moment în care echilibrul existențial este zdruncinat sau echilibrul preexistent este înlocuit cu unul nou. Echilibrul semnifică o stare relativ stabilă pe care o resimte subiectul raportat la cei din jur, la orizontul socio-cultural. Această stare de echilibru este o structură imaginară care oferă puncte de reper și cu ajutorul căreia se definește Eul.

Aceste momente de destructurare provizorie a Eului și a modului în care percepem lumea determină resimțirea unor angoase și totodată modificarea mecanismelor de apărare în fața acestora.

Autorul vorbește de crize evolutive, de crize psihopatologice și de stagnare. În cazul crizelor evolutive au loc schimbări concrete în stilul de viață (schimbarea profesiei, a parteneriei, a zonei de domiciliu, criza putând fi considerată ca o dezinvestire și reinvestire a obiectului. Un astfel de proces se produce și în registrul imaginarului și al simbolicului.

În cazul crizelor de aspect psihopatologic rezolvarea crizei este blocată de angoasa psihotică indusă de pierderea referințelor unei identități fragile. Cile patologice de evitare a crizei sunt de tipul evadării în delir, drog sau suicid.

Stagnarea, ca apărare contra crizei, este forma de deșfurare care conduce cel mai adesea spre medicul generalist prin somatizarea care o însoțește. Subiectul își va atribui ecoul și slăbiciunea unei boli pe care medicul nu

reu e te s-o diagnosticheze sau s-o trateze. Subiectul se aga cu atât mai mult de diferite simptome cu cât explorările medicale și tratamentele se prelungesc. În fața unei crize existențiale, subiectul poate „fugi înainte” - mecanisme de apărare de tipul supracompensării (hiperactivitate) sau „fugi înapoi” - decompensări, pasivitate

### *Criza de nervi*

Termenul a fost folosit prima oară în **1913** de **Bernheim** pentru a deosebi marile crize isterice de crizele isterice obișnuite, isteria vulgară, nevropatică sau isteroid (Ey H). Spre deosebire de marile crize, crizele de nervi par să fie imediat motivate și mai explicit descrise decât marea criză isterică. Astfel ele au o fază prodromală care este numai schițată printr-o dispoziție psihică particulară „enervare”, „exasperare”, alterarea stării somatice (sufocări, strangulări, tulburări de mers și echilibru, tulburări de coordonare). Derularea crizei este rapidă și se finalizează de obicei printr-o explozie de lacrimi. Agitația minoră cu tremor, senzația de spasme sau constricții diverse, senzația de sincopă iminentă (care evident nu se va produce niciodată) caracterizează acest tablou pe cât de dramatic pe atât de banal. Medicul nu va fi în elat niciodată de această zgometoasă manifestare, cu atât mai mult cu cât poate pune în evidență determinarea ei psihogenă (situația declanșatoare frustrantă) sau când acest tip de crize se repetă.

## 16. CONFLICTUL

Folosit într-o serie largă de accepțiuni de către psihologie, conceptul își schimbă conținutul specific după diversele orientări teoretice, fiind însă așezat în afara sferii de principalele sale caracteristici - antagonism, dinamic, disfuncțional.

Ca modalitate fundamentală de producere a psihogeniilor, conflictul a reprezentat domeniul de discuție al unora dintre cele mai elaborate teorii. **Freud** consideră posibil apariția conflictului nevrotic atunci când între diversele părți ale personalității există diferențe manifeste în ceea ce privește dorințele. Libidoul, obligat să se îndrepte către alte obiecte decât cele de satisfacere decât cele normale, este dezaprobat de o anumită fracțiune a personalității, care implică acest mod de satisfacere. Din reprimarea tendințelor libidinale, ca urmare a conflictului psihic, apar conștiințele, care sunt cele ale formării simptomelor. Pentru **Jung**, conflictul are loc între conștient și inconștient, între introversiune și extroversiune. Inconștientul este văzut ca parte arhaică

a personalității, refuzat din necesitate; conform unei ordini alogice individuale, ea poate irupe în partea conștientă, în condiții de oc. Nevroza este, în acest sens, „o adaptare la lumea inferioară”. Teoriile reflexologice afirmă conflictul între inhibiție și excitație ca mecanism generator al nevrozei, prin supratensionarea care atrage prbuirea nevrotică. **Anokhine P** afirmă că, în comportamentul uman, cele mai multe conflicte sunt consecință a faptului că o activitate mentală sau o pulsație inacceptabilă sunt reprimată sub influența „circumstanțelor”, adică a unui sistem de excitație mai puternic și mai vast, creat, de obicei, într-un timp mai vast. **Masserman J** susține că atunci când, într-un mediu dat, două sau mai multe motivații intră în conflict, adică moturile lor obișnuite de desfășurare sunt parțial sau total incompatibile, tensiunea cinetică crește și comportamentul devine ezitant, ovoid, inegal și mediocru adaptat (ca în nevroze) sau substitutiv și excesiv de simbolic (ca în psihoze). **Lewin K** descrie patru tipuri de determinare a conflictului, luând în considerare noțiunile de atracție și respingere: atracție-atracție, atracție-respingere, respingere-respingere, respingere-atracție. **Horney K** evidențiază, în determinarea nevrozei, conflictul individ-mediul social. Autoarea afirmă că, deși în cazul oricărui individ apar astfel de conflicte, cu caracter mai mult sau mai puțin tranzitoriu, ele sunt rezolvate rațional atâta timp cât sunt clar percepute. În cazul individului nevrotic, rezolvarea conflictului este imposibilă, pe de o parte, datorită incapacității de a percepe elementele conflictului, iar pe de altă parte, pentru că relațiile sale cu anturajul sunt tulburate din copilarie. O viziune „culturalistă” propune **Linton R**, care consideră nevroza ca un răspuns generalizat, ca unul dintre sistemele valoare-atitudine ale individului, neîmpărțit de majoritatea membrilor societății respective. Elaborarea unor sisteme ca valoare-atitudine individuale îi face pe cei care le posedă să intre în conflict cu ceilalți, prin răspunsuri comportamentale explicite inadecvate mediului sociocultural în care trebuie să acționeze. Diferențele polarizate de presupusă genă a conflictului duc la elaborări psihoterapeutice adecvate, foarte deosebite de la ocoală alta.

### ***Conflict și dezvoltarea personalității***

Conflictul are un rol structurant și este necesar dezvoltării personalității, desvârșirii procesului de separare-individualizare, cu condiția ca el să fie suportat și să nu fie dramatizat sau să nu se transforme într-o stare permanentă.



Procesul de individualizare și de autonomizare comportă de la început momente de criză care au un rol organizatoric și care modifică personalitatea într-o anumită măsură. Crizele și conflictele din copilărie depind într-o foarte mare măsură de anturaj, de mediu, de relațiile cu familia și cu cei din jur și îi pun foarte puternic amprenta asupra evoluției ulterioare. Vom încerca să stabilim modul în care conflictul influențează dezvoltarea personalității și rolul important al acestuia în această construcție (**Jeammet Ph, Reynaud M, Consoli SM, 1996**).

Când vorbim despre conflict, vorbim despre conflictul la toate nivelurile personalității. Există un conflict în însăși natura investițiilor în care se găsește adesea sentimente contradictorii ca dragostea și ura. În acest caz, este foarte important capacitatea individului de a accepta această poziție ambivalentă sau capacitatea de a suporta coexistența lor. De asemenea, există un conflict între investițiile externe și investițiile individului uman asupra lui însuși (narcisism), conflict care se poartă de fapt între nevoia de dependență, de dragoste și nevoia de aspirație spre autonomie. Un alt conflict extrem de important pentru devenirea personalității este cel existent între căutarea satisfacției imediate și exigențele realității externe și, în fine, conflictul desfășurat în interiorul lumii psihice între diferite instanțe.

Rolul conflictului poate fi atât benefic (organizatoric) cât și malefic, determinând reacții și răspunsuri dezadaptative. Aceste efecte opuse ale conflictului depind cel mai mult de contextul afectiv și relațional în care el se desfășoară. Copilul care trăiește anumite conflicte, dar care face parte dintr-un mediu pozitiv în care el se simte protejat, susținut și iubit, va folosi tendințele sale agresive ca simple unelte pentru obținerea noilor achiziții. Diferențele tensiuni pe care acesta le trăiește, din care se nasc tendințele sale agresive, nu compromit relaționarea cu cei din jur. Copilul care trăiește într-un mediu ostil, în care nu este iubit, va resimți în permanență o insecuritate profundă ce-l poate marca toată viața. Agresivitatea, în acest caz, nu poate fi folosită în beneficiul lui, iar dragostea, de asemenea, va acționa în detrimentul lui fiind purtătoare de riscuri, decepții și suferințe.

Din timpul copilăriei se conturează stilul de relaționare cu cei din jur și se organizează exprimările dorințelor care reprezintă baza motivațiilor ulterioare. Relațiile impregnate de agresivitate nasc relații de același tip.

Situațiile frustrante, aparent foarte banale, pot determina o violență de neînțeles pentru ceilalți dacă nu se raportează la experiențele trecute.

hii copilului și cel al adolescentului se construiesc în funcție de relația cu mama, cu părinții. Astfel se construiește o imagine la care copilul se reîntoarce înănd seama de diferitele funcții îndeplinite de părinți: funcția de satisfacere a nevoilor, funcția de stimulare, funcția de susținere, de înțelegerere. Această autonomie a aparatului psihic nu va fi niciodată total și adeseori va depinde de sprijinul exterior. Acest sprijin poate varia și oscila de la o simplă imagine favorabilă persoanei în cauză până la o susținere care poate consta într-o substituție quasi-completă a funcțiilor foarte slăbite (alimentație, securizare etc). O modalitate prin care se pot depăși diferite conflicte este identificarea cu diferite personaje care joacă rolul de oglindă sau de dedublare. Acestea pot funcționa aparent bine în fața problemei până în momentul în care unul din personajele satelit afectează brutal personalitatea. Acest rol este jucat deseori de un personaj din planul secundar raportat la părinți, la un frate, un profesor, un prieten sau la un idol.

Singura posibilitate de a depăși conflictele este elaborarea psihică. Elaborarea psihică constă în integrarea și înstăpânirea excitațiilor care solicită legătura afectelor cu reprezentările lor corespunzătoare, acestea constituind un ansamblu coerent și relativ stabil. Cuvântul are un rol determinant: numind afectele, se dă un sens reprezentărilor care le suscită. Verbalizarea într-o relație are un rol de dramatizare, cuvintele pierzându-și din puterea lor magică, iar gândirea se eliberează. Aceasta este sarcina psihoterapiei: de a facilita o rememorare și o reactualizare a unor conflicte infantile interiorizate.

### *Conflict conjugal*

Patologia de cuplu, generată de problematica legăturii conjugale în condițiile vieții contemporane în care emanciparea femeii, echilibrarea economică a cuplului, schimbarea reperelor culturale, tranziția relațională, sunt doar câteva din reperele care trebuie amintite. Pentru înțelegerea acestei problematice, Poinso Y presupune câteva postulate:

- conflictul conjugal este o patologie de relație, deci nu poate fi redus la un singur membru al binomului;
- cîștoria și patologia ei, precum și alte conduite umane au și determinări în inconștient;
- fiecare partener pune în scenă o dorință care se joacă, fără ținerea celuilalt, dar cu acordul său inconștient, pe o altă scenă, cea a imaginărilor.

Dinamica legăturii conjugale în cursul vieții, adică reînnoirea constantă a legăturilor reciproce, a fost studiată de **Lemaire J** care subliniază existența următoarelor faze:

- stabilirea legăturii amoroase generate, după acest autor, de dinamica inconștientului, la care se adaugă „aprobarea instanțelor conștientului”;
- cea de a doua fază are următoarele subetape:
  - dezinvestirea afectivă a lumii exterioare, cu suprainvestirea cuplului;
  - anularea masivă a oricărei agresivități reciproce, cu idealizarea vieții conjugale. Această fază prezintă un interes particular, deoarece se caracterizează printr-o creștere masivă cantitativ și calitativă a schimburilor dintre cei doi parametri. Comunicarea reciprocă se stabilește la cotele cele mai ridicate;
- cea de a treia fază de evoluție (și cea mai lungă) este caracterizată prin reinvestirea afectivă a lumii exterioare, sub toate aspectele, cu reducerea paralelă a suprainvestirii partenerului și cuplului. Aceasta poate fi urmată de următoarele tipuri de evoluție la nivelul microgrupului familial:
  - creșterea agresivității și dezinvestirea partenerului, conducând la disocierea cuplului;
  - sesizarea inconștientă a fragilității cuplului și apariția de reacții de apăsare a acestuia în defavoarea fiecărui membru (scăderea comunicărilor pentru evitarea crizei, limitarea investigațiilor afective din afara cuplului atunci când ele interesează doar unul din parteneri - hobby-uri, activitate socio-culturală, prietenii vechi);
  - parcursul unei etape de criză, urmat de ameliorarea, pentru o perioadă importantă, a interrelațiilor dintre parteneri.

Existența unei patologii a cuplului conjugal, modalitățile de dezvoltare și evoluția a conflictelor conjugale, trebuie bine cunoscute de psihiatru, acesta putând veni în contact cu o veritabilă patologie de dezvoltare.

Un alt tip de conflict care se află în centrul literaturii de specialitate este conflictul conjugal. Conflictul se poate defini ca fiind miza într-un joc în care se întâlnesc la mijloc două forțe opuse. Conflictul conjugal este întotdeauna o patologie a relațiilor și nu poate fi niciodată învinuit un singur partener. Mariajul și patologia sa, precum și alte conduite umane sunt determinate de inconștient. Freud considera că alegerea partenerului se structurează -

z , se bazeaz pe dou moduri: anaclitic - un partener care s înlocuiasc imaginea p rintelui de sex opus; narcisiac - un partener care s fie asem n tor persoanei în cauz . Conflictul conjugal este universal i etern i se pare c el este favorizat de conflictul între modelele parentale (patriarhat, protejarea femeii...), care influen eaz la un nivel mai mult sau mai pu in incon tinent deciziile cuplurilor i modelele moderne, modelele aspira iilor con tiente care se supun presiunilor socio-economice. Din acest punct de vedere este impor tant de a aduce în discu ie p rerea lui **Lemaire J** despre femeia actual care se consider într-un fel vinovat de a fi detronat b rbatul, mitul acestuia, iar acesta din urm este deposedat de fic iunea protec iei i singura lui grij este propria lui virilitate.

Structura cuplului se poate realiza într-un mod centrat (investi iile esen iale sunt numai asupra grupului conjugal) sau într-un mod centrifug (inexisten a investi iilor asupra grupului conjugal). Conflictul conjugal î i are originea într-o fascinant specula ie (cel lalt devine o oglind cu caracte risticile sale, cu reac iile violente i cu drago ste pasional ) sau într-un abandon cu prezen a sau cu absen a unuia dintre parteneri. Aceste dou atitudini nu sunt caracteristici general valabile, ele putându -se modela, nuan a în decursul istoriei leg turilor conjugale (**Gori R, Ponso Y**).

## 17. TRAUM , TRAUMATOLOGIE

Cuvântul *trauma* înseamn în grece te „ran ” i, prin analogie, traum psihic va însemna o leziune sufleteasc . A a cum în medicina somatic unele leziuni apar prin expunerea repetat la un factor patogen atunci când capacitatea de ap rare a organismului este dep it , iar altele prin ac iunea punctual brutal a altui factor, tot a a atunci când rezisten a sistemului nostru psihic este dep it de evenimente punctuale sau de persisten a unor evenimente cu caracter nefavorabil pot ap rea leziuni suflete ti. În opinia lui **Fischer G** i **Riedesser P (1998)**, trauma trebuie s fie definit atât obiectiv cât i subiectiv. Trauma nu este o calitate inerent a unui eveniment, dar nici un eveniment ca atare. Conform autorilor mai sus cita i, „situa ia traumatic trebuie s fie în eleas ca o interac iune între perspectiva intern i cea extern , între condi iile traumatice de mediu i desemn rile subiective de semnifi ca ii, între tr ire i comportament”.

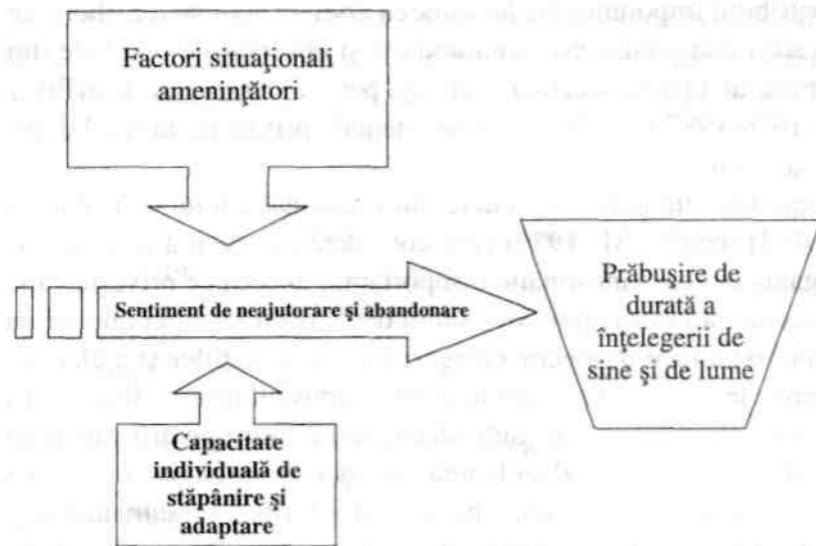


FIGURA 4.

Modelul ecologic dialectic arată că experiența traumatică care ia naștere în sistemul de relații psihoecologice ale rețelei sociale trebuie să fie cercetată ca un proces dinamic al cărui moment declanșator este legat de situații care amenință existența, dar nu permit comportamente adecvate în evitarea sau stăpânirea acestora.

**Janet P (1889)** poate fi considerat părintele primului concept explicativ al legăturii dintre traumă și simptomele psihopatologice. Astfel, el leagă experiențe traumatizante de tulburările de memorie și de fenomenul disociativ. Freud S aduce contribuții importante în ceea ce privește atât circumscrierea traumei psihice cât și mecanismele prin care aceasta acționează. Experiența traumatică este considerată aceea „care aduce în viaa psihicului într-un interval scurt de timp o asemenea creștere a excitației încât descărcarea sau elaborarea ei în modalitatea normală și obișnuită este imposibilă”. Rezultatul acestui proces este o tulburare energetică durabilă. În ceea ce privește așa-numita nevroză traumatică, contribuția lui **Freud S** se referă, după **Laplanche și Pontalis (1967)**, la două situații distincte:

- a) trauma funcționează ca element declanșator care dezvoltă o structură nevrotică preexistentă
- b) trauma are o contribuție determinantă tocmai la conținutul simptomului.

Contribuții importante în delimitarea ariei de acțiune a psihotraumatologiei au adus atât *scoală neofreudiană* cât și observațiile rezultate din cercetarea stresului. O notă specială se cuvine pentru lucrările lui **Bowlby J** care între anii 1976-1987 scrie lucrări fundamentale privitoare la rolul depriverii infantile ca traumă.

O abordare din punct de vedere informațional a traumei psihice a fost realizată de **Horowitz M (1979)** care consideră că situația traumatică confruntă organismul cu o informație insuportabilă în ceea ce privește capacitatea de procesare a informației. Momentul declanșării situației nu lasă individului timpul de a face o selecție categoricală a informațiilor și a elabora planuri eficiente de acțiune. Prin faptul că este imposibil de anticipat informația traumatică surprinde individul fără schemele necesare pentru categorizarea și prelucrarea informației. Rezolvarea traumei ar însemna, în acest sens, restructurarea schemelor existente până când informația traumatică ar putea fi procesată și integrată în schemele cognitive-emoționale ale individului.

**TABELUL 4.**

<b>FAZELE REACȚIEI POSTEXPUNERE (după Horowitz)</b>		
<b>Faza</b>	<b>Reacția normală</b>	<b>Starea patologică</b>
Expozitorie peritraumatică	împete, teamă, doliu, mânie	Inundarea cu impresii copleșitoare, stare de panică, stare de epuizare
De negare	Apărare împotriva amintirilor din situația traumatică	Comportament extrem de evitare, folosirea de droguri și medicamente pentru a evita durerea suferită
Invazia producțiilor mnezice		Trăirea predominantă a amintirilor și imaginilor mnezice ale traumei
De preelaborare	Cei afectați se confruntă cu evenimentele traumatice și cu reacțiile lor personale	<b>Simptome</b> psihosomatice (senzații corporale false) stări de încremenire (catatonie)
De concluzie relativă	Reamintirea situației traumatice în cele mai importante momente ale vieții fără a se gândi compulsiv la aceasta	Pierderea speranței de a putea preelabora și concluziona experiența traumatică

În viziunea autorului american comportamentele de evitare extinse iau aspectul odată cu trecerea timpului, unor trăsături fobice de caracter, având drept rezultat tulburarea capacității de muncă și a capacității de a iubi.

Câteva tipuri de situații traumatice.

TABELUL 5.

<b>Traumele copilăriei</b>	Separarea și abandonul
	Abuzul sexual
	Războiul
<b>Violul</b>	
<b>omajul</b>	Mai ales atunci când este cronic
<b>Bolile cu risc vital</b>	Boli cu evoluție letală (SIDA, cancer)
	Boli cu încărcătură simbolică negativă majoră (infarct miocardic, lues)
<b>Mobbing</b>	

Termenul de *mobbing* se referă la copleșirea individului prin numărul de persoane care îl agresionează, la o situație în care presiunea grupului ostil este extrem de mare și se exercită un timp îndelungat (minim șase luni - **Leymann H, 1993**).

Au fost descrise trei faze de dezvoltare a procesului traumatic:

- prima fază este caracterizată prin conflicte la locul de muncă, care provoacă reacții uoare de stres, tulburări psihosomatice, depresie ușoară; subiectul care este tinta atacurilor grupului luptă activ împotriva presiunii psihice sau o poate îndura pasiv. Dacă atitudinile ostile continuă pot apărea comportamente extreme de evitare, copleșirea bruscă de imagini mnezice, maladii psihosomatice.
- în cea de a doua fază, următoarele tulburări pot fi considerate ca o consecință a fenomenului de *mobbing*: lipsa elanului, depresie, iritabilitate, agresivitate, tulburări de somn, cefalee, tulburări circulatorii, transpirații profuze, tulburări cardiace, boli gastrointestinale, stare de epuizare, distonie neurovegetativă.
- în cea de a treia fază, victimele cad pradă unei atitudini depresive și uneori devin deosebit de agresive. Căverul lor este considerat de către *mobheri* (atacatorii) drept cauza conflictului, iar victima este culpabilizată, stigmatizată și ostracizată. Întreaga idee a victimei începe să se învârtăască în jurul experienței de *mobbing* și a jignirilor

suferite prin aceasta, iar, pe termen lung, individul se distanțează de ceilalți și se izolează.

## 18. TULBURAREA DE STRES POSTTRAUMATIC (PTSD)

Persoanele care au trăit o experiență traumatizantă sunt supuse adesea unui stres psihologic legat de respectivul eveniment.

În cele mai multe cazuri este vorba de reacții normale la situații anormale, însă cei care se simt incapabili să-și recapete controlul propriei vieți și care prezintă următoarele simptome timp de mai mult de o lună ar trebui să ia în considerare ideea solicitării unui ajutor profesionist:

- tulburări de somn (insomnii de diferite tipuri, coșmaruri legate de incident);
- tulburări ale comportamentului alimentar;
- gânduri, imagini recurente;
- tulburări afective (stări depresive, plâns spontan aparent nemotivat, sentimente de disperare, lipsă de speranță, capacitate redusă de a simți emoțiile, iritabilitate, mânie, anxietate ce se intensifică mai ales în situații care amintesc de traumă);
- sentimentul distanțării, izolării de cei din jur;
- tulburări de memorie (legate de incidentul marcant), de atenție și de concentrare;
- dificultăți în luarea deciziilor;
- atitudine protectoare excesivă față de cei dragi, teamă exagerată pentru siguranța acestora;
- evitarea locurilor, situațiilor sau chiar persoanelor care au în vreun fel legătură cu evenimentul stresant

Sindromul post-traumatic de stres apare mai frecvent la veteranii de război, dar poate apărea la oricine a fost supus unui traumatism grav fizic sau mintal. Oamenii care au fost martorii unui accident aviatic sau care au fost victimele unui atentat pot dezvolta acest stres post-traumatic.

Gravitatea tulburării este mai mare când traumatismul a fost neașteptat. Din această cauză, nu toți veteranii de război dezvoltă un stres post-traumatic, ci mai ales aceia care au luat parte la lupte sângeroase și îndelungate. Soldații se așteaptă totuși la anumite violențe. Cei care sunt victime ale traumatismelor sunt prinși nepregătiți de situații care le pun viața în pericol.



Persoanele care suferă de stres post-traumatic retrăiesc experiența traumatică :

Coșmaruri, vise terifiante, „flashback” -uri ale evenimentului. În puține cazuri, pacientul suferă de o disociație temporală a realității, trăind din nou trauma. Această stare poate dura secunde până la zile. Anestezie emoțională („amor eală psihică”), anestezie psihică dureroasă : pacientul își pierde interesul pentru lumea din jur și pentru activitățile care îi făceau în trecut plăcere.

Vigilență excesivă, agerime în declanșarea reacțiilor. La un pacient care a fost odată victimă a unui incendiu, vederea unei mame în arzând îl determină să se arunce instinctiv la pământ.

Anxietate generalizată, depresie, insomnie, slăbirea memoriei, dificultate în concentrare etc.

### *Criteria de diagnostic*

TABELUL 6.

DSM-IV	ICD-10
<p>A. Persoana a fost expusă unui eveniment traumatic în care ambele din cele care urmează sunt prezente: persoana a fost martor sau a fost confruntată cu un eveniment sau evenimente care au implicat moartea efectivă, amenințarea cu moartea ori o vătămare serioasă sau o periclitație a integrității corporale proprii ori a altora; Răspunsul persoanei a implicat o frică intensă, neputință sau oroare. <b>Notă</b> : la copii, aceasta poate fi exprimată în schimb <b>printr-un</b> comportament dezorganizat sau agitat.</p> <p>B. Evenimentul traumatic este reexperimentat persistent într-unui (sau mai multe) din următoarele moduri: amintiri stresante recurente și intruziuni ale evenimentului, incluzând imagini, gânduri sau percepții. <b>Notă</b> : la copiii mici poate surveni un joc repetitiv în care sunt exprimate teme sau aspecte ale traumei; vise stresante recurente ale evenimentului.</p>	<p>În general, această tulburare nu va fi diagnosticată decât dacă există dovada că a luat naștere în mai puțin de 6 luni de la un eveniment traumatic de o excepțională severitate. Un diagnostic de „probabil” poate fi înșus dacă întârzierea între eveniment și debut a fost mai lungă de 6 luni, în cazul în care manifestările clinice sunt tipice și nu poate fi făcută o identificare alternativă a tulburării (de ex. un episod de</p>

TABELUL 6 (continuare).

DSM-IV	ICD-10
<p>Not : la copii pot exista vise terifiante fără un conținut recognoscibil; acțiunile și simțurile ca și cum evenimentul traumatic ar fi fost recurent (include sentimentul retrairii experienței, iluzii, halucinații și episoade disociative de flashback, inclusiv cele care survin la deșteptarea din somn sau când este intoxicat). Not : la copiii mici poate surveni reconstituirea traumei specifice; detresă psihologică intensă la expunerea la stimuli interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect al evenimentului traumatic; reacții fiziologice la expunerea la stimuli interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect al evenimentului traumatic.</p> <p>C. Evitarea persistentă a stimulilor asociați cu trauma și paralizia reactivității generale (care nu era prezentă înainte de traumă), după cum este indicat de trei (sau mai multe) din următoarele: eforturi de a evita gândurile, sentimentele sau conversațiile asociate cu trauma; eforturi de a evita locuri, activități sau persoane care deșteaptă amintiri ale traumei; incapacitatea de a evoca un aspect important al traumei; diminuarea marcată a interesului sau participării la activități semnificative; sentimentul de detașare sau înstrăinare de alții; gamă restrânsă a afectului (de ex., este incapabil să aibă sentimente de dragoste); sentimentul de viitor îngustat (de ex., nu sper să își facă o carieră, să se căsătorească, să aibă copii sau o durată normală de viață).</p> <p>D. Simptome persistente de excitație crescută (care nu erau prezente înainte de traumă), după cum este indicat de două (sau mai multe) din următoarele: dificultate de adormire sau de a rămâne adormit; iritabilitate sau accese coleroase; dificultate de concentrare; hipervigilantă; răspunsul de tresărare exagerat.</p>	<p>anxietate, obsesiv-compulsiv sau depresiv), în plus, în afara existenței traumei, trebuie să fie prezentă o reamintire sau o reactivare repetitivă, tulburătoare a evenimentului în evocări, imaginații diurne sau vise. Sunt adesea prezente o detașare emoțională evidentă, „amorie” sentimentelor și evitarea stimulilor care pot trezi reamintirea traumei, dar acestea nu sunt esențiale pentru diagnostic.</p> <p>Tulburările vegetative, tulburările dispoziției și cele comportamentale contribuie toate la diagnostic, dar nu sunt de primă importanță. <i>Include:</i> nevrozele traumatice</p>

TABELUL 6 (continuare).

DSM-IV	ICD-10
<p>E. Durata perturbării (simptomele de la criteriile B, C, D) este de mai mult de o lună. F. Perturbarea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativ clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare. De specificat dacă: <b>Acut:</b> dacă durata simptomelor este de mai mică de trei luni. <b>Cronic:</b> dacă durata simptomelor este de trei luni sau mai mult. De specificat dacă: <b>Cu debut tardiv:</b> dacă debutul simptomelor survine la cel puțin ase luni după evenimentul stresor.</p>	

Stresul posttraumatic poate fi:

- **primar** - persoanele afectate sunt în mod direct expuse evenimentului traumatizant;
- **secundar** (prin compasiune extremă, contratransfer, traumatizarea prin mandat - by proxy) - poate apărea la cei care vin în ajutorul victimelor unui eveniment traumatizant (medici de diferite specialități (inclusiv psihiatri!), membrii echipelor de salvare, polițiști, pompieri), dar și la reporterii care prezintă respectivul eveniment de la fața locului.

Principali trei factori de risc implicați în apariția tulburărilor de stres secundar sunt:

- expunerea la imagini sau multiple relații ale victimelor directe ale dezastrului;
- sensibilitatea empatică a celor expuși;
- aspecte emoționale neclarificate care sunt legate afectiv sau simbolic de suferințele la care individul asistă.

Tulburările asociate PTSD cel mai frecvent sunt: tulburarea depresivă majoră, tulburarea de panică, agorafobia, fobia socială, fobia specifică, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de somatizare, consumul de droguri.

Există diferențe între aspectele clinice ale tulburării de stres posttraumatic la copil față de adult:

copiii foarte mici pot prezenta o simptomatologie redusă (întrucât multe din simptomele afecțiunii necesită o exprimare verbală). Apar spre exemplu tulburări de somn, anxietate, preocuparea pentru simboluri, jocuri care pot sau nu să aibă legătură cu trauma, incontinență; copiii de vârstă școlară nu au în mod obligatoriu amnezie sau flashback-uri, însă prezintă fenomenul de „îngustare a timpului” (plasarea greșită a evenimentelor traumatizante pe care le relatează în timpul rememorării) și „aparitia de semne” (convingerea că au existat semne prevestitoare ale traumei, precum și credința că evenimente similare pot fi evitate dacă respectivul copil este suficient de atent încât să identifice la timp astfel de semne), care nu apar de regulă la adulți.

Jocul posttraumatic se diferențiază de reconstituirea traumei la adult prin faptul că este o repetare compulsivă a unor aspecte ale traumei, dar care nu are tendința de a atenua anxietatea - de ex., o preferință pentru jocurile în care se folosesc arme după expunerea la acest tip de violență (în timp ce reconstituirea este mult mai flexibilă și implică o serie de modificări comportamentale - de ex., respectiva persoană poartă în permanență o armă).

Simptomatologia tulburării la adolescenți se aseamănă mai mult cu cea care apare la adulți; reconstituirea posttraumatică (încorporarea unor aspecte ale traumei în activitățile cotidiene) apare în măsură mai mare decât jocul posttraumatic; de asemenea, adolescenții sunt mai predispuși decât adulții sau copiii să adopte comportamente impulsive și agresive.

În cazul tulburării de stres posttraumatic la copii:

- Recuperarea este favorizată de discuții cu persoanele din anturaj despre evenimentul stresant; chiar dacă adulții nu pot explica incidentul, ascultarea a ceea ce copilul are de spus și nu evitarea sau reacțiile exagerate la traumă au un efect pozitiv pe termen lung;

- Copiilor trebuie să li se vorbească despre principalele detalii legate de evenimentul morții, iar discuția trebuie să fie cât mai clară și mai exactă (evident, într-un limbaj adecvat vârstei) - de regulă, imaginația celor mici tinde să „umple” golurile, cu distorsionarea adevărului, efectul fiind astfel defavorabil;

- Copiii pot solicita rediscutarea subiectului de foarte multe ori;

- Recepționarea și procesarea informațiilor se face cu atât mai bine cu cât distanța în timp față de traumă este mai mare;

- Este de evitat asocierea somn-moarte (poate apărea fobia de somn sau copilul poate deveni extrem de anxios în condițiile în care cei apropiați dorm);

- Gândirea copilului legată de cauzalitatea evenimentului poate duce la apariția sentimentelor de vinovăție;

- Experiențele senzoriale neobișnuite (vizuale, auditive sau tactile) pot să apară frecvent la acești copii; ei pot susține că au auzit vocea persoanei decedate sau că au zărit-o în mulțime, pe stradă. Adesea, „viziunile” sunt interpretate într-un context religios („s-a întors și mi-a spus că totul va fi bine și că va rămâne în continuare cu mine”). Sunt aspecte extrem de importante pentru copii și nu există niciun motiv pentru care astfel de trăiri să fie împiedicate. Aceste „materializări isterice” sunt nu rareori greșit etichetate ca halucinații.

TABELUL 7.

<b>ABORDAREA MULTIFACTORIALĂ A ETIOPATOGENIEI</b>	
<i>Abordarea psihanalitică</i>	<p><b>PTSD</b></p> <p>Pentru a putea funcționa corespunzător, individul trebuie să fie capabil să-și definească necesitățile, să anticipeze modalitățile de a le asigura și să planifice acțiunile în acest sens. Este necesar ca o persoană dispunând (mental) de o gamă de opțiuni (care nu conduc neapărat la acțiune). Freud a numit această capacitate „gândirea ca acțiune experimentală”. Indivizii traumatizați par să piardă această capacitate esențială și au dificultăți în a privi în ei înșiși, în a-și folosi emoțiile în scopul direcționării acțiunilor. În schimb, lumea lor interioară devine o zonă periculoasă, iar ei par să-și folosească întreaga energie pentru a NU gândi, pentru a NU face planuri.</p>
<i>Abordarea comportamentală</i>	<p>Anxietatea constă într-un set de răspunsuri implicând o combinație între reacții cognitive și emoționale. Aceste răspunsuri sunt declanșate de stimuli identificabili (interni sau externi).</p> <p>Frica este un concept multidimensional, implicând trei sisteme: comportamentul verbal, motor și activitatea fiziologică.</p>

TABELUL 7 (continuare).

**ABORDAREA MULTIFACTORIALĂ A ETIOPATOGENIEI PTSD**

Nu toți stimulii sunt capabili în egal măsură să declanșeze anxietatea (unii dintre ei sunt mai predispuși din punct de vedere evoluționist să provoace reacții de frică) - ipoteza este însă contestată de unii autori.

Condiționarea clasică presupune o succesiune temporală: stimul condiționat (SC)-stimul necondiționat (SN); există însă și cazuri de condiționare inversă (succesiune SN-SC care declanșează teama).

Întrucât teama nu este o „stare unitară”, un pacient nu prezintă neapărat același grad de stres la nivelul fiecăruia din cele trei sisteme (verbal, motor, fiziologic): ameliorarea simptomatologiei la nivelul unui sistem se poate însoți de accentuarea (sau nemodificarea) celorlalte manifestări; rata de ameliorare poate să difere pentru fiecare sistem.

*Abordarea* Capacitatea cognitivă umană (capacitatea de procesare cognitivă a informațiilor) este esențială în adaptarea la mediu.

Când procesul cognitiv este afectat, există de asemenea o perturbare și la nivel afectiv și comportamental. Corectarea modificărilor cognitive ameliorează manifestările afective și comportamentale.

Din punct de vedere cognitiv, anxietatea este un proces emoțional, iar frica un eveniment cognitiv.

Anxietatea, ca și durerea, reprezintă un simptom și nu o boală;

Anxietatea poate fi privită și din punct de vedere evoluționist, ca strategie de supraviețuire (eveniment - procesare cognitivă => amenințare => anxietate = trăire neplăcută => acțiune => dispariția amenințării => dispariția anxietății).

La baza tulburării de stres posttraumatic se află percepția vulnerabilității - stimulii care evocă trauma reamintesc individului de incapacitatea sa de a controla anumite situații, de a acționa în scopul reducerii amenințării.

TABELUL 7 (continuare).

ABORDAREA MULTIFACTORIALA A ETIOPATOGENIEI PTSD	
<i>Factori neuro-bio-psihologici</i>	O importan deosebit o prezint interac iunea între diferitele p r i ale SNC responsabile de procesarea și inter - pretarea informa iilor (amigdal , hipocamp, corp calos, cortex prefrontal). Exist studii care demonstrează prezen a de leziuni la acest nivel în condi ii de stres cronic (localizarea și severitatea depinzând de tipul de stres). Modific rile neuroendocrine din tulburarea de stres post-traumatic au un caracter specific.
<i>Factorul genetic</i>	Exist o component genetic a tulbur rii de stres posttraumatic (fapt demonstrat prin studii familiale). A fost descris un locus la nivelul cromozomului 5 responsabil de o parte din manifest rile clinice ale afec iunii („r spunsul de tres rire" exagerat).

TABELUL 8.

#### FACTORI CARE CRESC VULNERABILITATEA LA PTSD

existen a unei traume în copil rie  
 alte tulbur ri psihice  
 predispozi ie genetic  
 modific ri stresante în via a individului  
 consum crescut de alcool

#### *Psihoterapia de grup în PTSD*

Rela ia terapeutică cu astfel de pacien i tîne s fie extrem de complexă . Ea implic o confruntare a tuturor participan ilor cu experien e emo ionale intense, obligându-i s - i exploreze col urile cele mai întunecate ale min ii și s se confrunte cu întregul spectru al degrad rii umane.

Psihoterapia de grup reprezint terapia de elec ie în cazul stresului posttraumatic.

Ata amentul afectiv este un mecanism primar de protec ie împotriva traumelor - atât timp cât re eava de suport social este intact , indivizii sunt proteja i inclusiv în cazul evenimentelor catastrofale;

Indiferent de natura factorului traumatizant sau de structura grupului de lucru, finalitatea e reprezentat de rec p tarea sentimentului de siguran ,

de control asupra propriei vieți, de sprijinirea pacienților în a face față în mod activ cerințelor de moment care apar în viața de zi cu zi, fără reactualizări intruzive ale experiențelor, percepțiilor din trecut;

După un stres acut, cea mai eficientă legătură pe termen scurt se poate stabili cu persoanele care au trăit de asemenea experiența respectivă (experiență care poate constitui punctul de plecare în procesul de refacere a sentimentului apartenenței la o comunitate);

Confruntându-și propriile probleme în cadrul unui grup restrâns, pacienții pot deveni capabili să facă față problemelor care apar în comunitățile mai mari;

TABELUL 9.

PRINCIPALELE SCOPURI ALE PSIHOTERAPIEI DE GRUP
stabilizarea reacțiilor fiziologice și psihologice la traumă
explorarea și validarea percepțiilor și emoțiilor
în alegerea efectelor experiențelor trecute asupra comportamentului, asupra trăirilor din prezent
învățarea unor noi modalități de a face față stresului interpersonal

Familia poate fi privită ca un sistem a cărui bună funcționare depinde de funcționarea normală a tuturor componentelor;

Este foarte important pentru toți membrii familiei unui individ să afle cât mai multe despre tulburarea de care acesta suferă, pentru a putea avea o atitudine corespunzătoare față de pacient. TABELUL 10.

ELEMENTE DE PROGNOSTIC FAVORABIL ÎN PTSD
debut rapid
durată scurtă
funcționalitate premorbidă bună
existența suportului social
absența abuzului de droguri sau alcool
absența altor tulburări psihice



## 19. REGULI PENTRU TERAPIA TRAUMEI (WILSON, 1989)

Regulile fundamentale care trebuie cunoscute de cei implicați în terapia traumei au fost formulate de **Wilson JP (1989)** citat de **Fischer G și Riedesser P**. Acestea ar fi:

- 1) *Acceptarea victimei fără a judeca (non judgement)*. Terapeutul nu va formula în nici un fel aprecieri privitoare la rolul victimei în propria ei traumă și nici nu va face comparații sau referiri la situații asemănătoare prin care el însuși a trecut.
- 2) *Intervenția imediată și ajutorul susținut în procesul de catarsis*. Victimele traumelor au nevoie urgentă de cât mai mult ajutor social; psihologic și economic, pentru a putea restabili un sentiment fundamental de siguranță.
- 3) *Disponibilitatea terapeutului de a se lăsa pus la încercare*. Deoarece victimele traumelor pierd orice încredere în ajutorul interuman, înainte de a se confesa unei persoane neutre ele întreprind o serie de tatonări care trebuie să hotărască dacă acesta merită încredere pentru ajutorul pe care îl oferă.
- 4) *Avertizarea de reacții contratransferențiale masive*. Terapeuții traumei trebuie să se avertizeze la reacții sentimentale puternice proprii și adesea tendințe de acțiune greu controlabile.
- 5) *În terapia traumei, transferul este un proces de reluare a legăturii*. Transferul va fi văzut ca un proces de reconstruire a relațiilor distruse de traumă.
- 6) *Acceptarea ipotezei că simptomul de supraîncărcare psihotraumatică a fost provocat de evenimentul traumatic*. Cu această ipoteză, pacientul se poate simți acceptat și se poate lansa în elaborarea experienței traumatice.
- 7) *Informația despre natura și dinamica reacțiilor traumatice este parte componentă a terapiei traumei*.
- 8) *Evenimentele traumatice pot să ducă la orice vârstă și alterări ale dezvoltării Eului și identității*. Ele pot fi urgente, încetini, împiedica sau întrerupe procesele normale de dezvoltare, ducând, spre exemplu, la un clivaj între identitatea de sine pretraumatică și posttraumatică.

- 9) *Negarea, clivajul și formele de disociere apar în mecanismelor de apărare, care urmează unei traume psihice.* Toate aceste mecanisme pot duce la o alterare durabilă a personalității.
- 10) *Încercările de autovindecare prin alcool sau droguri sunt răspândite, în cazul sindroamelor de suprasarcină posttraumatică.* Este absolut normal ca pacienții să încerce să reducă suprasarcina extremă indusă de traumă prin alcool sau alte droguri, pentru a menține starea de extremă excitație a sistemului nervos autonom în limite suportabile. Persoanele specializate în terapia traumei trebuie să înțeleagă aceste fenomene, deși tratamentul prin alcool sau droguri interferează cu planul de tratament al terapiei. În elaborarea traumei nu recomandăm utilizarea excesivă a tranchilizantelor.
- 11) *Transformarea cu succes a experienței traumatice poate avea drept consecință dezvoltarea unor trăsături pozitive de caracter.*
- 12) *Angajamentul social și vorbitul despre traumă favorizează procesul de vindecare.* Rezultatele cercetărilor au arătat că procesul de vindecare poate fi ameliorat de creșterea capacității de a vorbi despre cele trăite, de a-și reprezenta propriile sentimente și chiar o angajare socială a celor traumatizați pentru prevenirea traumatizării și pentru ajutorarea altor persoane traumatizate.
- 13) *Transformarea traumei este un proces de durată vieții.* Indicarea liniilor de legătură între situația experienței actuale și trauma din trecut este un proces terapeutic care îi poate ajuta pe supraviețuitorii traumelor să relativizeze situația prezentă și să își regăsească echilibrul psihic.

În afară de temele menționate mai sus, pentru pacienții traumatizați este important sportul sau activitatea fizică, pentru demontarea reacției fiziologice de stres.

Familia poate oferi un ajutor valoros pentru depășirea traumatizării, dar numai atunci când structura familiei este favorabilă.

**Ochberg (1984)** descrie experiențe pozitive cu grupuri de auto-ajutorare diadice. Aici, vechii pacienți traumatizați, care s-au stabilizat bine în urma unei psihoterapii îi ajută pe noii afectați în stabilirea problemelor lor de viață.

## **ADAPTARE, STRES ȘI PERSONALITATE**

*„Omul nu știe nimic despre om și puștinul pe care crede că îl știe este de neînțeles.”*

*Jean Fourastie*

1. Despre conceptul de adaptare
2. Despre starea de sănătate și adaptare
3. Conceptul de stres
4. Trăsături de personalitate în determinarea bolilor
5. Personalitatea și ciclurile vieții
6. Etapele ciclului vieții
7. Teren premorbid și vârstă
8. „Sensul personal al vieții” (Jung CG)
9. Conștiința identității personale
10. Boala și personalitate
11. Personalitate și adaptare
12. Mecanisme de apărare
13. O abordare cognitivă a mecanismelor de apărare
14. Mecanisme de apărare, personalitate și boală
15. Interacțiune socială și mecanisme de apărare
16. Resursele sociale
17. Modalități de abordare a pacientului cu tulburare de personalitate internat
18. Personalitatea medicului și diagnosticul

## 1. DESPRE CONCEPTUL DE ADAPTARE

Extraordinarul progres făcut în științele care au ca obiect starea de sănătate este urmarea unei revoluții în teorie și practică, ce constituie premisele unei schimbări radicale ale noțiunilor tradiționale despre natura umană a stării de sănătate și boală.

În centrul acestei revoluții stau comportamentul uman și determinările sale din cadrul social și existența unor criterii diferite pentru înțelegerea etiologiei, tratamentului și prevenirii multor tulburări medicale atribuite numai substraturilor biologice. Această revoluție încurajează dezvoltarea și creșterea multor noi specialități și subdiscipline, incluzând psihologia stării de sănătate, psihologia medicală, comportamentul medical.

Dintre categoriile de comportamente umane care sunt cercetate cu atenție specială de cercetători și practicienii care privesc starea de sănătate sub acest unghi, considerat de mulți revoluționar, adaptarea a apărut ca una dintre cele mai importante teme de investigație.

Prezent la orice formă de psihism, adaptarea este implicată în toate tipurile de reacții întâlnite la om, după cum poate fi identificat chiar și în secvențele constitutive ale unor subsisteme psihice ale personalității. În acest sens, este cazul semnificativei opinii a marelui psiholog **Piaget J**, pentru care legile fundamentale după care funcționează psihicul uman sunt asimilarea și acomodarea, ambele cu evidente implicații adaptative. Pentru **Piaget J** adaptarea este „un echilibru între asimilare și acomodare, cu alte cuvinte un echilibru al schimburilor dintre subiect și obiecte”.

Adaptarea este un pattern comportamental pozitiv, care poate fi folosit la reducerea stresorilor și stresului asociat unei boli. Într-o scurtă perioadă de timp, conceptul va fi folosit ca un important determinant al stării și bolii comunităților umane și profesionale și, de asemenea, se va vorbi despre managementul stresului și reducerea stresului prin adaptare eficientă.

După introducerea sa (**Lazarus, 1966**), termenul de adaptare a fost folosit prioritar de cercetători, iar răspândirea lui nu a fost spectaculoasă.

De fapt, în cinci ani, între 1968 și 1973, mai puțin de douăzeci și cinci de apariții au putut fi listate într-o mare revistă de psihologie. Abia anul 1973 este cel al consacării conceptului de adaptare ca teorie importantă a științei și cercetării medicale (**Schener, 1987**).

Este de consemnat, de asemenea, că lucrarea: „Manualul de statistică și diagnostic al tulburărilor mintale” (DSM-III) a Asociației Americane de Psihiatrie, publicat în 1980, a inclus funcțiile adaptative, sau adaptarea, ca Axa 5 a clasificării sale multiaxiale. Inițial, această axă nu a primit prea mare atenție în literatura de cercetare psihiatrică.

Ultimele două decenii au însemnat o creștere logaritmică a publicațiilor despre adaptare, ceea ce demonstrează interesul pentru acest termen. Popularitatea acestui concept sugerează că a devenit una dintre cele mai puternice construcții din psihologia contemporană. Aceste apariții s-au semnalat nu numai în Statele Unite și Canada, dar și în Europa și Australia (**Kebler, Brom, Defares, 1992**).

**Schener (1987)** trece în revistă mai mult de 100 de articole privind adaptarea ca rezolvare a problemelor specifice discutate în literatura de specialitate (adaptarea la cancer, viol, alcool, stres, divorț, boli incurabile etc.).

Importanța adaptării eficiente și ingenioase la stres, prin mecanisme de adaptare mature, ca o cheie a supravieuirii, este recunoscută de **George Villant (1987)** care scrie „*Hans Selye a greșit! Nu stresul este cel care ne ucide, dar adaptarea eficientă la stres ne permite să trăim*”.

Conceptul de adaptare a făcut posibil pentru cercetători și practicieni să vorbească de capacități, mai mult decât de incapacități, de realizare decât de eșec, despre sănătate decât despre starea de boală.

În multe cercetări adaptarea a devenit baza unor noi orientări ca în elegere și preocupare pentru sănătate, tratament și prevenirea bolilor.

Termenul din limba engleză - coping (adaptare) - „*a face față unei situații*” își află originea în vechiul grecesc „kolaphos”, care înseamnă „a lovi”. La început, acesta însemna „a se întâlni”, „a se ciocni de”, „a se lovi de”. Azi, în alegerile inițiale au evoluat într-o definiție care implică sensul primar, dar la care se adaugă noi conotații. (Ex.: „Dicționarul Webster” - 1979 definește copingul ca „a lupta cu succes, a face tot posibilul” sau în termeni echivalenți „*a fi mai mult decât*”).

Credem că este util trecerea în revistă a sensurilor care s-au atribuit adaptării (coping in) de către principalii autori anglo-saxoni care au acreditat și dezvoltat conceptul:

1. „Adaptarea include întâlnirea a ceva nou, a ceva care n-a mai fost întâlnit: întâlnirea unei situații inedite, unui obstacol sau unui conflict. Adaptarea include elementul mijloc-scop în procesul activității” (**Murphy, 1962**).

2. „Adaptarea reprezintă toate activitățile cognitive și motorii pe care o persoană suferind le folosește pentru a-și menține funcționalitatea fizică, integritatea psihică, pentru a-și redobândi echilibrul funcțional și a compensa la limita posibilului pierderile ireversibile” (**Lipowski, 1970**).

3. „Adaptarea este o unitate de acoperire și un pattern clar de comportament prin care organismul poate preveni activ, urmări sau răspunde la circumstanțele care induc stresul” (**Mc.Gath, 1970**).

4. „Comportamentul adaptativ este calea conștient și inconștient folosită de oameni pentru a se acomoda la cerințele mediului înconjurător, fără să schimbe scopurile și obiectivele” (**Coly, 1973**).

5. „Adaptarea se referă la orice răspuns sau la orice provocare externă care servește la prevenirea, evitarea sau controlul perturbărilor emoționale” (**Pearlin și Schooler, 1978**).

6. „Răspunsurile de adaptare reprezintă unele lucruri pe care oamenii le fac și anume: eforturile lor concrete de a rezolva provocările externe, asumându-și diverse roluri” (**Pearlin și Schooler, 1978**).

7. „Adaptarea este efortul împreună cu acțiunea orientată și acțiunea psihică de a conduce (tolera, reduce, minimaliza) cerințele interne și externe și conflictele care apar odată cu aceste cerințe și care scad sau epuizează resursele persoanei” (**Lazarus și Launier, 1978**).

8. „Adaptarea este definită ca un efort cognitiv și comportamental, făcut pentru a satisface, tolera sau reduce cerințele interne și externe și conflictele care apar odată cu aceste cerințe” (**Folkman și Lazarus, 1980**).

9. „Adaptarea se referă la comportamentul care protejează oamenii de neplăcerile experiențelor dificile prin care sunt nevoi să treacă” (**Rodin, 1980**).

10. „Adaptarea este încercarea de a învinge dificultățile. Este o ciocnire la care oamenii, odată ajunși, folosesc resursele interne și externe pentru a reuși să echilibreze impactul produs de dificultăți” (**Haan, 1982**).

11. „Adaptarea este o permanentă schimbare a eforturilor cognitive și comportamentale care organizează specific cerințele interne pentru a administra cererile externe și/sau interne pentru a preveni scderea sau epuizarea resurselor persoanei” (**Folkman și Lazarus, 1984**).

12. „Adaptarea reprezintă acele comportamente și gânduri care sunt conștient utilizate de către individ pentru a conduce sau controla efectele anticipării sau trăirii unor situații stresante” (**Stone și Neale, 1984**).

13. „Adaptarea reprezintă orice efort sistos sau nesistos, conștient sau inconștient de a preveni, elimina sau scădea stresorii sau de a suporta efectele lor cu cât mai puține daune” (**Matheny, Aycock, Curlette și Cannella, 1986**).

Aceste definiții subliniază câteva elemente cheie:

folosirea resurselor;

gândire și/sau comportament activ;

reducerea nevoilor interne și/sau externe prin găsitirea de soluții și

rezolvarea eficientă a problemelor;

variabilele în ceea ce privește scopul sau întreprinderile.

Concordanța acestor definiții oferă o nouă și extinsă definiție a adaptării care include elementele esențiale ale definițiilor anterioare: *„Adaptarea este promovarea creșterii și dezvoltării umane prin utilizarea activă a resurselor biopsihosociale care participă la controlul, stăpânirea și prevenirea stresului generat de condiții externe/interne”*.

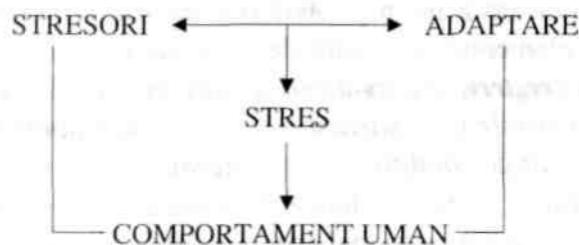
Această definiție ne face să înțelegem natura activă a folosirii de către organism a resurselor de care dispune. Ea subliniază rolul important al funcțiilor de adaptare în autoprotecția organismului și scoate în evidență capacitățile și capacitățile deosebite ale indivizilor joacă un rol important în rezolvarea cu succes a problemelor, conflictelor și celorlalte nevoi cu care se confruntă organismul. În sfârșit, adaptarea este baza pentru supraviețuirea și evoluția individului și a grupului.

Deși caracterizează întreaga materie vie și definește una din trăsăturile fundamentale ale acesteia (aceea de a se adapta morfologic și funcțional la caracteristicile mediului filogenetic și ontogenetic) adaptarea este una dintre laturile cele mai specifice ale personalității umane. Ea însumează ansamblul reacțiilor prin care un individ își ajustează structura sau comportamentul pentru a putea *„răspunde armonios condițiilor unui mediu determinat sau a unor experiențe noi”* (**Sutter**). Procesul de adaptare este, în cazul ființei umane, biunivoc, având și o funcție de transformare și adecvare a mediului aflat în dinamic, în raport cu necesitățile și posibilitățile individului. Adaptarea umană nu este deci pasivă, ci dinamică și creatoare. Complexitatea antroposferei, necesită un permanent efort realizat prin procesele adaptative de integrare și reglare, care fac posibilă utilizarea optimă a rezervelor funcționale, precum și refacerea acestora în perioadele în care solicitarea încetează. În acest fel este menținută homeostazia organismului, precum și fiabilitatea lui în funcționare. În 1907, Selye H introduce termenul de *sin drom de adaptare*

în patologia generală, definindu-l ca un ansamblu de reacții prin care organismul răspunde la o acțiune agresivă - stres.

Pornind de la acest concept, organismul uman se află într-o relație simultană și reciprocă cu mediul exterior.

Adaptarea, rezultanta acestei relații, depinde de fiecare dintre cei doi factori participanți, fiecare devenind un determinant și un produs al relației. Comportamentul uman este un proces de adaptare dezvoltat, menținut și schimbat de aceste relații simultane și reciproce (**Marsella, 1984**).



**Marsella, Escudero și Santiago (1969) și Marsella, Escudero și Gordon (1972)** au fost primii cercetători care au propus interacțiunea stres-adaptare ca un model psihopatologic în care interacțiunea simultană organism-mediul extern a fost considerată ca generator de patternuri de tulburare și reglare.

**Marsella (1969, 1972)** postulează următoarele determinări în ceea ce privește modelele simptomatice și capacitatea de rezistență la stres:

- ființele umane și mediul lor sociocultural și fizic sunt sisteme independente;
- comportamentul normal/anormal este produsul interacțiunii simultane a omului cu mediul;
- organismul nu există separat de mediul, iar comportamentul nu este independent în interacțiunea organism-mediul;
- mediul socio-cultural poate fi pus alături de stresorii de diferite categorii și de cerințele cognitive-emoționale.

Termenul de „adaptare” a fost preluat și de psihiatrie, care a dezvoltat în context o adevărată patologie legată atât de adaptare, cât și de stres; de aceea aceasta nu mai este în legătură directă cu semnificația inițială, urmează, în linii mari, etapele de desfășurare ale procesului de adaptare.



**Campbell J** arată că „diversele condiții pe care individul le urmează cu întregul său echipament, cu echilibrul și **dificultățile** sale interioare, cu experiența din trecut și **cu cea din prezent pentru a se adapta** în viața pe care este chemat să o trăiască” reprezintă domeniul de studiu al psihiatriei și al psihiatrului. Pentru acesta, tulburările de adaptare ale persoanei la „situația totală” reprezintă problema fundamentală a tuturor de funcțiile prin care acestea se realizează.

Meyer A va defini boala mintală ca fiind o adaptare greșită, insuficientă sau inadecvată. Psihanaliza va susține acest punct de vedere, considerând inadecvate acele mecanisme de adaptare care generează boala psihică. Regresia ar fi una dintre aceste inadecvări adaptative, subiectul renunțând la adaptare la nivelul de solicitare cerut, pentru a coborî către unul mult mai redus.

**Starobinski J** descrie procesul de inadaptare în următoarea secvențialitate: urmând patologia psihiatrică, se pot nota tulburările de adaptare ca fiind al Ariadnei în întreaga nosologie psihogenă. Astfel, în reacții, întreprins și stimul nu există nici o adecvare, primul fiind mult mai intens decât ar trebui să fie în mod normal sau inadecvat. Același lucru este valabil și pentru dezvoltări, în care acest proces se amplifică atât vertical (în dimensiunea temporală) cât și longitudinal, ca intensitate și nespecificitate.

Nevrozele reprezintă o slabă capacitate adaptativă la lume și la problemele personale, resimțite dureros de subiectul care rămâne în restul timpului „în afara jocului”. După **Enchescu C**, nevrozele apar ca un conflict între acțiunea practică și rezultatele acesteia.

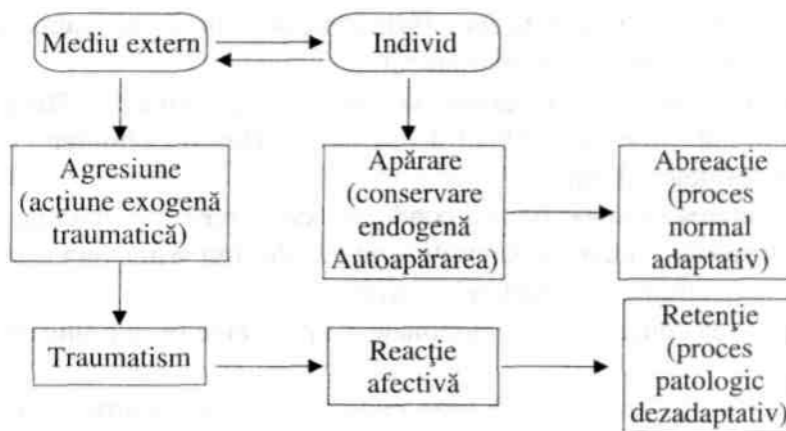


FIGURA 1.

În procesele organice și în endogenii nu se mai poate vorbi despre adaptare ca mecanism fundamental declanșator sau patologic. Exagerările în acest sens au fost sancționate cu respingerea de către majoritatea psihiatrilor (vezi în acest sens exagerările reacționiste ale psihiatriei americane din deceniile 4-6 ca și antipsihiatria). Dezadaptarea este aici un efect și nu o cauză a bolii.

Adaptarea oferă celor care evaluează starea de sănătate și specialiștilor un nou și contrastant aspect al conceptualizării stării de sănătate și al bolilor. Mai mult decât atât, focalizându-se pe tulburări, dureri, stres, destabilizări și alte dereglări ale funcțiilor umane, adaptarea ne permite să culegem starea de sănătate, resursele, competențele și alte aspecte ale succesului funcționării umane.

## 2. DESPRE STAREA DE SĂNĂTATE ȘI ADAPTARE

Crescutul interes pentru adaptare din ultimele două decade poate fi privit din următoarele trei perspective: primul aspect este schimbarea în definiția stării de sănătate. În trecut, starea de sănătate era definită ca absența durerii și era secundară interesului medicilor care erau mai mult focalizați pe tulburări.

Organizația Mondială a Sănătății definea starea de sănătate ca fiind: „o stare completă de bine din punct de vedere psihic, mental și social, și nu neapărat în absența durerii”. Această definiție este o recunoaștere a faptului că starea de sănătate este mai mult decât absența durerii. Este o stare de armonie, o stare-de-bine cu privire la evoluția complexului biologic, psihologic și a dimensiunilor sociale ale comportamentului uman.

Adaptarea este strâns legată cu promovarea stării de sănătate și cu prevenirea tulburărilor (bolilor). În acord cu **Pearlin și Schooler (1978)**, adaptarea ne protejează prin:

1. eliminarea sau modificarea condițiilor care creează probleme;
2. perceperea controlului semnificativ al lucrurilor într-o manieră prin care să se neutralizeze caracterul ei problematic;
3. păstrarea consecințelor emoționale ale problemelor în limite controlabile.

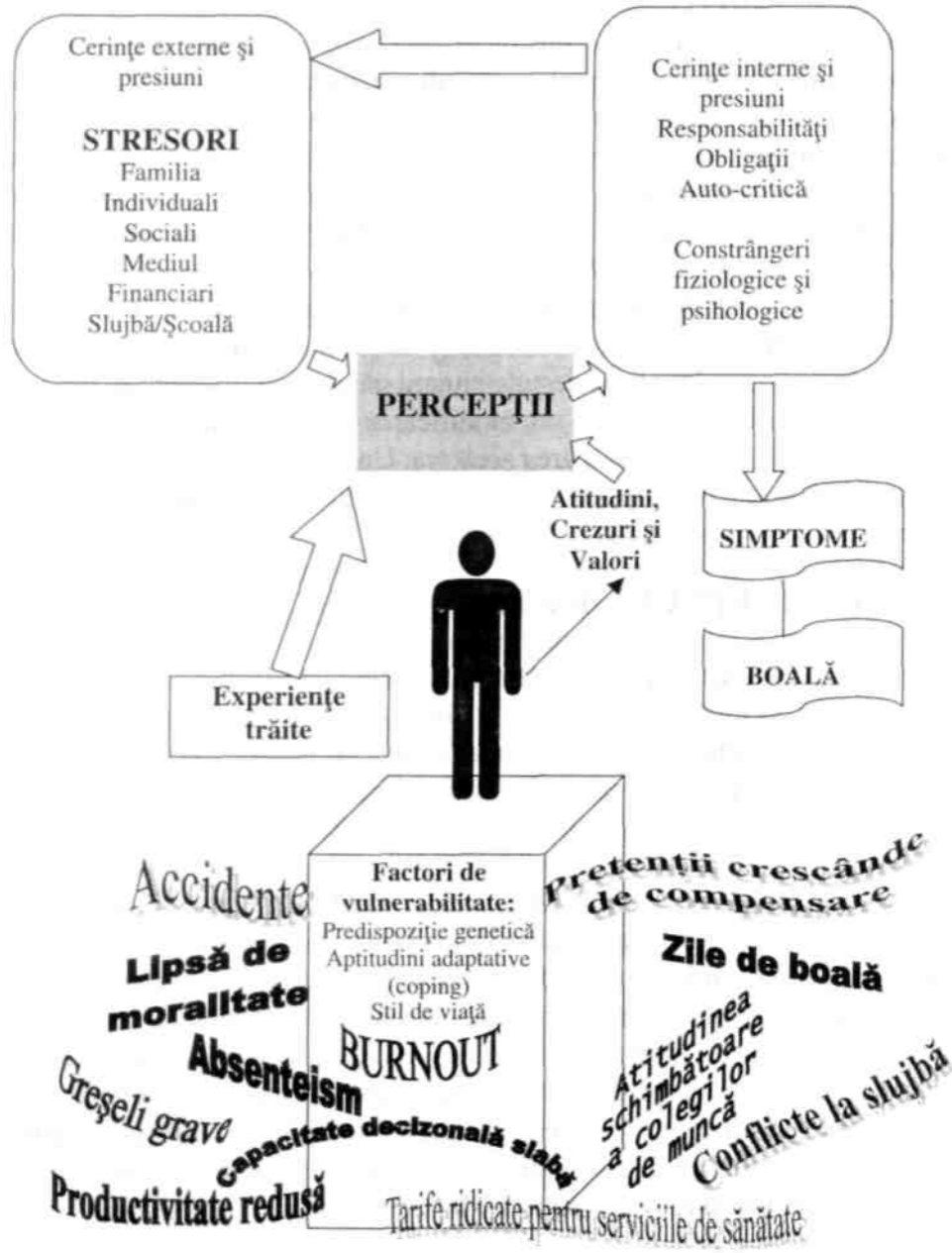
Aceste funcții prefigurează baze comportamentale pentru tratarea și prevenirea tulburărilor și pentru promovarea sănătății.

Al doilea aspect este creșterea recunoașterii că indivizii și nu medicii sunt cei care trebuie să fie responsabili de starea lor de sănătate. Printr-o dietă adecvată, exerciții, managementul stresului și evitarea abuzurilor, indivizii pot promova activ, propria lor sănătate mai mult decât prin pasivă evitarea bolilor. Locul și responsabilitatea individuală pentru sănătate sunt legate astfel de comportamentul și stilul de viață al fiecăruia. În plus, privit din acest unghi, conceptul de adaptare oferit medicilor și cercetătorilor o ansă de a trece dincolo de psihopatologie.

Adaptarea presupune, de regulă, un efort adaptativ care de cele mai multe ori ia forma unor acțiuni mintale și motorii, mai mult sau mai puțin evidente în exterior. Dar sunt destule situații când efortul adaptativ nu presupune declanșarea, menținerea sau modificarea unor scheme comportamentale anume ci întreruperea, stoparea acestora. Uneori, blocarea la timp a unei simple reacții sau a unei operații complexe este de o importanță fundamentală pentru însuși existența fizică a persoanei.

### 3. CONCEPTUL DE STRES

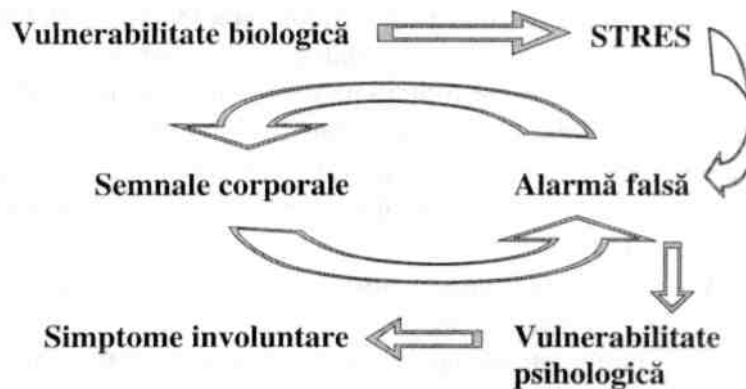
Introducerea conceptului de stres în câmpul medical a fost legată de lipsa resimțită în ultimele patru decade, în practică și teoria medicală a cadrului teoretic al relației dintre sănătate, boală, stil de viață și pattern comportamental. Folosirea conceptului de stres a furnizat medicinei o bază pentru a lega evenimentele exterioare (ex.: stresorii) și patternurile comportamentale cu condițiile interne și biochimice asociate cu etiologia, factorii favorizând, declanșarea și întreținerea bolilor. Utilizarea termenilor de „stres” și „adaptare”, așa cum vedem în axele 4 și 5 ale DSM reflectă, în parte, rapidă creștere a popularității acestor două variabile. Resursele biologice sunt folosite de către organism în răspunsul la stres, așa cum notează curent autorii definițiilor adaptării. Datorită recentelor cercetări asupra stării de sănătate a societății contemporane cu accent pe dietă, exerciții, controlul asupra comportamentelor dăunătoare (fumat, alcool, stres), resursele biologice au devenit comune în regimurile de control al stresului, dar adesea se folosesc mai degrabă ca un reflex, decât într-o manieră deliberată.



dup Rutner T, 2002

FIGURA 2.

Conceptul de stres, introdus de Selye H, indică inițial o acțiune de suprasolicitare exercitată din exterior asupra organismului, care determină o reacție de adaptare nespecifică a organismului față de agresiunea care-i amenință integritatea. Roger Guillemin, pornind de la această definiție, formulează una dintre cele mai remarcabile definiții ale stresului: „*Stare tradusă printr-un sindrom specific corespunzând tuturor schimbărilor nespecifice induse astfel într-un sistem biologic.*” Selye H a privit stresul din punct de vedere fiziologic, în timp ce Spinoza considera că „*mintea și corpul sunt unul și același lucru*”. Aproape orice stresor și aproape orice reacție de stres implică atât componente fiziologice cât și psihologice (emoționale).



#### ROLUL STRESULUI ÎN DETERMINAREA ATACULUI DE PANIC

FIGURA 3.

Conceptul a suferit reconsiderări succesive în care a fost precizat mai clar noțiunea de agent agresor sau stresor și s-a făcut extensivă către a numit stres psihic. Cea mai largă definiție a agenților de acest tip ni se pare cea dată de Fraisse P (1967) „*totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului care nu îi găsesc soluția*”. Agenții stresori capabili să declanșeze un stres psihic sunt de natură variată, nefiind obligatorii numai stimulii psihici, din această cauză putându-se departaja două tipuri de agenți stresori: - cei ce sunt reprezentați prin cuvintele, ideile, procesele gândirii. Agenții din această categorie sunt caracterizați sub formă de situații psihotraumatizante. În stresul psihic, principalii agenți stresori sunt repre-

zenta i de cei cu con inut no ional -ideativ, recep iona i de subiect ca reprezentând indiciul unor situa ii amenin toare „actuale” sau „în perspectiv ” pentru indivizii agresiona i.

- cei senzoriali externi. Ace tia pot deveni agen i stresori în dou cazuri: atunci când se bombardeaz scoar a cerebral timp îndelungat i cu o intensitate crescut sau în cazul când au o semnifica ie pentru subiect. Parametrii de ac iune ai agen ilor stresori sunt reprezentan i de durat , în func ie de atribute precum „noutatea” i „bruschea” cu care se ac ioneaz .

**Lucian Alexandrescu (2000)** stabile te o clasificare a stresului, realizat în func ie de urm toarele criterii: magnitudinea absolut sau relativ a stre - sului; raportul sau cu etapa de via a subiectului (ciclul vie ii, dup **Erikson**, în termeni de concordant, neconcordant, indiferent); nuan ele de expectabi - litate-neexpectabilitate i controlabilitate-necontrolabilitate; r spândirea ge - neral a stresorilor i efectul lor asupra omului „obi nuit”.

Clasificarea este aplicabil pentru orice stresori, la orice vârst i în conjunc ie cu orice sistem de clasificare al bolilor psihice. Ea con ine opt grupe mari, notate de la A la H.

**Grupa A** - *Stresul excep ional sau catastrofic* - se refer la stresuri masive, acute, de regul nea teptate, evenimente ie ite din comun, din coti - dian, deloc sau pu in influen abile de c tre subiect i care afecteaz practic pe oricine într-o mare m sur . Acest tip de stres include dezastre i calamit i naturale, dezastre i catastrofe (r zboaie, polu ri, bombardamente); acciden - te colective; stresul catastrofic individual: violen a nesexual sau sexual , tortura. Din punct de vedere clinic, (Predescu i Alexandrescu), patologia ocazionat de stresul catastrofic include reac ii psihotice imediate (de oc i ne oc), reac ii mai îndep rtate de tip depresiv i, în mod aproape specific, se - chele la distan , de tipul tulbur rii de stres posttraumatic.

**Grupa B** - *Stresurile vie ii* - include stresuri concordante sau necon - tradictorii cu etapa eriksonian de via , cu intensitate moderat medie sau mare, care afecteaz practic pe oricine, dar într-o m sur variabil . Include ase sub-grupe de: 1) stresuri scurte - pierderi reale (cuno tin e, rude), pierderi simbolice; 2) stresuri legate de boala tranzitorie; 3) stresuri cu post -efecte prelungite - pierderi reale (partener marital, copil), pierderi materi ale majore; 4) stresuri cu ac iune prelungit -suprasolicit ri lungi, boala cronic , conflicte cronice; 5) st ri stresante -stresul existen ei ca handicap sau ca sechelar grav;

stresul existenței în condiții precare financiare și/sau de mediu; 6) stresuri legate de schimbări majore de statut, mediu, condiții de viață.

Stresurile îndelungate pot contribui la constituirea unor dezvoltări patologice ale personalității.

**Grupa C** - *Stresuri care decurg din desfășurarea neobișnuită a unor acte de viață obișnuite.*

**Grupa D** - *Stresul necazurilor și al solicitărilor cotidiene.* Specifice sau nu grupului de apartenență, aceste stresuri induc, cel mult, manifestări tranzitorii sau fragmentare. Au un posibil rol pentru determinarea rezistenței sau lipsei de rezistență la stresori mai mari. Adesea produc o anumită frustrare.

**Grupa E** - *Stresul endemic* - stresul general și impersonal constituit de veștile proaste ale zilei sau perioadei: inflație, omaj. Stresul endemic nu are decât un rol de fond.

**Grupa E1** - *Stresurile speciale condiționate de expuneri particulare.* Include stresul unor profesii sau ocupații cunoscute ca stresante, și al altor profesii ce implică risc individual.

**Grupa E2** - *Stresurile condiționate de vulnerabilități individuale particulare:* a) stresul determinat de psihopatologia preexistentă: stresul de tipul celui de anxietate fobică, stresul fenomenelor compulsive și cel consecutiv tulburării de control al impulsurilor; stresul resimțit de pacienții cu schizofrenie, cu epilepsie; b) stresul consecințelor unor acte psihotice (tări crepusculare, confuzie, comportament delirant-halucinator în psihoze majore); c) stresul amintirilor, determinat de rețineria sau evocarea unor situații stresante anterioare; d) stresul surselor ce evidențiază subiectului singurătatea ori inadecvarea vieții pe care o duce; e) stresul determinat sau facilitat de prezența unei patologii somatice care modifică vulnerabilitatea.

**Grupa F** - *Stresurile speciale* - sunt stresuri ce se constituie ca atare, prin vulnerabilități și/sau expuneri particulare.

**Grupa G** - *Stresul experimental* - nu are, de regulă, urmări patologice durabile. El se referă la diferite proceduri de laborator care induc, la voluntari, stresuri scurte și strict limitate ca intensitate și gamă de conținuturi.

**Grupa H** - *Stresul situațiilor extreme* - este stresul experimental sau natural, indus în legătură cu existența sau pregătirea pentru existența în medii intens nefavorabile vieții omului.

Pentru **Golu M**, stresul psihic reprezintă o stare de tensiune, încordare și disconfort cauzat de afecte negative, de frustrare, de reprimare a unor tre-

buin e sau aspira ii, de imposibilitatea rezolv rii unor probleme. **Iamandescu IB** afirm c stresul psihic are caracter primar atunci cnd este rezultatul unui agresiuni recep ionate din sfera psihic i un caracter secundar care ar fi o reac ie de înso ire sau de con tinentizare a unui stres fizic sau biologic c reia i se acord o semnifica ie amenin toare sau de alt natur . **Huber W (1992)** afirm c natura obiectiv a stresorului este mai pu in important pentru s n tate ca evaluarea subiectiv pe care o persoan i -o d .

**Taylor (1990)** arat c evenimentele considerate de c tre o persoan drept negative, necontrolabile, nepredictibile sau ambigue sunt tr ite mult mai stresant de c tre aceasta. **Kanner i colab. (1981)** au demonstrat c stresorii minori, dar care ac ioneaz continuu au acela i efect cu evenimentele cu semnifica ie stresant major care se petrec punctual.

Stresul psihic antreneaz , ca orice alt stresor, o participare complex a întregului organism în cele dou ipostaze ale sale: psyche i soma. Inter -reac iile generate la nivelul diferitelor componente ale psihismului au fost schematizate de **Iamandescu IB (1995)** (figura 4).

**Mathney, Aycock, Pugh, Curlette i Cannella (1986)** au sugerat c patternurile de adaptare se pot divide într -o categorie de stresori preventivi i o categorie de stresori combativi.

Formula lor include patru tipuri:

1. evitarea stresorilor prin adaptarea vie ii;
2. adaptarea nivelului cererii;
3. îndep rtarea stresului indus de patternurile comportamentale,
4. descoperirea resurselor adapt rii.

Categoria stresorilor combativi include cinci tipuri:

1. manifestarea stresului;
2. st pânirea resurselor;
3. atacarea stresorilor;
4. tolerarea stresorilor;
5. sc derea iritabilit ii.

Comportamentele de adaptare pot fi împ r ite în patru dimensiuni independente:

1. activ-pasiv (discutând direct ac iunea, tratând despre stresori sau evitând stresorii);
2. cognitiv-emo ional (controlând stresorii angaja i în activitatea cog -nitiv sau inând de sfera emo ional , catarsisul i expresia);



3. controlul (menținând în aparență controlul personal asupra stresorilor);
4. acțiunea psihologică / acțiunea socială (sfera autorealizării sau suportul social).

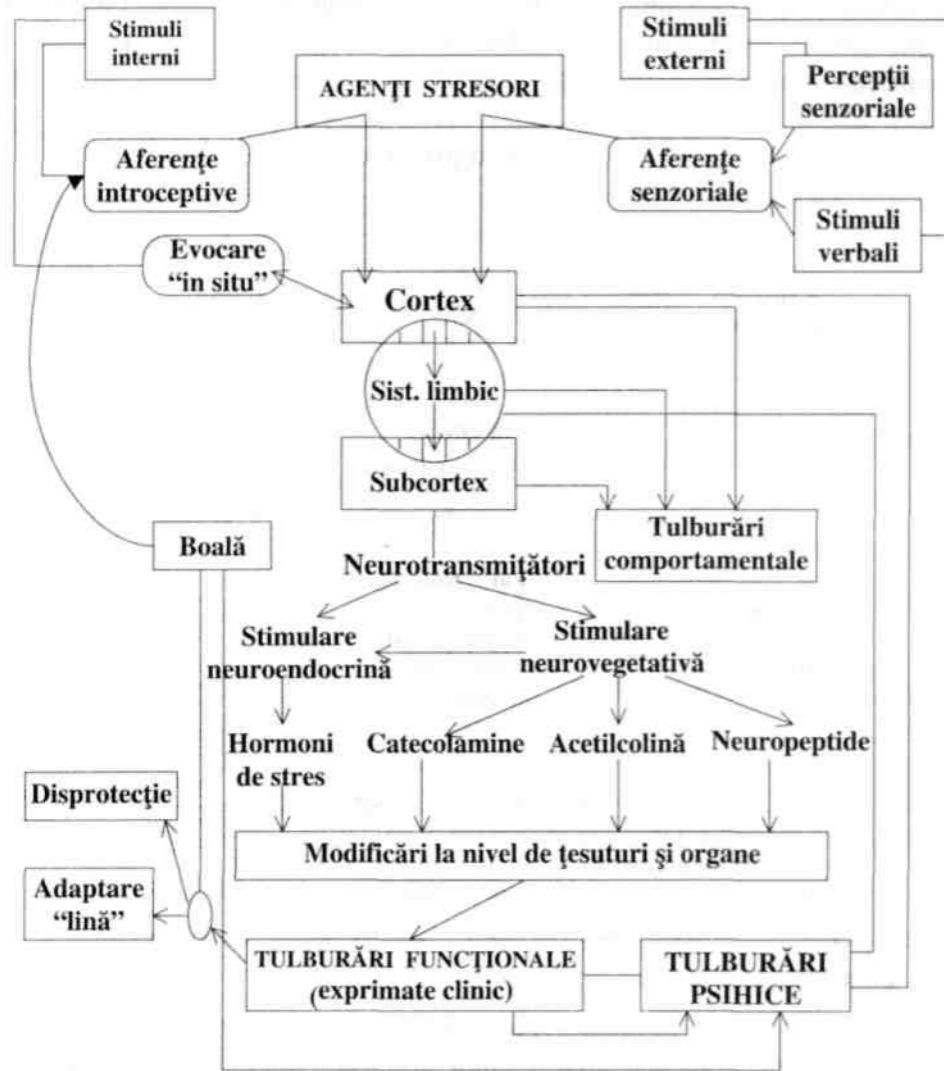


FIGURA 4.

Stresul este incriminat ca fiind unul dintre factorii cei mai importanți în patogeneza tulburării depresive. În perspectiva psihologiei dezvoltării, factorul „stres” apărut chiar în mica copilărie poate avea efecte pe termen

lung, contribuind la depresia adultului. Este interesant faptul că psihanaliza a subliniat încă la începutul secolului XX rolul experiențelor precoce de viață în psihopatologia adultului. Numeroase studii au arătat că abuzul fizic sau sexual asupra copilului, abandonul, lipsa părinților, separarea precoce de aceștia pot fi enumerate printre factorii generatori de stres precoce și identificați adesea în anamnezele depresivilor majori.

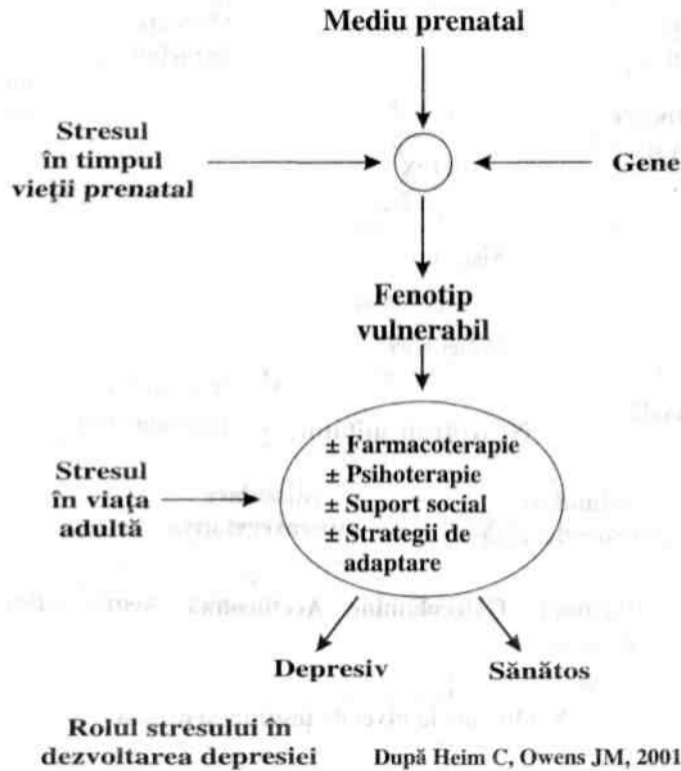


FIGURA 5.

Stresul psihic acut poate induce, prin numeroasele transformări fiziologice pe care le determină, apariția unor simptome sau tulburări organice cu grad diferit de pericol pentru viața individului. Posibilitatea de atenuare a efectelor stresului psihic acut depinde, din punct de vedere psihologic, de diversitatea și plasticitatea mecanismelor de adaptare la mediu pe care le folosește individul. O existență bogată în interese și preocupări nu îl ferește

pe individ de trăirea unor stresuri psihice intense, dar îi permite să se deosească în condițiile unor efecte patologice secundare minime.

Încercând să sintetizeze evenimentele de viață, care pot deveni stresori, **L. Z. Rescu M (2002)** delimitează următoarele situații:

TABELUL 1.

Psihotrauma	Eveniment secvențial care impresionează intens persoana
Schimbări existențiale semnificative	Schimbare care necesită un efort readaptativ (responsabilități, eforturi, noi relații de comunicare)
Eșecul	Neîndeplinirea unui proiect în care subiectul este angajat (stagnare, interioritate)
Frustrarea	Nesatisfacerea unor dorințe, pulsuni, nevoi sau pretenții legitime (circumstanțial, prelungit sau cronic)
Conflictul interpersonal trenant	Stare de tensiune și conflict constant cu persoane angrenate în structuri sociale bine definite (familie, colegi de muncă sau de locuință)
Epuizarea prin suprasolicitare	Program de muncă excesiv, în special dacă nu este urmat de satisfacție (poate fi provocat de un stil particular de viață)
Lipsa de perspectivă vitală	Situații nefavorabile din care subiectul nu are nici o perspectivă de a ieși
Conflictul intrapsihic	Egodistonia realizată de sentimentul vinovăției (poate fi conștient sau preconștient)
Crizele existențiale sau de conștiință	Perioadele critice se referă la personogeneza și ciclurile vieții; apar în perioadele de bilanț individual
Învârșirile patologice	Mai frecvente în copilărie, dar posibile pe tot parcursul vieții

Este cunoscut, încă din anii 1970, lista evenimentelor ale lui **Paykel E S** care a încercat o cotare precisă a evenimentelor cu efect stresant, pe o scală ponderată de la 0 la 20.

Precum în cazul altor instrumente de evaluare și ponderile acordate în această scală, cât și semnificația scorurilor globale rămân legate de subiectivitatea investigatorului și de o serie de neclarități metodologice.

TABELUL 2.

## LISTA EVENIMENTELOR DUPĂ PAYKEL

1.	Decesul unui copil	19.33
2.	Decesul unuia dintre soți	18.76
3.	Detenția	17.60
4.	Decesul unui membru al familiei	17.21
5.	Infidelitatea unuia dintre soți	16.78
6.	Probleme financiare majore	16.57
7.	Falimentul	16.46
8.	Concedierea	16.45
9.	Avortul	16.34
10.	Divorțul	15.93
11.	Separarea conjugală cu dispută	15.93
12.	Probleme minore cu justiția	15.79
13.	Sarcină nedorită	15.57
14.	Boală gravă a unui membru al familiei	15.30
15.	Comajul	15.26
16.	Decesul unui prieten apropiat	15.18
17.	Degradarea statutului social	15.05
18.	Maladie personală serioasă	14.61
19.	Începutul unei relații extraconjugale	14.09
20.	Pierdere importantă	14.07
21.	Proces	13.78
22.	Eșec la un examen important	13.52
23.	Căsătoria nedorită a unui copil	13.24
24.	Ruperea logodnei	13.23
25.	Dispute conjugale	13.02
26.	Disputa cu un membru al familiei biologice	12.83
27.	Dispută cu logodnicul (a)	12.66
28.	Împrumut important	12.64
29.	Plecarea fiului în armată	12.32
30.	Dispute cu șeful sau colegii	12.21
31.	Dispute cu un membru al familiei prin alianță	12.11
32.	Emigrarea	11.37
33.	Menopauza	11.02
34.	Probleme financiare minore	10.91

**TABELUL 2 (continuare).****LISTA EVENIMENTELOR DUPĂ PAYKEL**

35.	Separarea de o persoană importantă	10.68
36.	Pregătirea pentru un examen important	10.44
37.	Separarea conjugală fără dispută	10.33
38.	Schimbarea orarului de la serviciu	9.96
39.	O nouă persoană în familie	9.71
40.	Încercarea la pensie	9.33
41.	Schimbarea condițiilor de lucru	9.23
42.	Schimbarea serviciului	8.84
43.	Sfârșitul unei relații stabile	8.80
44.	Schimbarea domiciliului într-o altă localitate	8.52
45.	Schimbarea colii	8.15
46.	Oprirea colarizării	7.61
47.	Plecarea unui copil de acasă	7.20
48.	Reconciliere conjugală	6.95
49.	Încălțări minore ale legii	6.05
50.	Nașterea (pentru mamă)	5.91
51.	Începutul sarcinii	5.67
52.	Căsătoria	5.61
53.	Promovarea	5.39
54.	Boala personală minoră	5.20
55.	Schimbarea domiciliului în aceeași oraș	5.14
56.	Nașterea (pentru tată)	5.13
57.	Începutul studiilor	5.09
58.	Logodna copiilor	4.53
59.	Logodna	3.70
60.	Planificarea unei sarcini	3.56
61.	Căsătoria dorită unui copil	2.94

#### 4. TRĂSĂTURI DE PERSONALITATE ÎN DETERMINAREA BOLILOR

Orice încercare de definire a personalității se lovește de enorme dificultăți, generate pe de o parte de gradul deosebit de generalitate al noțiunii, iar pe de altă parte de nevoia de sinteză pe care orice definiție o presupune.

Personalitatea umană constituie direct sau indirect terenul de intersecție al multor discipline științifice, este un univers care incită permanent la cunoaștere, dar care niciodată nu poate fi epuizat. Goethe considera că suprema performanță a cunoașterii științifice este cunoașterea omului. Ideea este justificată atât prin complexitatea maximă a ființei umane, cât și prin faptul că omul reprezintă valoarea supremă pentru om.

Între pesimismul lui Nietzsche, care afirmă că *omul este animalul care nu poate fi niciodată definit* și viziunea axiologică a lui Protagoras care spunea că *omul este măsura tuturor lucrurilor*, se naște neliniștita întrebare - cum să evaluezi ceva care nu este măsurabil?

Dacă pentru alte domenii această întrebare poate să rămână retorică, pentru psihiatrie, psihopatologie și psihologie clinică, care operează cu modelul medical, ea trebuie cu necesitate să-și găsească un răspuns. Acest răspuns devine extrem de complex în contextul creșterii vertiginoase a volumului informațiilor științifice, care determină o viziune multidimensională, prin care realitatea nu poate fi cunoscută decât prin interpretările interdisciplinare, sistemice, ale contextelor, ansamblurilor.

Cu toate acestea se pot inventaria aproape tot atâtea definiții asupra personalității câte teorii psihologice există, se poate stabili totuși un oarecare consens asupra unui număr de noțiuni, care sunt în genere cuprinse în orice definiție și descriere și pe care vom încerca să le trecem în revistă:

- personalitatea este un concept global, o structură care nu se poate descrie decât prin elementele sale structurale;
- ea are un anumit grad de permanență, o dinamică și o economie proprie;
- este rezultanta dezvoltării potențialităților înnăscute într-un mediu de dezvoltare precizabil din punct de vedere socio-cultural;
- dezvoltarea personalității este secvențială.

Subliniem însă încă o dată că abordarea acestor puncte de referință diferă după coală, atât în privința sensului acordat, cât și a ponderii ce li se aplică în cadrul personalității.

Meninându-ne punctul de vedere, că pentru o ordonare axiologică trebuie să preexiste o cunoaștere suficientă a noțiunii de valorizare, vom trece în revist principalele grupe de teorii cu privire la personalitate, urmărind în principal aspectul structural, aspectul dinamic și genetic puse în evidență de acestea, situate la interfața medicinei cu psihologia.

**Teorii neobehavioriste** - *obiectiviste*, încearcă să explice fenomenele psihologice prin extrapolarea rezultatelor psihologiei experimentale și psihofiziologiei. Analizând rolul structurant al mediului în constituirea personalității, integrând reflexologia pavloviană, behaviorismul watsonian și teoria învățării a lui *Thorndicke*, neobehaviorismul elaborează conform lui **Dollard și Miller**, teorii ale personalității de tip stimul-reakțiune. Ei consideră că element structurant major al personalității este obișnuința, care ar însemna o legătură între stimuli și reacții. Rezultatele obișnuințelor învățate în cursul dezvoltării ar fi personalitatea individuală, a cărei dinamică ar fi asigurată de către pulsuni; acestea furnizează energia necesară activității și sunt terminate de un scop.

Orientarea către un scop anumit se datorează învățării, care fixează obiectele a căror obținere permite scăderea tensiunii pulsionale.

Dezvoltarea personalității este vizată, de aceste teorii, ca o modificare a reflexelor specifice prin învățare; elementele caracteristice ale învățării ar fi: pulsivitatea, semnul, reacțiunea și întărirea sau recompensa.

Dezvoltarea psihologică se supune, printre altele, legilor extincției (absența întăririi duce la dispariția obișnuinței) și generalizării (transferarea unor reacțiuni la semne asemănătoare cu semnul inițial).

Folosirea limbajului, ca vector al învățării, leagă personalitatea individuală de factorii sociali și culturali, al căror produs este.

Teoriile neobehavioriste accentuează rolul determinant al învățării precoci și al frustrărilor secundare, vizate ca obstacole în calea obținerii satisfacției și a noțiunii de conflict, vizate ca un obstacol activ, intern sau extern, într-o situație frustrantă secundară.

**Teorii psihodinamice** - *psihanalitice*, care analizează personalitatea ca o istorie a devenirii pulsuniilor primare, obținând o viziune longitudinală a individului, coerentă în dinamica ei.

În sistemul topic elaborat de **Freud** în 1920, personalitatea este împărțită în trei instanțe:

**Id-ul** - polul pulsional al personalității, rezervorul dispozițiilor ereditare și al energiei pulsionale.

**Ego-ul** - instanța centrală a personalității, domeniul percepțiilor și proceselor intelectuale, având rol de autoconservare; el funcționează după principiul realității și corespunde gândirii colective, raionale și socializante. Este o instanță mediatoare care armonizează influențele contradictorii ale Id-ului și Superego-ului și elimină dintre stimulii lumii exterioare pe cei care-i consideră periculoși pentru unitatea persoanei.

**Superego-ul** este constituit din tot ceea ce educația aduce individului: interdicții, ierarhii de valori, exigențe, care-l fac elementul centralizator al personalității. El își manifestă existența prin conștiința morală, autocritică, sisteme de valori, interdicții, rămânând totuși în parte inconștient.

Dinamica personalității este asigurată de modalitățile de distribuție a energiei între cele trei instanțe psihice enunțate, o distribuție corectă asigurând echilibrul personalității. Funcționarea corectă a Ego-ului, care-și utilizează energia pentru controlul Id-ului și Superego-ului, adică pentru îndeplinirea funcțiilor sale de stingere a conflictelor, este asigurată și de o serie de mecanisme de apărare care îl ajută să evite angoasa generată de diferitele conflicte cu care este confruntat. Aceste mecanisme ar fi: introiecția, proiecția, refularea, sublimarea, condensarea, fantezia. În această teorie, evoluția personalității este văzută ca stadială, într-o evoluție numită libidinală, conștând în următoarele etape: stadiul oral, stadiul sadic-anal, stadiul falic, perioada de latență, faza genitală. Fiecare etapă are o anumită dominantă (alecreele caracteristici se găsesc și în etapele ulterioare, dar cu o importanță diminuată) evoluția făcându-se progresiv printr-o diversificare a modalităților de funcționare.

**Teoriile sociale** - consideră că mediul social și cultural sunt factorii predominanți ai organizării personalității. Pornind de la datele aduse de observațiile comparative ale interacțiunii dintre om și societate (studii pe geemeni, studiile performanțelor de grup, studiul unor grupuri etnice, sociale), autorii acestor teorii încearcă să evednă și să cuantifice într-o oarecare măsură influențele socio-culturale din structura personalității.

Intervenția unor serii de factori sociali, economici, axiologici, etico-morali, microsociologici i-ar pune amprenta comună pe toți membrii unei culturi, sub forma unei personalități de bază (**Kardiner A**).

Acest fond psihologic comun ar cuprinde:



- tehnici de a gândi, explica și înțelege realitatea;
- sisteme de securitate (apărarea contra angoasei și scutirea din frustrare);
- un sistem comun de credințe, ritualuri, mituri.

Dinamica personalității ar fi creată de presiunea culturală și de dorința de securizare a individului în interiorul unei culturi anumite.

Dezvoltarea personalității către „personalitatea de bază” se face prin identificarea treptată cu modelele grupului.

Teoriile moderne asupra personalității prezintă, în primul rând, viziunea statică asupra personalității încercând să o explice prin structurile ei active. Ele abandonează determinismul rigid, biologizant sau socializant acordând personalității un caracter de sistem biopsihosocial.

Personalitatea umană nu se poate forma și dezvolta armonios fără ereditate naturală, fără influențe educaționale și culturale corespunzătoare.

În ceea ce privește primul factor - cel ereditar - nu se poate vorbi de o moștenire a unui conținut psihic (asemănările caracteriale dintre părinți și copii sunt rezultatul influenței durabile conținute sau inținute). Există însă și predispoziții native sau naturale, polivalente care se pot dezvolta în diferite direcții.

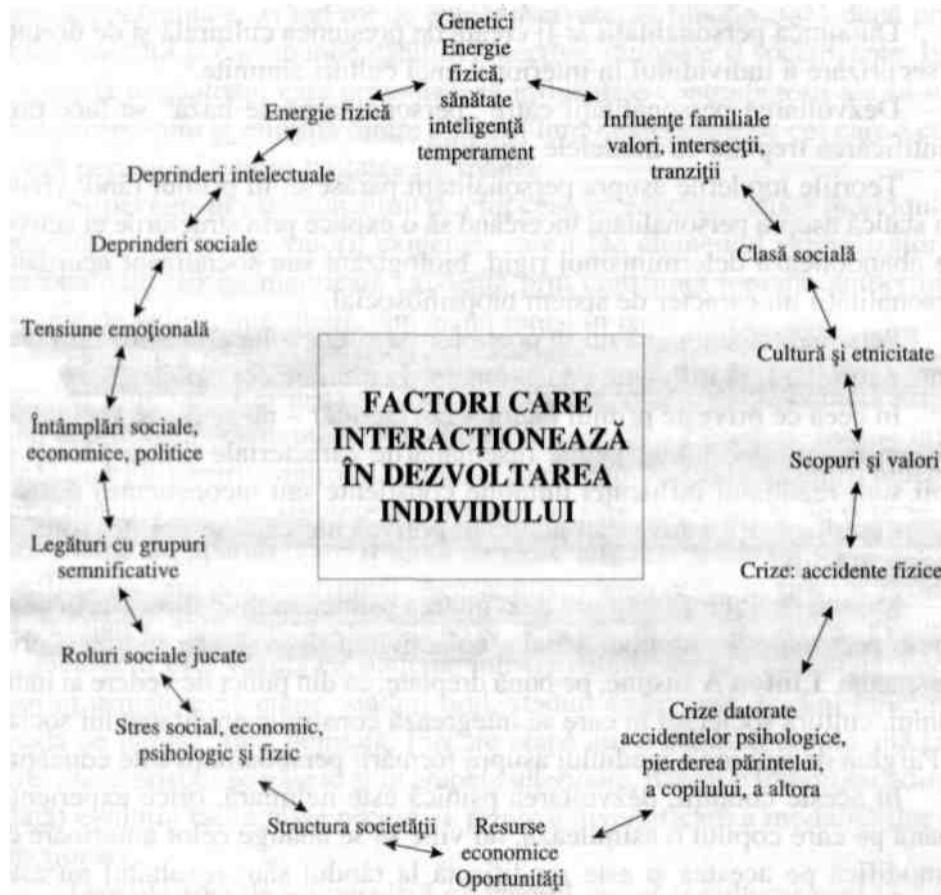
Mediul social influențează dezvoltarea psihică în mod direct, prin contactele personale: în familie, coală, colectivități diverse sau indirect; prin massmedia. **Linton A** susține, pe bună dreptate, că din punct de vedere al individului, cultura societății în care se integrează constituie ereditatea lui socială. Pârghia de acțiune a mediului asupra formării personalității este educația.

În aceste condiții, dezvoltarea psihică este neliniară, orice experiență umană pe care copilul o asimilează, nu vine să se adauge celor anterioare ci le modifică pe acestea și este modificat la rândul său; rezultatul nu este numai o acumulare, ci mai ales o reorganizare, o modificare a raporturilor și perspectivelor. Dezvoltarea psihică poate fi privită ca pe o alternanță temporară de faze de echilibru, de stabilitate, cu perioade de criză caracterizate de modificări profunde.

Ca nivel suprem de exprimare sintetică a existenței psihice, marcat de unicitatea ireductibilă și irepetabilă a ființei umane, personalitatea desemnează o „*organizare unitar-dinamică a celor mai reprezentative trăsături ale individului plinar dezvoltat și integrat*” (**Pamfil E, Ogorescu D**).

Diferențierea conținutului de potențialitate acestuia, a fundalului de imagine, **ni** se pare logic și întemeiat deoarece personalitatea este structurată

de rezistență longitudinală a vieții psihice, actualizată în secțiune transversală -  
 l de conținut .



Dup Compton BR, Galaway B (Social Work Processes)

FIGURA 6

L z rescu M consider persoana umană ca infinit și insondabil până la capăt, atât în esență cât și în concretele ei. Cu toate acestea, ea poate fi circumscrisă folosind diverse perspective în sesizarea unei structuri funcționale organizate. Din această perspectivă, psihologia și psihopatologia analizează și comentează arhitectura acestui sistem.

Școala românească de psihologie consideră personalitatea ca pe un macrosistem al invariantelor informaționale și operaționale, exprimat constant

prin conduită și caracteristicile subiectului (**Popescu-Neveanu P**). Noiunea de personalitate capătă referiri la organizarea interioară, unitară și individualizată a însușirilor psihologice, cognitive și atitudinale ale individului, reprezentând sinteza particularităților psiho-individuale în baza corelațiilor manifestate în mod specific, deosebindu-se unul de altul. **Tucicov-Bogdan A** descrie, sub aspect structural-dinamic și acțional, următoarele componente psihice interne ale personalității: latura intelectuală (sistem de informație și prelucrare cognitivă, structuri cognitive și operații intelectuale ale insului, etc.); latura dinamic-energetică (temperament, afectivitate, motivație); latura proiectivă (trebuințe, tendințe, dorințe, aspirații, scopuri, idealuri); latura efectorie sau instrumentală (deprinderi, priceperi, capacități, aptitudini); latura relațională (trăsături de caracter și interpersonale) și constituția fizică biotipologică a individului.

Cuprinzând cele trei însușiri ale oricărei structuri - de totalitate, de transformare și de reglaj (**Piaget J, 1973**), structura personalității și le definește specific în însuși determinarea individuală.

**Totalitatea** - nici un fapt psihic nu poate fi descris ca străin sau petrecându-se în afara personalității. Istoria și geneza personalității este însuși unica istorie a devenirii individului, sub toate aspectele sale -biosomatic, psihic, sociocultural.

Prin însușirea sa de totalitate, personalitatea este un holon (**Koestler A**), adică este mai mult decât suma părților sale și în raport cu fiecare parte care o constituie.

Transformarea - personalitatea este într-o continuă și necesară transformare, lucru pe care încă Jaspers l-a definit ca „*dezvoltare a personalității*”.

„*Formele progresive ale construcției persoanei nu pot fi concepute decât ca nivele dinamice de integrare, în care inferiorul nu este numai integrat, ci și fâcând întotdeauna parte integrantă din ansamblul noii structuri*” (Ey H).

Personalitatea își prestează în acest fel, în transformarea ei, caracteristicile fundamentale, iar istoria organismului psihic conține și „înțelesurile” istoriilor anterioare, desfășurându-se ea însuși ca o istorie continuă.

Reglajul - în dezvoltarea sa, personalitatea este supusă în permanență unei continue determinări exterioare. Ea nu se dezvoltă numai în virtutea „*entelechiei*” (**Aristotel**) ci și sub influența mediului cu care este în permanentă confruntare.

Personalitatea se autoconstruiește, se autoformează, dar are și capacitatea de a se autodelimita și autoperfecționa, atât în sensul autoindividualizării sale, cât și în cel al unei tot mai bune adaptări la lume, realizând o veritabilă unicitate în libertatea de ființare.

Dar personalitatea poate fi văzută și ca posedând o arhitectură mai complexă decât aceea a unui sistem. Personalitatea este și un *arhem* „adică o realitate cu o arhitectură mai completă decât aceea a unui sistem, prin funcționări fenomenologice” (Dr. g. nescu M, 1984). În acest sens, personalitatea individuală se va dimensiona din concepția despre om a vremii sale, raportându-se în sens valoric la ceilalți oameni și existența umană, copleșind conștiința morală.

Personalitatea nu poate fi reprezentată decât ca un sistem hipercomplex, subsumat sistemului socio-cultural cu care este în permanentă înțelegere și înțelegere.

Analiza personalității a întâmpinat dificultăți infinite, din cauza complexității pe care am enunțat-o anterior, ceea ce a dus în practică la utilizarea unor posibilități simplificatoare și reducționiste de descriere.

Este de notat că autori ca: **Eysenck, Cattell și Guilford**, au ajuns să diferențieze în structura personalității 300 de factori și peste 10 000 de variabile.

Se pune întrebarea care dintre acești factori sau care dintre aceste trăsături ar fi esențiale pentru o descriere a personalității.

Noțiunea de temperament va reuni particularitățile înnscute de reactivitate, la care se vor adăuga dispozițiile și variabilitatea acestora. Reactivitățile psihomotorii îi va imprima particularități de grad, ritm, rapiditate, amploare care în general sunt considerate a fi înnscute, apropiindu-se de componenta constitutiv-organică a personalității.

Toate acestea sunt considerate constitutive și, deci, în mare măsură, ereditare (**Allport G**). O serie de autori consideră temperamentul ca o latură dinamico-energetică a personalității care ar constitui baza psihofiziologică a caracterului (**Ananiev**) sau premiza morfofuncțională a aptitudinilor (**Tepov**).

Subliniem însă că oricum ar fi, ereditari sau dobândiți, factorii biologici (în care cei mai mulți autori includ și temperamentul) constituie numai un aspect al personalității și doar una dintre determinările sale (**Delay**).

## 5. PERSONALITATEA ȘI CICLURILE VIEII

O abordare a problemei personalității din perspectiva ciclurilor vieii și a influenței modelelor sociale asupra capacităților de maturizare ale persoanei credem că este utilă nu doar în alegerea modului în care personalitatea se dezvoltă ci și în alegerea patologiei și zonei de marginalitate psihopatologică, fie că este vorba de crize de dezvoltare, de tulburări de personalitate sau de psihoze reactive.

Printre factorii de vulnerabilitate se poate număra și tipul personalității; și ne vom referi aici la stadiile de dezvoltare ale personalității și îndeosebi la modalitățile inadecvate de trăire a unor experiențe de viață mai vechi sau mai noi, de adaptare la solicitările în permanentă schimbare din mediul social, cu raportare la modul în care personalitatea a reușit să-și rezolve crizele specifice fiecărei etape de dezvoltare, parcurse până la momentul analizei psihopatologiei reactive survenite.

Necesitatea studierii acestei probleme derivă din convingerea existenței unei corelații semnificative între psihopatologia reactivă survenită în condițiile transformărilor socio-economice majore în care trăim și etapele dezvoltării psihologice și psihosociale în raport cu ciclurile vieii, și anume în mod specific cu „crizele” din evoluția ciclului vieii din concepția epigenetică a lui **Erikson E**, ca și din alte teorii ale ciclului vieii.

Termenul de **ciclu al vieii**, „*life cycle*”, s-a născut din necesitatea cercetătorilor de a reflecta teoria dezvoltării. A vorbi de un ciclu general al vieii înseamnă a întreprinde o călătorie de la naștere până la moarte, esențial pentru înțelegerea complexității comportamentului uman; înființat din punct de vedere cultural și cu infinite variații individuale, ciclul vieii are întotdeauna aceleași secvențe, demonstrând că există o ordine în cursul vieii umane, în ciuda faptului că viața fiecărei persoane este unică. *Această secvență este o invariabilă care apare într-o ordine constantă în viața fiecăruia, chiar dacă nu toate etapele sunt complete și acesta este principiul fundamental al tuturor teoriilor privind ciclurile vieii.*

O a doua considerație generală este principiul *epigenetic*, descris pentru prima dată de **Erikson E**, care susține că fiecare etapă din ciclul vieii este caracterizată de evenimente și crize, care trebuie să fie rezolvate în mod satisfăcător, pentru ca dezvoltarea să se realizeze într-o manieră continuă și lină. În eventualitatea unei nerezolvări în rezolvarea crizei specifice unei peri-

oade de via , modelul epigenetic sus ine c toate etapele ulterioare de dezvoltare vor reflecta acest e ec sub forma dezadapt rii pe plan cognitiv, emo ional, social i chiar fizic, vulnerabilizând deci persoana.

Fiecare etap de dezvoltare dîn ciclul vie ii are o *caracteristic dominant* , un complex de tr s turi sau o criz specific , ce o distinge atât de etapele anterioare cât i de cele ce o vor urma.

Apari ia conceptului de *ciclu al vie ii* se situeaz la sfâr itul secolului trecut, concep ia actual fiind determinat i modulat de surse importante i diferite.

Variatele teorii ale ciclului vie ii folosesc o terminologie divers , neexis tând un vocabular standard, dar utilizând în general termeni congruen i: etap , stadiu, er , interval, epoc etc.

Diferen ele semnificative dintre teoriile clasice ale ciclului vie ii constau în aplicarea de criterii de dezvoltare specifice. în general, schemele individuale folosesc elemente ca: maturitate biologic , capacit i psihologice, tehnici adaptative, mecanisme de ap rare, complexe ca simptom, nevoile de rol, comportamentul social, stilul cognitiv.

**Freud S** r mâne unanim recunoscut pentru contribu ia sa în fundamentarea conceptului de ciclu al vie ii. începând cu studiile publicate în 1915, el a introdus o schem de dezvoltare, concentrat asupra perioadei copil riei i organizat în jurul teoriei sale despre libido. Conform teoriei lui **Freud S**, fazele de dezvoltare ale copil riei corespund schimb rilor succesive în investirea energiei sexuale în anumite regiuni ale corpului, asociate de obicei erotismului: gura, anusul i zona genital . în concordan cu acestea, el a deosebit urm toarele perioade de dezvoltare, pe care le -a clasificat astfel:

- faza oral (de la na tere pân la 1 an);
- faza anal (de la 1 an la 3 ani);
- faza falic (de la 3 ani la 5 ani).

Peste 5 ani, **Freud S** vorbe te despre faza latent , care se întinde pân la pubertate; ea este marcat de diminuarea interesului sexual care se va reactiva la pubertate.

Concep ia de baz exprimat de **Freud S** a fost aceea c evolu ia satisf c toare a dezvolt rii în aceste faze ale copil riei va fi esen ial pentru func ionarea normal a adultului. Comparativ, perioada adult cu evenimen te care au loc în această etap , ar avea o mai mic influen .

Reprezentanții colilor post-freudiene au modificat sau au construit noi teorii pe fundalul concepțiilor clasice, aderând la ideea lui **Freud S** de focalizare asupra energiei sexuale, ca fiind elementul esențial de distincție între stadiile de dezvoltare. Vom menționa în mod special aici pe **Abraham K și Klein M**, a căror premiză de bază a fost aceea că procesele interne sunt determinanții fundamentali ai dezvoltării personalității și reprezintă astfel forțele dinamice ale ciclului vieții.

**Jung CG**, pe de altă parte, a considerat că factorii externi joacă un rol important în procesul de dezvoltare a personalității și în adaptarea ei. El a susținut de asemenea, că dezvoltarea personalității se realizează de-a lungul întregii vieți și că ea nu este ferm determinată numai de experiențele din timpul copilăriei timpurii.

**Sullivan HS** avansează aceste idei, stabilind că dezvoltarea umană este în mare măsură modelată de evenimente externe și, în mod specific, de interacțiunile sociale. Modelul său privind ciclul vieții susține că fiecare fază de dezvoltare este marcată de o nevoie de interacțiune cu anumite persoane; calitatea acestei interacțiuni va influența dezvoltarea ulterioară a personalității persoanei.

**Mahler M** a adus și ea contribuții remarcabile la teoria dezvoltării personalității, studiind relațiile obiectuale din copilăria precoce. Ea a descris procesul de separare-individuare care rezultă din sentimentul subiectiv al persoanei de separare de lumea din jur. Faza de dezvoltare separare-individuare începe din a 4-a sau a 5-a lună de viață și se încheie la vârsta de 3 ani. Mahler M a delimitat patru subfaze ale procesului de separare-individuare:

- **Diferențierea.** Copilul este capabil să facă distincție între el și alte obiecte.

- **Perioada practică.** La începutul acestei faze, copilul își descoperă capacitatea de separare fizică de mama sa, înându-se și căzându-se, dar are încă nevoie de prezența ei pentru a-i asigura securitatea (care-i dă siguranță). Sfârșitul fazei este marcat de mișcarea liberă, pe verticală (de la 7-10 luni până la 15-16 luni).

- **Apropierea.** Nevoia crescândă de dorința ca mama să împărtășească cu el noile experiențe și deprinderi; de asemenea, o mare nevoie de dragoste maternă (de la 16 luni la 25 de luni).

- **Consolidarea.** Dobândirea unei individualități definite și atingerea unui anumit grad de constanță obiectuală (de la 26 de luni la 36 de luni).

Alte abordări care nu au evidențiat nici aspecte psihodinamice, nici legate de mediu, au influențat de asemenea studiul ciclului vieții.

Astfel, **Piaget J** a elaborat formularea diferențelor calitative în procesul dezvoltării cognitive. Studiile lui au avut un caracter instrumental în elucidarea dezvoltării proceselor gândirii.

El a distins patru perioade majore în dezvoltarea intelectuală :

- senzorio-motorie, de la naștere până la 2 ani;
- preoperatională, de la 2 ani la 7 ani;
- perioada operațiilor concrete, între 7 și 11 ani;
- perioada operațiilor formale, de la 11 ani până la vârsta adultă, inclusiv.

Un studiu interesant a fost făcut de **Levinson D și colab.** (Univ. Yale). Acest studiu a încercat să clarifice caracteristicile dezvoltării personalității masculine în perioada vârstei adulte. Observațiile făcute l-au determinat pe **Levinson D** să postuleze o nouă schemă a fazelor de dezvoltare în perioada adultă. El a sugerat că ciclul vieții este compus din patru mari epoci, fiecare având o durată de aproximativ 25 de ani, după cum urmează :

- copilaria și adolescența, de la naștere până la 22 de ani;
- perioada timpurie a etapei de adult, de la 17 la 45 de ani;
- perioada medie a etapei de adult, de la 40 la 65 de ani;
- perioada adultă târzie, după 60 de ani.

**Levinson D** identifică, de asemenea, perioade de 4-5 ani de tranziție între epoci, care funcționează ca zone de graniță, în timpul cărora o persoană încheie o etapă în desfășurare sau începe o nouă epocă.

Un al doilea studiu de referință asupra vârstei adulte a fost realizat de Vaillant G, care a examinat un grup de 95 de bărbați pentru o perioadă de peste 35 de ani. Dintre concluziile sale menționăm următoarele:

- o copilărie fericită a fost corelată semnificativ cu trăsături pozitive în perioada adultă, aceasta manifestându-se prin slabe trăsături oral-dependente, psihopatologie redusă, capacitatea de a se bucura de bune relații obiectuale;
- pe măsură ce bărbații înaintază în vârstă, se stabilește o ierarhie a mecanismelor ego-ului;
- apărările au fost organizate de-a lungul unui continuum, ceea ce reflectă două aspecte ale personalității: imaturitate/maturitate și psihopatologie/sănătate mintală.



S-a stabilit că maturitatea apărurilor este legată atât de psihopatologie, cât și de adaptarea obiectivă la mediul extern. Mai mult, s-au înregistrat schimbări ale stilului de apărare pe măsură ce o persoană se maturizează.

**Vaillant G** a concluzionat că stilurile de adaptare se maturizează în decursul anilor și acest proces de maturizare depinde mai mult de dezvoltarea interioară a personalității decât de schimbările din mediul interpersonal. De asemenea, el a tras concluzia că modelul propus de **Erikson E** pentru ciclul vieții este valid.

Conceptia lui **Erikson E** reprezintă o punte care leagă stadiile de dezvoltare de procesele sociale. Sistem de referință în teoriile de dezvoltare a personalității, modelul oferit de **Erikson E** permite corespondența cu teoria sexualității infantile a lui **Freud S**, dar adaugă în plus potențialele și nevoile de dezvoltare din cadrul tuturor etapelor de viață. El a elaborat un model al ciclului vieții constând din 8 etape, care se întind până în viața adultă și până la bătrânețe.

## 6. ETAPELE CICLULUI VIEȚII

Sucesiunea etapelor este expusă pe scurt, după cum urmează, menționându-se caracterul dominant sau criza specifică de maturitate, care apare specific în timpul fiecărei etape:

1. etapa oral-senzorială : încredere/neîncredere;
2. etapa muscular-anal : autonomie/rușine și nesiguranță ;
3. etapa locomotor-genitală : inițiativă / vinovăție;
4. stadiul de latență : hărnicie, perseverență /inferioritate;
5. etapa pubertății și adolescenței: identitatea ego-ului/confuzie de rol;
6. etapa tinereții timpurii: intimitate/izolare;
7. etapa adultă propriu-zisă : (pro)creație/stagnare;
8. etapa maturității: integritatea ego-ului/disperare.

Pentru **Erikson E**, dezvoltarea umană poate fi în eleas numai dacă se iau în considerare forțele sociale care interacționează cu persoana în creștere. Cele 5 stadii psihosociale ale copilăriei: intimitate, creație și integritate, care se extind dincolo de perioada adultului tânăr până la bătrânețe.

Cele opt etape au atât aspecte pozitive, cât și negative, au crize emoționale specifice și sunt influențate de interacțiunea dintre factorii biologici și factorii culturali și sociali caracteristici mediului în care trăiește persoana. Fiecare etapă are două rezultate posibile, unul pozitiv sau sântos și unul

negativ sau nesătos. În împrejurări ideale, criza este rezolvată atunci când persoana dobândește un nou nivel, superior, de funcționare în finalul reușit al unei etape particulare de dezvoltare. În concepția epigenetică, fiecare etapă are propriile caracteristici și trebuie trecut cu succes înainte ca să fie posibil trecerea la următorul nivel.

Sucesiunea etapelor nu se face automat și, mai degrabă, depinde atât de dezvoltarea sistemului nervos central, cât și de experiența de viață. Există suficiente dovezi că un mediu nefavorabil poate întârzia unele dintre etapele de dezvoltare; în orice caz, un mediu nefavorabil, stimulator, accelerează în mod particular progresul de-a lungul etapelor de dezvoltare.

Conceptul său despre nevoile de adaptare la etape specifice de vârstă oferă astfel posibilitatea unei analize a comportamentului normal sau anormal, precum și analiza transversală a comportamentului de-a lungul vieții. Astfel devine posibil să se stabilească moduri specifice de adaptare.

În ordine cronologică, sunt descrise următoarele etape:

- perioada de nou-născut
- perioada miciei copilăriei, când copilul începe să meargă
- perioada preșcolară
- perioada școlară sau anii de mijloc
- adolescența timpurie, medie și tardivă (bătănie)

### ***Perioada copilăriei***

#### **ETAPA I: încredere bazală /Neîncredere bazală (de la naștere la un an)**

*„Prima componentă a unei personalități sănătoase o consider, spune Erikson E, dobândirea unui sentiment de încredere fundamentală, care cred că este o atitudine pozitivă față de sine și față de lume, și care derivă din experiența primului an de viață. Încrederea este speranța că propriile nevoi vor fi satisfăcute și că poți avea încredere în cei din jur.”*

Această perioadă se suprapune, mai mult sau mai puțin, etapei orale din teoria freudiană, deoarece gura este cea mai sensibilă zonă a corpului. Gâștirea sânelui, suptul și hrănirea, reprezintă nevoile primare ale nou-născutului. Mama, care este inductoarea încrederii, participă intens la asigurarea acestor nevoi, creând astfel baza viitoareii expectanțe pozitive a copilului față de lume. Prințetele iubitor participă de asemenea la dezvoltarea altor simțuri ale copilului - vizual, pipăit, auz.

Prin această interacțiune, copilul fie că dezvolt sentimentul de încredere că dorințele lui vor fi îndeplinite fie, dacă mama nu este atentă, va dobândi sentimentul de neîncredere.

Comportamentul copilului servește pentru a controla comportamentul mamei, exact așa cum comportamentul mamei îl modelează pe acela al copilului.

Copilul bun, calm, zămbitor, previzibil reprezintă o mare răsplătire pentru îngrijirea maternă tandră.

Copilul iritat, instabil, inconstant pune la încercare răbdarea mamei. În situația în care capacitatea de răbdare a mamei este mică, asemenea trăsături pot determina îndepărtarea ei de propriul copil, complicând tendințele de dezvoltare, deja inadecvate ale acestuia.

**Chess S și Thomas A** au demonstrat faptul că există o mare variabilitate între nou-născuții în ceea ce privește reactivitatea autonomă și temperamentul. Ei au descris nouă dimensiuni comportamentale semnificative ale nou-născutului: nivelul de activitate, ritmicitatea, apropierea sau îndepărtarea, adaptabilitatea, intensitatea reacției, pragul responsivității, calitatea dispoziției, distractibilitatea, spectrul atenției și persistența ei.

Evaluările efectuate individual pe copii au arătat o stabilitate considerabilă după o perioadă de supraveghere de 25 de ani. Cercetătorii au desprins o relație între caracteristicile inițiale ale copilului mic, modelul de educație parentală și apariția ulterioară a simptomelor. De aici, conceptul de „*potrivire parentală*”, care se referă la „*cât de bine se potrivește*” un părinte cu nou-născutul, luând în considerare caracteristicile temperamentale atât ale ambilor părinți, cât și ale copilului. **Chess S și Thomas A** au folosit termenul de „*bine-cuvântat potrivire*”, pentru a caracteriza interacțiunea armonioasă și compatibilă dintre mamă și copil, în ceea ce privește motivațiile, capacitățile și stilurile comportamentale.

„*Slabă potrivire*” se caracterizează prin incompatibilitate între părinte și copil, ceea ce, probabil, conduce la tulburări în dezvoltare. Copilul dificil trebuie depistat, deoarece părinții unui asemenea copil capătă convingerea că sunt incapabili, că ceva din ceea ce fac este incorect, simindu-se responsabili pentru tulburările de somn, pentru modelul deficitar de alimentație și, în general, pentru disconfortul manifestat de copil. În plus, majoritatea acestor copii manifestă tulburări emoționale mai târziu în viață, iar educația lor trebuie să fie permanent adaptată acestor nevoi specifice.

### ETAPA a II-a: Autonomie/Ruine și îndoielă (1-3 ani)

Copilul, aflat în al doilea și în al treilea an de viață, învață să meargă singur, să se hrănească singur, să-și controleze sfincterul anal și să vorbească. Maturitatea musculară este cea care dă tonul pentru această fază de dezvoltare. Autonomia se referă la sentimentul copilului de a fi stăpân pe el însuși și asupra tendințelor și impulsurilor lui. Copilul mic care începe să știe că țigărele și alcoolul sunt separate de el și de ceilalți. „Eu”, „tu”, „al meu”, „a mea” sunt cuvinte obișnuite, folosite de copil pe parcursul acestei etape.

Copilul poate alege între *apă rece* și *alături de drumul*, între a fi cooperant sau a fi încăpățânat.

Această perioadă, când părinții își focalizează atenția spre încurajarea copilului de a-și exercita controlul asupra excreției, coincide cu etapa anal descrisă de **Freud S.** Învățarea meninerii igienei servește ca paradigmă a practicilor generale de învățare în familie și, de aceea, o mamă excesiv de severă în această direcție va pedepsi și va fi restrictivă în celelalte direcții.

În paralel cu schimbarea sarcinilor copilului se schimbă și sarcinile părinților. În prima fază, responsabilitatea majoră a părinților era să vină în întâmpinarea nevoilor copilului într-un mod sensibil și constant, fără să-și anticipateze și să-și îndeplinească toate cerințele, astfel încât copilul să nu treacă vreodată prin stări de încordare. În această etapă, sarcina părinților presupune fermitate, în ceea ce privește limitele comportamentului acceptat și încurajarea emancipării progresive a copilului. Părinții trebuie să fie atenți și să nu fie prea autoritari; copiilor trebuie să li se permit să reacționeze ei înșiși și să fie în stare să învețe din greșeli. Trebuie de asemenea să fie protejați și asistați atunci când încercările sunt peste posibilitățile lor. Pentru **Erikson E.**, aceasta este etapa în care copilul își reține excrementele, fie le elimină, ambele comportamente vizând comportamentul de răspuns al mamei. O instruire prea riguroasă în ceea ce privește menținerea reazemei toaletei, fapt comun în societatea noastră, poate crea o personalitate meticuloasă, zgârcită, punctuală, perfecționistă, cunoscută sub termenul de personalitate anală.

Dacă părinții permit copilului să funcționeze cu oarecare autonomie și îl pot susține fără a fi hiperprotectori, copilul câștigă încredere în sine, simte că se poate controla pe el și lumea din jur. Dacă părinții îl aprobă atunci când el dovedește că se poate controla, încrederea în sine se dezvoltă și apare un sentiment de mândrie. Invers, supracontrolul sau lipsa de control de sine a copilului prea adesea pedepsit, conduce la așa-zimutul impotență musculară.

sau anal (**Erikson E**), care declanșează o trînire de neîncredere în ruine. Ruinea poate da naștere unei îndoieli de sine care erodează și poate submina posibilitatea de acțiune, iar la adult conduce la sentimente de persecuție.

Curiozitatea privind sexul anatomic poate fi considerată sănătoasă, firească și este întâmpinată cu răspunsuri sincere, firești și cu replici adecvate vârstei; în acest caz copilul capătă un sentiment de mirare în fața vieții și se simte bine cu propriul rol în această viață.

Dacă subiectul este considerat tabu și întrebările copilului sunt categoric respinse, apare o stare de disconfort în ruine. Conform teoriei lui **Piaget J**, această etapă corespunde perioadei senzorio-motorii și stadiului preoperațional.

### ETAPA a III-a: Inițiativ /Vinovăție (3 la 5 ani)

Pe măsură ce copiii se apropie de sfârșitul celui de al treilea an, ei sunt capabili să inițieze atât o activitate intelectuală cât și una motorie învățându-se bazele pe acțiunile lor. Consolidarea acestor inițiative depinde de cât de mult libertate fizică îi este acordat copilului și de cât de mult este satisfăcută curiozitatea lor intelectuală. Dacă, copiii mici care au învățat să meargă, au fost puși în situația să nu se simtă bine în legătură cu comportamentul și interesele lor, ei pot ieși din această perioadă cu un sentiment de vinovăție asupra activităților pe care le inițiază. Conflictele legate de inițiativă îi pot împiedica pe copiii în creștere să încerce întregul potențial și se pot interfera cu trîmirile de ambianță care se dezvoltă în această perioadă. În acest interval, creșterea curiozității sexuale se manifestă prin antrenarea în jocuri de grup legate de sex sau atingerea propriei zone genitale sau a altui copil. Dacă părinții nu fac caz de aceste incidente, asemenea impulsii din copilărie sunt în cele din urmă reprimăte și reapar în timpul adolescenței, ca parte a pubertății. Dacă părinții atrag atenția prea mult asupra acestor impulsii, copilul poate deveni inhibat sexual.

La sfârșitul acestei etape, copilul este capabil să se miște independent și sigur pe el. Jucându-se cu cei de o seamă cu el, copilul învață cum să relaționeze cu ceilalți. Dacă fanteziile agresive au fost rezolvate corect (nici pedepsite, nici încurajate), copilul dezvoltă un spirit al inițiativei și al ambiției.

La sfârșitul acestei etape de criză inițiativ /vinovăție, conștiința copilului - numită super-ego de către **Freud S**, este stabilită.

Copilul învață nu numai că există limite în repertoriul său comportamental, dar și că impulsunile agresive pot fi exprimate și în moduri constructive, cum ar fi adevăratele competiții sau jocuri. Dezvoltarea conștiinței dă tonul pentru dezvoltarea simțului moral al binelui și al răului. Pedepsa excesivă, totuși, poate limita imaginația copilului și, de asemenea, îi poate limita inițiativa. Copilul care dezvoltă un super-ego prea puternic, cu aprecieri calitative de genul totul sau nimic, s-ar putea ca adult să ajungă să insiste ca ceilalți să adere la codul său moral și astfel să devină un „*pericol potențial mare pentru el și pentru semenii săi*”. Dacă această criză a inițiativei este rezolvată cu succes, personalitatea își dezvoltă un spirit de responsabilitate, încredere și autodisciplină. **Freud S** și-a descris pe copiii aflați în această perioadă ca fiind în etapa falică de dezvoltare; în cursul acestei faze plămânul este legat de zona genitală. Este momentul complexului lui Oedip, respectiv al complexului Electra la fete, ambele rezolvându-se prin identificarea cu printr-unul din sexele de același sex.

Evenimente semnificative în această perioadă de dezvoltare, cu posibile repercursiuni asupra vulnerabilizării persoanei: nașterea unui alt copil în familie, întâmplare relativ obișnuită în acest interval de timp, testează capacitatea copilului preșcolar de a coopera în viitor și de a comunica cu ceilalți.

Rivalitatea care apare frecvent între frați este dependentă de obiceiurile din educația aplicată copilului. Copilul supus unui regim preferențial din orice motiv, fie că este supradotat, fie deficient, fie că este pur și simplu preferat, devine obiect al geloziei fraților. Experiența pe care o are cu frații poate influența relațiile pe care copilul le are de-a lungul procesului creșterii, cu colegii de aceeași vârstă și cu autoritățile. Dacă sistemul educațional nu este corectat în timp, această situație va deveni un eveniment traumatizant.

În anii preșcolari, copilul începe să distingă realitatea de fantezie, iar joaca începe să reflecte această creștere a procesului de conștientizare.

Educația preșcolară poate fi foarte valoroasă; cu toate acestea, a pune un accent prea mare pe avansul școlar, peste capacitățile reale ale copilului, poate avea efectul invers, deci negativ.

Pentru **Piaget J** aceasta este faza preoperatională (mai precis de la 2 la 7 ani), timp în care copiii încep să folosească simbolurile în gândire. Între 3 și 6 ani, procesul creșterii poate fi urmărit prin intermediul desenelor. În general, totuși, gândirea lor este egocentrică, precum în perioada senzorio-motorie; ei nu se pot pune în situația altui copil și sunt incapabili de empatie.

Gândirea preoperatională este de asemenea intuitiv și prelogic, copiii află în această etapă nu în eleg relațiile cauz-efect.

Conștiința lor privind propriile lor corpuri se extinde dincolo de organele genitale. Există o preocupare privind îmbolnăvirea și rănirea, atât de accentuat încât această perioadă a fost denumită „*Band-Aid*”, fiecare mic escoriație trebuind să fie examinată cu mare atenție de părinți.

#### ETAPA a-IV-a: **Inițiere, perseverență /Inferioritate (6 la 11 ani)**

Cea de-a 4-a etapă de dezvoltare a lui **Erikson E** este perioada vârstei școlare, când copilul începe să participe la un program organizat de educație. Activitatea, capacitatea de a munci și de a dobândi aptitudinile adultului, sunt elementele cheie ale etapei. Copilul învață că el este capabil să realizeze diverse lucruri, ceea ce este mai important, că el este capabil să stăpânească și să completeze o anumită acțiune.

Dacă se pune prea mult accentul pe reguli, pe „trebuie”, copilul va dezvolta simțul datoriei în detrimentul plăcerii naturale de a munci. Copilul creativ va învăța plăcerea continuării muncii și atingerea satisfacției de a face bine un lucru.

Sentimentul de inadecvare și inferioritate, rezultatele potențial negative ale acestei faze pot rezulta din mai multe surse:

- copilul poate fi discriminat fiind încurajat să nu meargă la școală;
- să se spună că el este inferior celorlalți;
- să fie hiperprotejat de mediul familiar sau să fie excesiv dependent de suportul emoțional al familiei;
- biatul poate face comparații între el și tatăl său, nefavorabile lui.

Profesorii și părinții care încurajează copiii în activități, creativitatea și perseverența în a învinge atunci când întâmpină dificultăți, sunt un puternic sprijin în lupta împotriva sentimentului de inferioritate.

Pentru Erikson E, acest stadiu joacă un rol decisiv din punct de vedere social, pentru că acum copiii învață cum să lucreze cu ceilalți, să-și dezvolte un simț de diviziune a muncii și egalității anșelor. Este o perioadă echivalentă fazei de latență a lui **Freud S**, deoarece tendințele biologice sunt inactive și domină relațiile cu cei de aceeași vârstă.

Complexul lui Oedip ar trebui să fie rezolvat, copilul având un control relativ bun asupra pornirilor instinctuale. De bună dezvoltare a complexului lui Oedip depinde dezvoltarea armonioasă a super-ego-ului. Când super-ego-ul este format, copilul este capabil să facă judecăți morale și să înțeleagă așteptările

rile celorlalți de la el. Mai mult, devine capabil să fac față solicitărilor emoționale și intelectuale din mediu, în special în școală.

La unii copii poate apărea în acest interval refuzul de a merge la școală; o mamă temătoare poate transmite propria teamă copilului. De asemenea, un copil care nu și-a rezolvat nevoile sale de dependență într-un panică la ideea separării de mamă. Refuzul școlar nu este de obicei o problemă izolată; astfel, în mod tipic, copiii evită multe alte situații sociale.

Divorțul părinților reprezintă un fenomen care determină tulburări semnificative de tip emoțional și comportamental la toate grupele de vârstă. Recuperarea și adaptarea la noua situație, după producerea divorțului părinților, durează de obicei 3 până la 5 ani, dar aproximativ 1/3 din copii vor prezenta traume psihice de durată. La băieți, agresivitatea fizică este un semn obișnuit de suferință. După divorțul părinților, adolescenții tind să petreacă cât mai mult timp departe de casa părintească. Tentativele de suicid pot apărea ca rezultat direct al acestei psihotraume, unul dintre factorii predictivi ai sinuciderii adolescentului fiind divorțul recent sau separarea părinților. Copiii care se adaptează bine la divorțul părinților reușesc acest lucru atunci când fiecare dintre părinți face efortul de a continua relația cu copilul, deși unul dintre ei va trăi separat de el. Pentru a facilita recuperarea copilului, cuplul divorțat trebuie, de asemenea, să evite continuarea conflictelor și să demonstreze un comportament consecvent față de copil.

Părinții vitregi: când survine recăsătoria, copilul trebuie să se adapteze părintelui vitreg și, de obicei, această adaptare este dificilă.

Adopțiunea ridică, de asemenea, serioase probleme în dezvoltarea personalității copilului. Tulburările emoționale și comportamentale au fost raportate ca fiind mai frecvente printre copiii adoptați decât printre cei neadopți; comportamentul agresiv, furtul și dificultățile școlare sunt mai frecvente la copiii adoptați. Cu cât vârsta de adopțiune este mai mare, cu atât este mai mare incidența și gradul de severitate al problemelor de comportament.

#### ETAPA a-V-a: **Identitate/Confuzie de rol** (de la 11 la 20 de ani)

Perioada ce corespunde pubertății și adolescenței, care din punct de vedere al procesului psiho-social este adesea conceptualizată în termenii nevoii de a răspunde la două sarcini majore:

- 1) transformarea dintr-o persoană dependentă într-una independentă;
- 2) stabilirea unei identități

Deși ambele situații apar din adolescență, ele se extind la perioada adultă și trebuie să fie reconsiderate de-a lungul întregului ciclu al vieții.



Dezvoltarea sentimentului de identitate este problema primordială a acestei perioade; identitatea este definită drept capacitatea persoanei de a da răspunsurile adecvate la întrebările - „cine sunt?” și - „încotro mă îndrept?”.

Identitatea se poate construi prin succesul individual în parcurgerea primelor trei etape psiho-sociale, și, identificarea, fie cu părinții naturali, fie cu cei adoptivi. Identitatea implică apariția unui sentiment de solidaritate internă cu ideile și valorile unui grup social.

Adolescentul se află într-un moratoriu psiho-social între copilărie și perioada de adult, în timpul căreia sunt testate diferitele roluri. Un individ poate străbate mai multe căi nepotrivite până la a lua decizia finală pentru alegerea profesiei (de exemplu: valorile morale pot fluctua, dar un sistem etic este posibil să se consolideze acum într-un cadru coerent organizat).

O criză de identitate apare la sfârșitul adolescenței. **Erikson E** a denumit-o *criza normativă*, pentru că este un eveniment normal. Dar nelămurirea acestei probleme este anormală și îl lasă pe adolescent fără o identitate solidă.

Persoana suferă de difuziunea identității sau confuzie de rol, caracterizată prin faptul că adolescentul nu are un sentiment de sine și este confuz în ceea ce privește locul său în lume. Confuzia de rol se poate manifesta prin tulburări de comportament ca fugă, criminalitate sau psihoze manifeste. Adolescentul se poate apăra împotriva difuziunii de rol, prin alăturarea la „gânduri”, culte sau prin identificarea cu personaje foarte populare.

Din punct de vedere social este o perioadă de pregătire intensă pentru viitorul rol de adult. Într-adevăr, sfârșitul acestei perioade survine atunci când adolescentului i se acordă depline prerogative de adult, într-un moment și într-o proporție care variază de la o societate la alta.

Pentru cei mai mulți oameni, a-și dezvolta un sentiment bine definit al moralității, reprezintă o realizare majoră a adolescenței târzii și a perioadei adulte. Moralitatea este definită drept capacitatea de a te conforma standardelor, regulilor, drepturilor și responsabilităților. Există, în orice caz, posibilitatea **conflictului** între două standarde social acceptate, iar persoanele învață să facă judecăți bazate pe un simț individualizat al conștiinței.

Compatibilitatea și flexibilitatea acestui nou super-ego întărește capacitatea persoanei de a-și păstra și exprima sentimentele și emoțiile în relațiile sociale. De-a lungul întregii vieți, super-ego-ul unei persoane trebuie să fie capabil să se schimbe și să se dezvolte în sensul adaptării la noi situații de viață.

Această etapă de dezvoltare internalizează principiile etice și controlul comportamentului.

### **Perioada adult**

Perioada adultă poate fi împărțită în trei perioade majore:

- perioada precoce
- perioada medie
- perioada tardivă - bătăniea

O mare parte din problematica psihiatriei se ocupă de fenomenele care au loc în această etapă :

- căsătoria
- creșterea copiilor/calitatea de părinte
- angajarea/profesia/probleme legate de muncă, omaj
- evenimente psihotraumatizante: divorț, îmbolnăviri, alte evenimente stresante.

Etapa vieții adulte este o perioadă de mari schimbări, unele dramatice, altele mai subtile, dar continue. Individul trebuie să fie capabil să se adapteze la toate schimbările ce pot să apară; aceasta este cea mai lungă perioadă a ciclului vieții.

**Jung CG** se referea la vârsta de 40 de ani ca „amiază a vieții” și considera că perioada adultă trebuie luată în considerare cu aceeași atenție ca perioadele timpurii din viață.

**Erikson E** a descris trei calități ce trebuie dobândite în perioada adultă: intimitatea, procreația și integritatea.

### **ETAPA a-VI-a: Intimitate/Izolare (20 - 40 de ani)**

Maturitatea se manifestă la începutul vieții adulte, în primul rând prin rezolvarea crizelor anterioare ale copilăriei și adolescenței, în al doilea rând - prin a deveni capabil și interesat în același timp în stabilirea unei relații apropiate cu altă persoană, iar în al treilea rând prin capacitatea și dorința de a produce ceva.

Intimitatea se referă în special la obținerea intimității în relațiile sexuale, în stabilirea unor bune relații de prietenie și a unor autentice relații de grup.

Toate acestea nu îl sperie pe individul cu criză de identitate rezolvată în etapa anterioară de dezvoltare. Din contră, persoana care ajunge la tinerețe într-o stare de confuzie de rol este incapabil să se implice într-o relație autentică, stabilă, pe termen lung. Cu un prieten sau cu un partener în cadrul

cu s toriei, această persoană poate deveni absorbit de sine și indulgent cu sine; în această situație se dezvoltă un sentiment de izolare care poate evolua până la intensități periculoase.

#### ETAPA a-VII-a: (Pro) Creație/Stagnare (40 - 65 de ani)

În timpul deceniilor care traversează perioada medie a vieții, adultul alege între (pro) creație sau stagnare.

Creația nu se referă numai la situația în care persoana are sau crește copii, ci și un interes vital, independent, mult mai larg, în orientarea și sprijinirea noilor generații/sau de îmbunătățirea societății.

Cei fără copii pot fi procreatori prin dezvoltarea unui sentiment de altruism și creativitate. Dar cei mai mulți, dacă sunt apăși, vor dori să își perpetueze personalitățile și energiile, „*prin producerea și îngrijirea urmașilor*”. A dori sau a avea copii totuși nu garantează creația. Părinții au nevoie mai întâi să își fi realizat propriile identități, pentru a fi cu adevărat creatori.

Adultul care nu are preocupări privind orientarea și sprijinirea tinerelor generații, se va orienta obsesiv spre intimitate; asemenea persoane se pot cu s torii și chiar pot avea copii, dar totul va fi realizat prin izolarea și protecția de sine.

Fără a putea fixa o vârstă precisă, se pare că există o perioadă situată între 45 și 60 de ani, când mulți indivizi se simt dezorientați și nefericiți, care ar putea contura „*criza perioadei medii de viață*”.

70-80% din bărbați au o criză de la moderat la sever în această perioadă, determinată de schimbări bruște în neașteptate la locul de muncă sau în relația maritală și care se manifestă prin depresie severă, creșterea consumului de alcool sau de droguri, schimbarea cu un stil alternativ de viață. Persoanele aflate în această situație simt că nu mai au resurse și că cele restante sunt inadecvate pentru stăpânirea stresurilor survenite în viața lor. Resimt acut senzația îmbătrânirii și sentimentul implacabil al înfruntării morții. Asocierea dintre aceste conștientizări cu stările de panică sau de depresie constituie sindromul de criză al perioadei medii de viață.

Există numeroase evenimente care modifică stilul de viață al persoanei în timpul perioadei medii de viață, dar ele sunt stăpânite fără suferință. Numai atunci când evenimentele de viață sunt prea severe și surprinzătoare, ca moartea soției, pierderea slujbei, o suferință somatică gravă, persoana trăiește o tulburare emoțională de asemenea proporții încât determină denușmirea drept criză a perioadei medii de viață. Bărbații și femeile predispuși la

aceast criz par s provin din familii caracterizate printr-unul sau mai multe din elementele urm toare survenite în timpul adolescen ei: neîn elegeri parentale, îndeprtarea de p rintele de acela i sex, p rin i anxio i, p rin i impulsivi, cu un nivel sc zut al responsabilit ii.

Problematica complex legat de profesie este generat de satisfac ia sau insatisfac ia dat de munc , adaptarea la locul de munc , omajul. Efectele omajului îi afecteaz pe cei cu venituri mici. Efectele psihologice i fizice pot fi enorme. Nucleul identit ii persoanei, care este atât de adesea legat de profesie i de procesul propriu-zis al muncii, este serios afectat atunci când este pierdut locul de munc . Este important s men ion m aici inciden a crescut a alcoolismului, a tentativelor de suicid i a actelor de violen sau debutul tulbur rilor psihice.

### ***Perioada b trâne ii***

#### **Etapa a-VIII-a: Integritate/ Disperare i izolare (peste 65 de ani)**

în etapa a opta a ciclului de via , dup **Erikson E**, exist conflictul între integritate - sentimentul de satisfac ie pe care îl simte cineva, reflectat asupra unei vie i tr ite productiv i disperare - sentimentul c via a nu a avut nici o utilitate.

Maturitatea târzie poate fi o perioad a mul umirii, un timp în care s te bucuri de nepo i, s - i contempli rezultatele marilor eforturi f cute i, poate, s vezi roadele propriei munci puse în valoare de genera iile mai tinere. Integritatea permite acceptarea propriului loc în ciclul vie ii i recunoa terea faptului c via a ta este propria ta responsabilitate. In ceea ce îi prive te pe propri p rin i, exist o acceptare a ceea ce sunt sau au fost i o în elegere a felului în care i-au tr it propriile vie i.

în orice caz, nu exist lini te sau mul umire la b trâne e decât dac persoana a dobândit intimitate i i-a îndeplinit menirea de procreator. F r procreere nu exist convingerea c propria via a avut vreun rost. F r această convingere, apare teama de moarte i un sentiment de disperare sau nemul umire.

Conceptul ciclului vie ii a constituit cadrul pe care s-au dezvoltat teoriile psihopatologice, mai ales cele legate de stres, „*coping*” i rela ia cu tulbur rile psihiatrice, teoria eriksonian împlinindu- i cu succes rolul de plac turnant în continuumul reprezentat de cele dou condi ii: s n tate i boal mintal . Perspectiva oferit de o astfel de tem a fost exploatat gene ros de studiile care, în viziunile moderne psihiatricii, iau în calcul rolul pe

care îl joacă atât experimentele de via îndepărtate cât și cele recente, în constituirea acelor seturi de resurse interne și externe de care individul dispune pentru a se adapta.

Teoriile contemporane completează teoria ciclului vieții, ajungând la o configurație mai complexă decât cea a cercului inițial descris, și anume la cicluri suprapersonale articulate între ele, fiecare reprezentând de fapt un ciclu al vieții, cu direcții de dezvoltare specifice, suprapunându-se, intersectându-se, ciocnindu-se și uneori întindu-se reciproc: ciclul biologic-reproductiv, ciclul familial-marital, ciclul educațional-vocațional. Se mai descriu în literatură: ciclul familial, ciclul profesional, ciclul locativ, ciclul relațiilor sociale etc.

Un astfel de model s-ar putea dezvolta pornind de la teoria ciclurilor vieții, în elese nu doar în sensul restrâns al cronologiei, ci într-un sens mai larg, care presupune angajarea dinamică a persoanei în proiecte de viață, care îi implică și pe alții, mai ales pe cei din ambianța socială proximală.

În diversele domenii de viață se desfășoară diferite programe existențiale care au un început și un sfârșit, se pot relua în alt context și, în general, asemenea „parcursuri” existențiale se desfășoară în paralel din perspectiva diverselor cicluri suprapersonale - familia proprie și de origine, la locul de muncă și la coală, probleme legate de locuință, de activitate profesională specială, activitate socială, politică, etc. În fiecare din aceste domenii se depune efort, sunt trise stresuri și satisfacții; ele se pot cumula la un moment dat după mai mulți ani sau eforturile și stresurile dintr-un ciclu sunt compensate prin satisfacțiile din altul.

Iată de ce, urmărirea ciclurilor vieții, a dinamicii, a schimbărilor ce se petrec în cadrul acesteia, permite clarificarea de ansamblu a abilităților persoanei, a satisfacțiilor și stresurilor ce se corelează la un moment dat cu rețeaua socială externă, fapt ce ar putea explica creșterea sau scăderea circumstanțială a vulnerabilității.

În perspectiva diacronă, în spatele tuturor straturilor de temporalitate menționate, se întâlnește „durata” proprie a existenței unei persoane date; axial duratei ce derivă din biografie și se contopește cu identitatea persoanei pe care o întâlnim ca element esențial în perspectiva structurală a acesteia. Iar deasupra duratei și straturilor de temporalitate, prin mijlocirea prezentului trecut se împlinește devenirea persoanei. Astfel, se constituie ceea ce s-ar putea numi „biografia” unei persoane, care poate fi considerat din exterior

și descris într-o manieră romanescă sau evidențiat prin repere schematice. Dar nu trebuie ignorat nici ceea ce s-ar putea numi „biografia internă”, ce constă în metamorfoza sensurilor și angajărilor existențiale, a devenirii intime a persoanei în contextul lumii umane care o învluie și-i dă sens.

## 7. TEREN PREMORBID ÎN VÂRSTĂ

Asupra discutatului premorbid, vârsta va juca un rol deosebit fiind o coordonată majoră la care se va referi dinamica și specificitatea oricărui tablou clinic; există o nevroză a adolescentului, una a adultului și alta a bătrânului, precum și o boală afectivă a maturității și una a involuției, acest delimitări fiind de această dată modificate nu doar în formă ci și în conținut.

Patologia psihiatrică se leagă și se va lega de experiența trăită. Conținutul trăirilor patologice este uneori absurd, dar niciodată abstract. Dependența experienței trăite de vârstă nu trebuie demonstrată, după cum nu vom mai insista asupra felului în care vârsta intervine în structura personalității.

Vom mai nota că factorul vârstă va interveni în determinarea formală a aspectului clinic prin rolul pe care îl joacă asupra fondului somatic care va prezenta bineînțeles caracteristicile ce nu vor fi desigur confundate cu boala sau consecințele acesteia, așa cum nu vom face nici în cazul structurilor psihice.

Senescența, adolescența, climacteriul nu sunt nici boli, nici cauze de boli, nici terenuri patologice în sine ci doar aspecte de sinteză ale modificărilor induse de vârstă. Desigur, continuarea eforturilor de delimitare și descrierea normalului, așa cum sunt în perioadele „critice” ale existenței va aduce o mai corectă abordare a aspectelor patologice de la aceste vârste.

Importanța factorului vârstă este relevată și de modificarea tablourilor clinice la același individ odată cu înaintarea în vârstă. Cât din aceasta se datorează evoluției bolii și cât modificărilor normale pe care individul în unitatea sa biopsihosocială le suferă odată cu trecerea timpului, este o întrebare care nu are în momentul de față un răspuns adecvat.

## 8. „SENSUL PERSONAL AL VIEȚII” (JUNG CG)

Acest noțiune dezvoltată de **Gustav Jung** la începutul secolului XIX încearcă să dea un înțeles dezvoltării individuale către autonomie și împlinire. **Jung** găsește existența unui conținut obiectiv al psihicului (Sine) cu care Eul intră în relație în procesul de individualizare. Autoactualizarea conținutului -

lor obiective ale Sinelui conduce la o identitate stabilă și continuă a Eului. Boala psihică ar întrerupe acest proces, l-ar bloca sau ar provoca regresie. Maslow AH (1993), citat de Minulescu M, dezvoltă un set de indici tipici pentru o persoană care a atins nivelul maxim de autorealizare. Aceste persoane:

- sunt limpezi în modul de a percepe realitatea și capabile să accepte ambiguitățile existenței;
- se acceptă pe sine și pe ceilalți și trăiesc doar într-o măsură minimă surstarea de anxietate sau vinovăție legată de sine;
- se comportă spontan și gândesc cu fantezie, dar nu total neconvențional;
- nu sunt centrate pe propria persoană, mai degrabă, pe o anumită problemă;
- sunt capabili să privească viața cu obiectivitate, deși adesea caută solitudinea;
- se comportă într-o manieră independentă, fără a fi rebeli;
- iubesc viața;
- au trăiri de extaz, chiar legate de sentimentul de putere, au momente când creează, când par a ști pînă necunoscutul;
- sunt implicați social identificându-se simpatetic cu orice om;
- pot avea experiențe interindividuale profunde, dar de regulă cu puțini oameni;
- respectă ființa;
- știu diferența dintre mijloc și scop și nu se nelinițesc de faptul că ar trebui să suporte un anumit mijloc pentru a atinge un scop;
- le este propriu un sens filosofic al umorului, spontaneității, jocului și nu sunt caracterizați de agresivitate față de ceilalți;
- sunt capabili să descopere probleme și sensuri mai ales în domeniul pe care sunt centrați;
- nu permit „culturii” să îi controleze.

## 9. CONȚINUTUL IDENTITĂȚII PERSONALE

Fenomenul complex, numit de Jaspers K „*Ichbewusstsein*” (conținutul identității personale), trebuie considerat pe de o parte nucleul vieții psihice normale și, pe de altă parte, punctul de plecare al tuturor fenomenelor psihopatologice.

Jaspers K consideră conținutul egoului ca având patru subfuncții:

7. **Sentimentul conștiinței activității.** De fapt, conștiința egoului este mai întâi „experimentată ca o activitate original non-comparabilă”. Este percepția de a fi o sursă de activitate originală care se poate de asemenea manifesta fără vreun conștient.

2. **O conștiință unitară.** Aceasta este rezumată în sintagma „*Eu sunt același în toate prilejurile mele se află în conexiune între ele pentru a-mi determina sinele*”. Cu alte cuvinte, în orice moment, tu și eu sunt o persoană și numai una.

3. **Conștiința identității.** Sintagma explicativă ar putea fi: „*Eu sunt același, înainte și după acest moment*”, deci nu sunt același numai într-un anumit moment ci și după ce timpul a mai trecut. Cu alte cuvinte, tu mereu apar schimbări în viața mea ce mențin în un nucleu de identitate specific, ce rămâne constant în timp. Aceasta se va întâmpla în fața unor modificări profunde ce implică reprezentări interne și mai ales împotriva evidenței diferențelor din aspectul corpului.

Evaluarea importanței acestei funcții se poate face luând în considerare modificările profunde suportate de corpul nostru în timpul perioadei relativ scurte a adolescenței. În timpul acestei perioade, chiar dacă este una supărătoare, jenantă, dacă această funcție „lucrează” normal, putem fi capabili să ne menținem în sens corect al identității.

4. **Conștiința de inerție de conștienturi „personale” specifice conștiinței.** Cu alte cuvinte, certitudinea internă a acestor conștienturi ale conștiinței mele sunt specifice și diferite de cele ale altora. Cu această subfuncție, pot construi sentimentul că posed o personalitate specifică, care menține nucleul de stabilitate al conștienturilor pe parcursul schimbărilor vieții. Acest nucleu mă face egal cu persoana ce eram în trecut și diferit de „nucleul” altora.

## 10. BOALA ÎN PERSONALITATE

Fundalul bolii psihice, precum cel al normalului, este personalitatea. Ea va fi cea care va da nota particulară și de diversitate fiecărui tablou clinic. De fapt, aceasta este și marea dificultate, dar pe de altă parte și marea specificitate caracteristică psihiatriei. Cele două componente ale cuplului patogenic, terenul și agentul patogen, se află în psihiatrie într-o relație de strânsă întrepînzare, alcătuind o ecuație ale cărei soluții sunt infinite. Și asta pentru că, spre exemplu, dacă în reacție agentul patogen (trauma psihică) va fi exterior terenului (personalitatea), în dezvoltări el se va suprapune



structural și genetic peste aceasta (boala aflându-și cauza și în însăși dizarmonia personalității), iar în procese, intersecția celor două componente generatoare ale bolii conduce la transformarea tuturor elementelor originale ale personalității. Desigur că relația dintre cei doi factori amintiți mai sus nu este o relație mecanică; complexitatea retroacțiunilor, interdependențelor, o face greu descriptibil și practic imposibil de cunoscut în intimitatea ei.

Mai mult decât în oricare domeniu al medicinei, în psihiatrie existența bolnavilor și nu a bolilor este definitorie. Aceasta nu înseamnă, așa cum au încercat unii să demonstreze, că bolile nu există; și cu atât mai puțin înseamnă ceea ce alții susțin cu suverană suficiență, că nu există decât la o boală unică.

Semnificația celor arătate anterior se regăsește în diversitatea clinică a tulburărilor mintale, indiferent de intensitatea lor nevrotică, psihotică sau, și de ce nu, demențială, care se transfigurează la nivel individual într-o caleidoscopică organizare.

Munca psihiatrului ar fi Sisifică în încercarea de descriere a tuturor acestor tablouri, iar nosografia ar reprezenta un „*butoi al Danaidelor*” dacă în permanență nu s-ar face efortul critic al determinării premorbidului. Punerea acestuia în evidență, stabilirea legăturii inteligibile dintre preexistent și existent, ca și sesizarea exactă a nivelului și caracteristicilor personalității oricui în suferință sunt condițiile *sine qua non* ale psihiatriei.

În stabilirea diagnosticului și în alegerea cazului, medicul trebuie să rezolve o problemă fundamentală și anume să coreleze tabloul clinic actual cu aspectele personalității premorbide pe care acesta s-a grefat și să aprecieze astfel eventualitatea accenturii unor trăsături care se manifestau evident și anterior îmbolnăvirii; modificarea calitativă a personalității - operație dificilă și cu importante consecințe în ceea ce privește diagnosticul și îndeosebi terapia.

O personalitate nu se poate restructura datorită bolii decât de la un nivel pe care l-a atins, în jos. Această diferență trebuie să fie reală, între ceea ce a fost și ceea ce este și nu între ceea ce ar fi putut fi, sau ceea ce ne imaginăm că a fost, sau între proiecția ideală a psihiatrului și realitate.

Același lucru este valabil și pentru substructurile personalității: atunci când afirmăm deteriorarea mentală, va trebui să ne referim la dezvoltarea mentală a subiectului în cauză care este acum decalată în performanțe.

Mayer-Gross concluziona asupra unui lucru de mult timp în psihiatrie, că modul de reacție corespunde trăsăturilor celor mai reprezentative ale personalității la care acesta apare, deci reacțiile sunt aproape întotdeauna în sensul personalității.

De asemenea, celelalte psihogenii, prin însuși definiția lor - de boli de „dezvoltare” vor urma sensul personalității. În alegerea acestui lucru ne va împiedica în tentativa hiperanalitică de a descrie noi și noi entități și forme clinice, pentru că pare evident că fiecare tip de boală, indiferent de intensitatea ei psihopatologică (până și la nivel demențial) va căpta nuanță dominantă a personalității premorbide, dezvoltând o simptomatologie generată de suprapunerea sau de interferența morbidului cu premorbidul.

Dacă personalitatea nu este o cheie psihopatologică pentru explicarea conținutului întregii patologii (așa cum ea este pentru psihogenii) ea va fi și în cadrul celorlalte boli factor patoplastic, fără când comprehensibilă formă, dar nu și conținut.

Intuiția kretschmeriană (devenită dogmă, din păcate pentru o lungă perioadă de timp) care opunea picnicul leptosomului în tentativa de a stabili calea către psihoză, își găsește în realitatea clinică o nuanță exprimare, chiar atunci când procesul schizofren se instalează la un picnic, el are o pronunțată nuanță afectivă.

Absolutizarea rolului structurii premorbide poate însă duce la impasuri majore, după cum se va vedea, unul din cele mai banale: s-au descris, o structură psihopatică și una nevrotică între care s-a stabilit ca linie de demarcație „prestrerea posibilității comparative între starea sa dinaintea bolii și îmbolnăvire” (**Nica-Udangiu**).

Se admite însă posibilitatea „psihopatizării” nevrozelor după o mai lungă și antrenantă evoluție. Întrebarea care se pune este: acest nevrotic psihopatizat „prestrează” întotdeauna posibilitatea comparativă comportamentului său înainte și după îmbolnăvire? Dacă da, atunci nu a devenit „psihopat”; dacă nu, atunci cum și cum nu a fost „psihopat”?

Desigur acesta este un simplu demers teoretic care demonstrează dificultățile de încadrare în modele, delimitările având o zonă lipsită de exactitate care își are originea tocmai în uriașa variabilitate umană și în dificultatea stabilirii de modele.

Interferența care se produce în cadrul sindroamelor psihoorganice cronice (și chiar în cele acute), în care patologia ce ar trebui să fie organizată după modelul strict medical (leziune-disfuncție) are un caracter de globalitate; faptul că ele se diferențiază, evidențiind cel mai adesea dizamoniile existente în personalitatea premorbidă, ne îndreaptă pentru admiterea reciproci: „structura somatică” va avea un rol în expresivitatea tabloului clinic.

Constituția biologică, integritatea ei morfo-funcțională, rezistența ei la deadaptare, toate acestea se vor regăsi nuanțat în tabloul morbid. Iată câteva din circumstanțele medicale care pot avea ca expresie schimbarea personalității subiectului: tulburările comitabile, în special cele cu origine în lobul temporal, leziunile lobului frontal, tumorile și în alte leziuni cerebrale. **Bear** și **Fedio** au descris caracteristicile personalității pacienților cu epilepsie a lobului temporal: hipo- sau hipersexualitate, vâscozitate emoțională („adezivitate”), hiperreligiozitate, intensificarea emoțiilor, hipergrafie, circumstanțialitate, supraincluziune, lipsa umorului, tendințe paranoide și accentuarea extremă a sentimentului moral. Este important de reamintit că în cazurile în care există o patologie predominantă a lobului frontal, abilitățile cognitive sunt relativ păstrate.

## TABELUL 3.

CAUZELE MEDICALE ALE SCHIMBĂRIILOR DE PERSONALITATE  
(după **Popkin MK, 1986**)

Demența corticală (poate fi manifestarea timpurie)  
Tumorile SNC  
Afecțiuni ale lobului frontal (în special asociate cu leziunile orbitale sau cu tumori)  
Traumatism cranian  
Intoxicații (de ex. plumb)  
Sindrom postconvulsiv  
Psihochirurgie  
Accidente vasculare  
Hemoragie subarahnoidiană  
Demență subcorticală (deseori o manifestare care iese în evidență)  
Afecțiuni ale lobului temporal (în special de tip iritativ/convulsiv)

Revizia a-X-a a Clasificării Tulburărilor Mintale și de Comportament OMS, 1992 introduce conceptul de tulburare de personalitate organică pe care o caracterizează ca fiind: „o alterare semnificativă a modelelor obișnuite a comportamentului premorbid. În special sunt afectate expresia emoțională, trebuințele și impulsurile, funcțiile cognitive sunt defectuoase în special sau doar în sfera planificării propriilor acțiuni și anticipării consecințelor pentru subiect.”

În afara unui istoric stabilit sau a unei alte dovezi de boală, leziune sau disfuncție cerebrală, un diagnostic cert necesită prezența a două sau mai multe din următoarele caracteristici:

- a) Capacitate constant redusă de a persevera în activități cu scop, mai ales când implică lungi perioade de timp și satisfacții amânate;
  - b) Comportament emoțional alterat, caracterizat prin labilitate emoțională, bună dispoziție superficială și nejustificată (euforie), veselie neadecvată; schimbare rapidă spre iritabilitate sau scurte explozii de mânie și agresiune; în unele cazuri poate apărea apatie, care poate fi trăsătură predominantă;
  - c) Dezinhibarea expresiei necesităților și impulsurilor, fără a lua în considerare consecințele sau convențiile sociale (pacientul se poate angaja în acte disociale, ca: furtul, avansuri sociale nepotrivite, bulimie, sau manifestă desconsiderare pentru igiena personală);
  - d) Tulburări cognitive sub forma suspiciunii sau ideii paranoide și/sau excesivă preocupare pentru o unică temă de obicei abstractă (de exemplu religia, „adevărul”, „eroarea” etc);
  - e) Alterare marcată a debitului și a fluidității verbale, ceea ce se traduce prin: circumstanțialitate, hiperimplicare, vâscozitate și hipergrăfie;
- 0 Comportament sexual alterat (hiposexualitatea sau schimbarea preferințelor sexuale).

Totuși, așa cum nu există psihogeneză pură (nu există emoție fără tulburări neurovegetative și endocrine, afirmă în 1973 **Sivadon**), tot așa nu se poate vorbi de personogeneză în sens neurologic.

## 11. PERSONALITATE ȘI ADAPTARE

De-a lungul istoriei psihologiei, mulți psihologi au arătat că trăsăturile de personalitate constituie baza pentru modelarea și adaptarea umană. Dintre trăsăturile de personalitate ei au acordat cea mai mare atenție următoarelor resurse de adaptare:

1. Eficacitatea (**Bandura, 1977, 1982, 1988; Waltz și Gough, 1984**);
2. Rezistența (**Kobasa, 1979, 1982**);
3. Control (**Rotter, 1966; Phares, 1979**);
4. Competența (**White, 1959**);
5. Ego puternic (**Barron, 1953**).

TABELUL 4.

CARACTERISTICA	DEFINIȚIE	AUTORII
Eficacitatea	<p>Resurs de personalitate împreună cu învățare socială</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- caracteristică de personalitate;</li> <li>- „credința individului în abilitatea proprie de acțiune. Eficacitatea individuală pornește de la posibilitatea de a-și pune în fața planurile și deprinderile pe care le are”.</li> </ul>	<p><b>Bondura, 1977, 1982, 1988</b>  <b>Wolfgang Gough 1984</b>  <b>Wolfgang Gough 1984</b></p>
Rezistența	<p>Un complex de caracteristici care include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- puternică în alegerea seifului;</li> <li>- atitudine viguroasă față de mediu;</li> <li>- în alegerea semnificațiilor;</li> <li>- control.</li> </ul> <p>Relația stres înalt/ execuție - scăzut în contrast cu stres înalt/ execuție foarte scăzut fiind toate caracterizate de calități asociate cu rezistența. Ridicarea unui număr de întrebări despre validitatea conceptului de rezistență.</p>	<p><b>Kobasa 1979, 1982</b>  <b>Funk, 1982</b></p>
Controlul	<p>Un construct de personalitate. În ultimii 30 de ani s-au făcut sute de studii legate de acest termen. Aceste studii au inclus investigații și corelații, structură factorială și proprietăți psihometrice. În general, concluzia este că locul controlului reprezintă o sursă distinctă a personalității pentru adaptarea la stres. Pozitivitatea valorii controlului personal. Ideea că individul poate facilita și dezvolta prin credință în ceva anumite fapte că aceasta dă posibilitatea autocontrolului, rămâne totuși o noțiune populară.</p>	<p><b>J. Rotter, 1966</b>  <b>Folkman, 1984</b>  <b>Stephens și Apples, 1992</b></p>
Competența	<p>Reprezintă sentimentul eficacității care provine de la istoria cumulativă a producerii unui efect asupra mediului”.  Competența este emergența calității care apare natural în procesul uman de creștere</p>	<p><b>White, 1959, 1960, 1970</b></p>

TABELUL 4 (continuare).

CARACTERISTICA	DEFINI IE	AUTORII
	<p>ii dezvoltare. Un concept comportamental al competen ei i un model de dezvoltare/maturitate al competen ei.</p> <p>Competen a social - un index al maturit ii i s n t ii psihice.</p>	<p><b>Golfried i D'Zurilla, 1969</b></p> <p><b>Heath, 1977</b></p> <p><b>Phillips i Ziegler, 1961,</b></p> <p><b>Broverman i Zigler, 1966,</b></p> <p><b>1961</b></p>
<b>Ego puternic</b>	<p>Conceptul de „putere a Egoului" Când teoriile psihodinamice au luat avânt se dezvolt scala de m surare a puterii Egoului. Mai târziu, puterea Egoului a putut fi considerat premerg toare a conceptelor de eficien , competen , rezisten i control.</p>	<b>Barron, 1953</b>
Dezvoltare moral		<b>Rim, 1992</b>
Umorul	<p>Este un mijloc de satisfacere narcisiac , este o afirmare victorioas a Eului</p>	<b>Overholser, 1992</b>

în acelea i condi ii de via , de exemplu munc de r spundere, plin de neprev zut, într-un ritm neîntrerupt, ziua i noaptea, unii oameni r mân perfect s n to i, iar al ii contractează diferite maladii: ulcer, colit , hipertensiune i alte afec iuni cardiace, acuzând o stare psihic proast - surmenaj, insomnie, fobii etc. Investiga iile s-au orientat spre factorii de personalitate. În primul rând, cei determinan i ereditar: o anumit construc ie somatic , echilibru i for a proceselor psihice, anumite disfunc ionalit i congenitale etc. De i ereditatea nu poate fi ocolit , cercet rile moderne asupra stresului au ar tat c rezisten a la agresiunea stimulilor nocivi din mediul nostru de via se dobânde te. Hot râtoare este atitudinea fa de existen a cotidian , modul cum se raporteaz indivizii umani la realitatea obiectiv . Manualul de diagnostic i tratament DSM IV introduce o scal de evaluare precis a func io - nalit ii fiec rui individ drept criteriu suplimentar în stabilirea diagnosticului multiaxial.

TABELUL 5.

<b>SCALA DE EVALUARE GLOBALĂ A FUNCȚIUNILOR</b> <i>(GAF-GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING)</i>	
Luați în considerare funcționarea psihologică, socială și ocupațională pe un continuum ipotetic al simtării/bolii mintale. Nu include și degradarea funcționării ca urmare a unor limitări fizice (sau de mediu).	
<b>Codul</b>	( <b>Not</b> Folosiți coduri intermediare atunci când este cazul, de ex., 45, 68,72).
<b>100</b> <b> </b> <b>91</b>	<b>Funcționare superioară într-o largă gamă de activități, problemele vieții par să nu-i scape niciodată de sub control, este cunoscut de alții pentru multiplele sale calități pozitive. Fără simptome.</b>
<b>90</b> <b> </b> <b>81</b>	<b>Simptome absente sau minime</b> (de ex., ușoară anxietate înaintea unui examen), <b>funcționare bună în toate domeniile, interesat și implicat într-o gamă largă de activități, eficient social, în general mulțumit cu viața, nu are mai mult decât probleme sau îngrijorări banale, legate de viața cotidiană</b> (de ex., o „discuție” ocazională cu membrii familiei).
<b>80</b> <b> </b> <b>71</b>	<b>Dacă sunt prezente simptome, acestea constituie reacții tranzitorii și expectabile la stresori psihosociale</b> (de ex., dificultăți de concentrare după o ceartă în familie); <b>nu mai mult decât o ușoară afectare a funcțiilor sociale, ocupaționale sau școlare</b> (de ex., răsunări în urmărire temporară în activitatea școlară).
<b>70</b> <b> </b> <b>61</b>	<b>Unele simptome ușoare</b> (de ex., dispoziție coborâtă și ușoară insomnie) <b>SAU unele dificultăți în funcționarea socială, ocupațională sau școlară</b> (de ex., chiulul ocazional, sau însușirea unor obiecte din casă), dar funcționare general bună, are unele relații interpersonale semnificative.
<b>60</b> <b> </b> <b>51</b>	<b>Simptome moderate</b> (de ex., afect plăcut și vorbire circumstanțială, ocazional atacuri de panică) <b>SAU dificultăți moderate în funcționarea socială, ocupațională sau școlară</b> (de ex., puțini prieteni, conflicte cu cei de aceeași vârstă sau cu colegii de muncă).
<b>50</b> <b> </b> <b>41</b>	<b>Simptome severe</b> (de ex., idei de sinucidere, ritualuri obsesive severe, furturi frecvente din magazine) <b>SAU orice afectare serioasă a funcțiilor sociale, ocupaționale sau școlare</b> (de ex., fără prieteni, incapabil să găsească un serviciu).

TABELUL 5 (continuare).

40	<b>Oarecare alterare a test rii realit ii sau a comunic rii</b> (de ex., vorbirea este uneori ilogic , obscur sau irelevant ) <b>SAU alterare major în câteva domenii, cum ar fi munca sau coala, rela iile familiale, judecata, gândirea sau dispozi ia</b> (de ex., un b rbat depresiv care î i evit prietenii, î i neglijeaz familia i este incapabil s mai lucreze; un copil care bate frecvent copii mai mici, este sfid tor acas i ia note proaste la coal ).
30   21	<b>Comportamentul este considerabil influen at de deliruri sau halucina ii SAU deteriorare sever a comunic rii sau judec ii</b> (de ex., uneori este incoerent, ac ioneaz cu totul inadecvat, are preocup ri suicidare) <b>SAU inabilitate de a func iona în aproape toate domeniile</b> (de ex., st în pat toat ziua; nu are serviciu, locuin sau prieteni).
20 	<b>Prezen a unui anumit pericol de a- i face r u sie i sau altora</b> (de ex., tentative de sinucidere f r expecta ia clar a mor ii; este frecvent violent; excita ie maniacal ) <b>SAU ocazional nu p streaz igiena personal minim</b> (de ex., manipuleaz fecale) <b>SAU alterare major a comunic rii</b> (de ex., în mare m sur incoerent sau mut).
10   1	<b>Pericol persistent de lezare grav a propriei persoane sau a altora</b> (de ex., violen recurent ) <b>SAU incapacitatea persistent de a- i men ine o minim igien personal SAU act suicidar serios cu expecta ia clar a mor ii.</b>
0	Informa ie inadecvat .
<b>Din:</b> American Psychiatric Association. <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> , text revision, 4 <sup>th</sup> ed., Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.	

## 12. MECANISME DE AP RARE

De la apari ia sa, termenul de *ap rare* (**Freud S, 1894**) a desemnat o serie de explica ii psihologice pentru a ar ta modul în care conflictul psihic este factor etiologic determinant.

Termenul de *psihonevroz* a fost folosit de **Freud S** pentru a desemna o serie de boli în care conflictul psihic este determinant i a c rei etiologie este deci psihogen . Doi ani mai târziu, în 1896 într-un articol intitulat „Noi remarci asupra psihonevrozelor de ap rare”, **Freud S** afirma c ap rarea este



punctul central al mecanismelor psihice al nevrozelor luate în discuție. Cele patru mecanisme de apărare precizate de **Freud S** în aceste articole erau:

1. *conversia* afectului în isterie
2. *transpoziția* sau *deplasarea* afectului în nevroza obsesională
3. *respingerea* concomitent reprezentării sau afectului sau
4. *proiecția* în psihoze.

În 1936, **Freud A**, pornind de la contribuțiile tatălui său, realizează o sinteză a datelor privind mecanismele de apărare descriind înteleși și motivele apărării.

Ulterior, **Klein M** va descrie apărările precoce, iar o serie de psihanalitiști vor relua în mod creator teoria mecanismelor de apărare, transformându-le într-un concept fundamental al practicii contemporane.

Dintre numeroasele definiții date mecanismelor de apărare, o reținem pe cea a lui **Widlocher (1972)** „*mecanismele de apărare arată diferitele tipuri de operații în care se poate specifica apărarea, adică forme clinice ale acestor operațiuni defensive*”, și pe cea din **DSM-IV**, în care mecanismele de apărare (styles of coping) sunt definite ca „*proces psihologic automate, care protejează individul de anxietate sau de perceperea de pericole sau de factori de stres interni sau externi*”. Autorii DSM-IV mai fac precizarea că „*mecanismele de apărare constituie mediatori ai reacției subiectului la conflictele emoționale și la factorii de stres externi sau interni*”.

Recent, **Ionescu**, **Jacquet MM** și **Lhote C (1997)** examinând finalitatea mecanismelor de adaptare și modul de acțiune adaptat în vederea atingerii respectivelor finalități descriu următoarele posibilități:

1. Restaurarea homeostaziei psihice;
2. Reducerea unui conflict intrapsihic;
3. Diminuarea angoasei în scut din conflictele interioare între exigențele instinctuale și legile morale și sociale;
4. Stăpânirea, controlul și canalizarea pericolelor interne și externe sau protejarea individului de anxietate sau de perceperea pericolelor sau factorilor de stres interni sau externi.

Aceiași autori încearcă o definiție complexă a mecanismelor de apărare ca: „*proces psihic inconștient urmărind reducerea sau anularea efectelor dezagreabile ale pericolelor reale sau imaginare, remaniind realitățile interne și/sau externe și ale celor manifestări-comportamente, idei sau afecte pot fi inconștiente sau conștiente.*”

Interesul pentru mecanismele de ap rare în lucrarea noastră este generat de posibila abordare integrativă a proceselor psihologice de adaptare.

O serie de mecanisme, ca mecanismul de eliberare și de coping permit să fie luat în considerare posibilitatea abordării integrative a diverselor procese psihologice de adaptare.

**TABELUL 6.**

<b>Care este conținutul termenului de mecanism de ap rare?</b>	Mecanismele de ap rare sunt modalități dezvoltate pentru a proteja Eul, atât în situații normale cât și în cele patologice. <i>Mecanisme de ap rare</i> sugerează un mod de funcționare asemănător cu cel al unei măști a sistemului psihic implicat. Caracterul inconștient și automat al mecanismului de ap rare justifică în mare măsură această formulare.
<b>Împotriva cui se apără Eul?</b>	Ap rarea este o strategie de luptă contra afecțiunii, în sensul că, dacă aceasta nu are o acțiune neplăcută, mecanismele de ap rare nu apar. Eul se apără împotriva pulsioniilor inconștiente și împotriva afectelor legate de aceste pulsioni care sunt supuse la tot felul de constrângeri pentru a fi stăpânite și metamorfozate.
<b>De ce se apără Eul, care sunt motivele pentru care Eul se apără?</b>	După <b>Freud A</b> , trei motive pot fi reținute: frica de Supra-Eu, frica de real, (aceste două cauze vor conduce întotdeauna la sentimente de vinovăție în cazul în care pulsioniile s-ar satisface, chiar dacă într-o primă fază această satisfacere ar fi însoțită de plăcere), teama că intensitatea pulsioniilor s-ar deveni excesivă.
<b>Ce înseamnă o ap rare reușită?</b>	Reușita unei apărări trebuie să fie considerată din punct de vedere al Eului și nu din termenii unei lumi exterioare de adaptare la această lume. Criteriile de reușită sunt legate de următoarele scopuri: împiedicarea pulsioniilor interzise de a intra în câmpul conștiinței, înlăturarea angoasei de însoțire, evitarea oricărei forme de neplăcere; în cazul refuzării reușite este efectivă dacă orice apariție conștientă dispăre.
<b>Care sunt pericolele unei apărări reușite?</b>	O ap rare reușită are totdeauna și ceva periculos atunci când restrânge excesiv domeniul conștiinței sau competenței Eului atunci când ea falsifică realitatea. În acest caz, chiar dacă este „reușită” ea poate avea consecințe nefaste pentru sănătate sau pentru dezvoltarea ulterioară.

TABELUL 6 (continuare).

<b>Ce înseamnă o apărare adaptativă ?</b>	Apărările adaptative facilitează în același mod homeostazia psihică precum și adaptarea subiectului la mediul său. Pentru ca o apărare să fie adaptativă, ea nu trebuie să anihileze complet afectul, să fie orientată pe termen lung, să aibă o specificitate cât mai crescută, să nu blocheze și să canalizeze afectele, să transforme utilizatorul acestor tipuri de apărare într-o persoană agreabilă și atractivă.
<b>Există apărări normale și apărări patologice?</b>	Apărările se manifestă și în situații normale. Vom considera că, atâta timp cât funcționarea mentală nu este afectată în sufla ei și armonia sa în adaptarea la realitate, apărările sunt eficiente. Dacă acestea sunt prea rigide, prost adaptate realităților interne și externe sau doar de un singur tip, indiferent de situație atunci este vorba de apărări patologice sau inadecvate pentru că ele sunt decalate în raport cu nivelul de dezvoltare al individului sau improprii situației în care se găsește subiectul. Aceste apărări au tendința să deformeze perceperea realității și să perturbe alte funcții ale Eului.
<b>Cum pot fi definite mecanismele de apărare?</b>	Ansamblul operațiilor care au ca finalitate este de a reduce conflictul intrapsihic fiind când inaccesibile experienței conștiente unele din elementele conflictului ( <b>Widlocher</b> ). Apărarea este un mecanism psihologic inconștient folosit de individ pentru a-și diminua angoasa născută din conflictele interioare între exigențele instinctuale și legile morale și sociale. Noțiunea de mecanism de apărare înglobează toate mijloacele utilizate de Eul pentru a-și păzi, controla și canaliza pericolele interne și externe. Mecanismele de apărare constituie strategii prin care persoanele reduc sau evită stările negative cum ar fi conflictele, frustrarea, anxietatea și stresul ( <b>Holmes</b> ). Mecanismele de apărare sunt procese psihice inconștiente, vizând reducerea sau anularea efectelor dezagreabile ale pericolelor reale sau imaginare care remodelează realitățile interne și/sau externe și ale celor manifestări-comportamente, idei sau efecte - pot fi inconștiente sau conștiente.

TABELUL 7.

<i>CELE 10 MECANISME DE AP RARE CLASICE</i>
1. REFULAREA
2. REGRESIA
3. FORMA IUNEA REAC IONALA
4. IZOLAREA
5. ANULAREA RETROACTIVA
6. TRANSFORMAREA IN CONTRARIU
7. SUBLIMAREA
8. INTROIEC IA
9. PROIEC IA
10 . REÎNTOARCEREA C TRE SINE

### 13. O ABORDARE COGNITIVA A MECANISMELOR DE AP RARE

F când analiza critic a abord rii psihanalitice, **Miclea M (1997)** arat ca aceasta:

- (1) plaseaz mecanisme de ap rare la interfa a dintre Id i Ego;
- (2) le organizeaz ierarhic în func ie de „maturitatea” lor, adic de eficien a cu care reu esc s blocheze desc rcarea pulsuniilor instinctuale ale Idului;
- (3) consider c sunt declan ate de anxietatea de semnal, deci sunt postemo ionale;
- (4) nu limiteaz teoretic num rul acestor mecanisme, l sând la libera decizie a psihanalitilor postularea unui nou mecanism;
- (5) nu ofer o metodologie precis pentru stabilirea referen ilor comportamentali ai mecanismelor defensive .

în acela i timp, autorul subliniaz c din compara ia cu mecanismele de adaptare (coping) se desprind o serie de preciz ri, nuan e i delimit ri:

- (1) necesitatea consider rii func iei defensive a mecanismelor psihice atât vis-a-vis de informa ia negativ intern cât i de cea extern ;
- (2) renun area la organizarea ierarhic a mecanismelor defensive în func ie de succesul lor în exprimarea Idului;
- (3) considerarea ac iunii lor atât înainte de declan area reac iei emo ionale cât i postafectiv;
- (4) tratarea diferen iat a comportamentelor defensive i a mecanismelor defensive.

Coping-ul este definit în această perspectivă ca un proces activ prin care individul, prin autoaprecierea propriilor activități și a motivațiilor sale, face față unor situații stresante și reușește să le controleze (Bloch și colab. 1991).

O trecere în revistă recentă, făcută de **Burgeois și Paulhan (1995)** asupra diferitelor tipuri de coping descrie:

- coping-ul centrat pe emoție, care vizează reglarea suferinței emoționale;
- coping-ul centrat pe problemă, care vizează gestiunea problemei care se găsește la originea suferinței subiectului;
- coping-ul „vigilent”, care permite strategii active (de căutare a informației, de susținere socială, de mijloace **de înfruntare a situației** pentru a o rezolva).

**Holahan și colab. (1996)** arată că mecanismul de coping conceput ca o trăsătură stabilă de personalitate sau ca un răspuns la situații stresante specifice este din ce în ce mai mult studiat într-o perspectivă integrativă, înădăntând totodată abordarea dispoziției și contextului.

Mecanismele de apărare care pot fi abordate cognitiv sunt, după Miclea M: negarea defensivă (refuzul), represia, proiecția, raționalizarea, intelectualizarea și izolarea, cu sublinierea că este vorba de o similitudine terminologică și nu de construct. **Denumirea** mecanismelor este aceeași ca în psihanaliză, dar ele sunt *redefinite* prin noțiunile psihologiei procesului informației. Ele sunt proceduri cognitive, nu formațiuni psihodinamice și reprezintă *diverse modalități de prelucrare a informației cu valență negativă*, vizând diminuarea reacției de distres. TABELUL 8.

LOCUL MECANISMELOR COGNITIVE DE APĂRARE ÎN TIPOLOGIA MECANISMELOR DE COPING (ADAPTARE) - Miclea M, 1997

Tip de Mecanism	Comportamental	Cognitiv	Neurobiologic
Confruntare			
Evitare		Mecanisme cognitive de apărare	

Din perspectivă cognitivă, mecanismele de apărare sunt considerate ca fiind strategii sau proceduri de prelucrare a informației negative cu funcția de reducere a stresului.

TABELUL 9.

MECANISMUL	DEFINIȚIE FUNCȚIONALĂ	MOD DE OPERARE	ADAPTAREA LA BOALĂ
Negarea defensiv (refuzul)	<i>Toate procedurile cognitive de contracarare a formării unei reprezentări interne a traumei care se activează imediat după evaluarea primară a stimulului și vizează eludarea reprezentării lui mintale ca stimul traumatic.</i>	Negarea defensiv operează multi-nivelar. La nivel perceptiv, negarea poate perturba recepția corectă a stimulului traumatic: ea poate produce scotomizări parțiale a imaginii vizuale a scenei traumatice.	- Nu dau atenție simptomelor ce pot semnala debutul unei boli. - Caut să mă gândesc la altceva care nu are legătură cu boala - Amân cât mai mult posibil prezentarea la medic sau la o intervenție medicală dureroasă.
Represia	<i>Toate procedurile care concurează la o reactualizare selectivă a informației din memorie, în sensul că reactualizarea informației neplăcute, traumatice este parțial sau integral blocată. Formarea unei reprezentări interne a traumei, se presupune că a avut loc, dar accesul ei în conștiință este stopat.</i>	Se caută eludarea din memorie, nu numai a traumei propriu-zise ci și a evenimentelor care, asociindu-se într-un fel sau altul cu trauma ar putea să o evoce. Eecul reactualizării informației traumatice se poate datoră unui mecanism inconștient, așa cum se întâmplă când o emoție negativă foarte puternică poate provoca o amnezie totală sau parțială a evenimentului cu care s-a asociat, cunoscut sub numele de <i>amnezie posttraumatică</i> .	- Evită să-mi amintesc momente neplăcute din viața mea. - Nu-mi amintesc prea bine cum a debutat și a evoluat boala. - Boala de care sufăr îmi vine mereu în minte.

TABELUL 9 (continuare).

MECANISMUL	DEFINIȚIE FUNCȚIONALĂ	MOD DE OPERARE	ADAPTAREA LA BOALĂ
Proiecția	<i>Procesul cognitiv de atribuire externă a unei caracteristici neplăcute, negative proprii sau a cauzei/responsabilității traumei.</i> Trauma sau caracteristica negativă este asumată conștient, apoi truns în conștiință dar este pus pe seama unui factor extern care poate fi o persoană sau o situație vag definită.	De regulă, subiectul tinde să atribuie defectele proprii unor persoane care se bucură de prestigiu sau grupului său de referință. În acest fel, el revaluează caracteristica respectivă care poate conduce apoi la o eventuală diminuare a distresului pricinuit de conștientizarea acesteia.	- Cred că în cea mai mare măsură alții sunt vinovați de situația în care mă găsesc. - Dacă aș fi avut parte de o viață mai bună, nu mă aș fi îmbolnăvit.
Rationalizarea	Toate procedurile de justificare a comportamentului dezadaptativ pe care un individ l-a avut în vederea reevaluării situației traumatice, astfel încât impactul său emoțional să fie redus.	„Justificările” sunt înșelătoare, construcții teoretice menite să-și scuze pe individ în ochii săi (și ai celorlalți). Subiectul caută să-și demonstreze că situația nu este chiar atât de dramatică, și încearcă exagerarea beneficiilor și/ sau să minimizeze impactul negativ (costul) situației stresante. Lanului causal real sau semnificației reale li se substituie un șir de argumente doar aparent valide și	- Când sunt într-o situație neplăcută mă consolez gândindu-mă că ar fi putut fi și mai rău și că alții suferă și mai mult decât mine - M-am îmbolnăvit din vina mea și acum am decăzut suport consecințele bolii. Am fost mereu ocupat și de aceea nu m-am prezentat la medic.

TABELUL 9 (continuare).

MECANISMUL	DEFINIȚIE FUNCȚIONALĂ	MOD DE OPERARE	ADAPTAREA LA BOALĂ
		Confruntarea directă cu realitatea este astfel evitată.	
Intellectualizarea/ Izolarea	<i>Un ansamblu de strategii cognitive care vizează analiza informației traumatice în condițiile disocierii („izolării”) acesteia de consecințele ei emoționale.</i>	Subiectul se angajează într-o gândire abstractă excesivă spre a evita experimentarea unor sentimente perturbatoare.	- îmi privesc simptomele cu detașare și curiozitate, mă interesează detaliile teoretice ale bolii - Mă ar plăcea să citesc o lucrare de specialitate referitoare la boala mea. - Suferința mă afectează și văd cu alți ochi viața.

Mecanismele de apărare cognitivă nu acționează separat ci în funcție de gradul de eludare al situației stresante sunt plasate într-un adevărat *continuum cognitiv defensiv* (Miclea M, 1997).

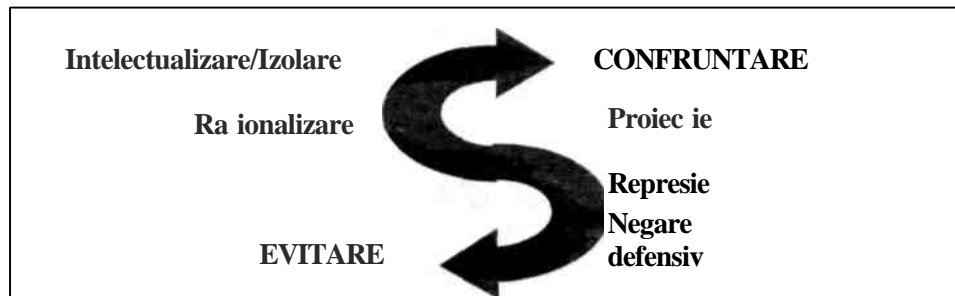


FIGURA 7.



## 14. MECANISME DE APĂRARE, PERSONALITATE ȘI BOALĂ

Interesul pentru tipurile tulburărilor de personalitate este legat de felul în care acești pacienți reacționează la situația de a fi bolnavi, de felul în care se comportă în spital. De asemenea, intervenția medicală va fi mai eficientă dacă ea va fi în acord cu tipul de personalitate, adică va fi un mesaj nuanțat și nu unul standardizat. Mecanismele de apărare vor diferi atât în calitate cât și în eficiență, în raport cu structura de personalitate a bolnavului în fața situației de boală.

TABELUL 10.

### Niveluri de apărare a Eului în situația de a fi bolnav

#### **Matur - sintoz și adaptativ, cognitiv și afectivitate integrate**

- Altruism - delegare, dar mulțumind pentru serviciile celorlalți
- Anticipare - planificarea realistă a evenimentelor din viitor
- Umor - exprimarea sentimentelor și eliberarea tensiunii
- Sublimarea - indirect, exprimarea parțială a nevoilor
- Supresia - neluarea în seamă a unui conflict în mod conștient

#### **Nevrotic - sentimente instinctuale alterate pentru individ, care apar pentru un observator ca „amănări”**

- Deplasare - redirecționarea sentimentelor către un obiect mai puțin încărcat
- Disociere - alterarea sensului de identitate pentru a evita neplăcerile
- Intellectualizare - atenție acordată detaliului, evitarea afectului
- Formare de reacții - comportament opus rugăminții nedorite
- Reprimare - „uitarea” unor aspecte ale realității

#### **Imatur - normal la copiii mari, ajută adulții pentru evitarea intimității, obișnuit în tulburările de personalitate și de dispoziție**

- Comportament extrovertit - exprimarea comportamentală a unui conflict inconștient
- Hipocondrie - transformarea sentimentelor în preocupări somatice
- Agresiune pasivă - complianță deschisă, ostilitate ascunsă
- Proiecție - atribuie sentimentele proprii altcuiva

#### **Narcisist - normal la copiii mici, alterează realitatea pentru individ, apare bolnav mintal pentru un observator**

- Proiecție delirantă - ideea delirantă paranoidă că sentimentele interioare provin din exterior
- Distorsionate - reformularea grosieră a realității exterioare
- Negare psihotică - ignorarea fermă a unor aspecte evidente ale realității

După Vaillant GE, 1971

Este de remarcat că Manualul de Diagnostic și Tratament DSM IV recunoaște clar și pentru prima oară, în mod oficial, valoarea mecanismelor de apărare în patogeneza și sanogeneza, prezentând și un glosar al acestora.

TABELUL 11.

<b>GLOSAR DE MECANISME SPECIFICE DE DEFENSA</b>	
<b>Acting out</b>	Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin acțiuni și nu prin reflecții sau sentimente. Această definiție este mai largă decât conceptul inițial, care se referă a la <b>acting out-ul</b> simțurilor sau ale dorințelor transferențiale din cursul psihoterapiei și încearcă să includă comportamentele care apar atât în cadrul cât și în afara relației de transfer. Ca defensă, trecerea la act nu este sinonim cu „comportament rău”, pentru că necesită dovada că respectivul comportament este legat de conflicte emoționale.
<b>Altruism</b>	Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin dedicarea față de satisfacerea nevoilor aliora. Spre deosebire de sacrificiul de sine, caracteristic uneori pentru formarea de reacție, persoana care face uz de altruism primește gratificare fie vicariant, fie prin răspunsul celorlalți.
<b>Anticipare</b>	Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin trăsura de reacție emoționale înaintea unor posibile evenimente viitoare sau anticipând consecințele acestora și cu luarea în considerare a unor răspunsuri sau soluții realiste, alternative.
<b>Deplasare</b>	Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin transferarea unui simțământ sau răspuns față de un obiect asupra unui alt obiect-substitut (de regulă mai puțin amenințător).
<b>Desfacere (Undoing)</b>	Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin cuvinte sau comportament menite să neghe sau să repare (amendeze) simbolic gânduri, sentimente sau acțiuni inacceptabile.
<b>Disociere</b>	Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi printr-o ruptură în funcțiile, de regulă integrate, ale conștienței, memoriei, percepției de sine sau a mediului, sau ale comportamentului senzorial/motor.
<b>Formare de reacție</b> (sau - forma iune, <i>reaction formation</i> )	Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin substituirea de comportamente, gânduri sau sentimente diametral opuse propriilor gânduri sau simțăminte inacceptabile (de regulă, survine în conjuncție cu represiunea acestora din urmă).
<b>Idealizare</b>	Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin atribuirea de calități pozitive exagerate altor persoane.

TABELUL 11 (continuare).

<b>GLOSAR DE MECANISME SPECIFICE DE DEFENSA</b>
<p><b>Identificare proiectiv</b> Precum în proiectie (vezi), persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi atribuind altora, în mod fals, propriile sale sentimente, impulsuri sau gânduri inacceptabile. Spre deosebire de proiectie simplă, persoana nu reneagă cu totul ceea ce proiectează, rămânând conștient de propriile afecte sau impulsuri, dar atribuindu-le eronat - drept reacții justificate - celorlalte persoane. Nu rareori, persoana induce altora tocmai sentimentele pe care a crezut inițial - eronat - că aceia le au despre ea, fiind când dificil de clarificat cine și ce a făcut mai întâi celuilalt.</p>
<p><b>Intellectualizare</b> Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin folosirea excesivă a gândirii abstracte sau prin elaborarea de generalizări, pentru a controla sau a reduce la minimum sentimentele tulburătoare.</p>
<p><b>Izolarea afectului</b> Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin separarea ideilor de simțurile asociate inițial cu ele. Persoana pierde contactul cu simțurile asociate unei idei date (de ex., un eveniment traumatizant), rămânând conștient de elementele ei cognitive (de ex., detaliile descriptive).</p>
<p><b>Negare (denial)</b> Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin refuzul de a recunoaște un anumit aspect dureros al realității externe sau al trăirii subiective, aspect care este vizibil pentru alții. Termenul <i>negare psihotică</i> se folosește atunci când este prezentă o alterare majoră a testării realității.</p>
<p><b>Omnipotență</b> Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi simțind sau acționând ca și cum ar poseda puteri sau abilități speciale și ar fi superioară altora.</p>
<p><b>Proiecție</b> Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi atribuind altuia, în mod fals, propriile sale sentimente, impulsuri sau gânduri inacceptabile.</p>
<p><b>Rationalizare</b> Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi ascunzând motivele reale ale gândurilor, acțiunilor sau sentimentelor sale, prin elaborarea de explicații reasiguratoare sau care servesc propriei cauze (<i>self-serving</i>), dar care sunt incorecte.</p>

TABELUL 11 (continuare).

<b>GLOSAR DE MECANISME SPECIFICE DE DEFENSA</b>
<b>Represiune</b> Persoana face fa conflictului emo ional sau stresorilor interni sau externi prin expulzarea din câmpul con tiin ei a dorin elor, gândurilor sau tr iri - lor perturbatoare. Componenta afectiv a acestora poate s r mân con tient , deta at de ideile care i se asociaz .
<b>Scindare</b> ( <i>splitting</i> ) Persoana face fa conflictului emo ional sau stresorilor interni sau externi prin separarea st rilor afective opuse i neintegrarea în imagini coerente a calit ilor pozitive i negative proprii i ale altora. Dat fiind c subiectul nu poate tr i simultan afectele ambivalen e, punctele de vedere i expecta iile mai echilibrate despre sine i ceilal i sunt excluse din con tiin a emo ional . Imaginile de sine i cele obiectuale tind s alterneze polar: exclusiv iubitor, puternic, valoros, protector i blând - sau exclusiv r u, du m nos. mânios, distructiv, rejectant sau lipsit de valoare.
<b>Sublimare</b> Persoana face fa conflictului emo ional sau stresorilor interni sau externi canalizându- i sim mintele sau impulsurile poten ial maladaptative în comportamente acceptabile social (de ex., sporturi „de contact” [„dure”] pentru canalizarea impulsurilor de mânie).
<b>Supresiune</b> Persoana face fa conflictului emo ional sau stresorilor interni sau externi evitând inten ionat s se gândeasc la probleme, dorin e, sim iri sau tr iri perturbatoare.
<b>Umor</b> Persoana face fa conflictului emo ional sau stresorilor externi punând accentul pe aspectele amuzante sau ironice ale conflictului sau stresorului.

## 15. INTERAC IUNE SOCIAL I MECANISME DE AP RARE

Un alt tip de realizare a adapt rii prin mecanisme de ap rare a fost pus în eviden de studiile asupra interac iunilor sociale i de cele asupra identi - t ii: cel al ap r rilor sociale care prive te ap rarea Eului social împotriva unor pericole exterioare care ar putea s -i ating valoarea.

In opinia lui **Mucchielli**, *Eul social* are trei componente: **comunitar-participativ** , **prezentarea c tre ceilal i i definir ea de c tre ceilal i**.

*Ap r rile sociale* pot fi clasate în trei categorii:

- lu rile de distan prin atacuri, intimid ri, evit ri;
- imobiliz rile care sunt blocajele de tip inhibi ie;
- retragerile - apropierea - supunerea, justific rile sau seduc ia.

Aceste apărări satisfac principalele nevoi ale Eului social, cum ar fi: participarea, relații pozitive de diferite feluri cu parteneri sociali din același grup, securitatea și valorizarea personală în mediul grupului, considerația socială.

Mecanismele de apărare socială permit individului adaptarea la lumea socială.

Aici ar trebui amintite și a-numite „*sisteme de securitate*” descrise de **Gardiner** în **1947**, constituind ansamblul conduitelor utilizate de indivizii unei aceiași societăți pentru a înfrunta aceleași pericole și frustrări. Ele reunesc în sursele de apărare, instituționalizate la nivel social, care se înscriu în psihismul individual precum și modalitățile obișnuite de reacție la frustrările mediului social.

De altfel, **Mucchielli**, în **1981**, vorbea de forme socializate ale apărărilor interne. Ele sunt constituite din combinații de apărări care se regăsesc în aceeași epocă la un număr mare de indivizi, împreună când deciziile colective vizate; exemple în acest sens sunt: distracțiile, ecologismul și toxicomaniile. De exemplu, *ecologismul* ar reprezenta un ansamblu de reacții defensive prin care este refuzată realitatea socială și tehnologică, acuzarea societății și grupismul (găsirea plăcerii de a fi în grup). Aceste reacții ar apărea din cauza unei puternice angoase legate de sentimente de inferioritate în fața progresului tehnic și a complexității societății și de sentimente de frică de eșec individual și social și de respingere precum și de invidie față de puterea și plăcerea exacerbată de societatea de consum.

Același autor concluzionează asupra ecologismului ca fiind o serie de mai multe mecanisme individuale de apărare ca, de exemplu, negarea realității, anularea retroactivă (ascetismul afirmat pândșfac **parte din conduitele destinate** să teargă sentimentele de invidie și de participare vinovată anterioară la societatea de consum), regresia (comportament tipic de adolescent) și, în special, grupismul și compensarea (a inferiorității prin noul statut câpțat în grup).

Alt tip de apărări este cel constituit de *apărările transpersonale* care permit Eului să se protejeze manipulând relațiile cu lumea. Studiul acestor apărări permite observarea acțiunii Eului asupra mediului înconjurător. Acțiunea lor implică faptul că Eul nu a mai fost acaparat de utilizarea apărărilor interne.

În satisfacerea nevoilor Eului, apărările transpersonale folosesc întreaga gamă de influențe și conduite umane. Această idee a apărărilor transpersonale datează mult timp în urmă și este rilor antipsihiatrice, în special lui **Laing**, care consi-

dera c prin aceste ap r ri Eul încearc s dirijeze via a interioar a celuiilalt pentru a o proteja pe a sa. Antipsihiatria sus inea c boala psihic constituie o ap rare transpersonal .

În scopul protej rii propriei boli, persoanele bolnave, deci indivizi, dar si cupluri, familii, grupuri i chiar societatea în ansamblu, impun persoanelor s n toase, dar mai slabe decât ele, un sistem de rela ii patologice i patogene, în acest mod, persoane s n toase la început devin bolnavi, boala lor consti - tuind expresia unei ap r ri transpersonale.

Reluând atitudinile nevrotice descrise de **Horney K, Mucchielli** arat rolul lor de ap r ri transpersonale care au drept func ie evitarea angoasei interne care înso e te în cultura noastr riscul de e ec în rela iile afective. Cele trei forme de exprimare ale acestor ap r ri se exprim sub forma unor modalit i de rela ie cu cel lalt: apropierea extrem de cel lalt, tentativa de a-i câ tiga admira ia sau separa ia.

**Anzieu i Kaaes** arat c anxietatea care exist în orice grup este lega - t de mecanismele ap r rilor grupale, membrii grupului utilizeaz mecanis - mele de ap rare proprii grupului pentru a - i îmbun t i propriile lor ap r ri.

**Roussillon** în dou lucr ri succesive: „*Mecanisme metadefensive în institu ii*” (1988) i „*Despre paradox*” (1991), aprofundeaz func iile meca - nismelor de ap rare grupale. Ideologia grupului, de exemplu, are func ii de ap rare evidente: protejeaz identitatea grupului contra distorsi unilor istorice si politice, elimin incertitudinea înlocuind percep ia faptelor istorice contra - dictorii, asigur confortul grupului evitând faptele nelini titoare, consti - tuindu-i o justificare a viziunii pe care o are despre lume i joac un rol de filtru, atribuind doar dou tipuri de valori - binele i r ul.

**Mucchielli** arat c ideologia acoper diferite mecanisme de ap rare clasice:

- refularea - ideologia oblig membrii grupului s adopte moduri de gândire i interdic ii similare, tergând astfel con flictele interne ale grupului;
- proiec ia - desemneaz du mani asupra c rora sunt aruncate pulsii - nile;
- anularea - transformând o stare de fapt într-o alta i impunând con - duite radical diferite;
- sublimarea - sublimând sentimentul de inferioritate într -un discurs asupra organiz rii puterii.

Conceptul de eliberare (*working off mechanism*) a fost introdus în 1973 de **Bibring E**; pentru acesta, mecanismele de apărare constituiau modalități de organizare a tensiunilor de către Eu; funcția lor este de a distruge progresiv tensiunea schimbând condițiile interne care îi dau naștere. Dintre mecanismele de eliberare, **Bibring E** citează familiarizarea cu o situație anxioasă sau desprinderea libidoului.

**Lagache** merge mai departe în ceea ce privește elementele caracteristice ale eliberării:

recunoașterea, considerată de subiect ca esențială, a dorințelor sale și a apărurilor fantasmatică;  
rolul important jucat de conștiință, care funcționează exclusiv, este determinant;  
ridicarea apărurilor.

**Lagache** precizează că mecanismele de apărare fac apel la inteligență, în sensul în care aceasta este definită ca o capacitate de acomodare la situații noi.

Printre condițiile de eliberare, care implică diferite modalități de înlocuire, autorul citează repetiția activă pentru rememorarea gândurilor și discursurilor; identificarea (care conduce subiectul la a se confunda cu trăsura sa) prin obiectivare, (care îi permite să ia distanță în raport cu această trăsura); disocierea prin integrare, inhibiția prin control și supunerea prin experiență. De asemenea el propune includerea sublimării printre mecanismele de eliberare, urmând considerațiile lui **Fenichel** care considera că sublimarea este o apărare reușită care are drept condiție prealabilă abolirea refuzării.

**Plutchik (1995)** consideră chiar că apărurile de bază (concepute ca mecanisme inconștiente, rigide, cu valoare adaptativă limitată) corespund unui *stil de coping*.

Toate acestea vin să explice de ce resursele sociale constituie alt rezervor pentru comportamentul adaptat.

## 16. RESURSELE SOCIALE

Două concepte de bază au fost identificate ca fiind resurse sociale în literatura de specialitate: rețeaua socială și suportul social.

Conceptul de *rețea socială* a fost introdus de **Bornes (1954)** în studiul său despre o comunitate rurală norvegiană. **Adams (1967)** definea rețelele sociale ca: „acele persoane care se mențin în contact și care intră în legături sociale.

Modelul relațiilor sociale a resurselor de adaptare oferă posibilitatea descrierii, cuantificării și analizei complexității mediului social ca un potențial mediator al stresorilor.

**Marrsella și Snyder (1981)** au observat patru dimensiuni ale relațiilor sociale care au utilitate pentru cercetare:

1. structura (mărime, densitate, interacțiune, poziție)
2. relațiile interpersonale (reciprocitate, simetrie, direcție)
3. calitatea atributelor (intensitate, reciprocitate, ostilitate)
4. funcționare (suport material, sfat, locuință).

Cu alte cuvinte, resursele sociale reprezintă o resursă de adaptare, un rezervor al sprijinului social la care fiecare individ se poate întoarce pentru a se sprijini în timp.

*Suportul social* se referă la rezultatele favorabile ale relațiilor interumane, ele fiind funcția mai multor factori incluzând caracteristicile relațiilor sociale. Dar mult mai important este faptul că suporturile sociale constituie resursele la care individul poate apela pentru rezolvarea problemelor. Ele sunt aprecieri valabile pentru noi atunci când ne confruntăm cu o problemă (**Gottlieb 1981, Cohon și Willis 1985, Lin, Dean și Ensel 1986, Dunkel-Schetter, Folkman și Lazarus 1987, Coyne și Downey 1991**). **Dunkel-Schetter (1987)** observă trei feluri de suporturi sociale ce pot fi utilizate pentru rezolvarea stresului:

1. emoțional;
2. sprijin;
3. informațional.

**Lazarus și Folkman (1984)** arată că rețeaua de suport social joacă atât un rol general protectiv și stimulat (întreținere și stimulare a existenței fizice, sănătate, pozitive), cât și un rol de „tampon” față de stresori. El arată importanța acestui rol de tampon pentru sănătatea generală cât și pentru cea psihică, în special în situațiile de criză. Omul trăiește uneori lungi perioade de stres psihosocial în care „tamponul” realizat de suportul social trebuie să aibă continuitate și durată, crescând astfel integrarea socială a individului, ridicând nivelul stimei de sine și sentimentul de securitate, operând astfel mutația asupra personalității. Un individ mai puternic va suporta mai bine experiențele de stres, deci, se va adapta la un nivel superior.

Pe scurt, bazându-se pe o revedere a literaturii teoretice și de cercetare asupra adaptării, incluzând o sumă de definiții, autorii au propus o nouă



definiție a adaptării care încorporează dimensiunile esențiale ale definițiilor prioritare. Autorii, de asemenea, au sintetizat unele dintre rapoartele lor majore despre natura adaptării, resursele și modelele (mostrele) și categoriile de comportament ale adaptării. Sintetizând, putem afirma că resursele adaptative în cele trei variante ale lor, biologic, psihologic și social, sunt sursa comportamentelor adaptative care pot fi grupate în patru antonimii:

ACTIV <-> PASIV  
COGNITIV <-> EMOTIONAL  
CONTROL <-> LIPSĂ DE CONTROL  
PSIHOLOGIC <-> ACȚIUNE SOCIALĂ

Suntem de acord cu toți acei autori care consideră adaptarea drept cheie a creșterii și evoluției umane care îi dă individului posibilitatea de a accede la un nou nivel funcțional caracterizat de competență selectivă și posibilitatea transcederii.

Acest tip de abordare integrativă în explicarea fenomenologiei și psihopatologiei l-a condus pe Ionescu la o tentativă de depășire a semiologiei psihiatrice clasice, considerat prea rigid și centrat pe simptom.

Autorul propune creșterea interesului pentru aspectele semiologice, care ar putea fi calificate drept funcționale din cauza scopului lor: reducerea pulsivității tensionale și a angoasei care rezultă din aceasta și respectiv adaptarea la schimbarea condițiilor externe.

Această semiologie pune accentul pe aspectul de proces al funcționării psihice, sugerând continuumul mecanismelor de adaptare.

## 17. MODALITĂȚI DE ABORDARE A PACIENTULUI INTERNAT CU TULBURARE DE PERSONALITATE

Pacienții cu tulburări de personalitate sau comportamente regresive, deseori au crescut anxietatea, furia, indignarea, o nevoie de a pedepsi sau un comportament evitant față de personalul seciei. Medicul și psihologul clinician pot fi în situația de a reduce tensiunea prin educarea personalului cu privire la diagnosticul pacientului și asupra motivației pe care o are pentru reacțiile puternice afecției. Această abordare detensionează de obicei situația, prin scăderea afectelor negative în rândul personalului spitalului și, ca urmare a acestei schimbări, reducerea problemelor afective ale pacientului.

Atunci când apare un conflict între personalul medical și pacient, este esențial să se aibă în vedere dacă plângerea pacientului este îndreptată. Dacă există probleme reale, atunci acestea trebuie corectate. Pentru unii pacienți cu tulburări de personalitate, în special indivizii obsesiv-compulsivi, lucrul în echipă în tratamentul acestora, pentru a întări apărarea intelectuală a pacientului, poate ajuta foarte mult. Oferirea pacienților cu tulburare de personalitate de tip obsesiv-compulsiv a cât mai mult control asupra tratamentului pe care îl urmează sau a deciziilor asupra activităților zilnice pot scădea anxietatea și revendicativitatea. TABELUL 12. MANAGEMENTUL MEDICAL AL PACIENȚILOR CU TULBURĂRI DE PERSONALITATE

TIPUL DE PERSONALITATE	SEMNIFICAȚIA BOLII	RĂSPUNS	INTERVENȚIE
Dependent	Așteaptă îngrijire și interes nelimitate	Revendicativ sau retras în sine	Satisfacă nevoile cu condiții limitate
Obsesiv-compulsiv	Amenințarea controlului	Obstinant, necooperant	Informații; oferi control
Histrionic	Defect, pedepsire	Seductiv	Reasigură; evita interacțiunea
Paranoid	Confirmă suspiciunile, așteaptă atacul	Blamează pe ceilalți, ostilitate	Planuri clare, păstrează distanță
Narcisiac	Amenințarea marelui subiectului	Infatuare, fanfaronad	Încredere, profesionalism
Schizoid	Anxietate cu contact forțat	Izolat, necooperant	Acceptă distanță
Antisocial	Ocazie potențial de profit	Caută un avantaj	Stabilește limite
Borderline	Mai mult anxietate	Dezorganizare crescută	Stabilește limite
Schizotipal	Alcineva a provocat boala	Crește suspiciozitatea	Invocă mijloace și metode neconvenționale
Evitant	0 povară în plus	Cerere disperată de ajutor	Supportivitate
Masochist	Dragoste și îngrijire-suferință	Multiple acuze, respingere	Recunoaște și-i dificultățile
Pasiv-agresiv	O altă frustrare	Cere, blamează	Controla și-vă transferul

Totuși, mai frecvent, pacienții cu tulburare de personalitate necesită limite, structuri și un mediu limitat. Controlul extensiv ajută pacientul regresat sau care funcționează primitiv să păstreze controlul intern. Amenajarea unui mediu limitat pentru pacient nu este punitivă și asigură o structură de siguranță pentru pacient. Pacienții cu tulburare de personalitate borderline, histrionică, antisocială, dependentă sau narcisistă sunt cel mai dispuși să aibă o astfel de structură.

Îngrijirea cu succes a unui pacient cu tulburare de personalitate, considerată dificilă (agitată, revendicativă și noncompliantă), internată într-o secție de spital, se bazează pe urmărirea și îmbunătățirea următorilor factori:

- **Comunicarea.** Pacientul are nevoie să se descrie simplu și adevărat starea medicală pe care o are și tratamentul pe care trebuie să îl urmeze. Pacientul poate încerca să despart personalul, manipulând un membru împotriva altuia, prin relatarea unor variante diferite ale aceleiași povești unor persoane diferite. La raportul de predare - primire a turelor va fi obligatorie și compararea versiunilor relatărilor acestor pacienți.
- **Personal constant.** Pacientul poate intra repede în panică dacă nu poate identifica membrii personalului care au fost repartizați pentru a lucra cu el. Ideal, o singură persoană trebuie să comunice toate deciziile. Deoarece acest lucru nu este posibil în lumea reală, întrucât pacientul poate fi speriat de fiecare schimbare de tură sau atunci când personalul a fost repartizat altui pacient. De aceea, la începutul fiecărei ture, un membru din personal repartizat pacientului trebuie să revizuiască planul de îngrijire, să se prezinte, să se intereseze asupra modului în care se desfășoară lucrurile și să spună pacientului cât timp va fi de serviciu.
- **Justificarea.** Pacientul are sentimentul că cineva trebuie să aibă grijă de el permanent. Deci este dificil pentru personal să tolereze acest lucru, este important de reținut că acest sentiment este modul prin care pacientul încearcă să facă fațtă stării prin care trece atunci când este speriat. Acest comportament stârnete un puternic **transfer** care trebuie cunoscut și evitat de către medic. Asigurăți în mod repetat pacientul că înțelege și cere dar, deoarece crede că are nevoie de cea mai bună îngrijire posibilă, veți continua să urmați

tratamentul recomandat de experien a și judecata echipei care îl îngrije te.

- **Limite ferme.** Pacientul are o mulțime de cereri, uneori în conflict unele cu altele și se înfurie foarte repede atunci când aceste cereri nu sunt îndeplinite. Acest lucru poate face personalul să se simtă atras în cursă și fără ajutor, ca și cum ar fi de vină că pacientul nu poate face nimic fără ajutor. Pacientul poate amenința că îi va face rău singur sau că va părăsi spitalul dacă lucrurile nu se desfășoară în modul așteptat de el. Nu încerca să vă contraziceți cu pacientul, dar încet și ferm, în mod repetat, stabiliți limitele pentru problema de comportament, cererea făcută și nemulțumirea exprimată. Dacă pacientul amenință că îi va face rău sau va face rău altora, asigurați-l că va fi imobilizat dacă va încerca să facă acest lucru.

## 18. PERSONALITATEA MEDICULUI ÎN DIAGNOSTICUL

Raportul dintre personalitatea medicului și diagnostic a fost un aspect atins atât de **Fiessinger, Minkovski și Heglin**, cât și de **Moga A, Hatieganu I, Râmniceanu A, Podeanu-Popescu C, Dimitriu C** care au arătat că anumite trăsături de personalitate, pe lângă alte neajunsuri, pot contorsiona diagnosticul și pot duce la erori de diagnostic.

Personalitatea examinatorului, arie largă cu implicații neobișnuite în ratarea diagnosticului - poate începe cu vanitatea și orgoliul, amorul propriu, teama de a nu greși și de a nu răspunde, lipsa simțului autocritic, nerecunoașterea ajutorului pe care îl poți primi de la un confrate (prin neținută care este necesar, prin lipsa de dorință, prin nerecunoașterea poziției de învins) - poate continua cu: tendința de a contrazice permanent, imposibilitatea acceptării că și alții pot ajunge la un diagnostic corect, optimismul necontrolat și excesiv, cât și pesimismul exagerat și nemotivat, opinii foarte particulare asupra unor doze de medicament, asupra colegilor, cât și asupra propriei persoane, indecizia (absența puterii de a confirma sau infirma) - și poate ajunge până la a nu recunoaște o entitate spre a nu - și aduce un blam personal.

Medicii cu trăsături empatice insuficient dezvoltate, cu o cenzură scăzută, cei cu o susceptibilitate crescută, mai ales privind aprecierea pe care le-o acordă bolnavii, se vor antrena în relații conflictuale (**Iamandescu IB, 1995**).

Este dificil ca în cazul unor trăsături de personalitate mai accentuate ale medicului, să poți exact unde începe și unde se termină dizarmonia celui pe care îl examinează. Același lucru este valabil în cazul unor comportamente adictive (de exemplu fumatul) sau în cazul unei toxicomanii. Este o situație similară cu aceea a oftalmologului miop care nu ar purta ochelari de corecție și cui nu i se poate cere și nici nu va putea să pună diagnosticul de miopie altuia, deoarece el însuși nu vede optit opul.

Dacă în ciuda tuturor acestor aspecte, nu imposibil de întâlnit, se dovedește de suple în gândire și dacă se acceptă eroarea de diagnostic în practica curentă nu este rar și nici atât de grav, dacă nu am uita că: „*Errare humanum est, perseverare diabolicum*”, aforism care parcă niciodată nu îți găsește un loc mai bun, am putea transforma înfrângerile de azi în victoriile de mâine.

Eroarea nu este rară, indiferent de experiența sau de nivelul de pregătire; a o accepta, a o recunoaște este un gest suprem de superioritate și maturitate, recunoașterea erorii este supremul „*fair play*” al medicului, dovada unei personalități echilibrate. A învăța din erori este un succes, erorile pot deveni o sursă suplimentară de instruire dacă sunt reținute (și nu periclitează vitalul) cu timpul și experiența, chiar unele erori ce par la un moment dat sistematice, pot deveni din ce în ce mai rare și chiar dispar.

Personalitatea medicului este implicată într-un mod particular în ceea ce **Balint M** numea „funcția apostolică a medicului”, adică rezolvarea acelor probleme care au implicații psihologice majore, situațiile în care valorile de referință ale practicianului și „bunul simț propriu” (**Jeammet Ph**) vor juca rolul decisiv.

Un instrument deosebit de complex care are și avantajul că poate fi utilizat în autoevaluarea impactului pe care evenimentul l-a avut asupra individului este **Chestionarul EVE (Ferreri M și Vacher J, 1985)**. El permite calcularea unui indice de vulnerabilitate pornind de la scorul evenimential acumulat și realizează o adevărată radiografie a existenței individuale.

TABELUL 13.

CHESTIONAR EVE (©M.Ferreri - J.Vacher- 1985)		coloana nr. 1 evenimente tr ite	coloana nr. 2 vârsta la care aceste evenimente au fost tr ite	coloana nr. 3 evenimente traumatizante
EVENIMENTE				
VIA A FAMILIALA P rin i, frate, sor , bunici...	1 decesul mamei sau al tat lui			
	2 decesul unui membru al familiei			
	3 neîn elegeri între p rin i			
	4 separarea-divor ul p rin ilor			
	5 schimb ri în structura familiei (na tere, plecare...)			
	6 schimb ri în modul de via (schimbarea domiciliului, emigrare..)			
	7 boal fizic sau psihic a unui membru al familiei			
	8 separarea de familie			
	9 ALTE evenimente familiale			
VIA A PROFESIONAL	10 debutul într-o via activ			
	11 concediere- omaj			
	12 pensionare			
	13 conflicte profesionale (ierarhice, cu colegii...)			
	14 schimbarea situa iei profesionale (de serviciu, de ef...)			
	15 ALTE evenimente profesionale (accident, reciclare...)			
VIA A SOCIAL	16 stagiul militar			
	17 schimb ri ale st rii materiale (de locuin , probleme financiare...)			
	18 un deces în anturaj			
	19 conflicte sociale (proces, închisoare...)			
	20 ALTE evenimente sociale			

TABELUL 13 (continuare).

CHESTIONAR EVE		coloana nr. 1 evenimente triste	coloana nr. 2 vârsta la care aceste evenimente au fost triste	coloana nr. 3 evenimente traumatizante
©M.Ferreri - J.Vacher - 1985)				
EVENIMENTE				
∞X	21 relații afective-căsătorie			
	22 neînțelegeri cu soțul sau cu partenerul de via			
VIA CONJUGAL & AFECTIVE <sup>1</sup> Soț, partener, copil...	23 separare-divorț de soț sau de partenerul de via			
	24 moartea soțului sau a partenerului de via			
	25 nașterea unui copil			
	26 plecarea unui copil			
	27 moartea unui copil			
	28 boală fizică sau psihică a soțului, a partenerului de viață sau a copilului			
	29 ALTE evenimente afective (ocazional afectiv, singurătate...)			
	30 boală fizică importantă			
Elemente ce încheie SINTEZA personal	31 depresie tratată, fără spitalizare			
	32 depresie tratată, cu spitalizare			
	33 tentativă de sinucidere			
	34 graviditate-naștere			
	35 avort			
	36 menopauză			
	37 ALTE evenimente legate de singurătate (alcoolism, handicap...)			

TABELUL 14.

<b>Reproduce i aici evenimentele cu o tent particular traumatizant</b>			
<b>Num rul evenimentelor</b>	<b>Nr.</b>	<b>Nr.</b>	<b>Nr.</b>
1. La ce vârst a i tr it acest eveniment?			
2. Pentru cât timp a fost traumatizant?			
3. A i încercat s v imagina i solu ii pentru dep irea acestei dificult i?	+ —	+ —	+ —
4. A i vorbit despre acest lucru cu cei din anturajul dumneavoastr ?	+ —	+ —	+ —
5. V-a ajutat persoana c reia v-a i dest inuit?	+	+ —	+ —
6. A i încercat s comenta i pe marginea evenimentului?	+ —	+ —	+ -
7. V-a fost posibil s controla i faptele evenimentului?	+	+ —	+
8. A i analiza situa ia în interiorul dumneavoastr ? (control intern)	+ —	+ —	+ —
9. Au existat, în momentul evenimentului, circumstan e favorabile care v-au ajutat?	+ —	+	+
10. Au existat circumstan e defavorabile care v-au agravat situa ia?	+ —	+ —	+ —
11. A i suferit un episod depresiv în urma evenimentului?	+ —	+ —	+ —
12. Dac da, v-a i tratat?	+ —	+	+ -
13. A i fost spitalizat?	+ —	+ —	+ —
14. A i avut vreo tentativ de sinucidere?	+ —	+ -	+ —
15. Acest eveniment a fost urmarea unei încet ri a activit ii profesionale timp de o lun sau mai mult de o lun ?	+ —	+ —	+
16. Acest eveniment v-a schimbat traiectoria vie ii prin antrenarea de consecin e definitive?	+ —	+ —	+ —
17. Dac da, în ce domenii: (bifa i printr-o cruce)			
- familial			
- profesional			
- social			
- afectiv			
- legat de s n tate			



TABELUL 15.

<b>Bifa i c su ele ce corespund situa iei dumneavoastr</b>		
Vârsta exact? <input type="text"/>	<b>1. Stare civil</b>	<b>2. Situa ie profesional</b>
Sex: Masculin Feminin	1. celibatar 2. c s torit 3. separat 4. divor at 5. rec s torit 6. v duv 7. concubinaj	1. f r slujb 2. student 3. angajat full time 4. angajat parttime 5. în c utare de loc de munc 6. pensionat
	<b>3. Categorie profesional</b>	<b>4. Nivel de studiu</b>
	1. proprietar industrie i comer 2. liber profesionist - cadru superior 3. cadru intermediar 4. angajat 5. muncitor 6. agricultor 7. altele	1. primar 2. primul ciclu secundar 3. al doilea ciclu secundar 4. ucenic 5. coal tehnic 6. IT-BTS 7. studii superioare

## ASPECTE ALE COMUNICĂRII CU PACIENTUL

*„A comunica semnifică a pune sau a avea ceva în comun. ”*

*L. Sfez*

1. Caracteristicile comunicării medicale
2. Fereastra de comunicare DONA
3. Factori perturbatori ai comunicării
4. Stabilirea relației de comunicare
5. Relația medic - pacient și modelul biopsihosocial
6. Comportamentul față de boală
7. Calități terapeutice esențiale
8. Cuvintele care identifică simptome și sentimente
9. Comunicarea nonverbală medic - pacient
10. Modele ale relației medic/pacient
11. Aspecte ale dinamicii relației medic-pacient
12. Transfer și contratransfer în relația medicală
13. Medicii ca pacienți
14. Medicul și patologia psihologică profesională  
(*sindromul de burnout*)
15. Câteva ipostaze speciale ale relației medic-pacient
16. Comunicare medicală și gen
17. Comunicare și confidențialitate
18. O situație specială - comunicarea cu adolescenții
19. Cum să comunici veștile rele în medicină
20. Probleme de comunicare la bolnavii cu tulburări cognitive
21. O încercare de evaluare a capacității de comunicare

## 1. CARACTERISTICILE COMUNICĂRII MEDICALE

Comunicarea medic-pacient este o comunicare directă, față în față, nemediată și **neformalizată**. **Între cei doi** subiecți ai **transferului de informație** are loc un schimb continuu de informații, care îi conduce pe fiecare dintre cei doi parteneri către obiectivele precise ale întâlnirii: aflarea răspunsurilor în legătură cu modificarea stării de sănătate, remediile propuse pentru înlăturarea acestora, modalitățile practice de acțiune. În afara acestui fascicol de informații, și-i zicem central, are loc și o altă trece de mese secundare, care permit răspunsul la o serie de probleme „periferice”. Pentru a încerca să lămurim mai atent felul în care relația de comunicare se derulează, am apelat la conceptul de fereastră de comunicare. Aceasta este conceptualizată ca având patru zone preluate prin care cei doi parteneri, față în față, comunică. Unul este doctorul, pe care l-am numit DO, iar celălalt este pacientul/pacienta pe care îl vom numi NAE sau NADia, pentru a reuși o formulă memotehnică a zonelor ferestrei DONA.



FIGURA 1.

## 2. FEREASTRA DE COMUNICARE DONA

O bună comunicare este o condiție fără de care desfășurarea actului medical de calitate este doar o utopie. Descoperirea adevăratei naturi a problemelor pacientului, traducerea acesteia într-un diagnostic și comunicarea acestui diagnostic pacientului depind în mare măsură de o bună comunicare între doctor și pacient. Satisfacția pacientului, complianța la tratament și rezultatele acestui tratament depind de asemenea de calitatea acestei interacțiuni între medic și pacient.

<p>DESCHIS <i>INTERACȚIUNE</i></p>	<p>OARB <i>VULNERABILITATE</i></p>
<p>ASCUNS <i>INTIMITATE</i></p>	<p>NECUNOSCUȚ <i>DEZVĂLUIRE</i></p>

**Zona D** reprezintă comportamentul cunoscut de sine și de ceilalți. Acesta arată în ce măsură două sau mai multe persoane pot da și primi, în mod liber, pot lucra împreună, se pot bucura de experiențe comune.

*Cu cât este mai mare acest proces, cu atât contactul persoanei respective cu realitatea este mai bun și cu atât este persoana mai pregătită să-și ajute prietenii și pe sine însuși.*

**Zona O**, zona oarbă, reprezintă comportamentul necunoscut de către sine, dar care este evident pentru ceilalți.

*Cea mai simplă ilustrare a acestui proces reprezintă ticurile sau ticurile verbale, de care persoana respectivă nu este conștientă, dar care sunt evidente pentru ceilalți.*

*De exemplu, tendința de a vorbi mult în cadrul unui grup poate fi evidentă pentru toată lumea, în afara celui care o face.*

**Zona N** este zona activității necunoscute unde comportamentul nu este cunoscut nici de individ, nici de ceilalți.

*Atât individul cât și ceilalți cu care acesta intră în contact, descoperă din când în când noi comportamente care existau de fapt din totdeauna.*

*Un individ poate fi surprins, de exemplu, de faptul că preia conducerea grupului într-un moment critic.*

**Zona A** reprezintă comportamentul cunoscut de către sine, dar ascuns celorlalți.

Acest paratraz se mai numește și „Agenda ascunsă”. De exemplu, cineva dorește să primească o anumită sarcină de la șeful său pentru a ieși în evidență prin ducerea la bun sfârșit a sarcinii respective, dar nu-i spune șefului de ce dorește această sarcină și nici nu încearcă într-un mod prea evident să o obțină.

TABELUL 2.

	(CUNOSCUT DE CĂTRE SINE)	(NECUNOSCUT DE CĂTRE SINE)
(CUNOSCUT DE CEILALȚI)	<p><b>D</b> <b>PARTEA PUBLICĂ A SINELUI</b> <i>Date despre mine și comportarea mea, cunoscute atât mie, cât și celorlalți. Nu am probleme cu aceste aspecte.</i></p>	<p><b>O</b> <b>PARTEA INCONȘTIENTĂ A SINELUI</b> <i>Date despre mine, pe care ceilalți le observă, dar pe care eu nu le cunosc.</i></p>
(NECUNOSCUT DE CEILALȚI)	<p><b>A</b> <b>PARTEA PRIVATĂ A SINELUI</b> <i>Date despre mine, pe care le știu numai eu și sunt necunoscute de ceilalți</i></p>	<p><b>N</b> <b>PARTEA POTENȚIALĂ A SINELUI</b> <i>Date despre mine, care sunt necunoscute atât pentru mine, cât și pentru ceilalți.</i></p>

FA A ÎN FA A



TABELUL 3.

## OCHIUL IAȘI D ÎN ACELAȘI TIMP

->	<-
<b>EU ÎL VĂD PE CELĂLALT</b>	<b>CELĂLALT MĂ VEDE PE MINE</b>
<b>D:</b> CE TU EU DESPRE MINE <b>O:</b> CE TIE ALTUL DESPRE MINE <b>N:</b> CE NU TU NICI EU DESPRE MINE <b>A:</b> CE TU EU DESPRE MINE	<b>D:</b> CE TIE ALTUL DESPRE MINE <b>O:</b> CE NU TU EU DESPRE MINE <b>N:</b> CE NICI ALTUL NU TIE DESPRE MINE <b>A:</b> CE NU TIE ALTUL DESPRE MINE

## 3. FACTORI PERTURBATORI AI COMUNICĂRII

O serie de factori pot perturba comunicarea dintre medic și pacient. Aceștia pot fi grupați, în mod didactic, în următoarele trei categorii: factori fizici, factori interni și factori semantici. Dintre factorii fizici, care au o acțiune de distorsionare a mesajului, vom enumera:

1. deficiențele verbale (balbismul, bolile laringiene);
2. deficiențele acustice (hipoacuzia, surditatea);
3. amplasamentul (poziția vorbitorului în raport cu ascultătorul);
4. iluminarea (slaba iluminare împiedică receptarea comunicării non-verbale);
5. temperatura (caldura excesivă sau frigul creează o stare neplăcută celor doi parteneri);
6. ora din zi (în cea de a doua parte a zilei comunicarea devine mai dificilă datorită acumulării obosealii);
7. durata întâlnirii (întâlnirile pe fugă sau prea prelungite sunt ineficiente).

Factorii interni ce pot perturba comunicarea în următoarele situații:

1. implicarea afectivă (atât implicarea pozitivă, cât și negativă tulbură precizia comunicării, precum și felul în care ea este percepută de auditor);

2. frica (teama comunicatorului că, prin ceea ce comunică, ar putea intra într-o situație neplăcută sau cea a ascultătorului - că ar putea auzi lucruri neconvenabile, vor perturba mesajul);

3. ameninarea statutului (dacă cel ce comunică nu este sigur de faptul că ceea ce comunică nu îi amenință imaginea personală, va evita să transmită mesajul complet sau va denatura anumite părți din el);
4. presupuneri subiective (dacă vorbitorul crede că ascultătorul îi este ostil sau indiferent față de mesajul va fi distorsionat);
5. preocupări ascunse (dacă unul din parteneri are o preocupare diferită decât scopul pentru care se află în relația de comunicare - pecuniar, erotic - mesajul va fi perturbat);
6. fantasme (dacă medicul sau pacientul au o anumită imagine, pozitivă sau negativă, despre propria persoană, diferită de realitate, aceasta va influența negativ comunicarea).

TABELUL 4

FACTORII CARE PERTURBĂ COMUNICAREA		
FIZICI	INTERNI	SEMANTICI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DEFICIENȚE VERBALE</li> <li>• DEFICIENȚE ACUSTICE</li> <li>• AMPLASAMENTUL</li> <li>• ILUMINAREA</li> <li>• TEMPERATURA</li> <li>• ORA DIN ZI</li> <li>• DURATA ÎNTÂLNIRII</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMPLICAREA POZITIVĂ/NEGATIVĂ</li> <li>• FRICA</li> <li>• AMENINĂRILE STATUTULUI</li> <li>• PRESUPUNERILE SUBIECTIVE</li> <li>• PREOCUPĂRILE ASCUNSE</li> <li>• FANTASME</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VOCABULAR</li> <li>• GRAMATICĂ</li> <li>• SINTAXĂ</li> <li>• CONOTAȚIILE EMOTIONALE ALE UNOR CUVINTE</li> </ul>

TABELUL 5.

VORBITORUL	BARIERE EXTERNE	ASCULTĂTORUL
<p>ARE O IDEE BAZATĂ PE <i>EXPERIENȚA SA</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VORBITORUL DESCRIE IDEEA CU AJUTORUL SUNETELOR</li> <li>• FILTRE ÎN MINTEA VORBITORULUI: EXPRESSIUNEA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FIZICE</li> <li>• SEMANTICE</li> </ul>	<p>SUNETELE ACTIVEAZĂ NERVUL ACUSTIC AL ASCULTĂTORULUI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CREIERUL ASCULTĂTORULUI RĂSPUNDE CU O IDEE BAZATĂ PE <i>EXPERIENȚA SA</i> PROPRIE</li> <li>• FILTRE ÎN MINTEA ASCULTĂTORULUI: ÎN ELEGEREA</li> </ul>

Dintre factorii semantici care perturbă mai frecvent comunicarea menționăm următoarele categorii:

1. vocabularul incomplet sau prea tehnicist vor face imposibilă comunicarea;
2. gramatica (greșelile gramaticale vor denatura comunicarea, scăzând relația de încredere și deprecind imaginea celui care le face, mai ales atunci când acesta este medicul);
3. sintaxa (construcțiile verbale prea complicate sau după modelele altor limbi, perturbă relația de comunicare);
4. conotațiile emoționale ale unor cuvinte (anumite cuvinte, cu semnificație deosebită pentru unul dintre partenerii comunicării, vor perturba mesajul prin polarizarea atenției sau suprasemnificarea unor fragmente de mesaj).

#### 4. STABILIREA RELAȚIEI DE COMUNICARE

Doctorii nu au timpul și nici înclinarea de a-și asculta pacienții și de a lua în considerare sentimentele acestora. Ei nu au de stule cunoștințe despre problemele emoționale și problematica socio-economică a familiei. De asemenea, se constată că medicii provoacă teamă dând explicații într-un limbaj prea tehnic.

Insuccesul unui medic în a stabili un bun raport cu pacientul contează mult în ineficiența îngrijirii.

Existența unei bune relații înseamnă în alegere și încredere între doctor și pacient.

În alegerea sau lipsa de încredere a convingerilor pacientului, folosirea limbajului de specialitate și atitudinile față de boală influențează caracterul examinării medicale.

Evaluarea tensiunilor sociale din prima parte a vieții pacientului îl ajută pe doctor să-și aleagă mai bine. Fiecare stres lasă după el urme și continuă să se manifeste de-a lungul vieții direct proporțional cu intensitatea efectului lui și sensibilitatea unei persoane anume.

Acest stres și tensiuni vor fi determinate cât mai extins posibil. Totuși, punctul de maxim semnificație poate fi nu stresul prin el însuși, ci reacțiile persoanei.



TABELUL 6.

MODELUL NIVELURILOR RELAȚIEI MEDIC -PACIENT (după Tatossian A)		
NIVELUL	OBIECTIVUL	MODALITATEA
Nivelul intelectual	în alegerea și explicarea bolii în acord cu modelele științifice	Conceptualizare
Nivelul afectiv	în alegerea personalității bolnavului și a particularităților celor sale subiective	Identificare

## 5. RELAȚIA MEDIC - PACIENT ÎN MODELUL BIOPSIHOSOCIAL

Relațiile dintre doctori și pacienți implică o varietate de impresii contrarii, mergând de la idealizarea romantică până la disperarea cinică. După modul în care fiecare participant își joacă rolul, bazat pe diferite expectații, se pot crea premisele, fie pentru o relație satisfăcătoare și eficientă, fie pentru alta suspicioasă cu frustrări și dezamăgire.

Pacienții sunt în mod tipic toleranți față de limitele terapeutice ale medicinei într-un context în care se simt respectați și ascultați în mod autentic de către medic.

Doctorii lucrează cu oameni bolnavi și nu cu sindroame patologice, iar oamenii bolnavi aduc în relația medic-pacient o influență complexă între factorii biologici, factorii psihologici și condițiile sociale.

**Engel G** a fost cel mai important susținător al modelului bolii care pune accentul pe abordarea integrată, sistemică, a comportamentului uman și al bolii.

Modelul biopsihosocial este derivat din teoria generală a sistemelor. Sistemul biologic pune accentul pe substratul atomic, structural și molecular al bolii și impactul său asupra funcționării biologice a pacientului. Sistemul psihologic pune accentul pe impactul factorilor psihodinamici ai motivației și personalității privind trirerea bolii și reacția la ea. Sistemul social pune accentul pe influențele culturale de mediu și familiale asupra exprimării bolii și triririi ei.

**Engel G** a susținut că fiecare sistem poate afecta și poate fi afectat de oricare dintre celelalte. Modelul lui **Engel G** afirmă că boala medicală este

rezultatul direct al factorilor psihologici și socio-culturali, ci încurajează mai degrabă o înțelegere mai adecvată a bolii și tratamentului. În România, modelul biopsihosocial al bolii psihice a avut un remarcabil succes în perioada sovietică. **Prof. Brânzei P.**

Relația medic-pacient este o componentă critică a modelului biopsihosocial. Orice medic trebuie să aibă cunoștințe practice despre starea medicală a pacientului, dar și să fie familiarizat asupra psihologiei individuale a pacientului.

## 6. COMPORTAMENTUL FAȘA DE BOALĂ

Comportamentul fașa de boală este un termen folosit pentru a descrie reacțiile pacientului la tentativa de a fi bolnav. Unii descriu acest comportament ca rol de bolnav. Rolul de bolnav este rolul pe care societatea îl atribuie persoanei bolnave deoarece ea/el este bolnav. Caracteristicile rolului de bolnav cuprind factori ca pretexte pentru neasumarea de responsabilități și a tentații de a fi ajutat pentru a-și fi mai bine.

**Suchman** descrie cinci stadii ale comportamentului de boală :

- apariția pe scenă a simptomului (ceva nu e în regulă);
- asumarea stadiului de rol de bolnav (cineva are nevoie de doctor);
- faza de contact medical (se caută un doctor);
- etapa de rol de pacient dependent (decizia de a transfera controlul doctorului și de a urma tratamentul prescris);
- vindecarea (faza de reabilitare, renunțarea la rolul de pacient).

Comportamentul fașa de boală și rolul de bolnav sunt influențate de experiența anterioară a persoanei fașa de îmbolnăviri și de convingerile culturale despre boală.

Relația între îmbolnăviri și evenimentele familiare, statutul social și identitatea etnică sunt importante. Atitudinile persoanei, înțelegerea cultură creștină aparține, despre dependență și deznădejde, influențează mult modalitatea prin care o persoană va cere ajutor, și cum se întâmplă datorită unor factori psihologici ca tipul de personalitate și semnificația personală care se atribuie bolii ca experiență.

Comportamentul individual la boală și felul în care o persoană devine pacient și caută îngrijire medicală este nuanțat de factori ca:

- episoade anterioare de boală, în special afecțiuni cu severitate standard (națuri, litiază, operații chirurgicale);

- gradul cultural de stoicism;
- convingerile culturale privind problema specifică ;
- semnificau a personal sau convingerile despre problema particulară ;

După **Lipkin (1989)**, câteva întrebări trebuie puse pentru a provoca răspunsuri explicative ale pacientului:

1. Care este problema dumneavoastră ?
2. Ce credeți că a provocat-o?
3. De ce credeți că a început în acel moment?
4. Prin ce vă supăra boala?
5. Cât de severă este? Ce evoluție a avut?
6. De ce vă temeți cel mai mult în legătură cu suferința dumneavoastră ?
7. Care sunt dificultățile esențiale pe care boala vi le provoacă ?
8. Ce fel de tratament ar trebui să primiți? Care sunt cele mai importante rezultate pe care le sperați de la tratament?
9. Ce ați făcut până acum pentru a vă trata boala?

## 7. CALITĂȚI TERAPEUTICE ESENȚIALE

Aceste „calități terapeutice esențiale” reprezintă legături importante între arta și știința medicinei, îmbunătățesc abilitatea intervievatorului de a obține date referitoare la antecedentele medicale și istoricul pacientei, precum și exactitatea datelor obținute, și conduc la obținerea unor mai bune rezultate terapeutice în practica obișnuită .

TABELUL 7.

<b>„CALITĂȚI TERAPEUTICE ESENȚIALE” Carl Rogers</b>
Respectul (sau abordarea pozitiv-necondiționat),
Originalitatea (sau congruența).
Empatia.

### *Respectul*

Câteva reguli prin care se poate exprima respectul față de pacient:

- Să te prezinți clar și specifici motivul pentru care te afli acolo.
- Să te interesezi cum resimte pacientul situația în care se află (internat, aflat în cabinetul de consultații etc).

- Să discuți stând la nivelul pacientului, într-un loc în care poți fi ușor urmărit, văzut și auzit.
- Să previi pacientul înainte de a face manevre medicale dureroase, în timpul examinării fizice și atunci când, în cadrul anamnezei, vei referi la lucruri care ar putea provoca suferință morală.
- Să reacționezi astfel încât pacientul să fie conștient că ai auzit ce spune.

### ***Autenticitatea***

Autenticitatea înseamnă a nu pretinde că ești altcineva.

Prima situație în care te poți confrunta cu problema autenticității este atunci când ești student, psiholog sau medic stagiar. Cum te prezinți? Ar trebui să te prezinți ca student în practică, psiholog sau ca medic? Accepti că un pacient să se adreseze cu „domnule doctor”? Cum reacționezi atunci când pacientii îți pun întrebări care depășesc aria cunoștințelor tale sau care vor să transfere altora temerile lor privind prognosticul bolii și responsabilitatea îngrijirilor? Stagiarii, rezidenții, psihologii și practicienii se confruntă cu situații în care pacientii le cer păreri sau cer efectuarea unor proceduri care depășesc nivelul de cunoștințe acumulate. Poți fi pus în situația de a cere sfatul unui coleg sau de a trimite pacientul la un specialist. A fi autentic implică recunoașterea în fața pacientului că tii și ce nu tii să faci sau poți sau nu să faci, și a negocia un plan pentru viitor care să fie bazat pe priceperea ta. Acest aspect al autenticității este o componentă a încrederii pacientului față de medic.

Adugând detalii personale se poate induce o stare de disconfort în relația doctor-pacient. Când pacientul spune lucruri triste sau comice, este bine să reacționezi ca om și nu doar ca o mașină perfecționată de diagnostic și tratament.

Demonstrarea interesului față de pacient ca persoană este o altă modalitate de a fi autentic.

### ***Empatia***

Empatia înseamnă să îți alegi exact ceea ce spune pacientul și să îți faci cunoscut faptul că ai înțeles.

Empatia este un fel de înțelegere. Nu este o stare emoțională de simpatie sau părere de rău pentru cineva. Nu este nici asemănătoare cu compasiunea, deoarece deși compasiunea poate fi cea care va conduce la empatie față de pacientul dumneavoastră, empatia nu înseamnă compasiune.

TABELUL 8.

MODALITĂȚI DE MANIFESTARE A EMPATIEI ÎNTR-O CONSULTAȚIE:
Trebuie să încerci să obții o conversație în care să existe reciprocitate (dialog).
Să dezvolti și folosești un vocabular de cuvinte descriptive.
Să acorzi atenție comunicării nonverbale, în special paralingvisticii.

Artă empatiei constă în a învăța să discuți cu pacienții astfel încât să obții maximum de informații cât mai exacte despre propriile lor gânduri și sentimente. Există mai multe moduri în a reacționa într-o discuție, pentru a face cunoscut pacienților faptul că îi înțelegeți.

Un comportament empatic poate, de asemenea, să ajute pacienții în clarificarea sentimentelor. Uneori, pacientul nu este conștient de propriile sale sentimente.

Empatia poate fi privită ca un proces de feed-back. Medicul începe prin a asculta cu atenție ce are pacientul de spus atât din punct de vedere rațional cât și afectiv. Dacă medicul crede că a înțeles, reacția lui trebuie să fie aceea de a-i spune pacientului ce a înțeles. Dacă specialistul și pacientul se află pe aceeași lungime de undă, pacientul se va simți înțeles și încurajat să dezvăluie cât mai multe din propriile și sentimentele sale. Chiar dacă medicul nu a înțeles corect, dar îi arată interesul verificând informațiile cumulate cu pacientul, acesta se va simți încurajat în a-și corecta doctorul, oferindu-i astfel posibilitatea de a reevalua și a răspunde corect.

În discuțiile medicale avute cu pacienții trebuie învățat un anumit stil de a reacționa, diferit de cel folosit într-o discuție socială. În situațiile sociale, deseori medicul minimizează sau ignoră sentimentele. Spre exemplu, când oamenii întrebă: „Ce mai faci?” sau „Cum te simți astăzi?”, nu se așteaptă la un răspuns negativ, la o confesiune despre cât de prost este de fapt starea interlocutorilor. Într-o consultație însă, pe medic trebuie să-l intereseze într-adevăr să știe toate stările proaste prin care trece pacientul. Dintre modalitățile de a reacționa empatic vom trece câteva în revistă pentru o mai completă edificare:

- *Ignorarea.* Fie medicul nu aude ceea ce spune pacientul, fie se comportă ca și cum nu a auzit. El nu reacționează nici referitor la conținutul simptomelor, nici la sentimentele pacientului.

- *Minimalizarea.* Doctorul reacționează la sentimentele și simptomele pacientului cu o intensitate mai mică decât cea la care acesta vi le-a relatat.
- *Reciprocitatea.* Medicul recunoaște sentimentele și simptomele exprimate de pacient, le analizează cu atenție și îi spune pe reea într-o manieră de intensitate egală cu cea folosită de pacient în relatare. Răspunsul reciproc poate fi foarte folositor în aflarea antecedentelor medicale. Este de fapt o reformulare cu propriile cuvinte ale medicului a ceea ce a spus pacientul pentru a-i demonstra acestuia că a fost înțeles.

Cum poate fi obținut un răspuns reciproc? Două moduri simple sunt *prin oglindă* și *parafrazăre*. Oglinda (sau „reflecția”) înseamnă pur și simplu a spune pacientului exact ce a spus chiar el:

*Pacient:* Mă simt îngrozitor.

*Dr.:* Vă simțiți îngrozitor?

- *Completarea.* Într-un răspuns prin completare, doctorul înțelege nu numai ceea ce pacientul spune, dar și ceea ce nu poate să spună. Unul din motivele pentru care doctorii apelează în activitatea lor la răspunsul prin completare, este acela de liniștire a pacientului. Asta înseamnă că medicul trebuie să facă o presupunere pertinentă privind motivele de îngrijorare care ar putea preocupa pacientul și să se axeze pe acelea care ar conduce la clarificarea lor. Capacitatea de a da un răspuns prin completare vine din experiența de a asculta cu mare atenție relațiile pacienților și învâțând de-a lungul timpului să găsească puncte comune. Unul din avantajele acestui răspuns prin completare este posibilitatea de corectare și deci, creșterea exactității informațiilor obținute.

În cazul unei paciente cu anxietate, un răspuns prin completare poate fi:

*Pacient :* În marea majoritate a zilelor, anxietatea mă chinuie atât de tare încât senzația de tensiune și durerea devin insuportabile.

*Dr.:* Pare că durerea este atât de puternică încât nu mai credea că lucrurile se vor îmbunătăți.

Dacă medicul nu a înțeles exact sensul afirmației, pacienta poate răspunde:

*Pacient :* Mă simt destul de rău, dar încă sper că lucrurile se vor îmbunătăți.

## 8. CUVINTELE CARE IDENTIFIC SIMPTOME ÎI SENTIMENTE

Arta de a da r spunsuri prin completare trebuie îmbog it prin acor - darea unei aten ii sporite atât cuvintelor medicului cât i cuvintelor pacien - tului, înv mântul pre-medical i coala medical pot „steriliza” vocabularul.

Folosirea excesiv a limbajului de specialitate, de i acesta este foarte precis în descrierea anumitor caracte ristici, las foarte pu in spa iu sentimen - telor sau emo iilor.

Este un limbaj în care adjectivale i adverbele sunt pu in prezente, i sunte i în general tenta i s nu le folosi i în conversa ie.

Empatia implic i o în alegere corect i comunicarea aces tei în ele - geri pacientului. Arta aceasta cere s identifi c m nu doar simptome, ci i sen - timente, nu doar cantitate ci i calitate. Astfel, trebuie înv at folosirea unui vocabular mai bogat de cuvinte care pot descrie sentimente. Tabelul de mai jos cuprinde cuvinte care descriu sentimente diferite i intensitatea lor.

**TABELUL 9.**

### **CUVINTE CARE ILUSTREAZ NIVELURILE DE EXPRESIE ALE UNUI SENTIMENT**

^SENTIMENTUL ^ \ _ INTENSITATEA \ ^	<b>Iritarea</b>	Bucuria	Anxietatea sau teama	Depresia
Slab	Irascibil	Mul umit	Nelini tit	Sup rat
	Sup rat	Bucuros	Nesigur	Am râ t
	Iritat	Fericit	Cu presim - iri rele	Ab tut
Medie	Furios	Deschis	Speriat	Descurajat
	Moroc nos	Vesel	Tulburat	Mâhnit
	Cert re	Bucuros	Tem tor	Nenorocit
Puternic	înfuriat	Triumf tor	Torturat	îndurerat
	Plin de ur	Radios	Scos din min i	Zdrobit
	Turbat	In extaz	îngrozit	Terminat

Pentru a da un răspuns bazat pe reciprocitate, trebuie găsit nu numai sentimentul exact și intensitatea corectă. Pacientul care spune „*Durerea este devastatoare*” nu va crede că l-a ascultat, dacă răspunsul dumneavoastră este „*Deci durerea vă suferă puțin?*”. Pe de altă parte, dacă pacienta spune „*Mă simt cam terminată astăzi*”, doctorul nu va obține efectul dorit dacă spune „*Se pare deci că simți că nu mai aveți nici o speranță*”.

## 9. COMUNICAREA NONVERBALĂ MEDIC - PACIENT

În opinia lui **Restian A (1997)**, practica medicală are ca fundament interpretarea comunicării nonverbale, observată atent. Informațiile non-verbale pe care le transmite pacientul sunt de natură fizică, biologică, medicală, socială, culturală. Din punct de vedere medical, prin informațiile non-verbale pe care le culege, medicul adună date semiologice esențiale pentru demersul său diagnostic, date cu valoare aproape absolută în specialitatea sa dermatologia sau neurologia. Faciesul, aspectul pielii, atitudinile, mișcările, mersul, scrisul, pot da informații valoroase în multe afecțiuni. Pacientul, la rândul său examinează și urmărește medicul în tot ceea ce înseamnă atitudinea sa.

Medicul nu trebuie să uite niciodată că prin comportamentul său el comunică ceva pacientului. Pacientul sesizează dacă medicul este atent, interesat de relatarea sa, îi apreciază atitudinea calmă și răbdătoare, vocea adaptată situației. Pacientul nu iartă niciodată atitudinea de dezinteres, de ignorare pe care o are uneori un medic. **Rudic T** și **Costea D** subliniază faptul că medicul trebuie să fie atent la propriile-i gesturi și reacții (clătirea capului, aerul neliniștit, etc.) pe care bolnavul le interpretează imediat, dar despre care nu îndrăznește să vorbească.

Comunicarea nonverbală este procesul de transmitere a informației fără a folosi cuvinte. Cuprinde felul în care o persoană își folosește corpul, cum ar fi expresia feței, privirea, gesturile brațelor și ale mâinilor, poziția și diferite mișcări ale picioarelor. Comunicarea nonverbală include, de asemenea, paralingvistica - adică unele calități cum ar fi tonul, ritmul, frecvența și vibrația; greșelile de vorbire; pauze sau tăceri. De foarte multe ori, în elegem sentimentele celorlalți tocmai prin aceste aspecte ale comunicării nonverbale. Exemple medicale frecvente sunt tensiunea discursului în cazul pacienților anxioși sau hipomaniacali, tonul lipsit de inflexiune al celor



foarte deprimată. Pacienții bolnavi, de cele mai multe ori „au vocea slabă”; putem măsura starea psihică a unei persoane după cum îi sună vocea („A trecut printr-o operație, dar glasul îi sună bine!”).

O componentă importantă a comunicării nonverbale implică spațiul de mișcare, adică poziția distanței: cât de mult ne apropiem fizic, în timp ce vorbim cu prietenii sau partenerii de afaceri, iubite sau pacienți.

Alte componente cum ar fi îngrijirea personală, îmbrăcăminte și mirosurile (exemplu: transpirația, alcoolul, tutunul) de asemenea oferă informații despre pacient fără a fi nevoie de cuvinte și poate fi de ajutor în înțelegerea mai bună a situației. Chiar dacă comunicarea nonverbală a pacientului este evidentă, acesta este foarte probabil să nu fie conștient de ea. Asta nu înseamnă că mesajele nonverbale sunt neconcludente de fapt, pot fi chiar mai exacte decât mesajul verbal, tocmai pentru că sunt neintenționate și necenzurate. Cu toate acestea este interesant să observi aspecte ale comunicării nonverbale, te poți întreba ce se face cu observațiile făcute. Căută consistență; identifică comportamentele nonverbale, decide dacă există punte de legătură între acestea și mesajul verbal transmis de pacient. Când aceste legături există, comunicarea este mai mult sau mai puțin directă. Iar dacă există discrepanțe, trebuie făcut un efort pentru descifrarea mesajului corect.

Propria comunicare nonverbală necesită un nivel ridicat de conștiință de sine și disciplină. Este deosebit de important modul în care reacționezi la anumite urgențe ce pot apărea în spital în timpul consultației. Trebuie să arăți că atenția îți este concentrată asupra pacientului, privind-l în ochi, poziția unei poziții atente și o aparentă neconștientizare a faptului că, în altă parte, situația este destul de gravă.

*Gesturile.* Deși anumite gesturi specifice au constituit subiect de studiu și interpretări propuse, în eleșul lor trebuie întotdeauna desprins din context. Când gesturile sau expresiile feței par să semnifice altceva decât cuvintele, trebuie făcut un efort pentru a descoperi care dintre ele - gesturile sau cuvintele - exprimă mesajul corect.

Tabelul de mai jos prezintă o listă de gesturi obișnuite și unele sugestii de privind interpretarea corectă a acestora.

TABELUL 10.

GESTURI	POSIBILE INTERPRETĂRI
„Acoperi ul” înseamnă unirea lor cu degetele întinse și vârfurile degetelor în contact, ca o turlă de biserică.	Încrederea sau siguranța a ceea ce se spune.
Ușoară ridicare a mâinii sau a degetului arătător, tragerea lobului urechii, sau ducerea degetului arătător la buze.	Dorința de a întrerupe pe cel care vorbește.
Brațele cizmate inerte pe lângă corp.	Lipsa speranței; cererea ajutorului este zadarnică.
Evitarea răspunsului prin dregerea vocii (tuse sine materia).	A respinge sau a nu fi de acord cu ceea ce se spune.
Ridicarea unui deget la buze.	Dorința de a reprimă (suprima) un comentariu făcut.
Încrucișarea brațelor (a se observa modalitatea în care sunt încrucișate și tensiunea musculară, prezența în special în mâini).	Un gest defensiv, indicând respingerea, un sentiment de nesiguranță sau, pur și simplu, o poziție confortabilă.
Intensificarea tensiunii musculare, „sindromul pulpelor albe”.	Tenție sau tensiune.
Încrucișarea picioarelor.	Încercarea de a te închide sau proteja împotriva a ceea ce se spune sau o poziție confortabilă.
Picioarele neîncrucișate, legate înainte și înapoi stând pe scaun.	Receptivitate la ceea ce se spune.

Două dintre ele necesită comentarii. Gesturile de neajutorare sau lipsa de speranță sunt tipic compuse din două faze. Ambele mâini sunt ridicate la nivelul feței, cu coatele fixe, palmele orientate una către alta; sunt micșorate ușor înspre exterior, cu degetele depărtate și arătătorul și degetele ușor îndoite, ca și cum ar fi gata să apuce. Această poziție durează puțin, mâinile căzând apoi lipsite de vlag în poală.

Gestul acesta înseamnă că pacientul se simte fără putere în fața problemei sau situației respective. Prima parte poate însemna cererea ajutorului, în

timp ce a doua parte (hipotonia sau retragerea) accentuează inutilitatea primirii oricărui ajutor.

Evitarea răspunsului prin reglarea vocii se petrece chiar și atunci când nu sunt prezente mucus sau flegmă. O alternativă a acestui gest este frecarea nasului, ceea ce implică o ușoară frecare cu partea dorsală a degetului arătător. Aceste gesturi înseamnă că pacienta nu este de acord sau respinge afirmațiile făcute. Spre exemplu: „Cum merg lucrurile acasă?”. Pacientul răspunde: „Bine”, își reglează vocea și își frecă ușor nasul. Probabil că vrea să spună: „De fapt, lucrurile nu merg atât de bine acasă.”

### *Paralimbajul.*

Când se ascultă discursul unui pacient, pot fi auzite, pe lângă cuvinte, pauzele, tonul, și modelarea. În același fel, pacientul aude tonul și ritmul cuvintelor tale. Indicațiile paralingvistice pot aduce o contribuție importantă la modul în care este înțeles pacientul și la felul în care acesta te percepe ca pe cineva care vrea să-l ajute.

Unul din aspectele paralimbajului sunt pauzele de care ne vom ocupa în cele ce urmează. Pacientul face o pauză înainte de a răspunde întrebării medicului sau înainte de a da următoarea replică. De ce fac aceste pauze? Cauzele pauzelor includ:

- Amintirea timpului exact
- Timp pentru formularea limbajului
- Cenzurarea unor informații
- Crearea unui efect (măsurare)
- Pregătirea de a spune o minciună.

TABELUL 11.

COMPONENTE ALE PARALIMBAJULUI	
Componenta	Exemple
Frecvența vorbirii	înceat, rapid, deliberat
Pauzele	Lungi, scurte, neadecvate
Pauze/Ritmul discursului	Automat, ezitant, discurs fluent
Tonul	înalt, mediu, jos
Volumul	Mare, scăzut, cu variații multiple
Articularea	Clar, precis, de nedesluit

## 10. MODELE ALE RELAȚIEI MEDIC - PACIENT

Există un număr de modele potențiale. Deseori nici medicul, nici pacientul nu sunt pe deplin conștienți că în realitate se alege unul pe altul. Modelele, cel mai adesea, derivă din personalitățile, expectanțele și nevoile ambilor. Faptul că la aceste personalități așteptările și nevoile sunt în general trecute sub tăcere și pot fi destul de diferite pentru doctor și pacient pot conduce la o proastă comunicare și dezamăgire din partea ambilor participanți. Modelul medical încă prevalent consideră consultația un simplu decor în care doctorul își desfășoară munca de diagnostic și tratament. Cu toate că acest model de consultație este tradițional și comod pentru medic el a fost în ultimele decenii într-un puternic contestat și este tot mai puternic contestat. După Oan CS (1997), conform acestui model, accesul pacientului la medic și contactul cu acesta implică executarea unor veritabile ritualuri:

1. *Umilința pacientului care trebuie să-și afirme neajutorarea;*
2. *Etalarea suferinței într-un mod standardizat sub formă de simptome;*
3. *Programarea consultației sau înscrierea pe o listă de așteptare;*
4. *Îmblânzirea spiritelor care îl înconjoară pe doctor (asistente, infirmiere, secretare, portari);*
5. *Pacientul trebuie să-și sacrifice părți din corpul său ca să câștige atenția medicului: sânge, urină, esuturi pentru analize;*
6. *Doctorul este îmbrăcat într-o uniformă simbolică, întronat în spatele unui birou și tăcut ca un șfînx;*
7. *Pacientul, din contră, stă gol pe un scaun sau pe o canapea, (și asta numai pentru că s-a pierdut bunul obicei al îngenunchierii), corpul și spiritul lui fiind accesibile doctorului;*
8. *Mormintele doctorului, precum prezicerile Pythiei la oracolul din Delphi, sunt ambigue și, de obicei, într-o limbă inaccesibilă pacientului.*

„Noul val”, care tinde să schimbe aceste paradigme, ia în considerare tot mai mult faptul că pacientul nu funcționează ca o mașină care s-a defectat, ci are sentimente, iar doctorul la rândul lui, nu este o mașină de pus diagnostice și elaborat tratamente, având la rândul lui sentimente. Pe creasta „noului val” plutesc conceptele moderne cum ar fi: abordarea „holistică”, „suferință și deprofesionalizarea medicinei”, „medicalizarea excesivă a vieții”, „drepturile pacientului și consimțământul informat” etc. în medicina moder-

nu se trece dincolo de aspectul clinic al consultației, **relația psihologică** fiind un complement indispensabil în alegerea bolii și bolnavului.

Modelul comportamentalist care deplasează accentul de pe doctor pe pacient înseamnă o coborâre voluntară a medicului de pe pedestalul autoritar și îndepărtarea de stereotipul autocratic. Una dintre primele teorii care descrie cel mai bine modelul medical actual este **teoria rolurilor**.

**TABELUL 12.**

MODELE SPECIFICE
<i>Modelul activ/pasiv</i>
<i>Modelul profesor-student (părinte/copil, sfatul/cooperare)</i>
<i>Modelul participării mutuale</i>
<i>Modelul prietenesc (socio-familiar)</i>

**Activ/Pasiv.** Completa pasivitate a pacientului și preluarea de către medic a tratamentului. Pacientul nu își asumă virtual nici o responsabilitate pentru propria îngrijire și nu participă la tratament. Acest model este adecvat atunci când pacientul este inconștient, imobilizat sau în delirium.

**Profesor/Student.** Dominarea de către medic, al cărui rol este paternalist și de control. Rolul pacientului este în mod esențial unul de dependență și așteptare. Este un model specific observat în timpul vindecării după o operație (în chirurgie). **Rudic T și Costea D (1996)** consideră că este modelul cel mai frecvent al relației medic-bolnav. În toate afecțiunile în care pacientul își poate manifesta voința și spiritul critic, medicul îi cere această cooperare. După punerea diagnosticului, medicul dirijează, îndrumă - într-o manieră mai mult sau mai puțin autoritar - și apreciază cooperarea pacientului; pacientul poate deci să aibă o opinie prin care să demonstreze că apreciază și în alege ceea ce i se spune (dar se constată că el greșete adesea în aprecierile pe care le face).

**Modelul participării mutuale.** Implică egalitate între medic și pacient. Ambii participă și au nevoie și depind de aportul celuilalt. Nevoia de o relație medic-pacient bazată pe un model de participare mutuală și activă este cea mai evidentă în tratamentul unor boli cronice ca **IRC**, diabet, în care cunoștințele pacientului și acceptarea tratamentului sunt puncte critice pentru succesul tratamentului. Este de asemenea eficient, în situații mai delicate, ca pneumonia. Acestă participare presupune un model psihologic foarte complex

și mai evoluat: pacientul poate aprecia ceea ce-i recomandă medicul, iar medicul trebuie să evalueze cât mai corect trebuințele momentane sau cele constante ale pacientului.

**Prietenia** este considerată ca un model disfuncțional, dacă nu chiar neetic. Reprezintă adesea o problemă psihologică primară și de profunzime care are o nevoie emoțională în a schimba îngrijirea pentru pacient într-o relație de împărțire mutuală a informațiilor personale și a dragostei.

Acest model adesea implică o perpetuare nedeterminată a relației și o tergere a granițelor dintre profesionalism și intimitate mai degrabă decât un sfârșit adecvat.

## 11. ASPECTE ALE DINAMICII RELAȚIEI MEDIC-PACIENT

Cătigarea controlului conștient în relația dintre medici și pacienți necesită o evaluare constantă. Cu cât medicul are o mai bună înțelegere asupra lui însuși, cu cât se simte mai sigur, cu atât este mai capabil să modifice atitudinile distructive. Doctorul are nevoie să fie empatic (să aprofundeze), dar nu până la punctul de a-și asuma problemele pacientului sau fanteziile lui nerealistice, pentru că numai el, pacientul, pot fi salvatorul său. Doctorul trebuie să fie capabil să dea la o parte problemele pacienților când părăsesc cabinetul sau spitalul și nu trebuie să-și folosească pacienții ca un substitut pentru intimitate sau relații care poate fi lipsesc în viața personală. În caz contrar, va fi împiedicat în eforturile sale de a ajuta oamenii bolnavi, care au nevoie de simpatie și înțelegere, dar nu de sentimentalism sau de supraimplicare.

Medicul este înclinat spre o anumită apatie, pe de o parte pe bună dreptate, pentru că mulți medici neștiutori (inocenți) au fost dați în judecată, atacați sau chiar uciși pentru că nu au dat pacienților lor satisfacția pe care aceștia o doreau.

În consecință, medicul își va asuma o atitudine de apatie față de toți pacienții. De aceea asemenea rigiditate poate crea o imagine de meticulozitate (profunzime) și eficiență, ea este frecvent nepotrivită. O flexibilitate mai mare duce la o sensibilitate mai mare în răspuns la influențele subtile reciproce dintre două persoane.

De asemenea, trebuie să se adopte o anumită toleranță pentru prezentul real nesigur în orice situație clinică pentru orice pacient. Medicul trebuie să

înveie și accepte faptul că, oricât de mult ar dori să controleze totul în îngrijirea pacientului, această dorință nu se poate realiza niciodată pe deplin.

Medicii vor trebui de asemenea să evite eschivările din anumite situații în care consideră că este foarte greu să se descurce datorită propriilor susceptibilități, prejudecăți sau ciudăenii atunci când aceste probleme sunt importante pentru pacient.

Când pacientul simte interes pentru el, entuziasm și bunăvoință din partea examinatorului, el este apt să tolereze o lipsă de experiență considerabilă din partea medicului.

## 12. TRANSFER ȘI CONTRATRANSFER ÎN RELATIA MEDICALĂ

**Atitudinile transferențiale.** Atitudinea pacientului față de medic este susceptibil să fie o repetiție a atitudinii pe care el sau ea au avut-o față de alte autorități. Această atitudine poate varia de la o atitudine bazală realistă - în care doctorul se așteaptă la cel mai autentic interes din partea pacientului, la o supraidealizare și chiar cu o fantezie erotizantă până la una de neîncredere, așteptându-se ca medicul să fie disprețuitor și potențial abuziv.

*Transferul.* Transferul este definit de modelul general ca un set de așteptări, convingeri și răspunsuri emoționale pe care pacientul le aduce în relația medic-pacient; ele nu sunt determinate în mod necesar de cine este medicul sau cum acționează el de fapt, ci mai degrabă de experiențele continue pe care pacientul le-a avut de-a lungul vieții cu alte importante personalități, autorități.

*Contratransfer.* Așa cum pacientul aduce atitudini transferențiale în relația medic-pacient, doctorii înșiși dezvoltă adesea reacții contratransferențiale față de pacienții lor.

Contratransferul poate lua forma sentimentelor negative, care dezbină relația medic-pacient, dar poate de asemenea să devină disproporționat pozitiv, idealizând sau având reacții erotice.

Cel mai adesea pacienții sunt considerați ca buni pacienți dacă modul lor de aplicare a severității simptomelor se corelează cu o boală biologic diagnosticabilă clar:

- dacă sunt complianți;
- dacă în general nu-și schimbă tratamentul;
- dacă sunt emoțional controlați;
- și dacă sunt recunoscători.

TABELUL 13.

MODELUL PSIHODINAMIC AL DISTANȚEI AL LUI GEBSATTEL		
Faza de apropiere	Trăirile și atitudinile bolnavului	Trăirile și atitudinile medicului
Faza apelului uman	Se exprimă plastic prin cuvintele: „ <i>am nevoie de dumneavoastră</i> ”	Manifestă o atitudine de încredere față de bolnav, satisfăcând solicitările acestuia (nu-l frustră, deci, în așteptările sale)
Faza îndepărtării sau obiectivității	Bolnavul spune despre medic: „ <i>el trebuie să-ți facă</i> ” Fază dificilă pentru bolnav, mai ales dacă examenul clinic de laborator se prelungește; îmi poate eventual forma impresia că nu este decât un subiect de experimentări.	Medicul despre bolnav: „este un caz, nu o persoană oarecare” Nu mai consideră bolnavul o persoană suferind oarecare, ci un subiect de analiză științifică, trecând relațiile afective pe un plan secund; crește astfel distanța între pacient și medic. Dacă înainte ca diagnosticul să fie stabilit și planul terapeutic pus la punct, medicul nu se apropie de bolnav și îl consideră doar un caz medical, fără să vadă în acesta o persoană bine individualizată sub raport psihologic de care trebuie să se ocupe, sentimentul frustrării, pe care bolnavul îl încercă în această fază, se va accentua.
Faza personalizării	„ <i>El mă încredințează să mă ajute</i> ”	„ <i>El suferă, este bolnavul meu, eu pot să-l ajut</i> ”

Dacă aceste expectații nu se îndeplinesc, chiar dacă acesta este rezultatul unei necesități inconștiente din partea medicului, pacientul poate fi blamat și perceput ca neplăcut sau rău, cu care nu se poate lucra.

Un medic care antipatizează un pacient este în pericol de a deveni ineficient în tratamentul lui. Emoțiile nasc contraemoții. Dacă medicul se poate ridica deasupra unor asemenea emoții și poate stăpâni pacientul refractar cu calm, poate avea loc o schimbare în relația interpersonală de la una de antagonism mutual clar la una în care cel puțin în acceptanță și respectul sunt prezente. A te ridica deasupra acestor emoții implică lăsarea în urmă a reacțiilor intense, contratransferențiale și explorarea (fără vreoa pasiune) de ce



pacientul reacționează față de medic într-o asemenea manieră aparent de apăsătoare.

În afară de toate, pacientul are nevoie totuși de doctor, iar ostilitatea garantează că ajutorul necesar nu va apărea. Dacă medicul poate înțelege, că opoziția pacientului este într-un fel defensivă sau de autoapăsătoare și de cele mai multe ori reflectă teama transferențială față de lipsa de respect, abuz și dezamăgire, atunci doctorul va fi mai puțin supărat și mai empatic.

Medicii care au ei înșiși nevoi inconștiente puternice și fie atotcunoscători și omnipotenți, pot avea probleme particulare cu anumite tipuri de pacienți.

Acești pacienți pot fi de fapt dificil de stăpânit de majoritatea medicilor, dar dacă medicul este conștient pe cât posibil de propriile sale nevoi, capacitatea și limite, acești pacienți vor fi mai puțin amenințatori. Acești pacienți îi includ pe următorii:

- pacienții care par să se apere de încercările de a-i ajuta (ex.: pacienții cu boli cardiace severe care continuă să fumeze sau să bea);
- cei care sunt percepți ca necooperanți (ex.: pacienți care pun la îndoială sau refuză tratamentul);
- cei care mai caută o a doua opinie;
- cei care nu izbutesc să se însănătoșească - ca răspuns la tratament;
- cei la care acuzele fizice sau somatice maschează probleme emoționale (ex.: pacienții cu tulburări de somatizare, boală dureroasă somatiformă, hipocondrii sau boli simulate);
- cei cu sindroame psihice organice - demență senilă;
- cei care sunt pe moarte sau cu durere cronică - pacienți care reprezintă o nerezolvare profesională, în acest fel, o amenințare pentru identitatea medicului și stima de sine.

### 13. MEDICII CA PACIENȚI

Un exemplu special de contratransfer apare atunci când pacientul tratat este medic. Problemele care pot apărea în această situație includ: a teptările că medicul-pacient se va preocupa de propria medicație și tratament și teama din partea medicului terapeut de a fi criticat pentru competența sa.

Apar în rândul unui grup social clar definit și unui subgrup în care funcționează conform unor reguli diferite medicul, atunci când se îmbolnăvește, va avea o patologie care va fi nuanțată de apartenența sa subgrupală. Apar în rândul

aceluiași subgrup, medicul care va trebui să îi trateze un coleg, va trebui să în seama de această particularitate care are efecte atât asupra diagnosticului cât și a actului terapeutic în sine.

Medicii bolnavi sunt pacienți cunoscuți în mod notoriu ca umili și modești și aceasta deoarece medicii sunt educați să controleze situația medicală și să stabilească relația medic-pacient. Pentru un medic, să fie pacient, poate însemna să predea controlul, să devină dependent, să apară vulnerabilități înfricoșătoare, sentimente pe care majoritatea medicilor sunt educați să le reprime.

Un studiu recent (1998) făcut în Canada a ajuns la următoarele concluzii generale:

1. medicul bolnav tinde să subestimeze simptomele și să maximizeze tratamentul.
2. el dorește depășirea rapidă și eficientă a suferințelor sale și nu și acordă de regulă nici un timp de recuperare.
3. consultațiile medicului suferind de către un confrate sunt rareori structurate și pregătite de o cerere de consultație (consultații de coridor)
4. medicul suferind are tendința de a se autodiagnostica și de a administra automedicația, acestea fiind principalii factori de risc care produc agravarea bolii și întârzierea diagnosticului corect.

Pacienții-medici pot evita să devină ceea ce ei percep ca o povară ce suprasolicită colegii sau pot fi jenați și să pună întrebări pertinente din teama de a nu prea ignorați sau incompetenți.

Pacienții-medici pot stimula teama medicului curant care se vede pe sine în pacient, o atitudine care poate duce la refuz și evitare din partea medicului curant. **Rudic T** și **Costea D** subliniază rezerva și scepticismul terapeutic manifestat în general de medicul-pacient, care va împiedica în mare măsură apariția efectului placebo, diminuând și pe această cale efectul terapeutic.

Medicul terapeut în fața pacientului medic adoptă fie o atitudine pasivă, în care îi abandonează rolul său motivând statutul special de medic al bolnavului, fie una autoritar-activă în care terapeutul îi deposedează pacientul de atribuțiile sale, reducându-l la condiția de bolnav pentru a-i putea exercita fără distorsiuni rolul de medic. Există un risc major pentru medicul care îi îngrijește un confrate suferind, de a adopta o funcționare în oglindă față de cea a acestuia și de a folosi aceleași mecanisme defensive pe care pacientul le utilizează, în special anularea retroactivă și negarea. Identificarea

îi confraternitatea, conducând la o empatie excesivă, pot conduce medicul terapeut la minimalizarea, banalizarea și chiar nerecunoașterea suferinței colegului său.

#### 14. MEDICUL ÎN PATOLOGIA PSIHOLOGICĂ PROFESIONALĂ (*SINDROMUL DE BURNOUT*)

În afara unei patologii propriu-zise psihice sau somatice, înscriindu-se în cadrele nosologice tradiționale, din ce în ce mai multe lucrări contemporane insistă asupra suferinței medicului, cu atât mai mult cu cât el beneficiază tot mai puțin de gratificațiile materiale și narcisiace care existau în epocile anterioare (**Besancon G, 1999**). Același autor arată că, comparând o populație de aceeași vârstă și același nivel social, medicii și în special psihiatrii, au o rată crescută de tulburări mintale ca: depresie, tentative de sinucidere, adicții diverse, în special alcoolul.

În 1982, medicul canadian **Lauderdale M** dedica o monografie sindromului de epuizare profesională, așa-numitul *sindrom burnout*, care desemnează uzura și epuizarea energiei și a forțelor sau resurselor individuale care îi provoacă individului o scădere globală a întregului potențial de acțiune. Termenul venea să definească mai bine *stresul profesional* (**Paine W**), *depresia de epuizare* a autorilor sovietici, sau *sindromul conducătorului stresat* (**Larouche**).

Studiile care au urmat au conturat repede categoria **profesională** cea mai afectată de acest sindrom: medicii. S-a constatat că acest lucru decurgea din obligația permanentă a individului de a-și susține o imagine personală idealizată, indiferent de progresul tehnologic, de lipsa unei recunoașteri sociale corespunzătoare cu gradul de dificultate al activităților pe care le desfășoară, în sfârșit, datorită programului neconvențional. Dintre factorii care duc la instalarea acestui fenomen se pot enumera: munca **neurmată** de rezultate imediate, nerecunoașterea calității activității, lipsa încurajărilor și a **gratificațiilor** morale. În aceste condiții, subiectul se epuizează pe măsura ce constată prăbușirea propriilor iluzii în fața evidenței realității.

Deși majoritatea autorilor sunt de acord că acest concept de burnout este eterogen și nu se poate vorbi de o patologie specifică, se acceptă un tablou clinic minim cu următoarele aspecte:

- semne și simptome somatice: cefalee continuă, tulburări gastro-intestinale, astenie, fatigabilitate;

- comportamente neobișnuite pentru subiect: iritabilitate, intoleranță și incapacitate de a înțelege sau a fi empatic cu ceilalți, criticism nejustificat, lipsa de încredere, atitudine de superioritate față de ceilalți;
- atitudini defensive: rigiditate, negativism, rezistență la schimbare, pseudoactivism (subiectul petrece tot mai multe ore la locul de muncă, dar realizează tot mai puțin din ceea ce îi propune, fără să fie pe deplin conștient de acest lucru).

Este de asemenea acceptată ideea că sindromul de burnout are o evoluție stadială :

- *stadiul I* - caracterizat de neliniște, confuzie și apariția frustrării (individul simte că ceva nu e în regulă);
- *stadiul al-II-lea* - caracterizat prin frustrare intensă și nemulțumire;
- *stadiul al-III-lea* - caracterizat prin apatie, renunțări și disperare.

Fără să fie o entitate clinică precisă, burn-out-ul este centrat de treptatul epuizare fizică și/sau psihică, depersonalizare profesională, atitudine negativă față de propriile împliniri.

Toate acestea apar insidios și sunt accentuate de perioadele de așteptare excesivă a unor schimbări, de numărul prea mare de concursuri, având drept rezultat doar un grad mic de promovare profesională, de surmenajul socio-profesional sau de dificultăți pecuniare majore.

Am insistat asupra descrierii clinice a sindromului de BURN-OUT (epuizare profesională) pentru că mi s-a părut uimitoare asemănarea condițiilor favorizante cu ceea ce se întâmplă medicului român contemporan. De altfel, depășind sfera supozițiilor teoretice, am făcut un studiu activ (**F.Tudose, G.Cociorva, A.Niculici, 1997**) printre medicii unui mare spital bucureștean, iar rezultatul vorbește de la sine. 40% aveau cu certitudine suficiente elemente pentru diagnostic. Drama este cu atât mai mare cu cât grupele de profesioniști cele mai afectate erau cele care se aflau în intervalul 25-40 de ani, reprezentând aproape 80% din numărul suferinzilor. Rezultatul este dramatic și paradoxal deoarece înaintarea în vârstă ar presupune un grad firesc de uzură biologică și psihologică și nu vârsta marilor acumulări, cea a viselor și a speranțelor, la care cei al căror orizont de așteptare a fost limitat postdecembriștii a permis o adaptare la un nivel funcțional mediu și continuă să funcționeze fără prea mari probleme într-un sistem medical inert care, de altfel, nu s-a schimbat aproape deloc.

## 15. CÂTEVA IPOSTAZE SPECIALE ALE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT

Trebuie menționat că există anumite specialități medicale în care fenomenul de burnout este mai frecvent.

Un medic orelist, lucrând într-un serviciu chirurgical de elită, relatează dificultățile extreme pe care le avea în a comunica necesitatea sancțiunii chirurgicale în cazurile de neoplazie laringiană. Această dificultate era direct proporțională cu creșterea experienței sale profesionale, imaginea sa fantasmatică pentru pacienți fiind aceea de „*doctorul care își ia vocea*”. În ciuda succeselor medicale evidente prognosticul *quodam vitam* și vindecarea chirurgicală a cancerului, pentru pacient chirurgul rămânea un personaj amenințător și dezagregabil.

Medicul oncolog, aflat în contact direct cu bolnavul cu cancer, își modifică inconștient, atât comportamentul profesional cât și imaginea de sine sub presiunea permanentă a situației cu care se confruntă.

El se încarcă afectiv în urma transferului intens care are loc în relația medic-pacient, un pacient paradoxal care, în același timp, își dorește dependența suprainvestind potența medicului, dar și recuștarea autonomiei, minimalizând competența și ajutorul oferit. Studii succesive au arătat un nivel crescut al tanatofobiei la medicii oncologi în comparație cu grupuri de control similare de persoane sănătoase și chiar de pacienți cu cancer. În analiza comportamentului la patul bolnavului se observă exacerbarea unor mecanisme de apărare manifestate prin scurtarea vizitei, comportament impersonal, autoritarism sau permisivitate excesivă.

Pacientul cu durere supune medicul oncolog la o agresivitate și o culpabilizare continuă și la o deteriorare permanentă a imaginii de sine și a imaginii profesionale confruntate cu spectrul incapacității de acțiune eficientă.

## 16. COMUNICARE MEDICALĂ ÎN GEN

**Restian A (1997)** subliniază că în relația medic-pacient, nu vom putea face niciodată abstracție de apartenența de gen a fiecăruia. Relația medic-pacient, în mod particular, este deosebit de complexă, datorită faptului că, în general, femeile au o structură mai complexă, iar gama patologică este mult mai largă și cu mai multe implicații afective.

Prin natura lor, femeile consultă mult mai des medicul decât bărbații, tot prin natura lor, ele sunt mult mai bune comunicatoare (**Cristian OS**).

Relația medic-pacient nu trebuie niciodată forțată, la fel cum nu trebuie niciodată simplificată. Este bine ca această relație să fie cât mai neutră, cât mai obiectivă, cu acordarea unui respect deplin bolnavei și suferinței sale. Bolnava nu trebuie exploatată în nici un fel, mai ales, sexual.

Dificultatea de a accepta existența unei comunicări diferite cu pacienții diferiți ca sex sau ca vârstă tendința spre a se numi *comunicare standardizat*, care este de fapt un model minimal, puțin operant în medicină, are drept consecință o importantă scădere a calității actului medical.

Nu este un secret pentru nimeni că informațiile epidemiologice aduc date diferite atunci când este vorba de un sex sau altul și există o serie de cutume în care o anumită tipologie feminină, cel puțin din punct de vedere psihologic, este postulat. Aceasta conduce la erori și exagerări atunci când manifestările unor boli somatice sunt mai criptice ca în miastenia gravis, lupusul eritematos diseminat, dar și în ceea ce privește tulburările de conversie sau tulburările somatoforme.

Fără îndoială, există o problemă de comunicare, dar și una care se referă la cunoștințele profesionale propriu-zise atunci când medicul trebuie să abordeze problemele legate de sexualitate sau de zonele genitale ca regiune anatomo-funcțională.

Clarificarea unor explicații legate de această deficiență ar necesita o discuție mult prea amplă, care ar depăși sensibil limitele acestei lucrări și ale celor coordonate cultural istorice și-ar cantona curent în zona prejudecăților și tabuurilor.

Desigur, o astfel de situație reprezintă o barieră majoră în calea atitudinilor și practicilor medicale, fie că este vorba de prevenție sau de terapie. De partea cealaltă a binomului, în atitudinea pacientei, problemele legate de genitalitate și sexualitate vor fi mereu luate pe ultimul plan, patologia fiind adesea considerată o pedeapsă sau o stigmatizare. La această concepție contribuie adesea atitudinea medicală precum și pseudoetiologia sau etiologia îndoielnică a tulburărilor ce afectează sfera genitală, în care foarte mulți medici, evident de ambele sexe, își proiectează complexe. Medicii cu care pacienta ar trebui să fie cel mai adesea în contact, pentru patologia specifică feminină, sunt medicul de familie, ginecologul și psihiatrul. Aceste trei

categorii de specialiști ar necesita din această cauză o formare suplimentară, care în momentul de față, evident, nu există.

Urmează observații din două mari centre universitare ne confirmă ideologia medievală care mai poate fi întâlnită în clinicile ginecologice. În primul caz, cel al unui cadru medical cu o inflamație pelviană, se cerea externarea și transferul la clinica de psihiatrie pentru că bolnava era și toxicomană, iar apariția unei afecțiuni genitale de acest tip ar fi fost ceva aproape de la sine înțeles, în consecință, ceea ce trebuia tratat ar fi fost dependența de drog. În al doilea caz, petrecut de asemenea într-un mare oraș universitar, obstetricienii din două clinici diferite au refuzat să primească o parturientă infectată cu HIV, ceea ce trebuia neapărat să se facă operație cezariană, motivul obscur fiind declanșarea unei epidemii sau pur și simplu teama de infectare a medicilor și a personalului de îngrijire.

Comentariile sunt de prisos și acestea nu ar face decât să justifice care este motivul pentru care într-un mare spital general, cu zeci de clinici, solicitarea serviciului de psihiatrie de legătură este deosebit de redus (pe ultimul loc) din partea clinicilor de ginecologie.

Este de reamintit faptul că, pe plan mondial, psihiatria de legătură apare cel mai frecvent solicitată în clinicile ginecologice, iar colaborarea dintre psihiatru și ginecolog este adesea o constantă.

De asemenea, este mai ușor de explicat în acest context de ce măsurile de protecție față de afecțiunile cu transmitere venereală obișnuite găsesc un atât de slab răspuns în marea masă a populației, atât timp cât medicii și asistentele nu cred în ele. Orice individ va face asocierea între latexul mănuii chirurgicale, considerat o protecție ineficăcă, și cel, mult mai subțire, al prezervativului.

Comunicarea involuntară a unui dublu mesaj, în același timp pozitiv și negativ, are un efect catastrofal asupra receptorului: în cazul nostru, pacienții.

Tot de mesajul ineficient în această situație deosebită în care majoritatea femeilor din România nu folosesc metode moderne de contracepție, deși 85% dintre ele le cunosc. 250 de mii de românce au apelat la avort în 1999, iar o femeie din România are pe durata vieții 3,4 avorturi în timp ce în Statele Unite media pe femeie este mai mică, de 1.

Pentru o mai bună înțelegere a problematicii de care ne ocupăm, dorim să rememorăm împreună câteva concepte simple și, tocmai de aceea, atât de des ignorate:

- *Sexul este fundamental biologic.* El se manifestă prin caracteristici determinate (fizic, genetic și hormonal) care servesc la diferențierea femeii de bărbat. În mod obișnuit, sexul nu se poate schimba.
- *Genul se învață, este cultural, dobândit.* Oamenii nu se nasc cu un anumit gen, ci dimpotrivă, genul rezultă din dobândirea de-a lungul vieții, în special în copilărie, a unor norme/caracteristici. Genul constă în caracteristicile și rolurile care diferențiază femeia de bărbat. Există norme impuse de societate pentru ambele sexe. Genul include simptomele, valorile și comportamentele predeterminate, asociate fiecărui sex. *Genul* reprezintă, deci, o construcție socială.

Genul este cel care ne spune, în diverse moduri, ceea ce ar trebui să fim în societate. Valoarea și cunoștințele despre gen sunt diferite în culturi și generații diferite. Aceste caracteristici devin atât de interiorizate, încât nici nu mai sunt percepute ca atare, ca o construcție exterioară. Ele ne modelează atitudinile și opiniile despre ceea ce este feminin și masculin, cine este femeie și cine este bărbat în plan comportamental.

Așa cum există caracteristici diferite pentru femeie sau bărbat, tot așa există comportamente *acceptate* pentru fiecare sex. Aceste comportamente acceptate se numesc *roluri de gen*.

Atât femeile, cât și bărbații sunt limitați în ceea ce privește comportamentul, responsabilitățile și opțiunile lor în viață, din cauza rolurilor și responsabilităților care le sunt impuse de cultura care îi aparține.

Medicii ar trebui să recunoască faptul că rolurile impuse de gen și de relațiile care rezultă din rolurile de gen, reprezintă pentru femei adevărate obstacole.

Rolurile de gen ale femeii și ale bărbatului au în mod particular consecințe nefaste în ceea ce privește sănătatea genitală și practicile contraceptive. Astfel, sănătatea femeii este permanent supusă riscului suplimentar, ea putând avea sarcini nedorite sau putând ajunge la avorturi, uneori în condiții periculoase. Modul în care bărbatul acceptă, sau dimpotrivă, respinge ideea de planificare familială precum și măsurile de protecție au un impact puternic asupra stării de sănătate a partenerei.

Dacă medicii în cont de rolurile de gen și relațiile lor, atunci ei sunt capabili să ofere pacienților opțiuni care sunt cât mai apropiate de situația lor particulară.



Normele sociale, ignoranța și, mai ales, prejudecățile împiedică femeia să aibă un acces complet la sistemul de îngrijiri și să își exercite plenar dreptul la sănătate.

Astfel, evaluarea și abordarea femeii în întregul ei, devine o responsabilitate a profesionistului din domeniul medical. Este de datoria acestuia să-i ofere pacientei informația, dar și sprijinul necesar pentru a face alegeri sănătoase, să îi respecte dreptul ei la sănătate și dreptul ei la o bună calitate a serviciilor de sănătate.

Cunoștințele despre dezvoltarea sexuală și comportamentul sexual devin din ce în ce mai importante pentru menținerea sănătății deoarece standardele sociale s-au schimbat. De exemplu, comportamente care până nu demult erau considerate ca perversitate, acum probabil sunt încă privite ca devianțe și în viitor vor fi considerate ca o alternativă acceptabilă la activitatea sexuală «normală». Comportamentul sexual nu mai este un factor important în determinarea valorii individului deși există un interes continuu pentru manifestările private și publice ale personalităților. În general oamenii sunt mai dornici de a-și accepta propria sexualitate, recunoscând că aceasta este doar o faptă a personalității lor.

În societatea permisivă de azi, tinerii pot deveni implicați în activități sexuale de la vârsta de 8 sau 10 ani. Fetele pot fi implicate în a face sex neprotejat pentru a putea deveni parte dintr-un grup sau ca o modalitate de a li se acorda atenție.

În prezent doar în Statele Unite există aproape un sfert de milion de sarcini pe an la adolescente. Deși ele sunt informate despre anatomia și psihologia gravidității, tind să nu integreze realitățile pe care le-au aflat în orele de educație sexuală cu felul în care propriul corp funcționează. De aceea, deși au fost învățate despre metodele contraceptive nu le aplică serios în practică. Multe refuză să utilizeze contraceptivele deoarece ele nu doresc să-și asume responsabilități în legătura sexuală. Pentru ele, lipsa protecției este egală cu spontaneitatea în acțiune pentru care nu se simt vinovate. Într-adevăr, unele sarcini sunt duse la termen cu scopul de a demonstra că fata este o femeie adevărată. Pentru altele, a avea un copil reprezintă unul important, considerând că prin aceasta vor avea asupra cui să-și reverse iubirea. Din păcate, aria responsabilității este ignorată în aceste cazuri și puține din aceste adolescente se gândesc la aspectul îngrijirii de zi cu zi de care un copil are nevoie.

În sfârșit, unele fete aleg gravitatea ca pe o cale de a-și pedepsi sever părinții.

Debutul vieții sexuale, de obicei, este amânat până mai târziu în adolescență (16-18 ani), fiind mai frecvent la adolescentele tinere. Deseori fata poate să nu fie gata de a se implica în viața sexuală, dar îi este frică că colegii vor râde de ea pentru faptul de a fi rămasă virgină. Ca urmare, ea poate dezvolta simptome care să exprime atracția pentru o implicare sexuală, dar și teama de aceasta. Ea se poate plânge de dureri de cap, simptome gastrointestinale sau atacuri de anxietate care îi permit să se îndepărteze de activitățile sociale. Problemele sale pot fi suficient de severe pentru a duce la spitalizare, însă atât de ascunse, încât cauza adevărată nici măcar să nu fie suspectată.

Consultați în aceste situații de familiile care vor să știe ce se întâmplă, medicii oferă de regulă soluția clasică a mării și a părinților sau, după un examen brutal al zonei genitale făcut mai mult ca să constate pierderea virginității, recomandă mai degrabă soluția: „să-și găsească ea pe cineva care este normal”. De altfel, proporia adolescentelor care se adresează personal medicului de familie este extrem de redusă, iar în ceea ce privește ginecologul, nu este vorba decât de cazuri excepționale. Acesta este motivul care ne face să revenim în finalul acestui capitol, cu o descriere mai amănunțită a felului în care trebuie abordată relația cu pacienta adolescentă. Considerăm că nu există nimic preventiv mai important pentru sănătatea genitală a femeii decât această bună relație cu medicul, stabilită în această perioadă. Este o cale directă care va permite ulterior o abordare normală a relației medic-pacient și se va menține natural pentru tot restul vieții.

Pentru perioada cu relații mai puține sau mai mult permanente, adultul tânăr (între 20-30 ani), în ultimele două decenii, bolile venerice au crescut accentuat deoarece mulți indivizi au relații cu mai mulți parteneri. Infecția gonococică este cea mai comună, afectând în 25% din cazuri adolescenții. Chlamidia este o altă boală venerică care este foarte comună, cauzând multe acuze asemănătoare cu gonoreea (disconfort, durere, boală inflamatorie pelvină, sterilitate). Anumite infecții bacteriene, care erau limitate la gură, anus sau organele sexuale acum pot fi găsite și în alte zone, ca urmare a practicării sexului oro-genital, ano-genital sau genito-genital. Se estimează că aproximativ 80% dintre adulții activi sexuali au avut contact cu virusul papilomatos uman. Evident, mulți nu au dezvoltat o infecție serioasă. Iar majoritatea copletoare a persoanelor nu știu niciodată că au fost în contact cu acest

virus. Cercetările arată că, frecvent, dacă se dezvoltă o infecție, ea se va dezvolta în 2-4 luni de la contact și este probabil să dispară în 6-8 luni, fără tratament (spontan). Singura apariție rară reală vine din partea organismului. Se pare că multe sisteme imunologice elimină virusul.

Menopauza poate fi definită ca o etapă de dezvoltare care implică modificări psihologice și chiar comportamentale, iar interacțiunea factorilor psihologici cu cei biologici multiplică reacțiile metabolice și neurohormonale. Instalarea menopauzei este un moment psihologic ce necesită îmbunătățirea conlucrării între medic și pacient, în vederea instituirii unor programe profilactice și a menințerii stării de sănătate. Menopauza, cu eliberarea ei de posibilă graviditate, poate permite unora dintre femei să se bucure de viața sexuală mult mai mult ca înainte. Dar altele, aflate la sfârșitul perioadei de procreare, precum și a altor simptome psihice neplăcute ale menopauzei: uscăciune vaginală, bufeuri cu transpirație (valuri de căldură), dureri de sânii sau de oase pot micșorarea dorința de relații sexuale.

Tulburările sexuale pot să rezulte și din afecțiuni medicale sau proceduri chirurgicale.

Multe persoane se tem că personalul medical le va refuza dacă vor vorbi despre problemele sexuale. Este de asemenea important de anticipat astfel de griji și de a le aduce la suprafață.

Alte probleme medicale, cum sunt cele legate de chirurgia radicală pentru cancer sau afecțiuni cu risc cancerigen, pot conduce la absența uterului, vaginului, sânelui, ceea ce va afecta foarte înțâial viziunea asupra propriei persoane. Chirurgia plastică sau protezele au fost folosite cu succes pentru a înlocui părțile lipsă, dar ceea ce este cel mai important este suportul emoțional. Este necesar mai mult ajutor pentru pacientele care suferă astfel de intervenții pentru a le face să recunoască continuitatea valorii lor în ciuda schimbărilor corporale suferite. Trebuie ajutate să înțeleagă că viața are aceeași valoare.

Pentru a putea ajuta pacienții cu probleme sexuale, personalul medical are nevoie de un sens pozitiv al propriei sexualități. Este mai practic și confortabil în momentul în care se discută astfel de lucruri să nu existe inhibiții în această arie. Aceasta nu înseamnă că personalul medical trebuie să aibă activitate sexuală pentru a-i ajuta pe ceilalți, mai ales atunci când a avut un infarct, un cancer, un AVC, înainte de a consilia pacientul cu probleme sexuale. Profesionistul va fi cu atât mai eficient cu cât va cunoaște mai mult, iar această cunoaștere îl va proteja și față de propriile frustrări.

TABELUL 14.

<b>ABORDAREA PACIENTEI CU PROBLEME SEXUALE SAU DE REPRODUCERE</b>
Fiți disponibili pentru pacientele care vor să discute probleme sexuale.
Recunoașteți posibilitatea unor probleme sexuale rezultate din probleme medicale sau proceduri chirurgicale. Ajutați pacienta să verbalizeze aceste sentimente.
Dacă pacienta este victima unui viol sau incest, adunați semnele fizice evidente și pune-le la dispoziția forurilor legislative. Încurajați pacienta să discute despre situație cât mai complet posibil. Înregistrarea scrisă a descrierii făcute de pacient pentru atacatori și pentru eveniment, pentru că pacienta ar putea fi incapabilă să-și reamintească mai târziu detalii. Ajutați-o să-și urmărească îngrijirea pentru a-i diminua tulburarea emoțională pe care o trăiește.
Recunoașteți problemele sexuale asociate procesului reproductiv, infertilitatea, eecul, anomaliile letale, moartea. Pacienta și partenerul necesită ajutor pentru a lupta cu sentimentele lor.
Lupta cu propriile credințe și sentimente despre sexualitate și comportamentul sexual. Lectura și urmărirea filmelor poate fi folositoare.
Separă standardele tale personale de cele ale pacientei pentru a nu o judeca.

Poate în nici un alt domeniu al medicinei respectarea confidențialității și intimității individului nu este mai necesară decât în relația cu pacienta cu probleme genitale.

## 17. COMUNICARE ȘI CONFIDENȚIALITATE

Confidențialitatea este un concept vechi în medicină, care se regăsește chiar în jurul mântului hipocratic, „Ceea ce vezi sau auzi în cursul tratamentului sau chiar în afara tratamentului legat de viața oamenilor, ceea ce cu nici un chip nu trebuie să se spândească, voi păstra pentru mine, considerând aceste lucruri rușinoase pentru a fi răspândite”.

Principiul etic al respectului față de persoane dictează dreptul la intimitate care ar fi violat dacă am comunica altora informații personale. Astfel, confidențialitatea facilitează deschiderea spre comunicare și o relație bazată pe încredere între medic și pacient sporind astfel eficiența terapeutică.

Pentru a păstra confidențialitatea în practica medicală modernă, în primul rând fiecare medic trebuie să-și dezvolte deliberat obișnuința de a păstra discreția. Confidențialitatea nu înseamnă doar păstrarea unui secret mare ocazional, ci indică mai degrabă un model zilnic de respect pentru pacienți și poveștile lor.

Aceasta înseamnă că discutarea cazurilor cu prietenii, colegii de cameră, și așa mai departe, este în general nepotrivită, chiar și atunci când informațiile nu sunt strict personale. Cu atât mai mult cu cât aceste informații privesc genitalitatea și viața sexuală, domenii care pentru fiecare persoană sunt de maxim intimitate și legate de tabuul ascunderii.

Deși medicina este o activitate colegială și clinicienii funcționează ca membri ai unor echipe, prin urmare, ar avea dreptul să discute despre pacienți cu semenii noștri consultanți și alți profesioniști din domeniul medicinei, acest lucru devine o lezare a dreptului la confidențialitate al pacientului, atunci când discuția se face fără un motiv medical, se referă la aspecte triviale sau pune în discuție statutul socio-economic sau marital al pacientei. Mai mult, uneori, sub acoperirea discuției profesionale se vorbește despre pacienți în lifturi, pe culoarele spitalului sau în alte locuri aglomerate.

În spital, prezentarea pacientului la pat este o bună tehnică de predare, dar poate leza confidențialitatea dacă toate bolnavele dintr-un salon aud discutându-se despre viața personală a pacientului, despre modul în care și-a îmbolnăvit, despre eventualele intervenții pe care acesta urmează să le sufere.

Un alt model important de păstrare a confidențialității este notarea exclusivă a informațiilor necesare în fișa clinică a pacientului. Mai ales în legătură cu informațiile sensibile, cel care notează ar trebui întotdeauna să se întrebe dacă un anumit exemplu din fișă este important pentru îngrijirea pacientului.

În unele cazuri, se poate să fie important scrierea unei notițe scurte, neutre pentru înmprospătarea memoriei, fără a exprima detalii ocante. Medicul trebuie să aibă în vedere maximalizarea confidențialității, în același timp, minimalizarea riscului de acces al altor persoane la fișele medicale și notațiile pe care le face.

Medicii sunt supuși adesea unui adevărat asalt din partea unor terți, pentru a divulga amănunte privind aspecte clinice și nu numai în legătură cu pacienții lor. Sub nici un pretext nu este justificată răspândirea unor astfel de informații, care este în același timp o abatere etică și morală de la profesiunea medicală, dar și consecința unui profil profesional fragil, cu lacune. Există

un adevărat asalt al presei pentru informații privind starea de sănătate a unor personalități publice, dar și privind circumstanțele de îmbolnăvire ale acestora, precum și unele posibilități evolutive. Considerăm un comportament anetic orice tentativă a medicului sau psihologului de a oferi astfel de informații sau, mai mult spus, orice fel de informații obținute în relația medic-bolnav.

Uneori există totuși situații în care medicul este obligat să divulge informații. Când apare o astfel de situație, pacientul va fi informat și medicul se va asigura (sau va încerca să se asigure) de permisiunea sa. Dacă nu reușește să obțină această permisiune, medicul va explica pacientului că este obligat de lege să ofere aceste informații organelor sanitare. Diagnostiche ca: lues, tuberculoză, HIV, alte boli contagioase, implică anunțarea organelor în drept. Va fi mult mai ușor să obținem consimțământul pacientului dacă îi se vor oferi bolnavului motivele fundamentale pentru care această informare trebuie făcută: contagiozitate, protejarea comunității etc.

## 18. O SITUAȚIE SPECIALĂ - COMUNICAREA CU ADOLESCENȚII

Contactul medicului cu adolescentul este deosebit de dificil cu atât mai mult cu cât mulți adulți, iar printre acestea deseori părinții adolescentului, consideră adolescența în sine o adevărată boală. Adolescența reprezintă o etapă unică în istoria individului pe care îl confruntă cu o serie de transformări biologice și psihologice supunându-l unor exigențe adaptative noi și complexe. Societatea modernă, caracterizată printr-o tranziție accentuată și o stabilitate redusă a relațiilor cu adulții, face ca această tranziție critică să se efectueze uneori cu perturbații pe care ea nu numai că nu le amortizează, dar de multe ori le și favorizează (**Tudose F, Tudose C, Gorgos C, 1985**). Adolescența este în realitate o perioadă tumultuoasă, plină de îndoieli, nesiguranță, sentimente nedesluite și conflicte, îmbinate cu bucurii și suferințe. Perioada de vârstă de la 13 ani la 19 ani se caracterizează prin extraordinare schimbări emoționale, sociale și comportamentale ale adolescentului. Această perioadă poate prezenta probleme grave în ceea ce privește aspecte legate de sănătatea particulară a individului și familiei acestuia.

Granița incertă dintre normal și patologic devine la adolescenți mai nesigură, veritabilă *fata morgana*, greu de fixat în etichete a tot cuprinzătoare și infailibile datorită metamorfozării perpetue pe care individul o suferă. Pentru caracteristicile adolescenților se schimbă datorită aspectului lor fizic, ei își

atrag adesea atenția și tachinările, în special fetele din partea băieților. În același fel, băieții sunt adesea iritați de remarci privind vocea lor înalt, acnee de pe față sau lipsa de creșterea în înălțime. Adolescenții încep să conștientizeze noi sentimente și senzații și simțea seama că au interese noi față de ceilalți. Este ca și cum schimbările corpului și-au făcut pe ceilalți să ia aminte la o persoană nouă și plină de înțelegeri. Accentul este pus pe creșterea conștientizării sentimentelor și a impulsurilor sexuale. Adolescentul este adesea în conflict, între dorința de a-și satisface dorințele și restricțiile și interdicțiile impuse de familie și societate. Atunci când imboldul sexual și conștientizarea ating apogeul, adolescentul se simte pe de o parte frustrat și, pe de altă parte, se luptă pentru autocontrol.

Aflat în situația de a se prezenta prima oară la medic pentru o problemă legată de sfera genitală, adolescentul se va confrunta cu trăiri contradictorii dintre cele mai diverse, rușine, teamă, revoltă, disperare, neputință mai ales în momentul în care va bănuși că medicul nu va respecta pe deplin confidențialitatea sau că acesta se va comporta ca un aliat sau ca un spion al părinților lui.

Unele observații nepotrivite, bagatelizarea suferințelor pacientului, brutalitatea unor manevre sau lipsa de atenție din partea medicului vor fi dureros resimțite și înregistrate ca o atitudine simptomatică față de orice suferință legată de sfera genitală.

În alegerea nevoii de maturitate a pacientului este o condiție decisivă. Oricând este posibil trebuie inclus și adolescentul în luarea deciziilor care îl privesc îngrijirea și tratamentul său. Trebuie, de asemenea, să se explice procedurile cât mai complet posibil, pentru a preveni anxietatea sa. De asemenea, el trebuie informat despre progresele survenite în tratamentul său.

Situația familială din copilărie are o legătură importantă cu comportamentul adolescentului. Dacă părinții au comunicat întotdeauna prin amenințări, adolescentul poate răspunde printr-o inhibare severă a acțiunilor sale. Aceasta poate rezulta din aplicarea atâtor restricții încât dependența de alții și nevoia de a fi aprobat vor rămâne problema întregii sale vieți. Adolescentul care se află într-o astfel de situație poate transfera ostilitatea de la părinți și la societate în general. În familiile în care părinții au fost inconștienți, indiferenți și care n-au dat destulă atenție copiilor lor, nu și-au învățat nimic despre disciplină sau respectarea ordinii sociale, adolescentul poate avea dificultăți în a lua decizii, poate avea dificultăți în ceea ce privește autocontrolul sau acceptarea cu greutate a oricărei autorități. Atitudinea parentală va

fi identificat ori de câte ori este posibil de către medicul sau psihologul aflat în situația de a examina un adolescent. Când părinții sunt temători și rezistenți față de schimbări, pot descuraja orice exprimare liberă a personalității sau pot sfătui adolescentul să nu se aventureze în întreprinderi noi, dificile și importante. Aceasta poate conduce la un conflict între dorința adolescentului de a fi independent, și în același timp, teama de a-și asuma responsabilitatea. Copiii care sunt protejați excesiv și înconjurați cu dragoste sunt fericiți de majoritatea responsabilităților și împiedicați să participe la luarea deciziilor. Când devin conștienți de lipsa lor de experiență, evitând rezolvarea problemelor obișnuite, devin iritați și depresivi. Ei simt că nu primesc ceea ce li se cuvine. Anxietatea este atât de mare, încât nu sunt în stare să fac nimic, adesea se lasă de coală sau nu reușesc să continue ceea ce încep să fac foarte puțin lucruri, pierzând timpul fără rost.

Adolescenții sunt înclinați spre sentimente intense de dragoste, prin care o altă persoană devine obiect de adulație. De obicei, obiectul iubirii este cineva care este admirat în secret, mai în vârstă, în elept și având o anumită dibăcie, miestrie sau fiind înzestrat cu calități deosebite. Adesea se întâmplă ca personalul medical să devină obiect de interes sexual în timp ce pacientul este internat în spital. Tinerii au de obicei fantezii în privința variatelor aspecte ale relațiilor lor, închipuindu-și mult mai mult decât situația reală. Adesea adolescentul interpretează un comentariu drăguț sau o reacțiune favorabilă din partea cuiva care ar putea să fie obiectul iubirii sale ca pe un interes sexual deosebit. Se poate ca adolescenta să nu vorbească persoanei respective despre sentimentele sale, dar le poate exprima în acțiunile sale, spunându-și anumite dorințe, cereri, scriind scrisori pline de afecțiune sau vorbind cuiva de aceeași vârstă despre dorințele sale secrete. El chiar poate avea în vedere planificarea unor momente pentru intimitate fizică cu persoana idolatrizată. „Obiectul interesului” trebuie să sesizeze mica erotomanie a pacienților și să le arate că este vorba doar de o fantezie. În același timp, situația reală a relației trebuie să fie prezentată cu blândețe, într-un mod care să confirme statutul adevărat al acesteia.

Psihologul se află adesea, în cursul consultației sau al terapiei frecvente, la această vârstă, în centrul interesului sexual al adolescentului sau adolescentei, capacitatea mai mare de înțelegere a acestuia și toleranța fiind luate adesea drept atitudini mutuale de acceptare a acestui interes.



TABELUL 15.

<b>CÂTEVA REGULI ALE ABORDĂRII MEDICALE A PACIENTULUI ADOLESCENT</b>
Nu impuneți propriile voastre standarde, credințe sau valori adolescentului.
Nu-i faceți morală! Este mai bine să-l lăsați pe el singur să-și aleagă opțiunile, acceptați ceea ce el are de spus și exprimați-vă aprobarea sau dezaprobarea fără a deveni defensivi.
Recunoașteți problemele care există fără a deveni înșurubători.
Recunoașteți problemele adolescentului care decurg din interacțiunea modelelor familiale.
Nu amenințați cu retragerea sprijinului vostru psih emoțional și profesional, forțându-l să-și traseze viața în conformitate cu așteptările părinților săi. În schimb, ajutați-l să-și evalueze propria sa poziție în raport cu cea (evaluați de părinți și; dați-i curajul să discute despre această fațetă cu aceia.
Lăudați-l și încurajați-l când ia decizii independente. Artați-vă sprijinul.
Tratați adolescentul cu demnitate și respect. Nu-i desconsiderați ideile, prietenii sau relațiile romantice.
Tratați dificultățile sale cu seriozitate. Nu-i atrageți atenția asupra hainelor sale, coafurii sau preferințelor pentru anumite mâncăruri.
Evitați discuțiile cu privire la faptul că succesul academic este singurul care merită strdania în viață.
Încurajați activitățile fizice care diminuează tensiunile și anxietatea.
Evidențiați caracteristicile individuale pozitive. Nu priviți comportamentul adolescentului normal ca și cum totuși el este anormal.
Stabiliți limitele care sunt corecte și întăriți-le. Trebuie recunoscute nevoile speciale ale adolescentului, dar cu o singură condiție: anume aceea de a preveni comportamentul antisocial și de a încuraja autocontrolul. Ajutați-l să-și canalizeze energia constructiv în cadrul limitelor prescrise.
Chiar dacă ei vă plac sau nu, încercați să recunoașteți sincer fațetele dumneavoastră în privirea propriilor temeri, insecurități, anxietăți, căderi și nu le transmiteți pacientului adolescent.
Dacă nu vă place cu adevărat și nu vă interesează problemele adolescenților lor, nu lucrați cu ei dacă puteți evita acest lucru.

Probleme deosebite în ceea ce privește relația cu adolescentul a medicului se ridică în cazul în care medicul trebuie să îi comunice acestuia un diagnostic grav sau de boală cronică care va necesita tratament toată viața (diabet, epilepsie, etc.). Reacțiile adolescentului pot fi deosebit de grave, iar printre acestea se află tentativa de suicid, mult mai frecvent decât la adult. Demitizarea bolii, empatia medicului, susținerea psihologică și altele sunt tot atâtea metode de prevenție a acestui tip de reacție. Mai trebuie notat faptul că adolescenții sunt mult mai predispuși la dezvoltarea unor reacții de tip hipocondriac, a tulburărilor de tipul dismorfofobiei și a nosofobiei. De aceea, se recomandă o atitudine directă și deschisă din partea medicului, în care să fie evitată orice ambiguitate și orice posibilitate de a crea fantasme ale bolii adolescentului.

## 19. CUM SĂ COMUNICĂ VEȘTEA RELE ÎN MEDICINĂ

O problemă majoră în practica fiecărui medic este cea a comunicării unor diagnostice grave de boală cu evoluție fatală sau cu prognostic rezervat.

Comunicarea unor astfel de vești este probabil cea mai dificilă situație interpersonală din activitatea medicului de familie sau a specialistului, indiferent de domeniul în care ar activa. Fără această comunicare a diagnosticului, principiul intervenției precoce și radicale nu este operant, iar amânarea poate avea consecințe fatale sau deosebit de grave. Exemple semnificative în această direcție pot fi luate din patologia malignă, din psihiatrie, din cardiologie, din psihiatrie, neurologie sau oricare altă specialitate. Pacientul are dreptul să refuze sau să aleagă tratamentul, dar are de asemenea dreptul să aibă cele mai adecvate și complexe informații despre diagnostic, prognostic, riscurile și beneficiile terapiei. Desigur, a vorbi sensibil despre toate lucrurile acestea înseamnă un efort și un consum afectiv care va face ca medicul să aibă inerente dificultăți.

Dintre barierele psihologice cu care medicii se confruntă în comunicarea diagnosticelor, prima este legată de faptul că un diagnostic fatal înseamnă acceptarea unei grave lacune în potențialul medicinei pe care medicul trebuie să și-o asume. Viteza mare a progresului medical face ca lentoarea sau lipsa de eficiență din anumite domenii să pară supradimensionată și să umbrească mult imaginea profesională a medicului. Remediul pentru această barieră

este a teptarea sincer , dar nu dus dincolo de limita ira ion alului, de apari ie a unui progres în domeniu.

De altfel, mai mult ca niciodat , istoria ultimelor cinci decenii a con - semnat rezultate spectaculoase în multe dintre bolile considerate ca lipsite de orice speran . Înainte de a comunica un diagnostic presu pus nefast, orice medic trebuie s - i revizuiasc propriile cuno tin e despre respectivul dome - niu precum i felul în care el a procedat în cazuri similare.

în comunicarea sa cu pacientul, o alt dificultate este ridicat de traducerea limbajului profesional într-o explica ie pe în elesul pacientului si la limita suportabilit ii acestuia. Nu o dat , o serie de speciali ti transmit un dublu mesaj, unul adresat pacientului criptat i ambiguu, altul adresat medicului de familie i altor speciali ti clar i tran ant, transferându-le sarcina de a comunica ve tile rele.

Unii se ascund în spatele unei mai vechi credin e c pacien ii, tiind c sufer de o boal fatal , vor considera c sunt o povar pentru mai multe persoane i îi vor pierde speran a de a fi vin deca i. Se crede c ei vor considera c boala va provoca schimb ri extraordinare asupra calit ii vie ii lor, iar via a va fi irosit în zadar, deoarece „nu mai au pentru ce s tr iasc ”, în ultimii 30 de ani au existat remarcabile schimb ri ale acestor co ncep ii. Este cunoscut acum c pentru enorma majoritate a oamenilor cea mai acut dorin este de a cunoa te diagnosticul i de a avea câteva cuno tin e care s le dea speran i încredere în ei.

**Baile WF i colab. (2000)** arat c în situa ia bolilor grave sau cu prognostic rezervat trebuie respectat algoritmul din figura 2.

O practic dep it , în primul rând pentru c lezeaz dreptul la confi - den ialitate al pacientului este aceea a inform rii mai întâi a membrilor fami - liei despre diagnosticul grav i a transfer rii deciziei acestora, care-i comuni - cau sau nu pacientului. Un studiu recent f cut de **Kim MK i Awi A (1999)** asupra unui lot de pacien i cu cancer laringian sau cerebral a ar tat c 81% nu doresc s fie nimeni în afar de medic atunci când se co munic diagnosticul grav. Numai 65% din pacien i au discutat cu al ii despre boala lor. Ei prefer ca diagnosticul s le fie comunicat simplu i direct, iar medicii cei mai buni au fost considera i cei cinsti i, aten i fa de ei sau plini de compasiune. Este interesant de subliniat faptul c trei sferturi din subiec i nu doresc s fie atin i sau îmbr i a i atunci când li se dau ve ti rele. Chiar i persoanele în vârst doresc s afle direct de la medic atunci când este vorba de un diagnos -

tic grav cum ar fi cel de cancer, iar acest lucru să fie spus cu claritate (Noone I, Crowe M, Pillay I, O’Keeffe ST, 2000). Unii pacienți doresc ca la comunicarea unor vești rele să participe soțul sau alt membru al familiei, iar această dorință trebuie întotdeauna respectată deoarece ea ușurează enorm sarcina medicului. Există și cazuri în care incapacitatea pacientului de a lua decizii sau imposibilitatea lui de a înțelege despre ce este vorba ne poate conduce la o discuție cu familia sau alte persoane apropiate, așa cum se întâmplă de exemplu în psihiatrie. Nimic nu este mai grav decât lipsa empatiei și a compasiunii omenești, a capacității de rezonanță a medicului în fața suferinței.

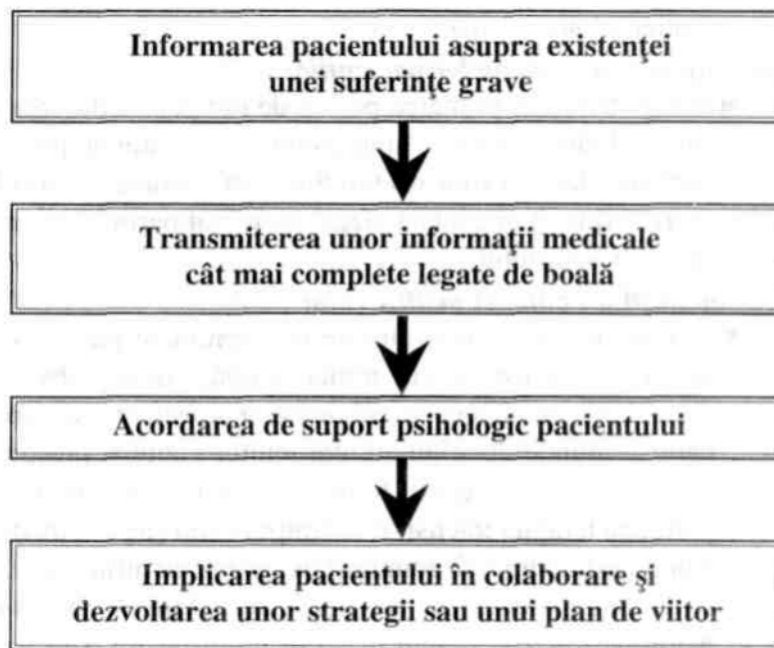


FIGURA 2.

Paradoxal, unii medici consideră drept neprofesional emoționalitatea și tensiunea pe care comunicarea unei vești rele le-o provoacă.

Weber M, Werner A, Nehring C, Tentrup FY (1999) consideră că pentru comunicarea veștilor rele trebuie respectate unele condiții cum ar fi: >  
*Pregătirea cu grijă a contextului fizic în care se va desfășura întâlnirea sau consultația*

- primul pas în efectuarea comunicării veștilor rele este pregătirea medicului pentru întâlnire și alegerea acestora înseamnă ale-

gere a unui moment mai liniștit, pentru aceasta. Dacă bolnavul se află în spital, așezați-l pe patul pacientului, dar nu vă grăbiți să vă ridicați imediat ce a terminat de vorbit sau de răspuns la întrebări.

- > *Explorarea cunoștințelor și suspiciunilor pacientului în legătură cu boala sa*
- > *Transmiterea informației în cantități mici și pe căi diverse*  
clinicianul trebuie să aibă cunoștințe despre dificultatea situației și să ajusteze forma prezentării bolii și a problemelor care decurg din aceasta, în funcție de sprijinul emoțional de care pacientul are nevoie.
- > *Srăspunzi sentimentelor pacienților*  
este potrivit exprimarea părerii de rău pentru durerea pacientului. Medicul își poate arăta implicarea nu numai prin expresii verbale, dar și printr-o atitudine non verbală de solidaritate, cum ar fi un bun contact vizual menținut permanent, atingerea mâinii pacientului.
- > *Stabilirea unui contact pentru viitor*  
să comunici veștile rele nu este un eveniment punctual care se desfășoară câteva zeci de minute, după care poți abandona pacientul. Comunicarea evenimentelor negative este un proces care se întinde de-a lungul mai multor vizite și presupune cel puțin câteva întrevederi. În multe cazuri, veștile rele se dau în perioada terapiei intensive, în timpul curei sau a remisiunii lente. Uneori este obligatoriu să comunici că terapia nu influențează cursul bolii, fiind un tratament inefficient care va face să reapară simptome grave.

Răspunsul emoțional al pacienților este foarte intens, dar și foarte diferit. Unii sunt foarte calmi, chiar reci, interesându-se în totalitate de detalii tehnice. Această reacție (sau lipsa reacției) este o adevărată supapă care permite eliberarea de anxietate a medicului, cu ajutorul căreia el ajunge la concluzia că pacientul se comportă excepțional de bine. Oricum, un calm extrem sugerează că persoana încă nu a înțeles vestea sau nu se poate „conecta” emoțional la ceea ce a auzit.

Alții pacienți arată ostilitate și supărare. Pacienții pot face comentarii supărătoare pretinzând că medicul le-a schimbat diagnosticul sau conside-

gerea unui moment mai liniștit, pentru aceasta. Dacă bolnavul se află în spital, așezați-l pe patul pacientului, dar nu vă grăbiți să vă ridicați imediat ce ați terminat de vorbit sau de răspuns la întrebări.

- > *Explorarea cunoștințelor și suspiciunilor pacientului în legătură cu boala sa*
- > *Transmiterea informației în cantități mici și pe căi diverse*  
clinicianul trebuie să aibă cunoștințe despre dificultatea situației și să ajusteze forma prezentării bolii și a problemelor care decurg din aceasta, în funcție de sprijinul emoțional de care pacientul are nevoie.
- > *Srăspunzi sentimentelor pacienților*  
este potrivit exprimarea părerii de rău pentru durerea pacientului. Medicul își poate arăta implicarea nu numai prin expresii verbale, dar și printr-o atitudine non verbală de solidaritate, cum ar fi un bun contact vizual menținut permanent, atingerea mâinii pacientului.
- > *Stabilirea unui contact pentru viitor*  
să comunici veștile rele nu este un eveniment punctual care se desfășoară câteva zeci de minute, după care poți abandona pacientul. Comunicarea evenimentelor negative este un proces care se întinde de-a lungul mai multor vizite și presupune cel puțin câteva întâlniri. În multe cazuri, veștile rele se dau în perioada terapiei intensive, în timpul curei sau a remisiei lente. Uneori ești obligat să comunici că terapia nu influențează cursul bolii, fiind un tratament inefficient care va face să reapară simptome grave.

Răspunsul emoțional al pacienților este foarte intens, dar și foarte diferit. Unii sunt foarte calmi, chiar reci, interesându-se în totalitate de detalii tehnice. Această reacție (sau lipsa reacției) este o adevărată supapă care permite eliberarea de anxietate a medicului, cu ajutorul căreia el ajunge la concluzia că pacientul se comportă excepțional de bine. Oricum, un calm extrem sugerează că persoana încă nu a înțeles vestea sau nu se poate „conecta” emoțional la ceea ce a auzit.

Alți pacienți arată ostilitate și supărare. Pacienții pot face comentarii supărătoare pretinzând că medicul le-a schimbat diagnosticul sau conside-

rând că acesta i-a mințit. Ei pot întreba „de ce spitalul nu este mai eficient?” sau „de ce nu li s-a spus mai devreme că sufer de o boală atât de gravă”. De asemenea, ei pot exagera mult importanța celor câteva zile care au fost necesare pentru precizarea diagnosticului sau pentru organizarea planului terapeutic, susținând că aceasta le-a adus un prejudiciu major. În acest caz, este bine să cunoaștem că pacientul are o fire cu potențial ostil și să încercăm să minimalizăm și să explicăm încotru cum se face diagnosticul și cum se stabilește terapia. Puteți spune „tiu că aceasta este o veste supărătoare. Vă înțeleg sentimentele și vreau să vă ajut”.

Unii pacienți vor combina furia cu negarea, luptându-se împotriva diagnosticului și cerând o a doua opinie. Medicul va trebui să ajute pacientul să obțină o altă părere - „Cred că este o idee bună, vă gândiți la cineva?”

Îngrijirea pacienților bolnavi de cancer continuă să rămână un domeniu foarte dificil în activitatea medicilor. Cel mai indicat mod de depășire a barierelor în comunicare este evitarea adevăratelor paranoii, adică transmiterea unor mesaje incomplete și reducerea distanței emoționale. În discuțiile cu acești pacienți este important să comunicăm întotdeauna planul tratamentului de urmat, chiar dacă remisia sau vindecarea este imposibilă. Acest plan trebuie să fie specific nevoilor pacienților și trebuie avut în vedere în permanență menținerea contactului vizual. Trebuie să asigurăm întotdeauna pacientul, spunându-i de exemplu:

„Nu contează ce se întâmplă, fac tot posibilul să fie bine... Nu vă voi abandona”.

„Vreau să știți că voi fi în continuare disponibil. Mă puteți suna oricând dacă aveți probleme sau întrebări. Voi reveni la dumneavoastră ori de câte ori va fi nevoie”.

„Voi face tot posibilul în cazul dumneavoastră pentru a vă simți cât mai confortabil posibil. Avem medicamente bune pentru a vă ajuta dacă vreți, dar trebuie să cooperați întotdeauna”.

Comunicarea de vești rele este o situație medicală, dar și terapeutică, în care medicul se află de multe ori, fără o pregătire de specialitate, va fi supus unor erori sistematice care vor scădea mult din calitatea actului medical. Nimic nu distruge mai mult imaginea medicului în raport cu pacientul sau decât disperarea și anxietatea acestuia din urmă. Toate aceste considerente au condus o serie de instituții medicale să introducă în curriculum-ul celor care se pregătesc pentru specialități medicale, cursuri și seminarii pentru

transmiterea veștilor rele (Garg A, Buckman R, Kason Y, 1997; Walsh RA, Girgis A, Sanson-Fisher RW, 1998; Vaidya VU și colab., 1999). Utilitatea lor a fost de necontestat atât pentru medici cât și pentru pacienți, de aceea, considerăm că orice program privind comunicarea cu pacientul trebuie să abordeze și acest dificil capitol (Tudose F, Badea M, 2000).

**TABELUL 16.**

<b>REGULI ÎN COMUNICAREA VEȘTILOR RELE</b>
Stabiliți un moment cât mai puțin dureros pentru pacient.
Comunicați vestea personal, nu prin telefon.
Alocați un timp adecvat pentru discuția în care se vor comunica veștile.
Folosiți un limbaj simplu și clar.
Evitați tentația de a minimaliza o problemă.
Asistați starea emoțională a pacientului.
Exprimați păreri de rău pentru ce și se întâmplă pacientului. Continuați discuția.
Urmăriți sentimentele pe care pacientul le are după ce a primit veștile rele.
Reasigurați pacientul că și în continuare sunteți disponibil cu tot ce vă este în putere.
Comunicați planul de îngrijire, dar nu promiteți o vindecare.

## 20. PROBLEME DE COMUNICARE LA BOLNAVII CU TULBURĂRI COGNITIVE

Medicul, psihologul și personalul medical se află în situație de mare dificultate atunci când este nevoit să comunice cu pacienții cu tulburări cognitive grave, cum ar fi bolnavii de boală Alzheimer sau alte tipuri de demență. Credem că o serie de sfaturi generale pot ajuta specialiștii în acest demers:

- încurajați persoana să poarte ochelarii (și aparatul auditiv) în toate situațiile în care îi purtă și înainte de debutul problemelor de demență.
- Nu puneți întrebări în timp ce sunteți cu spatele, fie când altceva și nici când priviți în altă direcție.
- Așezați-vă aproape de pacient, fie în fața sa, fie lângă dânsul, astfel încât să vă poată vedea și auzi cât mai bine.
- Conversația va decurge mai ușor dacă lipsesc factorii care distrag atenția (TV-ul, radio-ul trebuie închise).



- Mai întâi încercați să stabiliți contactul vizual. Pronunând numele persoanei sau atingerea brațului vă poate fi de ajutor.

TABELUL 17.

10 REGULI ÎN COMUNICAREA CU PACIENTUL CU BOALA ALZHEIMER	
ABORDAREA	COMUNICAREA VERBAL
1. Stai aproape de pacient	1. Vorbește rar și clar
2. Nume-te-1, spune-i pe nume	2. Folosește cuvinte și propoziții scurte, simple, concrete
3. Atinge-i corpul	3. Completează cuvintele cu gesturi și atingeri
4. Stai față în față	4. Transmite un singur mesaj odată
5. Menține contactul vizual	5. Folosește propoziții afirmative

Când pacientul vă înțelege cu mare greutate, modificarea modului dvs. de a vorbi pot fi de ajutor. Întotdeauna faceți mesajul mai clar.

- Folosiți propoziții scurte, simple. Nu folosiți mai multe cuvinte decât este nevoie.
- Vorbiți clar.
- Lăsați timp pentru ca fiecare propoziție să fie percepută în eleas.
- Repetați ceea ce ați spus dacă vă se pare că nu a înțeles.
- Subliniați cuvintele importante.
- Dacă este posibil, arătați obiectul sau persoana despre care vorbiți.
- Încercați să evitați întrebările care pot avea multiple răspunsuri elaborate. Cel mai bine este să folosiți întrebări la care se răspunde cu „da” și „nu”.

O serie de afirmații pe care familia sau aparținătorii le fac despre pacient trebuie să atragă întotdeauna medicului sau psihologului atenția către existența acestor tulburări cognitive. Nerecunoașterea locurilor obișnuite, afirmarea unor întâlniri cu persoane de mult dispărute sau având alt vârstă decât cea reală (de ex., pacientul afirmă că este în casa altcuiva, că a venit străbunica și l-a vizitat, că a trebuit să se ducă ieri la serviciu, deși e la pensie de cinci ani). De asemenea, repetarea frecventă a aceluiași lucru sau acuzații într-un interval scurt de timp sau tendința irezistibilă a pacientului de renunțarea să vorbească despre situația actuală și a vorbi despre trecut este un semn că atenția și memoria de scurtă durată nu funcționează corespunzător.

Folosirea multor cuvinte într-un sens necorespunzător sau amestecarea lor bizar trebuie de asemenea să orienteze medicul spre diagnosticul de tulburare cognitivă. Chiar dacă ceea ce spune pare un nonsens, este important, ca oricând e posibil, să-l asculta și să-i arăta că sunteți interesat. În acest timp fiți atent la ce gândesc urmând elemente non-verbale - tonul vocii, limbajul trupului, expresiile faciale.

Uneori chiar dificultatea în inițierea și menținerea conversației este suficientă pentru orientarea diagnosticului. Se recomandă prudenți tact din partea medicului aflat în contact cu un astfel de bolnav pentru că sublinierea deficitului cognitiv sau comunicarea directă a diagnosticului de demență poate declanșa o reacție catastrofică. Comunicarea cu astfel de pacienți, dar atenție, și cu majoritatea pacienților vârstnici, este un adevărat exercițiu de virtuozitate profesională.

## 21. O ÎNCERCARE DE EVALUARE A CAPACITĂȚII DE COMUNICARE

Prezentăm un formular care poate fi folosit în evaluarea sau autoevaluarea comunicării interpersonale medic-pacient (**Tudose F și Badea M, 1997**). Evident că fiecare medic trebuie să dorească obținerea unui scor cât mai ridicat, autoreferirea fiind singurul criteriu de luat în discuție. Este sigur că sporirea capacității de comunicare profesională și a calității acesteia este o resursă nepuizabilă a autoperfecționării.

## FORMULAR PENTRU OBSERVAREA ȘI EVALUAREA COMUNICĂRII

<b>I. Impresia generală:</b>			
Evaluată astfel: f. bună = 4, bună = 3, nu prea bună = 2, proastă = 1			
• Empatie	4	3	2      1
• Respect	4	3	2      1
• Onestitate	4	3	2      1
<b>II. Comunicarea verbală</b>			
1. Salutul		Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
2. Tonul vocii		Potrivit <input type="checkbox"/>	Nepotrivit <input type="checkbox"/>
3. Cine a vorbit mai mult?		Medicul <input type="checkbox"/>	Pacientul <input type="checkbox"/>
4. Cum au fost obținute informațiile?	→	întrebări deschise	<input type="checkbox"/>
	→	întrebări închise	<input type="checkbox"/>
	→	parafrizare	<input type="checkbox"/>
5. Cum a fost încurajat pacientul să vorbească și să întrebe?	→	gesturi	<input type="checkbox"/>
	→	cuvinte de aprobare	<input type="checkbox"/>
6. Cum a răspuns medicul la întrebările pacientului?		complet <input type="checkbox"/>	incomplet <input type="checkbox"/>
		cuvinte pozitive, de laudă <input type="checkbox"/>	cuvinte dure, verdicte <input type="checkbox"/>
7. Cum s-au formulat explicațiile?		clar <input type="checkbox"/>	prea detaliat pentru nivelul de înțelegere <input type="checkbox"/>
8. Ce limbaj s-a utilizat?		simplu <input type="checkbox"/>	tehnic <input type="checkbox"/>
9. Câte opțiuni s-au oferit?		suficiente <input type="checkbox"/>	insuficiente <input type="checkbox"/>
10. A verificat medicul percepția și înțelegerea explicațiilor?		Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
11. A fost stabilită următoarea consultație?		Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>

**III. Comunicarea non verbală:**

- |                                      |                             |                             |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Limbajul corporal-postura         | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 2. Ascultarea cu atenție             | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 3. Contactul vizual                  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 4. Zâmbetul, expresia feței          | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 5. Oferirea unui ajutor concret      | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 6. Timpul acordat                    | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 7. Atitudinea și gesturile potrivite | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 8. Îndepărtarea barierelor externe   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |

## PSIHOLOGIA INTERVENȚIEI TERAPEUTICE

*„Medicina este de două feluri - una care promovează puterea și vitalitatea celui sănătos, alta care tratează bolile. ”*

*Charaka-Samhita, sec. II*

1. Medicamentul - istorie și contemporaneitate
2. Imagini ale medicamentului
3. Imaginea externă și reclama medicamentului
4. Imaginile interne ale medicamentului
5. Efectul placebo
6. Compliant, non-compliant, acceptan
7. Iatrogenii

### 1. MEDICAMENTUL - ISTORIE ȘI CONTEMPORANEITATE

Funcția medicului de a îngriji, de a ameliora suferințele bolnavului și uneori de a le vindeca chiar este una din cele mai vechi în istoria umanității.

Antropologul englez **Frazer GJ** a putut demonstra că anumite practici referitoare la starea de sănătate s-au perpetuat în colectivități din generație în generație și pot fi regăsite în mod universal la toate populațiile umane.

Colectivitatea, având anumite reglementări ale vieții sociale, desemna din sânul ei, pe cel ce era posesorul formulelor curative și furnizorul de produse naturale sau poțiuni considerate ca având valoare terapeutică. Această funcție avea adeseori un caracter sacru, iar cei chemați să o îndeplinească aparțineau uneori aceluiași familii, așa cum se întâmpla în Epidaur.

Prescrierea unui remediu avea drept consecință o schimbare. Medicina hipocratică, egipteană, chineză remarcaser efectele benefice, uneori speci-

fice ale plantelor asupra unor anumite simptome sau tulburări de comportament.

Încă din antichitate, medicii indieni cunoșteau virtuțile frunzelor de **rawolfia** ca hipotensive și ca sedative, iar opiumul și derivații săi au o lungă istorie terapeutică.

Medicamentul concretiza schimbarea în bine și constituia garanția continuării actului terapeutic început în momentul consultației. În mod clasic, bolnavul își încredinșea suferințele medicului în cadrul unei convorbiri apropiate, intime, iar medicul era privit ca vrăc și ca mag în același timp, deoarece tot ce se petrece în adâncul ființei lui, nu doar ascultându-l ci și palpându-l, ciocnindu-l, ascultându-i inima și pieptul (**P. unescu-Podeanu A**).

Putem spune fără teamă de exagerare în acest sens, că remediul propus avea o funcție psihoterapeutică (fenomen pe care astăzi îl numim efectul placebo).

Toate aceste lucruri subliniază că încă de la începutul medicinei au existat medicamente active și placebo și că prescrierea medicamentului a ocupat dintotdeauna un loc fundamental în relația medic-bolnav.

Farmacopeea modernă datează de la mijlocul secolului XIX, iar industria farmaceutică este produsul secolului XX. Dezvoltarea acesteia este uriașă, iar conotațiile economico-sociale ale medicamentului în lumea contemporană, în special în cea occidentală, sunt enorme. Dincolo de funcția sa terapeutică, medicamentul a devenit un obiect social și economic considerabil de care trebuie să luăm în seamă în mare măsură, în mod egal pe plan psihologic și psihopatologic. Adesea, medicamentul a devenit simbolul nivelului de viață dintr-o țară. Cu acest titlu, el poate fi considerat, pe drept cuvânt, drept un factor de progres. Cu toate acestea, trebuie reținut că populația unei țări mari consumatoare de medicamente nu este și populația cea mai bine îngrijită (**Reynaud P, 1966**). Între mit și realitate, medicamentul în general și în special acela de sinteză, a schimbat fața lumii (**Percek A, 1985**).

## 2. IMAGINI ALE MEDICAMENTULUI

După definiția dicționarului Larousse, medicamentul este „o substanță administrată ca remediu, destinată combaterii unei tulburări sau leziuni și, în final, să conducă la obținerea vindecării”. Definiției materialiste a medicamentului la care am făcut referință anterior trebuie să se adauge și imaginea medicamentului, o schemă imaginară dobândită cu trimitere la un anumit

număr de parametrii psihologici, psihodinamici, sociologici și nemaiavând multe în comun cu dimensiunea fizico-chimică. La om, medicamentul are o acțiune binară, medicamentoasă și psihologică, eficacitatea sau ineficacitatea substanței chimice fiind clar legată de ideea că această eficacitate există. Orice medicament este în același timp de două ori activ, asupra creierului prin acțiunea sa chimică, asupra celulelor nervoase și prin imaginea psihologică care îi corespunde (**Chauchard P, 1966**). În opinia lui **Besancon G (1999)** trebuie evocate: imaginile externe ale medicamentului, imaginile interne ale medicamentului, imaginea medicamentului în relația terapeutică și bineînțeles în problema efectului placebo.

### 3. IMAGINEA EXTERNĂ ȘI RECLAMA MEDICAMENTULUI

Imaginile externe ale medicamentului sunt legate în societatea contemporană de necesitatea industriei farmaceutice de a recurge la mijloace publicitare pentru promovarea și difuzarea produselor sale tot mai sofisticate.

Intele acestei publicități sunt pe de o parte potențialii consumatori, iar pe de altă parte medicii și este evident că se vor folosi canale diferite prin care să ajungă la destinatar. De regulă, există reglementări stricte în domeniul, care limitează adresabilitatea către **consumator doar la a a-numitele** medicamente de **confort**, care nu necesită rețetă medicală.

Totuși, producătorii sunt obligați să precizeze că în cazul unor incertitudini sau al apariției unor efecte adverse, va trebui consultat neapărat medicul. Mai trebuie menționat efortul uriaș al companiilor producătoare de a inventa noi și noi remedii de acest tip precum și a a-numitele mijloace de prevenire și substanțe care asigură o superigienă prin care apariția bolii ar fi de la sine prevenită. Pentru publicitatea în domeniul medicamentului se folosesc toate mijloacele media de la ziare și reviste, la televiziune și Internet. Tipul de publicitate este în general simplu: cel mai adesea se prezintă un simptom sau **un** sindrom și remediul său - medicamentul cu exagerarea expresiei sindromului, precum și a efectelor medicamentului. Schema de prezentare este liniară, cauzalitatea fiind elementară. Consumatorului îi este propus o imagine destinată să-l facă să stabilească o echivalență automată între simptom și tratamentul său.

Folosirea acestor procedee publicitare foarte simple, folosite în promovarea oricărui alt produs de consum (detergenți, alimente, combustibil

etc.) încurajează ideea că medicamentul este un produs ca oricare altul, favorizând tendința răspândită în prezent la automedicație.

În ceea ce privește medicul, el este informat și solicitat de mediul publicitar specializat prin reclame direct adresate sau la sate de agenții medicali după prezentarea produselor farmaceutice. Cu toate că ar putea exista ideea că imaginile medicamentului oferite medicilor ar încerca să furnizeze o informație științifică a produsului prezentat, clasa medicamentului, modul său de acțiune, indicațiile și contraindicațiile, în realitate, lucrurile sunt diferite. Anunțul publicitar este asemănător cu cel adresat tuturor consumatorilor potențiali și vehiculează un mesaj simplu, destinat să fie ușor de memorat și evocat automat atunci când medicul se va afla într-o situație superpozabilă. Medicul trebuie să știe că există un mod simplu și imediat de a înlătura un simptom superior și că poate găsi cu ușurință, la un preț rezonabil, o modalitate de vindecare.

Imaginile publicitare din domeniul medicamentului sunt uneori în mod clar contestabile pentru că ele antrenează o adevărată dezinformare. De exemplu, un antidepresiv este prezentat într-un decor marin de vis și anunțat drept garant al unei stări afective perfect echilibrate, fără ca în nici un moment să se amintească de posibilele efecte secundare care pot să însoțească medicamentul.

Este clar faptul că, între imaginea externă a medicamentului, așa cum este ea difuzată în media, așa cum este ea receptată de către utilizatorii proprietățile sale farmacologice nu există de fapt nici o legătură, avându-se în vedere că se insistă asupra succesului pe care îl va avea medicamentul în funcție de parametri precum culoarea, prezentarea, modul de utilizare, etc.

Publicitatea medicală, ca întreaga publicitate, nu încearcă să se adreseze adulților maturi și responsabili. Ea întreține un stadiu infantil folosind „o tematică latentă de protecție și gratificare” (**Baudrillard**). Imaginea publicitară solicită destinatarul să facă apel la dorințele și imaginația sa. Mecanismul imaginii publicitare care solicită imaginația creează frustrare și senzația, impresia de lipsă a obiectului de care în realitate nu are nevoie.

Imaginile publicitare mobilizează un anumit număr de afecte: sentimentul patern, matern, dependența infantilă, sentimente legate de natură, ero-tice etc.



Problema imaginii externe a medicamentului interesează în primul rând medicul, dar într-o măsură importantă și psihologul, mai ales pe cel din domeniul reclamei și sociologul.

#### 4. IMAGINILE INTERNE ALE MEDICAMENTULUI

Imaginea internă este o reprezentare inconștientă cu puternic încetărmănt afectiv care este elaborată pe parcursul dezvoltării individului prin mecanisme de introiecție și rejecție. Imaginea medicamentului este strâns legată de imaginea medicului, de locul pe care îl are acesta în ierarhia reprezentărilor pacientului. **Balint și Israel** ne-au arătat că medicul este un personaj important pentru un copil care îl vede într-un univers real și fantastic, care va contribui în mare măsură la viziunea ulterioară asupra bolii și sănătății. Investirea ulterioară a medicamentului de către subiect va fi în funcție de locul pe care îl plasează la bun început. Astfel, anumite hipocondrii pot fi generate de o excesivă grijă maternă în timpul primilor ani de viață, iar o boală severă în copilărie și resentimentele tardive pe care le creează o importanță decisivă în dezvoltare. Pacientul va construi imaginea internă a medicamentului în funcție de experiențele inițiale pe care le va avea. Medicamentul va fi considerat un obiect bun sau rău, distructiv sau aducător de vindecare. Această imagine va fi modulată de structura personalității pacientului. Recurgerea la medicina naturistă de exemplu poate deriva, de asemenea, din aceste experiențe inițiale.

În psihiatrie sunt cunoscute reacțiile paradoxale ale istericului la medicamente, investirea obsesivă a unei terapii (medicament) considerată bună, respingerea oricărui altă formă, chiar dacă ele sunt similare farmacologic. Psihoticii integrează în delirurile lor administrarea de neuroleptice pe care, în funcție de mecanismele de apărare, le consideră otrăvuri sau responsabile de simptomatologie. O parte din aceste considerații intervin și în ceea ce privește efectul placebo.

#### 5. EFECTUL PLACEBO

Cuvântul „placebo” reprezintă forma -- la viitor -- a verbului latin *placere* și poate fi tradus *stricto sensu* prin: „voi plăcea” sau, mai liber, „voi fi plăcut” (agrabil). Cuvântul *Placebo* are sensul de agrabil, plăcut -- în sens de promisiune -- și deci poate defini a teptarea unui bolnav --

cruia i se dă un medicament - la acțiunea utilă, plătută a acesteia (**Bradulamandescu I și Necula I, 2002**).

Termenul de *Placebo* este menționat abia în secolul XVIII în sensul actual (**Kroneberg - 1986**).

„Efectul placebo” se referă la „*modificările obiective sau subiective ale stării unui subiect cruia i se administrează un placebo*” în n. substanță - martor folosit în **Farmacologia clinică** - **Delay J și Pichot P (1962)**. Prin extensie, atunci când se administrează un medicament activ, termenul semnifică diferența dintre modificările constatate și cele imputabile acțiunii farmacodinamice a produsului. **Martini (1932)** fundamentează noțiunea de „efect placebo”, dând curs unor producători de medicamente care doreau o evaluare corectă a acțiunii farmacodinamice a noilor preparate medicamentoase - *verum* și delimitarea de influențele sugestiei studiate cu preparate inactice, denumite *placebos*.

Încercând o delimitare semantică a noțiunilor din domeniul factorilor psihologici care însoțesc actul terapeutic, **Ionescu G (1985)** propune următoarea definiție operațională: „*Efectul placebo cuprinde ansamblul manifestărilor clinice care apar la un bolnav sau persoana sănătoasă care i s-a administrat, în scop terapeutic sau experimental, o substanță neutră din punct de vedere farmacodinamic*”.

Autorul face distincție între *fenomenul placebo* și *efectul placebo*, arătând că primul se referă la ansamblul modificărilor psihologice și psihofiziologice pe care bolnavul le prezintă în legătură cu utilizarea unei substanțe placebo.

**Verall și Del Guidice** subliniază complexitatea fenomenului placebo, care nu poate fi redus la un tip de condiționare particulară, la o relație specială medic-bolnav sau la personalitatea subiectului. **Collard (1977)** arată că variabilele socioeconomice și de mediu creează, prin numărul lor extrem de mare, o dificultate sporită în stabilirea adevăratei dimensiuni a efectului placebo.

La fel cum în dezvoltarea inițială a copilului, obiectul este investit înainte de a fi perceput, medicamentul apare în experiențele primitive ale majorității copiilor din lumea occidentală, iar puterile lui terapeutice sunt încercate cu o greutate fantasmatică considerabilă. În acest stadiu, procesele de clivaj continuă să funcționeze și medicamentul este acceptat ca fiind în totalitate bun sau respins, sau în totalitate rău. Experiențele corective mai apropiate de realitate nu intervin decât mult mai târziu fără a face să dispară în

totalitate aceste urme arhaice. **Reynaud și Condert** ne spun că efectul placebo **nu** datorează nimic acțiunii chimice a medicamentului. Date mai recente evidențiază trei mecanisme majore care ar explica apariția efectului placebo:

**TABELUL 1.**

<b>MODELE EXPLICATIVE ALE EFECTULUI PLACEBO</b>	
Modelul opioid	Analgezia indusă placebo poate fi anihilată de naloxon (antagonist opioid).
Modelul condiționării reflexe	Efectul placebo este datorat condiționării reflexe unor aspecte exterioare ale medicului (inclusiv halatul alb, gesturile sale) și ambianța cunoscută a cabinetului, etc. (Hrobjartsson și Gozsche)
Modelul expectanței	Implică o așteptare pozitivă a speranțelor pe care le pune bolnavul într-un medic cu prestigiu sau într-un medicament renumit și a unor acțiuni concrete asupra unei presupuse acțiuni medicamentului.

Proportia în care se înregistrează efectele placebo în populație este, după opinia celor mai mulți autori (**Haas, Jeammet, Reynaud, Consoli, Lowinger, Dobie, Pichot, Dolly, G.Ionescu, Wioldemann etc.**) de circa 30-35%, acest procent incluzând atât efectele placebo pozitive, cât și pe cele negative. Această proporție crește sau scade în funcție de vârsta populației (copii și tinerii sunt mai puțin placebo-repondenți, cu circa 15%, față de bătrâni), precum și de numărul de administrații (de care efectul este legat printr-o relație de invers proporționalitate) și de durata administrării („fatigabilitate terapeutică” - **Lasagna, Pichot**). În cazul în care încrederea pacientului în medic și medicament este maximă, efectele somatice și psihice ale substanței inactive cu aparență de medicament apar până la 90% din pacienți (**Illhardt, 1988**).

**TABELUL 2.**

<b>CARACTERELE GENERALE ALE EFECTULUI PLACEBO</b>
substanța administrată este <b>inert</b> farmacodinamic
efectul este <b>simptomatic</b>
<b>durata</b> efectului este, de regulă, <b>scurt</b> ;
instalarea efectului este <b>mai rapid</b> decât a unei substanțe farmacodinamice active
acțiunea <b>nespecifică</b>

Printre factorii care determină efectul placebo au fost incriminate, după **Sprriet și Simon**, mai ales următorii patru:

- boala -simptomatologia și sindroamele principale care alcătuiesc tabloul clinic;
- bolnavul și personalitatea sa;
- placebo-ul propriu-zis (proprietăți fizice, organoleptice, mod de administrare);
- medicul.

**Batterman (1957)** a creat și termenul de *placebo - reactiv*.

**TABELUL 3.**

PLACEBO REACTIV (Janowski și colab.)	PLACEBO-NONREACTIV (Schindel)
Indiferent de sex, vârstă și inteligență	Rigizi;
Femeile sunt mai des reactive	Extravertiți;
Cu boli mai ușoare ( <b>Muller - Oerlinghausen-1986</b> )	Agresivi;
Persoanele sugestibile	Cei care eliberează anxietatea la exterior
Un pacient placebo-reactiv poate deveni placebo-non reactiv și invers.	

**Lange (1987)** consideră că nu este posibil să se contureze un tip de personalitate legat de comportamentul față de efect placebo, ci există o interacțiune dinamică: pacient-medicament-medic prin care se realizează acțiunea placeboului.

Unii autori au subliniat o corelație netă a efectelor placebo pozitive în cazul medicilor optimiști, față de sporirea efectelor „nocebo”, în cazul pesimiștilor sau scepticilor. Diferențele dintre rezultatele pe care diverși medici, aplicând același tratament, le obțin, sunt dovada aserțiunii (formulată de Schaw P cu un sfert de mileniu în urmă) potrivit căreia „nu este nici o îndoială că subiectul va fi vindecat tot atât de imaginativă proprie și de încrederea în sfaturile medicale, cât și de dozele repetate de medicamente”

Natura simptomatologiei este în relație directă cu efectul placebo, fără să existe însă o proporționalitate între gravitatea acesteia și responsivitatea la placebo (există dovezi incontestabile ale eficacității unor placebo în unele maladii organice grave).

În psihiatrie, anxietatea reprezintă simptomul cel mai repondent la efectul placebo, ceea ce și-a făcut pe unii autori să susțină că „*placebo este unul din cele mai bune anxiolitice cunoscute*”, deși **Rickels (1971)**, cât și alți

autori, au subliniat că numărul de cazuri în care produsele farmacologice active sunt anxiolitice este de 3-4 ori mai mare.

TABELUL 4.

CARACTERISTICILE MEDICULUI IMPLICATE ÎN EFECTUL PLACEBO	
POZITIVE	NEGATIVE ( <b>medicul anti-placebo, cf. Schindel</b> )
Prestigiul - ca rezultat a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- pregătirii, atestate de titluri care impun respect (profesor, specialist)</li> <li>- funcțiilor administrativ-medicale: director de spital, șef de policlinic, de secție spital, etc. (pentru unii pacienți cu un statut socio-cultural mai redus)</li> <li>- rezultatelor practice obținute și vehiculate de pacienții vindecați care le „popularizează” în fața celor ce urmează să fie tratați de medical respectiv.</li> </ul>	Lipsa de prestigiu ca rezultat a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- faptului că medicul este la începutul carierei</li> <li>- tensiunilor cu personalul mediu sau colegii care îi creează „atmosferă”</li> <li>- insuccese reale sau imaginare „popularizate” de unii pacienți</li> </ul>
Optimismul terapeutic, inclusiv încrederea în medicamentul ce urmează să fie administrat.	Pesimismul structural, scepticismul
Calitățile relaționale: „caldura umană”, atitudinea prietenoasă față de bolnav.	Atitudinea rece Lipsa de preocupare față de bolnav.
Comunicarea explicită referitoare la acțiunea medicamentului	Indiferența față de medicamentul pe care îl prescrie
Autoritatea medicului: acceptat liber de către bolnav	Autoritatea medicului neacceptat de bolnavul care se simte agresat

Medicina psihosomatică reprezintă un teren de mare interes pentru studiul efectelor placebo, atât prin numărul mare de subiecți placebo responsive (mai mult de 2/3), cât și prin diversitatea simptomelor care suferă ameliorări: cefalee, boală ulceroasă, afecțiuni cardio-vasculare, tulburări sexuale, anorexie. Un alt aspect important, legat de problema medicinei psihosomateice, este cel referitor la existența efectelor negative ale „medicației placebo” (identice în cele mai multe cazuri cu cele ale medicației active): somnolență, uscăciunea gurii, alergii, erupții, oboseală, greață, tahicardie, oscilații tensiunale.

TABELUL 5.

CARACTERISTICILE MEDICAMENTULUI IMPLICATE ÎN EFECTUL PLACEBO	
Noutate	Banalitate
Administrare parenteral	Administrare rectal sau prin injec ii
Aspect pl cut, sofisticat	Aspect banal, dimensiuni incomode
Gustul medicamentului adesea important, mai ales în cazul „intirii” unor simptome de disconfort psihic. Mirosul puternic de doctorie sau de plante	Gust nepl cut, gre os sau neutru Lipsa de miros
Culoarea: - în st rile anxioase: verdele, mai activ decât ro ul; - în st rile depresive: galbenul; - în st rile de iritabilitate: bleu-ul i verdele (Shapiro, 1970)	Culoarea alb sau cenu ie

în nevrozele structurate obsesivo-fobic, cât i în cele cronicizate, eficacitatea medica iei placebo este mult mai redus decât în cele slab structurate sau de dat mai recent . Precum i în alte circumstan e i aici vechimea bolii i abord rile ei terapeutice anterioare joac un rol net asupra efectului placebo.

Apari ia de efecte placebo în psihozele afective i mai ales în cele schizofrenice a surprins i a dat na tere la discu ii vii, care au subliniat c i în cazul unor substan e psihoactive trebuie luate în considera ie rela ia efect- doz , drept iner ie terapeutic a unor substan e (de exemplu, antidepressivele tri- i tetraciclice). Studii riguroase arat totu i diferen e semnificative între rezultatele medica iei active i cele ale medica iei placebo în cazul psihoze- lor (**Davis J, Cole J, 1975**).

Trecerea în revist a acestor aspecte demonstreaz c studiul efectului placebo poate oferi date deosebit de interesante, dar c apari ia lui este cvasi-constant în activitatea terapeutic . Cu toate c în cercetare el devine para- zitar, necesitând prezen a studiilor „orb” pentru a-1 exclude, în practica obi nuit întrege te de multe ori actul terapeutic.

Exist situa ii când placeboterapia poate fi considerat o adev rat te- rapie care î i g se te indica ii precise, cu condi ia ca bolnavul s fie într -ade- v r bine investigat i diagnosticat, iar normele etice i morale s fie strict res- pectate.

TABELUL 6.

INDICAȚII ALE PLACEBOTERAPIEI
Cazurile care beneficiază de o relație terapeutică excelentă
Simptomele bolii nu pot fi tratate cu medicamente active
Situații în care se urmărește sevrăjul unui medicament pentru care s-a instalat o dependență psihică
Situații care necesită scăderea dozelor unui medicament activ, cu efecte secundare importante ( <b>Schreiber</b> )
Dovedirea bazei funcționale a unor simptome „zgomotoase” ( <b>Piechowiak</b> )

după Bradu Iamandescu I și Nica I, 2002

## 6. COMPLIANCE, NON-COMPLIANCE, ACCEPTANCE

*Compliance este o noțiune referitoare la aderența bolnavului la mijloacele terapeutice necesare ameliorării stării de sănătate, în care pot fi incluse terapiile biologice, regimurile alimentare, modificarea stilului de viață cât și acceptarea supravegherii medicale și a controlului periodic.*

Compliance este definită ca fiind o acțiune ce concordă cu o cerere sau cu o recomandare - este tendința de a se supune ușor.

Această definiție scoate în relief viziunea istorică și interpersonală a relației medic-pacient ca fiind una de natură paternă; este bazată pe premiza că doctorul știe mai bine, iar pacientul trebuie să-și urmeze recomandarea medicului, procedând așa, totul va fi bine. În acest model, se presupune că pacientul se supune de bunăvoie autorității și expertizei medicului și acceptă regimul tratamentului. Comportamentul non-compliant este considerat nepotrivit; contravine crezurilor profesionale, normelor și așteptărilor privind rolurile corespunzătoare pacienților și profesioniștilor. Dintr-un punct de referință obiectiv, se pot găsi puține lacune în acest sistem direct, istoric și paternal, dar așteptările doctorilor și reacțiile pacienților la aceste idei pot fi foarte bine diametral opuse.

**Hipocrate** atrage atenția că pacientul „minte adesea când afirmă că a luat medicamentele prescrise”. Odată cu sporirea arsenalului terapeutic, cât și cu „creșterea informației medicale libere”, compliance a scăzut, ajungând după unii autori, doar până la 1/10 din recomandările făcute de medic.

Numeroși factori sunt incriminați în „non-complianță”. Dintre acestea vom menționa ca principale grupe: factori legați de trăsăturile bolii și de înclinarea sa intelectuală de către bolnav; factori legați de relația medic-bolnav; factori legați de tipul tratamentului; factori legați de anturajul bolnavului.

Dintre factorii legați de boală menționăm: diagnosticul, gravitatea, morbiditatea, evoluția, durata, iar dintre cei legați de tratament: existența unor produse cu acțiune prelungită, durata tratamentului, numărul de medicamente, frecvența crizelor și dimensiunea dozelor, prezența efectelor nedorite.

În funcție de natură, severitatea și durata bolii, complianța terapeutică variază într-un mod relativ previzibil.

**TABELUL 7.**

<b>FACTORI LEGAȚI DE BOALĂ CARE INFLUENȚEAZĂ COMPLIANȚA TERAPEUTICĂ</b>			
<b>Severitatea bolii</b>	<b>Evoluția</b>		<b>Implicațiile bolii asupra activității bolnavului</b>
Teama de amputații	Bolile acute	Teama de complicații	Boli puține în invalidante
		Disconfortul crescut	
Teama de moarte	Bolile cronice	<i>Prognostic sever - evoluție torpidă</i>	Boli care afectează imaginea de sine
		Faze frecvente de acutizare	Boli care afectează statutul și rolul social
		Evoluție foarte gravă	Boli cu rezultat social negativ

Relația medic-pacient poate fi un factor de creștere a complianței, atunci când există o optimizare a modului de comunicare, anterior deciziei terapeutice și prezentei ei bolnavului, dar și un factor cu efect opus, ori de câte ori programul terapeutic este prezentat fără o „personalizare”, ca un ordin dat de pe o poziție de superioritate.

Medicul trebuie să aibă în vedere o serie de calități intelectuale, afective și morale, diferențiale bolnavii nu numai în raport cu problemele diagnostice ci și - mai ales - cu modul de punere în practică a indicațiilor terapeutice.

Chiar factorii sociali și socio-culturali pot fi adesea implicați în complianța terapeutică. Dintre acestea, tabuurile, locul și rolul imaginii medicului în ansamblul social, sunt ca valoare socială sunt cel mai adesea enumerate.



TABELUL 8.

CALITĂȚI PRIN CARE MEDICUL INFLUENȚEAZĂ COMPLIANȚA TERAPEUTICĂ			
Exponent al puterii sociale (Raven)	Prestigiul medicului	Calitățile de instructor ale medicului	Calități relaționale față de bolnav
- puterea legitimată (statutul său social)	influențea directă	- rbdare, tact;	- autoritate
- puterea expertă (statutul social, amplificat de gradul și nivelul său de pregătire)	proporțională complianței terapeutice	- mod explicit - exemplificări ± seminarizările bolnavului;	- apropierea
- puterea informațională (medicul de însoțire terapeutică)		- ordine, ierarhizare;	- rbdare, distanțare față de pacient
- <i>puterea coercitivă (limitări comportamentale impuse de medic)</i>		- instrucțiuni scrise;	
- puterea recompensivă (mici indulgențe terapeutice în cazul unei bune compliance)		- avertizare asupra efectelor secundare	

TABELUL 9.

FACTORI PRIN CARE BOLNAVUL INFLUENȚEAZĂ COMPLIANȚA			
Nivelul de încredere al bolnavului	Tipul de personalitate al bolnavului	Preconcepții (negative) ale bolnavului despre tratamentul prescris	Noncompliance deliberat sau fortuit
Calități intelective	Cu implicații pozitive (conformiste, optimiste)		Recalcitrant
Blocaj emoțional	Cu implicații negative („descurajare”, marii <b>anxioși</b> , neîncrezătorii)		Simulanți
			Lipsă de voință

TABELUL 10.

FACTORII SOCIALI IMPLICA ÎN COMPLIANTA TERAPEUTIC			
Gândirea de grup (Janis)	Interven ia familiei	Roiul colegilor de munc	Influen a bolnavilor din salon
- atrac ia individului singular c tre grup, ca întreg, dar sugereând posibilitatea unui sprijin;	<b>In</b> ansamblul ei, are un statut cumulativ mai important decât al oric rui membru individual	Nu respect unele interdic ii pe care le-a primit bolnavul de i sufer de aceea i boal	Influen mai puternic prin faptul c sufer . adeseori, de aceea i boal
- presiunea asupra individului pentru impunerea ideilor majorit ii	Poate antrena bolnavul în aplicarea optim a indica iilor terapeutice prin scutirea lui de responsabilit i incompatibile cu aceste indica ii	Ofer „sfaturi autorizate”, contrar indica iilor medicale primite de c tre bolnav	Coexist cu bolnavul pe o durat amplificat de concentrarea gândurilor i discu iilor legate de problematica obsedant a bolii
- autocenzura individului fa de propriile temeri (în bu irea lor) în raport cu ideile grupului	Suportul moral i asisten a acordat bolnavului în „crize”, „pusee”.	Pentru a nu- i pierde locul de munc , bolnavul este nevoit s renun e la unele restric ii impuse de medic	Atragerea bolnavului la diferite înc l-c ri ale regimului dietetic (alcool) sau fumatul în grup
- neglijarea sau raionalizarea informa iilor care sunt contrare gândirii grupului.	Impulsioneaz respectarea unor scheme terapeutice prin procurarea medicamentelor	Influen e pozitive se exercit asem n tor celor din familie	Solidaritatea în suferin , „reclama” f cut personalului medical i medicamentelor recomandate

În psihiatrie, lucrurile sunt cu atât mai complicate, cu cât boala are o semnificație mai profundă pentru subiect, creându-i un grad de neliniște reactivă care îl poate depăși pe cel dat de afecțiunea cauzată. Evoluția cronică și existența unei patologii reziduale, uneori imposibil de abordat terapeutic, sunt surse suplimentare de non-compliance. **Davis** relevă existența unui raport pozitiv între gradul de încredere pe care bolnavul îl are în medic și compliancea terapeutică. Acest raport este și mai net atunci când terapeutul reușește să scadă tensiunea psihică a bolnavului în timpul consultației și să expună unele opinii neechivoce în legătură cu boala pacientului.

După **Haynal A și Schulz P (1983)**, strategiile posibile pentru ameliorarea compliancei ar fi următoarele:

TABELUL 11.

Strategii utilizate pentru ameliorarea compliancei	Randamentul strategiilor	Eforturi necesare din partea terapeutului
Verificarea modului de compliance a bolnavului	crescut	puțin important
Determinarea prospectivă a compliancei bolnavului	crescut	puțin important
Instruirea bolnavului cu privire la boală și tratament	mediu	medii
Modificarea reprezentărilor bolnavului asupra bolii	crescut	medii
Explicarea în detaliu a tratamentului	mediu	puțin importante
Ameliorarea relației medic-bolnav	crescut	medii

Fără să poată fi epuizat, problema compliancei rămâne de stringentă actualitate, fapt subliniat și de datele surprinzătoare pe care le oferă studiile experimentale. Astfel, **Taggart, Johnston G și Mc.Devitt O**, au demonstrat că priza unică este mai greu acceptată (deci non-compliantă) decât priza multiplă (trei sau chiar mai multe administrări pe zi), deși aparent lucrurile ar trebui să se petreacă invers.

TABELUL 12.

FACTORI IMPLICAȚI DE NATURA PRESCRIȚIILOR TERAPEUTICE
a) Complexitatea prescripțiilor terapeutice.
b) Consecințele negative asupra bolnavului, disconfort fizic și/sau psihic
c) Eecul anterior al unor prescripții terapeutice similare.

Compliance medicală este un element esențial în managementul medical eficient. Medicii și personalul medical consumă o mare cantitate de energie și timp pentru conștientizarea de către pacienți non-compliance și pericolul acestor acțiuni. Uneori aceste eforturi sunt foarte mici sau nefolositoare, iar consecințele pot fi deosebit de grave. Există o varietate de statistici ale „non-compliance” cuprinse în literatura de specialitate. Studiile asupra acestui aspect variază semnificativ în definițiile intervențiilor de succes variază de la markerii orientați spre rezultat către evaluatorii orientați spre proces și de la percepțiile subiective către cunoștințele. La pacienții tratați de hipertensiune, s-a găsit o rată de „non-compliance” în exces (50%), în timp ce la pacienții cu transplant de cord rata a scăzut considerabil - aproape 50% din pacienții bolnavi de inimă întrerup recuperarea cardiacă în decursul primului an. O variație mai mare apare atunci când anumite aspecte ale „non-compliance” (ex. dieta, fumatul, activitatea) sunt analizate individual.

Articolele de specialitate au înregistrat numeroase încercări de a spori compliance prin oferirea de recompense bune pacienților, folosindu-se de o varietate de tehnici de modificare a comportamentului, oferind strategii cognitive și educaționale, folosirea telefonului și a contactului prin scrisori și multe alte intervenții ce s-au dovedit a fi inconsecvente de victorioase. Studiile empirice au arătat de asemenea că există în pacient un conflict între deteriorarea calității vieții și continuarea tratamentului medical, între atribuții și crezurile legate de sănătate; între credințe, așteptări și reprezentările bolii și tratament; așteptările asupra vieții și a morții este o trăsătură predominantă în alegerea dacă și cum pacienții răspund la regimul tratamentului. Se speră adesea că ideea de a trăi versus ideea de a muri va fi suficientă pentru a motiva un pacient să urmeze o indicație medicală. Acest lucru nu este adevărat în numeroase circumstanțe.

Este mai puțin dificil pentru medic să înțeleagă dorința de a renunța a acelor pacienți pentru care viața a devenit de nesuportat, dar îi se va realiza complet de neînțeles să perceapă lipsa de compliance a unor pacienți stabilizați, mai ales atunci când aceștia se confruntă cu o deteriorare importantă a stării de sănătate, rezultat din noncompliance.

Cauzele noncompliance sunt multideterminate și pot fi înțelese, în parte, ca un proces fundamental legat de inconștientul individual, a experienței de viață și a interacțiunii cu medicul. Odată confrunțat cu boala, pacienții se bazează pe modele vechi de adaptare în ceea ce privește înțelegerea, integrarea -

rea și planificarea de acțiuni viitoare. Unele stiluri adaptative sunt mai eficiente decât altele. Deși poate pare paradoxal, lipsa de complianță, deși este o alegere maladivă, reprezintă încercarea unui/unei pacient/e de a face față unei situații pe care o percepe ca fiind copleșitoare și înspăimântătoare. Din cauza acestor sentimente, pacienții au posibilitatea de a experimenta vulnerabilitatea, frica, dubiul, dependența de alții sau pot evita să devină copleșiți prin blocarea experienței emoționale, ceea ce are efecte asupra complianței și a lor înșiși.

Reacțiile pacienților la boală, tratament și rezultat sunt adesea o funcție a modelelor lor tradiționale, ce sunt de obicei ascunse atât față de medic cât și față de ei înșiși. De multe ori, istoria vieții pacienților și cea a familiilor lor are o serie de indicii despre cum au fost tratate boala, rezultatul terapeutic și încrederea în medic.

Interviurile clinice sunt importante în acest domeniu pentru că ele investighează nu numai istoria medicală a pacienților, ci și reacțiile lor la boală și/sau la moartea membrilor familiei. Răspunsurile la întrebări de tipul: *Care au fost cauzele bolilor prezente și rezultatele? Ce a însemnat boala prezente pentru pacient? Cum au făcut prezente în boală? Au fost lupători și optimiști? Au fost pasivi și cu o mentalitate de eșec? Au vrut să utilizeze toate datele sau probabilitățile? Au vrut să rămână ignoranți? Cum s-au descurcat medicii în timpul crizei? A fost acuzat medicul de rezultatul negativ? Vor împărtăși pacienții același sfârșit? Poate interveni ceva sau sunt ei victime ale destinului? Ei nu au experimentat cu aceste ocazii o realitate obiectivă a ceea ce s-a întâmplat cu adevărat cu prezente lor. Experiențele subiective ale pacienților vor determina felul cum ei vor răspunde în boală și în regimul inițiat de medici.* Vor aduce o serie de lucruri în ceea ce privește complianța sau noncomplianța pacientului.

Răspunsurile pacienților față de medici sau față de alți profesioniști sunt mai departe influențate de perceperea inițială a persoanelor importante din viața lor. De multe ori, aceste percepții guvernează felul în care pacienții se poartă cu medicul sau ceea ce simț față de el, ceea ce devine adevărat și potențial problematic când doctorul seamănă sau este investit cu statutul persoanelor importante pentru pacient (ex. prezente, frați).

Impactul acestor modele cognitive și emoționale este particular omniprezent în relația pacient-medec deoarece circumstanțele imită modelele comportamentale și sentimentale vechi din relația părinte-copil. Deciziile pe

care pacientul le-a luat în via a sa, vis-a-vis de conflicte, creează modele care promovează fie cooperare fie rezistență.

Pacienții sunt în general inconștienți de impactul acestor modele repetitive și al conflictelor și de felul cum ei își creează o noncompliance autodestructivă, care le amenință viața. Pentru fiecare persoană tratată ar trebui determinat în alesul care este asociat ideii de „bolnav” sau de „pacient”. Pentru unii oameni, aceste concepte produc confort și familiaritate, în timp ce pentru alții această experiență este cel mai grav neplăcut. Ce se întâmplă atunci când un pacient cu o boală cronică nu mai vrea să se considere bolnav? Refuzul unui pacient de a-și lua medicamentele, de a respecta vizitele la medic, de a urma o dietă sau de a-și face exercițiile este un mod de a crea iluzia că se simte bine.

Modelele de rezistență ce fundamentează noncompliance iau forme de apărare rare cum ar fi negarea și raționalizarea și sunt menite să protejeze toate persoanele de lipsa de armonie și de confuzia pe care le experimentează când circumstanțele vieții amenință viața și supere (depresie, fricțiune intensă, panică și anxietate). Mult timp s-a crezut că rezistența face rău unei persoane, dar există puternice dovezi care arată că rezistența are și o parte benefică în încercarea cuiva de a face față circumstanțelor - chiar și atunci când modelul de rezistență este maladaptat. Aceste rezistențe protejează pacientul de trăsăturile unor reacții cognitive și emoționale considerate a fi mai ameninătoare decât situația în sine în care se află pacientul/a.

Au fost făcute numeroase studii pentru a determina dacă există un profil al pacientului non-compliant. Un chestionar de factori demografici a fost aplicat, incluzând vârsta, sexul, inteligența și educația, depresia și suportul social, statutul socio-economic, multe dintre acestea fiind puțin relevante sau având o legătură minimală cu compliance. Dintr-o mulțime de motive, s-a ajuns la concluzia că nu există, în general, un profil tipic al non-compliancei. O problemă importantă în ceea ce privește compliance/noncompliance este legată de asocierea diferitelor suferințe somatice ale pacientului cu depresia și anxietatea. Prezența acestora conduce la administrarea incorectă a medicației, uitarea sau refuzul urmării regimurilor alimentare, neangajarea în exercițiile fizice prescrise, neatenția față de sfaturile și recomandările medicale, persistența într-un stil de viață periculos pentru sănătate. Studii recente făcute în perioada ultimului deceniu și sintetizate de **DiMatteo MR, Lepper H, Croghan T (2002)** arată că noncompliance poate fi de trei ori mai mare în

cazul în care există depresie și anxietate. De aici, concluzia implicită este că orice depresie recunoscută de medic va îmbunătăți ansele unui tratament corect și a complianței terapeutice indiferent care este boala pentru care pacientul s-a adresat medicului.

În ceea ce privește complianța în bolile psihiatrice grave, în special în schizofrenie, există date care arată că mai puțin de 25% din pacienții mențiți în tratamentul corect de la o internare la alta. Simptomatologia este cel mai bun indice pentru noncomplianță (**Donohoe și colab., 2001**). Reactivitatea psihologică, răspunsul subiectiv la neuroleptice și vârsta sunt cei mai buni predictorii ai complianței în opinia lui **Moore A, Sellwood W și Stirling J (2000)**.

## 7. IATROGENII

Termenul de „iatrogenie” vine de la grecescul *iatros* - vindecător, medic și *genos* - cu sensul de „produs de”, „făcut de”. În opinia lui **Predescu V (1990)**, iatrogenia este o stare psihică reactivă determinată de atitudinea greșită a medicilor și a personalului sanitar. În sensul cel mai larg, „iatrogenie” înseamnă îndus de medic, iar alăturarea paradoxal *boala iatrogenă* se referă la acele boli care rezultă din tratamentul medical profesional și despre care se presupune că nu ar fi apărute dacă aceste terapii nu ar fi fost aplicate. Termenul de „iatrogenie” este extins nu doar la activitățile desfășurate de medic propriu-zis, ci și de cele efectuate de alte persoane calificate ca terapeuți, asistente medicale, tehnicieni și chiar psihologi.

Există discuții importante dacă termenul de „iatrogenie” nu ar trebui extins și asupra acelor care practic diferite alte modalități de intervenție terapeutică, celor care administrează și întrețin sisteme medicale, asistenților sociali sau celor care administrează tratamente acelor care nu îi pot administra singuri. Astfel, un bunic care administrează greșit antitermice unui nepot poate fi considerat ca un inductor al unei iatrogenii, deși nu are nici o legătură cu sistemul medical.

Dificultăți în definirea termenului „iatrogenie” sunt provocate de extensia nelimitată pe care ideea de terapie a căpătat-o în societatea modernă. Orice acțiune sau inacțiune a unui medic poate fi urmată de o boală iatrogenă cu consecințe dintre cele mai diverse atât în planul manifestărilor clinice, cât și asupra stării de sănătate. Astfel, folosirea unui instrumentar infectat de către un chirurg poate conduce la o boală infecțioasă gravă, peritonită sau moarte, dar și folosi-

rea siliconului în chirurgia estetică poate conduce în cazul unei sarcini la imposibilitatea de a alăpta pentru pacienta care și-a făcut mamoplastie. Evident că și această situație poate fi considerată tot o iatrogenie. Omniprezența medicului și a tratamentului în societatea contemporană și-a determinat pe unii autori să scrie că „durerea, disfuncția, handicapul și chinurile rezultate din intervențiile tehnice medicale rivalizează cu morbiditatea datorată traficului și accidentelor industriale și chiar cu cea rezultată din stăruirile de război, fiind când din impactul medicinei una din cele mai răspândite epidemii ale timpului nostru (**Ivan Illich**). Același autor pretinde că cel puțin în 20% din persoanele care intră într-un spital vor contacta o boală iatrogenă. Cele mai multe iatrogenii se datorează evident medicamentelor și reacțiilor adverse ale acestora, mulți autori afirmând chiar că bolile iatrogene produse de medicamente se datorează în primul rând supramedicăției și exagerării importanței folosirii medicamentelor. Unii autori, ca Mendelsohn, au atras atenția asupra fenomenului de supramedicalizare a vieții, adică a faptului că pacienții cer în mod exagerat și inutil sprijinul și asistența medicului pentru fapte sau afecțiuni banale (mici dureri, oboseală, viroze ușoare).

În opinia lui **Jeammet Ph, Reynaud M și Consoli SM (1996)**, proasta abordare terapeutică, incompletul abord terapeutic, incapacitatea medicului de a comunica programul terapeutic pe care îl are în vedere bolnavului, fiind că acest lucru și creează anxietate și suplimentare, sunt tot atâtea surse de tulburări iatrogene. Aceiași autori arată că în ceea ce privește palierul diagnostic, superficialitatea medicului sau solicitarea exagerată de examene de laborator pot determina pacientul la exagerarea simptomatologiei și la transformarea unor simptome banale în ipostaze patologice: pacientul completează boala până la un nivel la care crede că va fi luat în serios. **Libih S (1968)** vorbește despre iatrogenie negativă, adică acea iatrogenie generată de lipsa informațiilor pe care medicul le oferă pacienților. Tăcerea sau vorbirea eliptică are un puternic efect psihotraumatizant, subliniat de apariția rapidă a unei patologii de dezvoltare. Crearea grupurilor Balint a modificat situația în unele țări.

Marele clinician **Babinski** a sesizat, studiind tulburările senzitive și motorii ale isteriei, posibilitatea inducerii acestora la anumite persoane mai ușor sugestionabile, atunci când medicul „perseverează” în contactarea cu orice preț a simptomelor. Și în zilele noastre, ermetismul sau exprimarea sofisticată a unor medici în fața bolnavilor, absența unui contact corespunzător cu aceștia, necunoașterea psihologiei subiectului și incapacitatea de a-i anticipa reacțiile, pronunțarea unor cuvinte „la întâmplare” de către cadrele medii cu



oazia efecturii unor intervenii banale (hemoleucogram , electrocardiogram , etc.) reprezint situa ii care, pe un teren psihologic predispus, pot genera reac ii de amploare nebuit (nevrotic i psihotic ). Se pare c persoanele care prezint unele tulbur ri (mai ales func ionale, dar i organice) în sfera cardio-vascular sunt mai vulnerabile la iatrogenie (**English i Finch, 1964**). De asemenea, teama de actul medical, nivelul intelectual i cultural sczut, pot interfera practic în orice etap a relaiei medic-bolnav (anamnez , examen psihic, examen somatic, analiz de laborator, explor ri func ionale etc.), la care se adaug informa iile medicale furnizate de mass-media, mult prea „bine-cunoscutele” prospecte i agende medicale.

Rezultatul unor asemenea interferen e cu efect negativ asupra pacientului (sau viitorului pacient) este apari ia bolilor iatrogene, afec iuni cu evident mecanism psihosomatic. Accesibilitatea crescut a popula iei la actul medical i la unit ile medicale înalt specializate, ca de altfel i num rul mare de prescripii medicamentoase, reprezint alte pre mise ale iatrogeniilor. Se poate distinge (dup **Rînda u GE**) între: iatrogenii de spital, de explorare, induse, chirurgicale, medicamentoase. în cazul ultimei clase, trebuie fcut deosebirea între reac iile adverse i posibilele iatrogenii, printr-o alegere terapeutic nejudicioas (lips de informare, neglijen , sub- sau supra-apreciere etc. din partea medicului).

în psihiatrie num rul iatrogeniilor este la fel de ridicat ca i în celelalte specialit i de i psihiatrul - bun cunosc tor al psihologiei medicale - ar trebui s aib un poten ial iatrogenie minim. în opinia lui Ey H, cele patru principii deontologice care ar duce la dispari ia iatrogeniei sunt: *a ti, a alege, a trata si a respecta*. Este de men ionat num rul relativ mare de st ri depresive, iatrogene, consecutive unor terapii medicamentoase. **TABELUL 13**

<b>MEDICA IA DEPRESOGENA</b>			
<b>Cardiovascular</b>	<b>Hormoni</b>	<b>Psihotrope</b>	<b>Antiinflamatorii</b>
alfa-metildopa (+/-)	contraceptive	benzodiazepine	baclofen
reserpina (++)	ACTH	neuroleptice	antiinflamatorii
propranolol	anabolizante	amfetamine	nonsteroidice
guanetidina	glucocorticoizi	cocaina	metoclopramida
clonidina			
tiazide			
digitala			

Dup unele opinii, un milion de americani și aproximativ zece milioane de pacienți psihiatrici suferă de diskinezie tardivă în urma administrării de neuroleptice, iar acesta poate fi considerat „cel mai mare dezastru din istoria medicinei” (Breggin P, 1991).

De asemenea, mai mult de două milioane și jumătate de britanici au adăugat la tranchilizante. Cu siguranță datele legate de folosirea incorectă sau incompletă a tehnicilor psiho-terapeutice ar fi impresionante dar, cum am mai spus, până acum foarte puțini cercetători au luat inițiativa de a face un astfel de studiu.

## **SOMATIZARE, PSIHOSOMATIC , CONDII PSIROPATOLOGICE CU EXPRIMARE CORPORAL**

*„Nici cerul, nici p mântul nici apa nu -mi prie te,  
Nici aerul i trupul mi-i lânded tot mereu; Ori c se  
molipse te de-a sufletului boal , Ori locul însu i  
este o pricin de r u. ”*

*Publius Ovidius Naso*

*„Suferin a fizic , înso it de suferin a moral se pot anihila reciproc,  
în timp ce o durere moral violent se cere adesea compensat printr -o  
suferin fizic manifest . ”*

*Arthur Schopenhauer*

- 1. Defini ii i cadru conceptual**
- 2. Somatizarea între psihanaliz i neurobiologie**
- 3. Somatizare i medicin psihosomatic**
- 4. Grupa de Tulbur ri Somatoforme în DSM -IV i ICD 10**
- 5. Tulbur ri somatoforme i normativitate**
- 6. Afectivitatea negativ i somatizarea**
- 7. Somatizare i con tiin**
- 8. Somatizarea - un comportament în fa a bolii**
- 9. Genetic i somatizare**
- 10. Somatizare i personalitate**

11. **Posibile modele ale somatizării**
12. **Etiologie și ontologie în somatizare**
13. **Fiziologie și psihologie în etiologia simptomelor funcționale**
14. **Factorii psiho-sociali și somatizarea**
15. **Comorbiditate și somatizare**
16. **Nosografie și somatizare**
17. **Antropologie și somatizare**
18. **Dismorfofobia**
19. **Hipocondria - semantic și semiologie**
20. **Dezvoltarea istorică a conceptului de hipocondrie**
21. **Hipocondria și psihanaliza**
22. **Organodinamismul și hipocondria**
23. **Fenomenologie și hipocondrie**
24. **Hipocondria - o viziune psihopatologică românească**
25. **Repere somatice și psihice în psihopatologia hipocondriei**
26. **Epidemiologia hipocondriei**
27. **Hipocondria și „Colecția de doctori”**
28. **Implementarea unei strategii în terapia hipocondriei**
29. **Hipocondria și anxietatea pentru sănătate la vârstnici**
30. **O patologie psihiatrică „major” a corpului**
31. **Sindromul oboselei cronice**
32. **Durerea cronică**
33. **Anorexia / bulimia mintală**

## 1. DEFINIȚII ÎN CADRU CONCEPTUAL

O mare varietate de acuze somatice care antrenează convingerea pacienților că ei sunt suferinzi din punct de vedere corporal, în ciuda unor probleme emoționale sau psihosociale demonstrabile, rămân în afara unei posibilități de definire clare. Disconfortul somatic nu își are explicație sau are una parțială, în ciuda convingerii cvasiunanime a pacientului că suferințele lui își au originea într-o boală definibilă care îl determină să ceară ajutor medical și care îl determină incapacitatea și handicapul (**Lipowski, 1968; Kleinman, 1977; Katon, 1982; Kirmayer, 1984; Kellner, 1990**).

Manualul DSM-IV (1994) subliniază că trăsătura comună a tulburărilor somatoforme este prezența simptomelor fizice, care sugerează o afecțiune

Psihosomatic , condi ii psihopatologice cu exprimare corporal

apar înând medicinei interne, dar care nu poate fi pe deplin explicat de o situa ie apar înând medicinei generale, de efectele directe ale unei substan e sau de alt tulburare mintal (cum ar fi atacurile de panic ). în contrast cu simularea, simptomele somatice nu sunt sub control voluntar. Tulbur rile somatoforme difer i de simptomele psihice consecutive unei afec iuni medicale prin aceea c nu exist nici o situa ie medical care s poat fi considerat pe deplin responsabil pentru simptomele somatice. Cei mai mul i aut ori afirm c acest concept, care grupeaz situa ii diferite, are drept numitor comun disconfortul corporal neexplicat, generat de probleme psihiatrice, psihologice sau sociale. Prin numeroasele sale aspecte, somatizarea este problema comun a unui num r mare de aspecte medicale (**Ford, 1983**), în mod cu totul paradoxal, somatizarea este o problem major de s n tate public , simptomele func ionale fiind printre primele cauze de incapacitate de munc i incapacitate social . Tot în sfera s n t ii publice in tr i faptul c pacien ii cu simptome somatice neexplicate, recurente sunt adesea investiga i în extenso, spitaliza i, supu i unor proceduri invazive de diagnostic, unor tratamente medicale în care polipragmazia se împlete te cu metode recuperatorii costisitoare i care creeaz boli iatrogene, adeseori mai grave decât presupusele boli somatoforme.

## 2. SOMATIZAREA ÎNTRE PSIHANALIZ I NEUROBIOLOGIE

Problema somatizarii i-a determinat cu mai bine de un secol în urm pe **Freud** S i **Breuer** s dezvolte conceptele de incon tinent, conflict, ap rare i rezisten .

în epoca victorian , simptomele somatice neexplicabile erau considerate semne exterioare ale unor tulbur ri psihologice subiacente (bazale). Insisten a permanent a pacien ilor, care cereau recunoa terea naturii somatice a simptomelor lor, a fost considerat un mecanism de ap rare împotriva cauzelor psihice care stau de fapt la originea lor. Psihanaliza, cât i restul psihiatriei, au mutat în cele din urm accentul pe tulbur rile psihiatrice presupuse a determina isteria i somatizarea. De i în urm toarea sut de ani au intervenit schimb ri dramatice în în elegerea mecanismelor i a tratamentului bolilor mintale, în elegerea procesului de somatizare a f cut doar pa i minori fa de nivelul atins în secolul trecut. Mai mult, pacien ii cu tulbur ri de

apar înând medicinei interne, dar care nu poate fi pe deplin explicat de o situa ie apar înând medicinei generale, de efectele directe ale unei substan e sau de alt tulburare mintal (cum ar fi atacurile de panic ). În contrast cu simularea, simptomele somatice nu sunt sub control voluntar. Tulbur rile somatoforme difer i de simptomele psihice consecutive unei afec iuni medicale prin aceea c nu exist nici o situa ie medical care s poat fi considerat pe deplin responsabil pentru simptomele somatice. Cei mai mul i autori afirm c acest concept, care grupeaz situa ii diferite, are drept numitor comun disconfortul corporal neexplicat, generat de probleme psihiatrice, psihologice sau sociale. Prin numeroasele sale aspecte, somatizarea este problema comun a unui num r mare de aspecte medicale (**Ford, 1983**). În mod cu totul paradoxal, somatizarea este o problem major de s n tate pu blic , simptomele func ionale fiind printre primele cauze de incapacitate de munc i incapacitate social . Tot în sfera s n t ii publice intr i faptul c pacien ii cu simptome somatice neexplicate, recurente sunt adesea investiga i în extenso, spitaliza i, supu i unor proceduri invazive de diagnostic, unor tratamente medicale în care polipragmazia se împlete te cu metode recuperatorii costisitoare i care creeaz boli iatrogene, adeseori mai grave decât presupusele boli somatoforme.

## 2. SOMATIZAREA ÎNTRE PSIHANALIZ I NEUROBIOLOGIE

Problema somatizarii i-a determinat cu mai bine de un secol în urm pe **Freud** și **Breuer** s dezvolte conceptele de incon tinent, conflict, ap rare i rezisten .

În epoca victorian , simptomele somatice neexplicabile erau considerate semne exterioare ale unor tulbur ri psihologice subiacente (bazale). Insisten a permanent a pacien ilor, care cereau recunoa terea naturii somatice a simptomelor lor, a fost considerat un mecanism de ap rare împotriva cauzelor psihice care stau de fapt la originea lor. Psihanaliza, cât i restul psihiatriei, au mutat în cele din urm accentul pe tulbur rile psihiatrice presupuse a determina isteria i somatizarea. De i în urm toarea sut de ani au intervenit schimb ri dramatice în în elegerea mecanismelor i a tratamentului bolilor mintale, în elegerea procesului de somatizare a f cut doar pa i minori fa de nivelul atins în secolul trecut. Mai mult, pacien ii cu tulbur ri de

somatizare p streaz aceea i reticen , scepticism i sentimente de frustrare fa de explica iile psihologice care li se dau.

### 3. SOMATIZARE I MEDICIN PSIHOSOMATIC

încercarea medicului de în elegere a simptomelor somatice neexplicate ca manifest ri ale conflictelor incon tiente, ale modelelor comportamentale sau disfunc ionalit ilor familiale, se love te de sentimentul c nu este în eles din partea pacientului precum i în cazul în care aceste tulbur ri corporale sunt puse pe seama perturb rii neurotransmi torilor (**Simon GE, 1993**). La fel ca pe vremea încerc rilor lui **Freud** S de a explica isteria, pacien ii actuali cu **simptome** somatice neexplicate, privesc eforturile clinice i tiin ifice drept nefolositoare, iar publica iile unor organiza ii de suport ale bolnavilor cu astfel de tulbur ri (encefalit mialgic , sindrom de oboseal cronic ) sunt vehement critice la adresa celor care îndr znesc s lege aceste condi ii de depresie sau suferin psihologic (**Jackson, 1988**). Majoritatea defini iilor somatiz rii includ presupunerea c simptomele somatice neexplicate ar rezulta dintr-un disconfort (suferin a psihologic latent ), (**Kaplan HI i Shadock BJ, 1989**). Este evident i încurc tura manualelor „ateoretice” DSM-III-R i DSM-IV care, lucru f r precedent, admit „prezum ia clar c simptomele sunt legate de factori sau conflicte psihologice”, deci fac referiri la procese psihodinamice.

Dac momentul actual pare s fie cel al unei extensii neobi nuite în ceea ce prive te conceptul de somatizare, el î i poate g si explica ia nu doar în buna încercare de circumscriere a acestei realit i, ci i în revenirea psihiatriei în spitalele cu profil general i în rena terea, drept consecin , a psihiatriei în consultan a interdisciplinar , cât i a unei reintegr ri a psihiatriei la un nivel acceptabil în echipa medical sau, chiar mai mult, în cea medico -chirurgical .

Somatizarea pare s ia locul medicinei psihosomatice care se ocup prin tradi ie de investigarea i tratarea determinan ilor psihologici ai bolii, încercând s studieze rolul conflictelor psihologice specifice i a dimensiunilor personalit ii în boal , teoria psihodinamic a supravie uit cu greu (dup unii chiar a sucombat) aspira iilor i veleit ilor sale i chiar mai mult, a avut efectul nefericit de a orienta anumi i clinici eni spre a considera unele boli ca fiind în mod esen ial psihosomatice. La pierderea de viteza a psiho -somaticii au contribuit datele contemporane de epidemiologie i psihofizio -logie care au eviden iat rolul stresului asupra cauzelor i cursului bolii cât i

Psihosomatic , condi ii psihopatologice cu exprimare corporal

prezen a ubicuitar a acestuia. Mai mult, DSM -III a trebuit s recunoasc faptul inexisten ei unei clase unice de tulbur ri psihosomatice admi ând în cazuri clinice particulare rolul jucat de factorii psihosociali în determinarea sau agravarea st rii pacientului. **Kirmayer JL i Robins JL** consider c termenul *psihosomatic* ar putea fi aplicat mai degrab unor situa ii clinice decât unor anumite categorii de boal , în acest fel, medicii fiind încuraja i s ia în discu ie procesul psihosomatic ca o dimensiune specific a bolii. Saltul de la teoria psihosomatic , centrat pe cauza bolii, la somatizare, preocupat de expresia bolii i de tr irea bolii, se materializeaz în reformularea defini -iei originale a lui **Lipowski (1988)**.

#### 4. GRUPA DE TULBUR RI SOMATOFORME ÎN DSM-IV I ICD 10

DSM-IV înscrie în grupa tulbur rilor somatoforme **urm toarele** categorii:

- **tulburarea de somatizare** (care din punct de vedere istoric se referea la isterie sau sindromul Briquet) este o tulburare polisimptomatic care debuteaz înaintea vârstei de 30 de ani, evolueaz mai mul i ani i se caracterizeaz printr-o combina ie de durere i simptome gastro-intestinale, sexuale i pseudo-neurologice;
- **tulburarea somatoform nediferen iat** se caracterizeaz printr-o suferin fizic inexplicabil care dureaz cel pu in ase luni i se situeaz sub limita diagnosticului de tulburare de somatizare;
- **tulbur rile de conversie** implic simptome inexplicabile sau deficite care afecteaz motricitatea voluntar sau func ia senzorial sau sugerând o situa ie neurologic sau alte situa ie de medicin gene -ral . Factorii psihologici se apreciaz c sunt asocia i cu simptomele sau deficitele;
- **tulbur rile durerii** (tulbur ri somatoforme de tip algic) sunt caracterizate prin dureri care focalizeaz predominant aten ia clinic . În plus, factorii psihologici sunt aprecia i ca având un rol important în instalarea tulbur rii, severit ii, agrav rii sau men inerii ei;
- **hipocondria** este preocuparea privind teama de a avea o boal grav , bazat pe gre ita interpretare a simptomelor corporale sau a func iilor corporale;
- **tulburarea dismorfofobic** este preocuparea pentru un defect corporal imaginar sau exagerarea unuia existent.



Clasificarea internațională a bolilor în ultima sa ediție stabilește următoarele criterii pentru diagnosticarea afecțiunilor somatizate:

TABELUL 1.

### CRITERIILE ICD-10

A) Cel puțin doi ani de acuze multiple și variabile de simptome fizice ce nu pot fi explicate prin nici o tulburare somatică detectabilă și nici o tulburare somatică cunoscută, nu explică severitatea, varietatea, proporția și persistența acuzelor fizice sau incapacitatea socială asociată.

*Dacă unele simptome se datorează unor factori autonomi, ele nu reprezintă trăsături majore ale bolii, pentru că nu sunt persistente și nu deranjează bolnavul.*

B) Preocuparea bolnavului din cauza simptomelor îi produce o suferință permanentă și îl determină să consulte doctorul în mod repetat (de trei sau mai multe ori) și să facă seturi de analize, fie în cadrul asistenței medicale primare sau a celei specializate. În cazul absenței unor servicii medicale sau când bolnavul nu și le poate permite financiar, apar automedicațiile și consultarea unor vindecători.

<u>C) Un total de șase sau lista următoare:</u>	<u>Simptome</u>	<u>Simptome</u>	<u>mai multe simptome din</u>
<b>Simptome gastro-intestinale</b>	<b>cardio-vasculare</b>	<b>genito-urinare</b>	<b>Simptome cutanate și dureroase</b>
dureri abdominale grea abdomen meteorizat vărsături sau regurgitații tranzit haotic, frecvent sau secreții fluide eliminate din anus	dispnee efort fizic dureri precordiale	disurie sau polakiurie senzație neplăcută în sfera genitală	dureri ale membrelor la nivelul extremităților sau ale articulațiilor senzații de furnicături sau senzație neplăcută de amorțeli.

## 5. TULBURĂRI SOMATOFORME ÎN NORMATIVITATE

Chiar dacă s-au făcut eforturi de definire nenormativă a tulburărilor somatoforme, conceptele somatizării rămân sub semnul normativității, astfel că hipocondria va fi teama disproporționat de boală, dar aceasta după stăru-

dardele sociale ale unui loc sau altuia. Valori ca stoicismul, autocontrolul, ingenuitatea, negarea, joac un rol evident. Acela i lucru este valabil i în ceea ce prive te dismorfofobia. Un lupt tor sumo este cu totul altceva, ca termen de referin socio-cultural , decât topmodelele societ ii occidentale.

Judecarea clinic a faptului c un pacient somatizeaz sau nu este de asemenea deschis unei largi categorii de factori sociali f r nici o leg tur evident cu boala, între care se înscriu interferen ele legate de atitudinea i concep ia medical i a institu iilor de asisten . în sfâr it, numeroase studii se refer la conceperea somatizarii ca un comportament fa de boal direc ionat spre exterior, c tre procese interpersonale i factori structurali sociali. O serie de cercet tori în domeniul antropologiei medicale au eviden iat într -o manier clar modurile în care limbajul (idiomul) corporal de suferin serve te drept mijloc simbolic, atât în reglarea unor situa ii sociale cât i ca protest sau contesta ie (**Scherper-Huyges i Lock, 1987**).

## 6. AFECTIVITATEA NEGATIV I SOMATIZAREA

Un mare num r de lucr ri au fost consacrate bazelor dispozi ionale ale somatizarii i rolului afectivității negative. Cercet rile lui **Costa i McCraie (1987)** i **Watson i Pennebaker (1989)**, au fost centrate pe o stare sufleteasc considerat de autor ca *afectivitate negativ* (A.N.). Subiec ii cu A.N. au nivel înalt de disconfort i insatisfac ie, sunt introspectivi, st ruie asupra ecurilor i gre elilor lor, tind s fie negativi ti, concentrându -se asupra aspectelor negative ale celorlal i i ale lor. Afectivitatea negativ are tr s turi similare cu alte tipologii dispozi ionale cum ar fi nevroticismul, anxietatea, pesimismul, maladaptivitatea. Afectivitatea pozitiv ar fi contrariul celei negative, asociat cu extraversia, nivelul energetic crescut, nivelul de activitate superior. O serie de scale pot evalua afectivitatea negativ : scala de emotivitate negativ (*Negative Emotionality Scale-NEM*), din chestionarul de personalitate **Tellegen** (*Tellegens Multiple Personality Questionnaire*), scala N.A. din scalele de afectivitate pozitiv i negativ (*Positive and Negative Affectivity Scales-PANAS*). Cercet ri foarte recente arat c indivizii cu afectivitate negativ intens par s fie hipervigilen i în privin a propriului corp i au un prag redus în ceea ce prive te sesizarea i raportarea senza iilor somatice discrete. Viziunea pesimist asupra lumii îi face s fie mai îngrijorata i în privin a implica iilor situa iilor percepute i par s aib un risc mai mare de somatizare i hipocondrie. Ace ti indivizi sunt mai predispu i s ra -

porteze simptome în cursul tuturor situațiilor de-a lungul unor îndelungate perioade de timp, stresorii situaționali trecători influențând doar în mică măsură această trăsătură stabilă de personalitate, Afectivitatea negativă este una din problemele care influențează negativ atât aprecierea asupra relațiilor simptomelor, cât și studiile clinice și de cercetare. După mulți cercetători, evaluarea ei ar trebui sistematic făcută în cazul bolilor de somatizare.

Mai mult, studii recente sugerează că tendința de a relata simptome și afectivitatea negativă sunt ereditare.

Studiile lui **Tellegen și colab.** de la Universitatea din Minnessota au arătat că în 55% din cazuri trăsăturile afectivității negative pot fi atribuite factorilor genetici și numai în 2% din cazuri mediului familial comun.

## 7. SOMATIZARE ȘI CONȚIIN

O altă coordonată a tulburărilor somatoforme este cea legată de modul în care sunt conștientizate și relatate simptomele somatice. Desigur că răspunsul la întrebarea dacă simptomele somatice nu au o corelare net fiziologică atunci cum pot apărea, este pe cât de dificil pe atât de complex. O serie de autori (**Pennebaker J, Watson D, Robbins J, Gibson JJ, Katkin, Whitehead și Drescher**) au căutat să evidențieze procesele psihologice care influențează conștientizarea și raportarea simptomelor somatice, precum și modul în care îmbunătățirea cunoașterii modului de relatare a simptomelor poate influența orientările viitoare. Cu toate că pacienții cu tulburări de somatizare relatează simptome fără o bază biologică clară, opinia aproape unanimă privind aceste relații afirmă realitatea lor subiectivă, adică indivizii care acuză simptome și senzații trăiesc în mod subiectiv o activitate somatică semnificativ tulburată (**Robbins și Kyrmarer, 1986; Lipowsky, 1988**). Cercetările privind semnalele subliminale ale propriului corp și felul în care un simptom devine relevant și interpretabil în sensul bolii de către individ au fost începute încă din laboratoarele lui **Wilhelm Wundt și Gustav Fechner**. O serie de cercetări moderne asupra psihologiei perceptuale au pus în discuție factorii ca mediul exterior și tensiunea afectivă (**Gibson, 1979**), competiția stimulilor senzoriali pentru câștigarea atenției (**Pennebaker, 1982; Duval și Vicklund, 1992**) și selectivitatea informației (**Neisser, 1976**). Vom ilustra doar două dintre acestea; astfel, în ceea ce privește rolul atenției, experimentele demonstrează că indivizii acuză grade mai înalte de oboseală, palpitații și chiar intensificare a tusei în situații plictisitoare și monotone față de cele

Psihosomatic , condi ii psihopatologice cu exprimare corporal

stimulatoare (**Filingin i Fine, 1986; Pennebaker, 1980**). Studii epidemio-  
logice arat faptul c raportarea unor simptome somatoforme este mai  
frecvent la indivizii singuratici, din mediul rural, care lucreaz în institu ii  
nepreten ioase sau nestimulative (**Wan, 1976; Moos i Vandort, 1977**).  
C utarea selectiv a informa iei este direc ionat de convingeri sau construc ii  
mintale care orienteaz modul în care informa ia este c utat i în final g si-  
t . Convingerile legate de s n tate sunt strâns corelate cu modul în care in-  
divizii se preocup i i i interpreteaz senza iile corporale (**Pennebaker,  
Skelton, Watson, 1988**). Importan a convingerilor despre s n tate i a sche-  
melor de c utare selectiv este bine ilustrat de „boala studentului medicinist”  
(**Woods i colab., 1978**) i psihozele în mas ( **Colligan i colab., 1982**).

## 8. SOMATIZAREA - UN COMPORTAMENT ÎN FA A BOLII

Somatizarea nu se refer doar la simptome sau la sindroame precis  
definite, asupra c ora vom reveni, ci i la un anumit comportament fa de  
boal . Acest termen de „*comportament de boal* ” („*ilness behaviour*”) a fost  
introdus de **David Mechanic în 1962** i se refer la c ile prin care simptome  
date pot fi diferit percepute, evaluate i permit sau nu s se ac ioneze asupra  
lor. Acest concept a fost extins la situa iile clinice problematice de c tre  
**Pilowsky (1969, 1990)**, care a numit somatizarea, exagerarea sau negarea  
bolii drept „comportament anormal fa de boal ” (**1978**). **Mayer** aduce  
obiec ia c în defini ia ini ial conceptul era descriptiv i deci nenormativ  
(**1989**). El se întreb care sunt acele norme stabile care s justifice decizia  
c gândurile sau ac iunile unui pacient sunt anormale. Al i autori s ubliniaz  
c etichetând drept anormal comportamentul unui pacient, factorii contextu lui  
social vor fi ignora i sau mult estompa i (interac iunea doctor -pacient,  
exigen ele sistemelor de asigur ri pentru s n tate etc.). O serie de încerc ri  
au fost f cute pentru a diminua riscul unei definiri arbitrare a comportamen-  
tului anormal fa de boal , mai ales cu ajutorul chestionarelor de r spus  
individual i interviurilor normate (**Turket i Pettygrew, 1983; Costa i  
McCraie, 1985; Zonderman i colab., 1985; Kellner, 1987**).

Relatarea simptomelor poate fi exagerat sau diminuat prin recom-  
pense sau pedepse, prin orice form de beneficiu primar sau secundar  
(**Mechanic, 1978**).

Diferențe semnificative în ceea ce privește remarca rea, definirea și reacția față de simptome sunt legate de sexul individului. Femeile sunt mai sensibile la stimulii mediului extern, iar bărbații la cei fiziologici interni în definirea propriilor simptome. Astfel, studii de laborator și de teren riguroase arată că bărbații sunt mult mai capabili să detecteze ritmul inimii, activitatea stomacului, tensiunea arterială și chiar glicemia. Majoritatea autorilor sunt de acord că bărbații și femeile utilizează strategii diferite. Femeile sunt foarte sensibile la problemele situaționale, iar modelul lor de raportare a simptomelor reflectă conjuncturile pe care le percep ca stresante. Repetarea simptomelor va tinde să reflecte fluctuațiile situaționale. Bărbații, în schimb, tind să ignore situațiile și să se concentreze asupra problemelor lor fiziologice. Important este că diferențele dintre sexe, în ceea ce privește baza perceptuală a raportării simptomelor sunt identice cu cele ale indivizilor sănătoși.

## 9. GENETIC ȘI SOMATIZARE

Argumentele genetice sunt legate atât de presupunerea comună în privința bazelor fenotipice ale funcțiilor fiziologice, cât și în descoperiri recente în ceea ce privește moștenirea tipului emoțional și perceptual. Sesizarea și raportarea simptomelor somatice depind de modul de prelucrare senzorială a informației în creier. Abilitatea de raportare a simptomelor depinde de rânduială ei, după **Luria (1980)**, de buna funcționare a centrilor limbajului în lobiile temporali și parietali. Structura și funcționalitatea sistemului nervos central sunt determinate genetic atât la nivelul structurilor corticale a activității neurotransmițitorilor, a activității electro-encefalografice și a sistemului nervos autonom. Comparările făcute între gemenii mono și dizigoi de **Likkn (1982)** conduc la concluzia că „hardware-ul biologic” al creierului are o evidentă bază ereditară.

**Barsky și Kellerman (1983)** aduc argumente privind hipervigilența, atenția selectivă și tendința de a privi senzațiile somatice ca fatale, în generarea și amplificarea simptomelor. **Gray J (1982)** relevă importanța centrilor inhibitori din creier (din zona septumului și hipocampului) în influențarea diferențelor individuale în ceea ce privește afectivitatea negativă. Autorul consideră că indivizii pe care el îi numește cu „trăsături anxioase” (cu afectivitate negativă) au acești centri inhibitori hiperactivi, ceea ce le determină caracterul hipervigilent. Aceasta afectează probabil raportarea simptomelor atât prin niveluri înalte de afectivitate negativă, cât și printr-o hiperatenție

privitoare la propriul corp. Orientarea cercet rilor viitoare asupra raporturi - lor dintre comportamentul legat de boala tr s turilor de personalitate cu afectivitate predominant negativ i tulbur rile de somatizare, vor clarifica probabil zona confuz care mai exist prin suprapunerea unor descrieri comu - ne i prin imposibilitatea stabilirii unor raporturi de precesiune. Clarificarea unor constante genetice ar fi de asemenea util în descrierea simptomato logic .

## 10. SOMATIZARE I PERSONALITATE

Studii corelative s-au f cut nu doar la nivelul unor tr s turi de perso - nalitate, ci i a asocierii dintre tulbur rile de somatizare i alte tulbur ri psihiatrice. Cum era i de a teptat, multe studii arat o rela ie strâns între somatizare i depresie.

Dintre tulbur rile personalit ii cele mai frecvent implicate sunt tulbu - rarea histrionic , tulburarea obsesiv -compulsiv i tulburarea dependent .

O serie de studii f cute în anul 1988 demonstreaz c somatizarea est e mai puternic asociat cu antecedentele de depresie ale individului decât cu diagnosticul curent de depresie (**Cornier i colab.;** **Sullivan i colab.;** **Walter i colab.**). Alte studii au demonstrat asocieri asem n toare cu tulbur rile de anxietate, dar nu exist studii care s includ suficien i subiec i pentru a putea trage concluzii privitoare la diagnosticele psihiatrice mai rare.

## 11. POSIBILE MODELE ALE SOMATIZ RII

Diverse corela ii au f cut obiectul stabilirii unor posibile modele de rela ie care nu se exclud reciproc i care propun ipoteze cauzale. Dintre aceste modele le vom discuta pe urm toarele:

### *Somatizarea ca mecanism de ap rare psihologic*

Somatizarea ca mecanism de ap rare psihologic - corespunde unui mo - del tradi ional care consider raportarea simptomelor somatice i recurgerea la asisten medical nonpsihiatric drept rezultat al prezentei modificate a unor tulbur ri psihice. Deci somatizarea ar fi o expresie „mascat ” a bolii psihice.

Acest model î i are sorgintea în no iunile de început ale p sihanalizei care considerau simptomele isteriei ca fiind versiuni puternic modificate sau transformate ale unor impulsuri incon tiente interzise. Astfel, simptomele somatice aveau func ie de ap rare, permi ând o anumit exprimare a suferin -

ei i înând în acela i timp în afara câmpului con tiin ei dorin ele inaccepta - bile. Versiunea modern a acestei abord ri consider c simptomele soma tice func ioneaz ca mecanisme de ap rare, servind drept expresie a suferin ei pentru a permite depresiei sau anxiet ii subiacente s r mân în afara con tiin ei. Se spune adesea c ace ti pacien i îi exprim suferin a psiholo - gic preferen ial prin „canale” fizice (**Katon, 1982**), **Nemiah i Zifenos** au dezvoltat chiar conceptul de alexitimie pentru a descrie grupuri de pacien i care par „s nu aib cuvinte pentru exprimarea sentimentelor” (**1977**). Totu i, numeroase studii sugereaz c simptomele somatice i cele psihogene nu sunt canale alternative pentru exprimarea suferin ei, ci canale paralele care apar împreun (**Clancy i Noyes, 1976; Costa i McCrae, 1980,1985; Sherii i colab., 1988; Simon GE i Katon W, 1989; Tudose F i Iorgulescu M, 1994**).

#### SOMATIZAREA CA PREZENTARE MASCAT A BOLILOR PSIHIATRICE

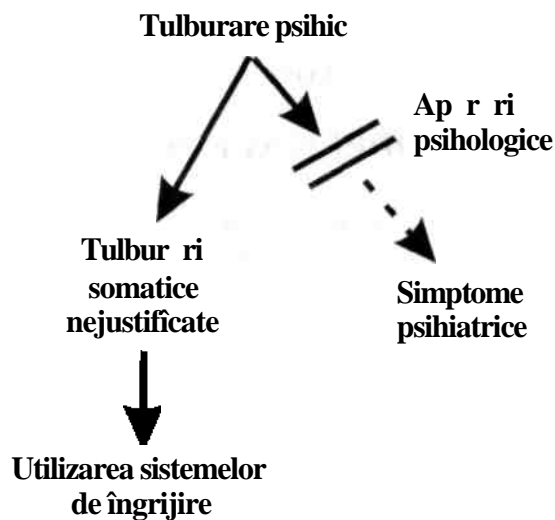


FIGURA 1.

### *Somatizarea ca amplificare nespecific a suferin ei*

Somatizarea, ca amplificare nespecific a suferin ei, este legat de stilul perceptual, presupunând c pacien ii tind s perceap i s raporteze nivele înalte din toate tipurile de simptome. Aceast tendin de a tr i st ri emo ionale nepl cute a fost descris de **Watson i al ii (1984, 1985)** drept afectivitate negativ . Studii f cute pe voluntari s n to i au ar tat o rat înalt a raport rii de simptome la cei cu st ri de afectivitate negativ .

Investiga iile f cute de **Balint (1957)** asupra disconfortului emo ional în clinicile de asisten medical primar au condus la concluzii similare: el a descris termenul de „efect bazai” care ar determina la pacien i tr irea unui disconfort generalizat sau nespecific i prezentarea la medic atât pentru simptome somatice, cât i emo ionale. Aceste ipoteze consider mecanismele de amplificare somato-senzorial ca fiind tr s turi stabile de personalitate care ar influen a prelucrarea tuturor stimulilor senzoriali, iar, în consecin , somatizarea ar rezulta din acest stil de amplificare somatic , mai degrab decât dintr-un diagnostic psihiatric specific. Bazându-se pe o serie de lucr ri ale anilor '70 (**Byrne, 1964; Bushaum i Silverman, 1968; Raine i colab., 1971; Hauback i Revelle, 1978**), colectivul condus de **Barsky (1988)** elaboreaz conceptul de „amplificare somato-senzitiv ” pentru a explica procesul prin care suferin a psihologic duce la sensibilitatea manifestat prin simptome somatice. Simptomele sunt considerate ca începând cu senza ia periferic care conduce la o elaborare cortical sau componenta reactiv care, la rândul ei, poate amplifica sau reduce senza ia ini ial . St ri psihologice negative afecteaz acest sistem crescând excitabilitatea i vigilen a, sc zând pragul perceperii i raport rii senza iilor fizice. Prin aceast concentrare selectiv pe senza iile nocive, disconfortul **nespecific** se canalizeaz în simptome somatice. O variant a ipotezei amplific rii consider somatizarea ca fiind o consecin a anormalit ilor din neuropsihologia prelucr rii informa iilor. Studi ind diferite r spunsuri fiziologice la stimulare sau nivelurile diferi ilor metaboli i ai neurotransmi torilor, ace ti cercet tori leag fenomenele de somatizare de anomalii sau tulbur ri biologice i biochimice. Modelul conform c ruia pacien ii cu somatizare amplific atât suferin a psihic , cât i pe cea psihologic , implic ipoteze privind consecin ele clinice i semnifica ia diagnostic a acestor simptome care se pot corela cu modelul urm tor.



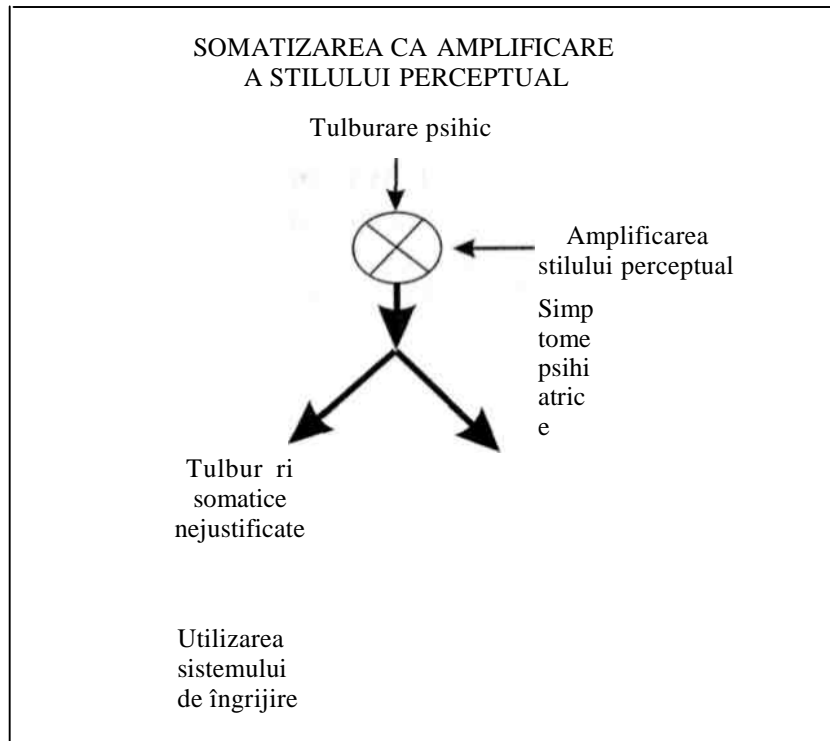


FIGURA 2

### *Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale*

Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale pentru simptome comune. Acest model ia în considerare rolul suferinței psihologice în determinarea cazurilor în care pacienții solicită ajutor medical pentru simptome care preexistă. Acest model presupune că simptomele somatice neplăcute sunt ubicuitare și că doar stările afective negative îi determină pe indivizii să ceară ajutor medical pentru simptome pe care altfel le-ar putea ignora. Suferința psihologică îi determină pe cei cu somatizare să interpreteze senzații fizice comune corporale ca dovezi ale unei boli (**Mechanic, 1982**). Cei cu tulburări emoționale se adresează medicului pentru simptome comune pe care ceilalți le depesc fără ajutor medical. Anchetate active ale stării de sănătate au arătat că majoritatea oamenilor normali care se consideră sănătoși au în mod frecvent simptome uoare, variabile pentru care nu apelează la ajutor medical.

Studiile lui **Tessler i Mechanic (1978)** au sugerat existen a unui mod dobândit de adaptare la suferin a emo ional prin focalizare asupra simpto - melor somatice i recurgere la ajutor medical.

**SOMATIZAREA CA TENDIN ă DE ÎNGRIJIRE  
EXAGERATĂ A UNOR SIMPTOME COMUNE**

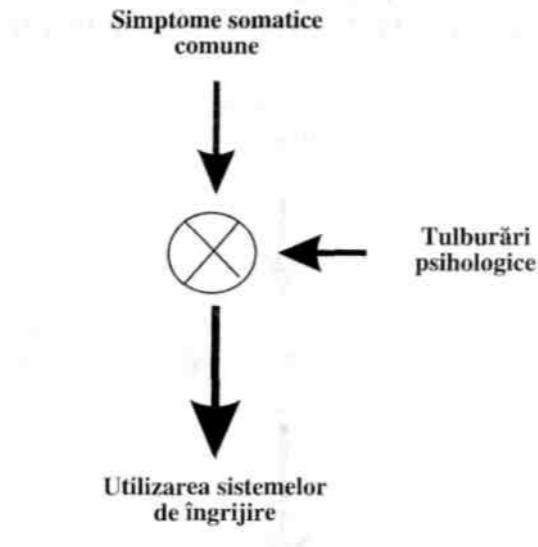


FIGURA 3

Mai recent, **Drossman i colab. (1988)**, asociaz morbiditatea psihia - tric mai degrab cu cererea de ajutor medical pentru diverse simptome, decât cu simptomul în sine. Acest lucru îl arat i studiul făcut de **Lipscomn (1990)** asupra sindromului premenstrual, constatând c morbiditatea psihiatric este mai puternic legat de decizia de a apela la asisten a medical , decât de prezen a simptomelor în sine.

***Somatizarea ca o consecin a suprautiliz rii asisten ei medicale***

Somatizarea ca o consecin a utiliz rii asisten ei medicale. Acest model consider somatizarea ca r spuns la stimularea realizat de sistemul de asisten medical . El consider utilizarea serviciilor medicale mai degra b o cauz a raport rii simptomelor decât o consecin a acestora.

Aceast ipotez accentueaz asupra tendin ei factorului cultural i a corpului medical de a înt ri comportamentul de boal i raportarea simpto -

melor. Cu cât sistemul de îngrijire medicală și instituțiile medicale au în vedere în special simptomele corporale, somatizarea iatrogenă are anse deosebite de a se afirma. Exemplul somatizării frecvente printre studenții de medicină îți ilustrează modul în care expunerea la sistemul de îngrijire medicală determină creșterea raportării suferințelor somatice.

#### SOMATIZAREA CA RĂSPUNS LA FACILITĂȚILE SISTEMULUI DE ÎNGRIJIRE

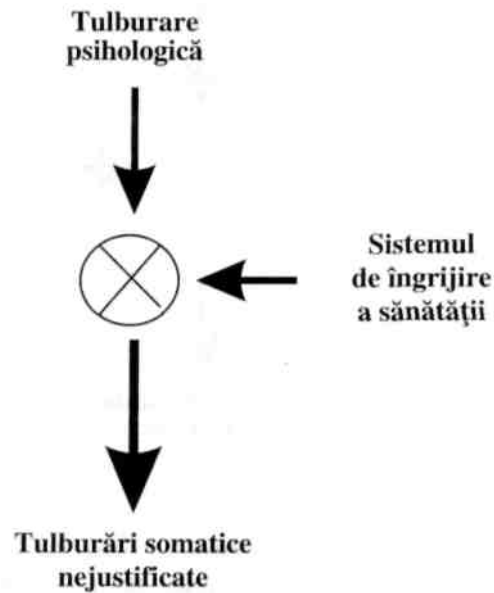


FIGURA 4

Trecerea în revistă a modelelor arată că tulburările psihice pot avea roluri extrem de variate în geneza simptomelor somatice neexplicate. Tranziția se face de la modelul tradițional al somatizării ca prezentare atipică a tulburării psihice până la modelul amplificării care pune în discuție chiar validitatea diagnosticelor psihiatrice tradiționale. În sfârșit, o serie de autori **au** încercat evidențierea unor markeri biologici ai tulburărilor psihiatrice printre pacienții cu tulburări de somatizare (Akiskal și colab., 1982; Rabkin și colab., 1983; Taerk și colab., 1987), dar datele existente nu conduc la concluzii clare, tehnicile disponibile având un potențial limitat.

## 12. ETIOLOGIE I ONTOLOGIE ÎN SOMATIZARE

O serie de cercet ri au c utat s delimiteze etiologii a a-ziselor tulbur ri func ionale. Subliniem faptul c distinc ia între func ional i orga nic î i are r d cinile în ontologia biomedical dualist , anumite boli fiind considerate mai reale decât altele, aceasta datorit faptului c îns i existen a conceptului de somatizare î i are r d cinile în epistemologia dualist , profund ancorat în istoria teoriei i practicii medicinei europene. Acest epistemologie se refer la un model de boal care stabile te cum ar trebui s se comporte o persoan în contextul unor modific ri specifice m surabile, care in de o afectare a organismului.

Acest model include durerea, suferin a fizic , disfunc ii fiziologice, precum i grade i forme adecvate de nelini te, modele de func ionare social i de solicitare a ajutorului medical. Acest model normativ al suferin ei permite aprecierea r spunsului unei persoane la modific ri fizio - patologice sau anatomo-patologice, dar i aducerea în discu ie a conceptului de somatizare atunci când r spunsurile deviaz de la normele culturale acceptate. Deci acest abordare este în acela i timp func ional i ontologi c (aceasta însemnând c bolile sunt ca ni te obiecte cu o evolu ie distinct sau cu o istorie natural independent de persoan ). Este postulat o cores - ponden între suferin i boal (**Jennings, 1986**), dar în timp ce corespon - den a poate însemna doar corela ie, deci nu o determinare sau o direc ionali - tate, frecvent, logica medical presupune o direc ionalitate: boala duce la suferin . Acest leg tur suferin -boal poate fi observat atunci când se legitimeaz sau se autentific statusul de incapacitate, aplicarea sistemului de verificare ce st la baza diagnosticului se face strict, admi ându -se implicit c anumi i suferinzi nu sunt bolnavi. Pe de al t parte, pentru a men ine autenticitatea i credibilitatea indivizilor ca fiin e sociale i pentru a se ie i din dilema afirm rii continue de c tre individ a suferin ei sale în absen a bolii, psihologia de tip occidental a g sit explica ii în termeni prec um: feno - mene mintale incon tiente, mediere psihosomatic i, mai recent, somatiza - rea (**Fabrega H, 1991**).

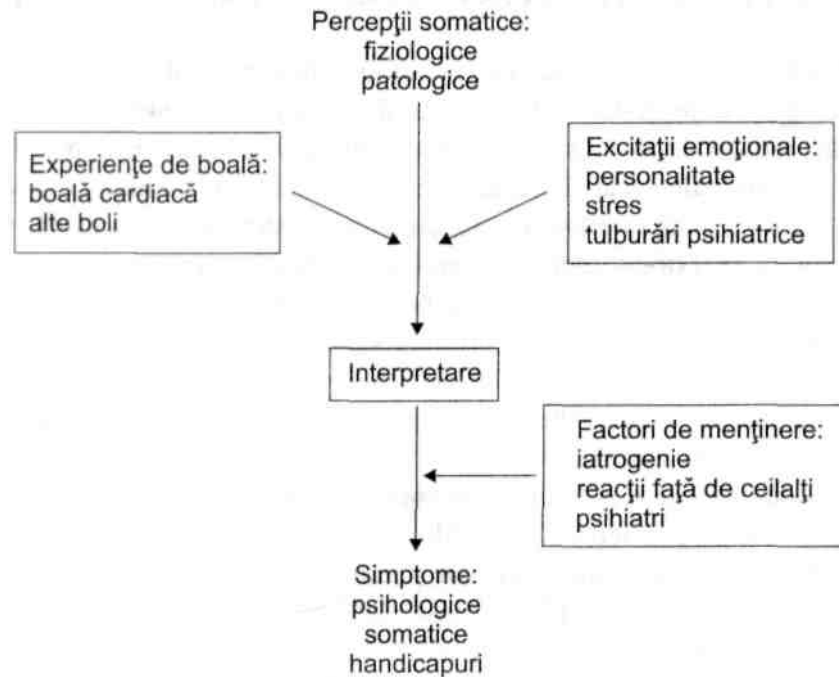


FIGURA 5

### 13. FIZIOLOGIE ȘI PSIHLOGIE ÎN ETIOLOGIA SIMPTOMELOR FUNCȚIONALE

Argumentul că tulburările funcționale sunt legate de alterări fiziologice prea complexe sau prea subtile pentru a fi reflectate în defecte structurale evidente și, distincția dintre nivelurile de proces și structură, pot conduce la ideea că tulburările funcționale implică procese anormale, care au loc în sisteme de organe ce-și păstrează intactă structura. Clinicianul va fi pus în fața a cel puțin două probleme distincte: disfuncția fiziologică ce dă naștere simptomelor somatice și suferința psihiatrică, care exacerbează simptomele, slăbind capacitatea pacientului de a se adapta la disconfortul somatic și determinându-l să ceară ajutor. Aceste două fațete vor impune ideea că un diagnostic și un tratament eficient va implica abordarea ambelor dimensiuni ale experienței pacientului.

Psihosomatic , condi ii psihopatologice cu exprimare corporal

În etiologia simptomelor neexplicate medical, de regulă, se presupune asocierea unor stresori specifici, unui presupus câștig psihologic ca și a unor factori psihosociali. De asemenea, nu poate fi ignorat o anumită tendință de psihogenizare prin excludere: „dacă nu este de origine somatică, trebuie să fie de origine psihologică”, care evident, în lipsa unor parametri măsurabili, poate fi adesea arbitrar.

Pentru evitarea unor astfel de atitudini arbitrare, unii autori (**Escobar J, Rubio-Stipec M, Swartz M, Manu P**) preferă termeni mai generici ca „simptome somatice neexplicate medical” în locul unor termeni ca „somatizare” sau „simptome somatoforme” pe care le consideră încă insuficient fundamentate. O serie de autori au semnalat o frecvență crescută a evenimentelor de viață negative recente la pacienții ce se prezintă cu o varietate de simptome somatice funcționale, inclusiv dureri abdominale, dureri precordiale necardiace, simptome pseudoneurologice sau conversive (**Roll și Theorell, 1987; Creed și colab., 1988; Mayon, 1989**). Pentru sindroamele somatice funcționale cronice, rolul etiologic al evenimentelor de viață este mai puțin clar, deși stresurile sociale suportate par să contribuie la instalarea acestora (**Drossman și colab., 1988; Jensen, 1988**).

#### 14. FACTORII PSIHOSOCIALI ÎN SOMATIZAREA

Statutul socio-economic scăzut este considerat ca responsabil pentru creșterea probabilității ca suferința să fie percepută mai degrabă ca o boală corporală decât ca o tulburare emoțională (**Crandell și Dohrenwend, 1967-1968**). Diferențele transculturale ale somatizării au fost, de asemenea, explicate prin factori cognitivi și sociali (**Angel și Thoits, 1987**). Un grad mai înalt de somatizare poate fi asociat stigmatizării pe care boala psihică o implică pentru un grup sau altul, convingerilor că emoționalitatea este un semn de slăbiciune, cât și unei reduse înclinării pentru probleme psihologice (**Escobar și colab., 1989**). Persoanele necăștorite și persoanele care trăiesc singure raportează mai frecvent și mai multe simptome corporale (**Schwab și colab., 1978; Pennebaker, 1982**). Influențele familiale și sociale sunt presupuse ca factori cauzali ai somatizării, atitudinea familiei și prinților față de starea de sănătate influențează concentrarea atenției copilului și creșterea percepțiilor proceselor somatice (**Wilkinson, 1988**). Studii aprofundate arată că există o corelație directă între numărul zilelor de incapacitate de muncă la vârsta adultă și încurajarea adoptării rolului de bolnav de către copil

(Pilowsky, 1982; Whitehead, 1986). Familiile pot să resping somatizarea sau să o încurajeze, în viziunea concentrării asupra senzațiilor somatice, interpretarea lor ca periculoase, ca și exprimarea lor verbală este legată de contextul familial.

**Lennon și colab. (1989)** sugerează accentuarea simptomatologiei somatoforme la persoanele care caută în mod prelungit o validare socială a simptomelor funcționale. Alți autori arată un raport direct între creșterea numărului de investigații și convingerea că există o boală somatică ascunsă, în sfârșit, o serie de boli dificil de definit, cum ar fi oboseala persistentă, sindromul de colon iritabil, fibromialgia sau fibrozita musculară se asociază frecvent cu alte sindroame somatice sugerând o tendință la aglutinare a acestui tip de simptome.

Studiul raportului dintre somatizare și omaj arată o asociere semnificativă, dar fără să se poată spune care din factori determină cauzal această legătură.

g

## 15. COMORBIDITATE ȘI SOMATIZARE

O problemă deosebit de dificilă este cea legată de pacienții care au antecedente multiple de simptome somatice explicate și/sau neexplicate medical și care vor prezenta stereotipuri clinice cât și convingerea vulnerabilității lor față de boală. Pacienții care au atât tulburări somatoforme, cât și hipocondriace sunt cei mai înclinați spre utilizarea masivă a serviciilor medicale. Paradoxal, cu cât acești pacienți caută diagnostice mai clare, cu cât suportă mai multe tratamente care eșuează, cu cât suferința lor subiectivă se agravează, cu atât persoanele din mediul lor familial și personalul medical devin tot mai puțin convinși că suferința lor este reală și că ei doresc într-adevăr să se vindece.

## 16. NOSOGRAFIE ȘI SOMATIZARE

Am insistat asupra diverselor aspecte pe care noua categorie a tulburărilor somatoforme o introduce în nosografia psihiatrică, acum când aceasta suferă un adevărat proces de restructurare „neokraepelinian” de către un număr de tulburări discrete caracterizate prin *paternuri* simptomatologice distincte (**Kirmayer și Robbins**). Aceasta deoarece, deși diagnosticele distincte plasează psihiatria în tradiția biomedicinii, ele se dovedesc nesatisfăcătoare atât

în studiile epidemiologice, cât i în studierea unor fenomene psihopatologice la nivel individual i/sau popula ional. Defini iile tulbur rilor somatoforme par s se înscrie mai repede într-o dimensiune de continuitate a comporta-mentului uman, ca tulbur ri discontinue fiind greu încadrabile într-un conce-  
 pt unitar de boal mintal . In cadrul subiectului de care ne ocup m în acest capitol, metaforic am putea spune c tulbur rile somatoforme sunt partea direct vizibil i identificabil ca atare a tulbur rilor strict corporalizate din tulbur rile psihiatrice legate de corp. Altfel spus, ele se exprim direct i nemediat în coduri somatice, f r s - i piard îns semnifica ia de tulbur ri psihice. A a cum ar tam, diverse teorii luate în discu ie, consider somati-  
 zarea fie o ap rare intrapsihic , fie o expresie a unor tulbur ri neurobiologice, fie o modificare a sistemului perceptual i cognitiv, fie un set de comporta-  
 mente socio-culturale. A a cum am ar tat, exist dovezi pentru toate ac estea i de aceea credem c ele ar putea s semnifice i mozaicul realizat de toate aceste situa ii la un loc. Credem împreun cu **Simon G (1991)** c în elegerea  
 mai bun a procesului de somatizare va conduce la în elegerea altor sindroa -  
 me psihiatrice i va reflecta în acela i timp gradul în care cuno tin ele pri -  
 vind geneza unor tulbur ri psihice progreseaz .

Desigur, se poate spera c toate aceste progrese teoretice privind diag-  
 nosticul, clasificarea sau psihopatologia nu vor avea alt rezultat decât o  
 abordare terapeutic mai adecvat a celui în suferin .

## 17. ANTROPOLOGIE I SOMATIZARE

Dimensiunea antropologic a somatiz rii este legat de o posibil  
 modalitate de exprimare a suferin ei care se impune aten iei, întrucât reflect  
 o dificultate deosebit ce interfereaz cu rolurile sociale de baz i amenin  
 via a. Corpul asigur simboluri naturale pentru rela ii sociale i alte aspecte  
 caracteristice ale culturii. Suferin a somatic poate reprezenta un mod de a  
 ob ine concesii sau îngrijiri i ajutor din partea unor institu ii sociale. Chiar  
 atunci când indivizii nu sunt ini ial con tien i de semnifica ia simbolic a  
 simptomelor lor, ei pot fi modela i de interac iunea simbolic social i pot  
 participa la discursul simbolic social (**Kleinman, 1988**).

**In plan antropologic, tulbur rile somatoforme ilustreaz unitatea  
 psyche-soma în expresia ei de suferin - patie în care suferin a psihic  
 se „încarneaz ” în corp pentru a se exprima din nou ca suferin psihic .**



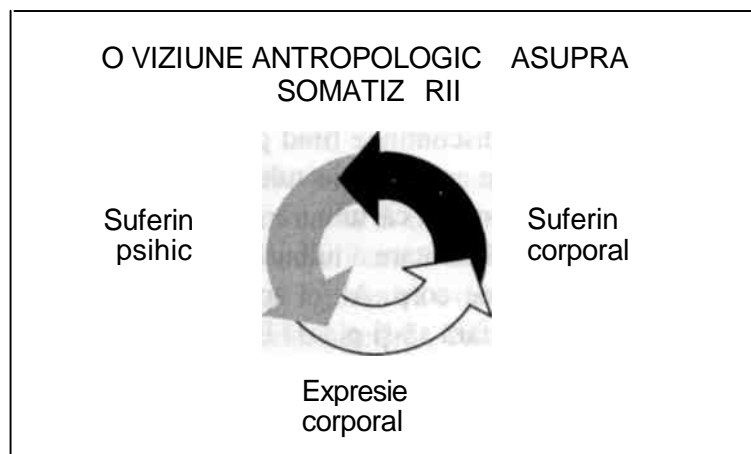


FIGURA 6

Nivelul individului include esența și complexitatea relațiilor dintre cererile pacientului, modelul său explicativ pentru boală și abordarea negociată a îngrijirii cazului (Oană CS, 1999).

În modelul suferinței și bolii pacientul amestecă noțiuni comune biomedicale și folclorice iar acest lucru va conduce la diferențe importante, între modelul medical al bolii și modelul laic ce îi va apărea. Comunicarea medic-pacient este singura modalitate prin care cele două modele se pot compara cu scopul important ca întreaga strategie terapeutică să fie acceptată de pacient în vederea unei rezolvări eficiente. Tulburarea somatoform ilustrează în expresia ei, dar și în abordarea terapeutică cât se poate de elocvent dimensiunea antropologică a practicii medicale.

## 18. DISMORFOFOBIA

Boala dismorfic somatic (BDS) - o preocupare pentru un defect imaginar sau mic în înfățișare, a fost descrisă de mai bine de 100 de ani și cunoscută în întreaga lume. Oricum, această chinuitoare și degradantă boală, deseori trece nedignosticată, chiar dacă datele disponibile în prezent sugerează că este relativ comună.

Virtual, orice parte a corpului poate fi focarul de îngrijorare, cu preocupări cel mai des implicând gura, nasul sau pielea. Majoritatea pacienților se angajează în comportamente excesive și repetitive cum ar fi: verificarea în fața oglinzii, ciupitul, nevoia permanentă de asigurare. Pacientul se subestimează -

meaz permanent i majoritatea prezint idei delirante. Pacien ii au deseori idei obsesive iar depresia este des întâlnit . întotdeauna este prezent riscul suicidului la ace ti pacien i.

"De i majoritatea pacien ilor cu sindroame dismorfofobice (**BDS**) caut frecvent tratamente nonpsihiatrice costisitoare - cel mai des chirurgicale sau dermatologice - ele sunt adeseori f r succes.

Termenul de dismorfofobie a fost introdus de **Morselli în 1886** pentru a descrie „*o senza ie subiectiv de urâ enie sau deficien psihic , pe care pacien ii o percep în compara ie cu ceilal i, cu toate c înf i area lor este în limite normale*". Ea este inclus în tulbur rile con tiin ei corporalit ii i în grupul tulbur rilor de somatizare.

Cu toate c , într-un sens restrâns, nu exist o deficien psihic în dismorfofobie, acest termen este de asemenea folosit la pacien ii care au o urâ enie minim i o reac ie dispropor ionat la ea. Aceast circumstan a simptomelor somatice minime poate fi de asemenea prezent i în alte tulbur ri somatice.

**Britchnell** descrie vag simptomele tipice ale pacien ilor cu dismorfofobie: acestea fiind întâlnite i în alte tulbur ri somatice. Boala se refer mai frecvent la nas, urechi, fa sau organe genitale, dar din p cate nu este studiat sistematic ca subiect.

Termenul de dismorfofobie a fost folosit în sens larg în Europa. **Finkeltein** a prezentat pentru prima dat termenul în SUA, dar acesta a fost neglijat pân de curând când **Andreasen** i **Bardach** l-au reintrodus. Pacien ii dismorfofobici au fost descri i în aceast ar (SUA) f r a utiliza acest termen.

Dismorfofobia este i un simptom nespecific care poate apare în anumite tulbur ri psihiatrice; în special în schizofrenie i depresie major . A fost descris de asemenea un caz de tulburare organic delirant . Poate fi considerat ca un sindrom cu mai multe etiologii posibile. Termenul poate fi de asemenea folosit în punerea unui diagnostic la pacien ii f r un alt diagnostic i la cei la care acest simptom î i are originea într-o tulburare de personalitate. Aceast dismorfofobie primar a fost considerat ca o tulburare nervoas . De obicei apare în adolescen sau la adul ii tineri i cu timpul se agraveaz . Senza ia de urâ enie este comun în adolescen , dar de obicei este trec toare. De fapt, aproape to i adolescen ii au distorsiuni ale imaginii proprii. Imaginea corpului este important la aceast vârst ; prin urmare nu este de mirare c dismorfofobia i anorexia nervoas sunt frecvente în ado-

lescen . În ambele cazuri, pacienții ajung, de obicei, în sistemul de sănătate după o suferință psihică negând tulburări psihologice.

Cu privire la tulburările de personalitate ale pacienților cu dismorfofobie primară, **Hay** îi diagnostichează ca personalități nesigure și sensibile, folosind clasificarea tulburărilor de personalitate a lui **Schneider**.

Categoria echivalentă în DSM-IV probabil este tulburarea de personalitate evitantă. **Andreasen** și **Bardach** îi diagnostichează pacienții cu tulburări de personalitate ca o combinație de schizoid, compulsiv și trăsături narcisiste. Acești pacienți au tendința de a se blama datorită dificultăților zilnice. Acești bolnavi sunt predispuși să dea vina pe „defectele lor fizice” (corporale) pentru dificultățile pe care le au în relațiile interpersonale.

**Hardy** descrie bolnavii dismorfofobiei ca fiind nemulumiți cu felul lor de a fi, la fel și în relațiile interpersonale. Unii pacienți cu acest sindrom au schizofrenie și alte depresii majore.

Sunt anumiți pacienți cu dismorfofobie care nu au simptome de schizofrenie, dar după câțiva ani se dezvoltă întregul tablou schizofrenic.

Dificultatea diferențierii diagnosticului de dismorfofobie secundară de depresia majoră și de dismorfofobia primară, este dată de faptul că simptomele depresive sunt frecvente la bolnavii cu dismorfofobie primară induse de pasivitate și insatisfacție (nemulțumire), în special când tulburarea este de lungă durată. În punerea diagnosticului, clinicienii trebuie să fie conștienți că simptomele depresive secundare dismorfofobiei încep uneori după atacul de dismorfofobie primară; când simptomele dismorfofobiei sunt secundare depresiei majore.

Dismorfofobia este relativ rară și descoperită la pacienții care sunt vizuți de psihiatri.

Este mult mai frecventă la pacienții care suferă operații cosmetice (estetice). **Andreasen** și **Bardach** sugerează că apare la 2% din acești pacienți. **Reich** stabilește că 2% din cei 750 de pacienți care au suferit operații estetice au „idei delirante de deformare”, acești pacienți au probabil un sindrom dismorfofobie. Prevalența va rămâne necunoscută până când criteriile folosite ca diagnostic vor fi acceptate. După cum era de așteptat, frecvența în clinicile psihiatrice este fundamental legată de relația cu chirurgia plastică, dermatologia și serviciile ORL. Datorită faptului că aspectul exterior este important în societatea noastră, presupunem că prevalența va crește, așa cum s-a întâmplat și cu anorexia nervoasă.

Psihosomatic , condi ii psihopatologice cu exprimare corporal

Ini iativa DSM-III-R, care propune împ rirea dismorfofobiei în dou tulbur ri separate: tulburarea delirant , subtipul somatic i tulburarea dismorfic , este imposibil din punct de vedere fenomenologic i aceste convingeri dismorfofobice sunt mai bine clasificate ca idei prevalente.

Subiectul s-a complicat de când **Riding i Munro** au introdus termenul de „*psihoz hipochondriac mono simptomatic* ” definit ca „*o simpl suferin hipochondriac care pare s ajung I nivelul unei idei delirante i care se confirm dup o lung perioad* ”. Acest termen a fost descris i folosit de **Kraepelin** în paranoia, ca fiind: „*un corp cu miros resping tor pe care numai pacientul îl poate detecta* ”, „*f r existen a unor anomalit i anatomice ... i urâ enie excesiv* ” i „*o infestare cu insecte sau viermi*”.

**Munro** a luat termenul din literatura scandinav , dar îl citeaz ca pe o comunicare personal de referin . Din descrierea sa, în literatura precedent , noi nu am fost capabili s g sim trei entit i grupate sub acest termen. **Videbech** descrie pacien i care cred c au mirosuri nepl cute ce apar pe corpurile lor i compar aceasta cu dismorfofobia i delirul cu paraziti al pacien ilor, dar el nu îi include ca o categorie unic de diagnostic.

Mai târziu, **Munro** sugereaz extinderea conceptului de psihoz hipochondriac monosimptomatic i la alte idei delirante, ca de pild : ideile delirante hipochondriace, durerea halucinatorie i iluzia fals în leg tur cu imaginea corpului (de sine) din anorexia nervoas .

Unii autori sugereaz c ideile dismorfofobice au fost prea frecvent considerate obsesive, dar le lipsesc calit ile egodistonice la fel de mult ca rezisten a caracteristic acestui tip de gândire. în general este considerat o idee prevalent .

O distinc ie clar între o idee delirant i o idee prevalent este dificil de f cut. Ele pot fi diferen iate dac ini ial punem diagnosticul de schizofrenie sau depresie major delirant i apoi atribuim termenul de idee delirant dismorfofobic schizofrenicilor i depresivilor i acea „idee prevalent ” dismorfofobicilor primari. Aceast distinc ie nu poate fi una fenomenologic , doar una ulterioar . Faptul c unele r spund la tratament cu neuroleptice incisive ar demonstra caracterul delirant al acestora. Totu i acesta nu poate reprezenta un criteriu diagnostic, deoarece nici în DSM -III, DSM-III-R, nici DSM-IV nu a fost pus în discu ie acest criteriu de diferen iere. Dac aceast distinc ie este adev rat , ar trebui f cut i din punct de vedere clinic. De asemenea, datorit faptului c unii cred c acest lucru este posibil, revenim

pe scurt asupra conceptelor de idei delirante și idei prevalente pentru a susține afirmația noastră că acest lucru este cel puțin foarte dificil.

Conceptul de idei prevalente a fost introdus de **Wernicke**, care le distinge de idei delirante și idei obsesive. În ciuda traducerilor din textele germane, conceptul a fost ignorat până de curând de psihiatria americană, cu toate că și-a făcut apariția în textele britanice.

Conceptul a fost reluat de **McKenna**, care descrie starea de neliniște paranoidă, gelozia morbidă, hipocondria, dismorfofobia, ideile delirante de parazitoid și anorexia nervoasă, toate fiind caracterizate de ideile prevalente, în final, a fost inclus în cuprinsul lui DSM-III și DSM-III-R, dar tulburările nu sunt descrise ca fiind caracterizate de ideile prevalente.

Descrierea clasică a lui Jaspers reprezintă cheia diferențierii ideilor delirante și ideilor prevalente. El a devenit primul interesat în descrierea psihopatologiei când a încercat să separe iluzia de gelozie secundară „*devoltării de personalitate*” și acelea produse de „*un proces fizic*”; formă caracteristică tulburărilor paranoide și mai târziu de schizofrenie. El nu face diferențierea între idei delirante și idei prevalente, dar o face pe cea dintre idei delirante adevărate (sau idei delirante primare) și idei prevalente. Această incapacitate de a face distincția între ideile prevalente și ideile delirante (excepționând ideile delirante primare) este demonstrat fenomenologic. **Hoenig** comentează: „*fenomenologia ne ajută să evităm gravele capcane în încercarea de a clarifica conceptul de idei delirante, dar aceasta nu ajută susținerea în noncontroversatul criteriu de a fi aplicat în clinică și să permită identificarea unei experiențe date cum ar fi distincția delirului de alte trăsături paranoide asemănătoare ideii delirante (delusion-like): idei prevalente sau excentrice etc.*”. El exemplifică aceste dificultăți la pacienții care au idei delirante privind faptul că emană unui miros neplăcut.

Ideile hipocondriace și dismorfofobice sunt convingeri continue și nu par a fi apropiate pentru a fi împărțite în categorii de idei delirante și non-delirante. O posibilitate ar fi să clasificăm toate intensitățile ca idei prevalente sau asemănătoare ideilor delirante.

**Berrios** semnalează convingerea patologică a pacientului de agresiune parazitară ce poate fi considerat ca o tulburare cognitivă sau senzorială. Literatura engleză a subliniat forma, iar literatura continentală a argumentat ambele puncte de vedere, chiar etichetarea acestei tulburări ca „*halucinație tactilă cronică*”. În aprofundarea cognitivă, convingerea este considerată o

idee delirant (sau o idee prevalent ) i în aprofundarea senzorial ea este o elaborare delirant a unei experien e senzoriale patologice primare, cum ar fi halucina ia tactil , parestezia sau pruritul.

Halucina iile tactile produse de cocain trebuie s fie diferen iate de idei delirante de parazitoz , în timp ce cocainomanii le descriu „asem n toare" sau „ca i", dar niciodat nu cred c halucina iile lor sunt cu adev rat prezente. La pacien ii cu idei delirante adev rate de parazitoz , ambele surse par posibile.

Convingerea de a avea un corp urât mirositor poate fi considerat ca o halucina ie sau o idee prevalent . **Pryse-Phillips** descrie aceasta ca o halucina ie, dar el nu exclude alte posibilit i. **Videbech** este mult mai exact când îi descrie cei cinci pacien i; numai doi dintre ei au sim it mirosul urât. Ceilal i trei au fost convin i de reac iile altor oameni. Aceast distinc ie nu numai c are un interes academic, dar explica ia psihopatologic a unei halucina ii olfactive este probabil diferit de explica ia unei idei prevalente, aspectul senzorial este absent la pacien ii dismorfofobici, dar în literatur sunt câteva cazuri cu parestezie în organul afectat.

Din analiza fenomenologic i cercetarea ideilor delirante men ionat în literatur , este evident c experien ele dismorfofobice nu pot fi împ r ite în categorii de idei delirante i non delirante.

Aspectele psihosociale trebuie luate serios în considerare. în evaluarea r spusului la tratament, îns n to irile spontane i r spusurile nespecifice, trebuie de asemenea a fi luate în considera ie.

în opinia noastr , dismorfofobia i hipocondria nu ar trebui separate pân când nu exist un criteriu clar pentru a face acest lucru; pân atunci, ele ar trebui incluse în tulbur rile somatoforme. Literatura este mult mai consis - tent în includerea delirului de parazitoz i a ideilor delirante (sau halucina - iilor) referitoare la mirosul propriului corpul ca tulbur ri paranoide. Dar epidemiologia acestor dou tulbur ri este dife rit . Rolul organicit ii i defectelor cerebrale în ideile delirante de parazitoz necesit studii supli - mentare. Examin rile clinice i paraclinice nu par s dea r spusul dorit. Pentru halucina iile haptice intrinseci, organicitatea nu pare s fie impor - tant . Epilepsia lobului temporal poate produce halucina ii olfactive nepl - cute, dar ele nu sunt de natur extrinsec .

în consecin , suger m ca toate dismorfofobiile primare i hipocon - driile s fie incluse în tulbur ri somatoforme i considerate ca ent it i dis - tincte de ideile delirante de parazitoz i halucina ii ale mirosului nepl cut

ale propriului corp. Ulterior s-ar putea ca ele să devină o clasă de tulburări psihotice neclasificate în altă parte. TABELUL 2.

### DSM-III-R. TULBURĂRI DELIRANTE, SUBTIPUL SOMATIC

Diagnostic primar	Diagnostic diferentia	Simptome	Trăsături epidemiologice	Tratament	Evitare social
Ideii delirante hipochondriace	Schizofrenia Depresia major Hipocondria	Ideii de supraevaluare	Neștiute (necunoscute)	Necunoscut	Nu
Dismorfofobia	Schizofrenia Depresia major OMD	Ideii de supraevaluare	Adolescenții și adulții tineri	Psihoterapie Antidepresive Pimozide Chirurgie estetică	Frecvent
Ideii delirante de parazitoz	OMD Depresia major Schizofrenia	Ideii prevalente sau secundare anomaliilor senzoriale	Vârsta a II-a și a III-a; predominant femeii	Pimozide și alte neuroleptice	Câteva cazuri
Ideii delirante de miros al corpului	Depresia major Schizofrenia	Halucinații olfactive și ideii prevalente	Adulții tineri; predominant bărbații	Psihoterapie Antidepresive Pimozide	Frecvent

Dismorfofobia și ideile delirante mirosului corpului au epidemiologia și reacția de evitare socială secundară ca trăsături comune.

Dismorfofobia este una dintre cele mai greu abordabile afecțiuni, dar la care proporția semnificativă de pacienți răspund la inhibitorii de serotonină selectivi. Acest grup de medicamente a revoluționat tratamentul acestor tulburări care afectează până la 1% din populația SUA. Se pare că antidepresivele de tip inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei acționează favorabil și în dismorfofobiile de tip halucinator. De asemenea, folosirea unor neuroleptice și a psihoterapiei a fost indicată.

#### *Dismorfofobie și automutilare*

Abordarea cadrului mai puțin delimitat al automutilării în raport cu dismorfofobia este justificată deoarece mărțurisit sau nu aceasta stă la originea actului autoagresiv.

Automutilarea, alterarea deliberat sau distruc ia esuturilor organismului, fr inten ie con tinent de suicid - a fost examinat atât ca simptom al bolilor mintale, dar i ca simptom distinct.

Comportamentul de automutilare este privit atât ca simptom al altor afec iuni, dar i ca sindrom distinct, cu evolu ie autonom .

Comportamentele ce duc la automutilare patologic au fost clasificate în trei grupe de baz :

- 1) Acte accidentale, ce duc la alter ri majore ale esuturilor, asociate în general cu psihoze i intoxica ii acute;
- 2) Comportamente stereotipe fixe, ritmice, ce par fr semnifica ie, asociate cu retardul mintal;
- 3) Comportamente superficiale sau moderate - t ierea pielii, arderea, zgârierea, asociate cu o varietate de tulbur ri mintale.

Unii autorii sugereaz c sindromul format din automutil ri superficiale, moderate i repetitive trebuie s fie privit ca o tulburare impulsiv . Sindromul coexist cu alter ri ale caracterului, în multe cazuri.

*Conceptul comportamentului de autodistrugere fizic , include o gam larg de situa ii: încerc ri de suicid nesimulate, gesturi suicidare, întreruperea unui tratament medical vital: dializ , îndeletniciri foarte riscante i hobby-uri ca: para utismul, curse de vitez ; intoxica ii acute, alcoolism cronic, obezitate sever , tabagismul exagerat i automutilarea, aceasta din urm fiind o form direct de comportament autodistructiv, ce poate ap rea o singur dat , sporadic sau repetat, ducând la diferite grade de distrac ie tisular .*

Pentru a descrie automutilarea s-au folosit mai mul i termeni: auto-agresiune, r nirea inten ionat , masochism, r nirea simbolic , sindrom Munchausen, încerc ri de suicid, autov t mare deliberat , a se preface bol -nav, autot ierea u oar , parasuicidul. Folosirea unei multitudini de termeni pentru a descrie comportamente similare, indic un grad de confuzie. Pentru c automutilarea nu este un comportament suicidar credem c trebuie evita i termenii ce sugereaz suicidul.

De asemenea, automutilarea nu ar trebui s includ comportamente ce evat m organismul indirect.

Winchel i Stanley au clasificat automutilarea dup contextul clinic în care apare: retard mintal, psihoze, pedepsire penal , tulbur ri primare de personalitate borderline, dar aceast clasificare nu include comportamentele



de automutilare asociate cu o varietate de condiții psihiatrice și neuropsihiatrice, altele decât psihozele și tulburările de caracter.

**Automutilarea majoră** . Actele majore de automutilare nu sunt simptome esențiale ale altor tulburări, dar pot apărea ca trăsături asociate. Ele apar în general brusc, au un grad ridicat de distrucție, cu excepția autocastrării transsexuale ce este planificată cu atenție. Ele sunt asociate cu stări psihotice, intoxicații acute, dar apar de asemenea și în encefalitele acute și cronice, transsexualism, tulburările de personalitate schizoid, retardul mintal, faza reziduală a schizofreniei și în tulburări deosebite de actele acelor bolnavi ce vor să-și pună **capăt zilelor** (ex.: prin tăierea vaselor de sânge), acte ce nu sunt considerate automutilări.

Persoanele cu risc ridicat sunt cele care au antecedente de automutilare, boala psihotică cu preocupări religioase, sexuale sau care își schimbă brusc *înființarea fizică prin raderea părului de pe cap, smulgerea sprâncenelor*.

Unii bolnavi sunt indiferenți la actele lor și nu le pot explica, iar alții oferă explicații atât de idiosincratice, încât împiedică orice înțelegere. În multe cazuri, totuși, temele explicative au conținut religios sau sexual (ex.: enucleerea ochiului pentru ispășirea păcatelor ori castrarea pentru a căpta o înființare mai feminină) . Calmul bolnavului după automutilare sugerează că acest comportament rezolvă, cel puțin temporar, niște conflicte ce nu au fost conștientizate. **Menninger** consideră actele majore de automutilare ca fiind un substituent al suicidului.

Simptomele dominante ce se asociază acestui sindrom sunt: disperarea, anxietatea, furia și fenomenele favorizante predispozante ca: lipsa de suport social, homosexualitatea masculină, abuzul de alcool și medicamente și ideea suicidare la femei.

Sindromul este asociat cu depresia și psihoza.

Trăsătura caracteristică a sindromului de automutilare repetată este eecul recurent de a rezista impulsurilor de autovătămare fizică, fără intenții conștiente de suicid. Cel mai frecvent act de autovătămare este secționarea (incizia) pielii, alături de: producerea de arsuri ale pielii, auto-lovirea, îneparea, zgârierea, ruperea oaselor, lovirea capului, intervenția în vindecarea rănilor.

Acest sindrom este frecvent asociat tulburărilor de personalitate de tip histrionic, anti-sociale, multiple sau tulburărilor prin stres posttraumatic. Unii prezintă niște caracteristici ale tulburărilor de personalitate în timpul bolii, care se pot diminua pe măsură ce sindromul se remite. Acești bolnavi

au frecvent probleme cu alimenta ia, au în antecedente sau pot dezvolta o anorexie nervoas , bulimie nervoas sau ambele. O mic parte pot prezenta episoade de alcoolism, cleptomanie sau ambele.

Ace ti bolnavi încearc s exploateze efectele pe care automutilarea lor o produce asupra celorlal i (de ex.: s ob in o aten ie sporit , s -i fac pe al ii s se simt vinova i sau pentru cei i interna i, pentru a ob ine transferul într-un loc mai bun).

Tulburarea începe la sfâr itul copil riei sau la începutul adolescen ei, cre te, descre te i se poate croniciza. La mul i, afec iunea ia sfâr it dup 10-15 ani, de i mai pot persista acte izolate de automutilare. Când apare o tulburare de alimenta ie sau un abuz de alcool, comportamentul automutilam diminuea, dar revine dup ce acestea s -au ameliorat. La unii, aceste compor tamente pot a reia simultan.

Desfigurarea fizic prin cicatrici sau r ni infectate, poate duce la izolare i respingere social (unii sunt atât de jena i de aspectul lor, încât rar apar în public), al ii evit s poarte c m i cu mânec scurt , haine decoltate sau costume de baie. Sunt frecvente încerc rile de suicid de „bun cred în ”, ca rezultat al demoraliz rii ad ugate incapacit ii de a - i controla afec iunea; totu i, actele de suicid se produc prin metode, altele decât automutilarea: cum ar fi dep irea dozelor de medicamente.

De i afec iunea este considerat „multifactorial ”, debutul ei a fost legat de anumite situa ii stresante. Factorii predispozan i pot fi: abuzul fizic, sexual, în copil rie, diverse proceduri chirurgicale sau afec iuni medicale ce necesit internarea, alcoolismul sau depresia p rin ilor, sau convie uire a într-un institut ce asigur o îngrijire complet .

Al i factori favorizan i posibili: înclina ia spre accidente, tendin e perfec ioniste, insatisfac ia privind forma corpului sau organele genitale i inca pacitatea de a tolera i exprima sentimentele. Cele mai frecvente fenomene favorizante precipitante sunt: respingerea real sau perceput i situa iile ce produc sentimente de: furie, neajutorare sau vinov ie.

De i automutilarea ocazional apare a fi mai frecvent , în special în adolescen i aparent mai frecvent la femei, adev rata ei prevalent este ne-cunoscut .

Automutilarea este un comportament ce nu poate fi în eles f r referiri la comportamentele biologice, psihologice, sociale i culturale.

TABELUL 3.

CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU AUTOMUTILAREA REPETAT
Preocuparea pentru auto-vătămare corporală
Incapacitatea de a rezista impulsurilor de auto-vătămare corporală, ducând la alterarea și distracția esențurilor organismului
0 senzație crescând de tensiune înaintea actului de auto-vătămare
0 senzație de ușurare după comiterea auto-vătămării
Actul de auto-vătămare nu este asociat cu intenția conștientă de suicid și nu se datorează halucinațiilor, ideilor fixe de transsexualitate, sau retardului mental

Un comportament automutilant deviant diferă în gravitate, în grad de afectare tisulară și ca număr de episoade. Clasificarea în cele trei tipuri: major, stereotipic, superficial/moderat, este utilă clinic, pentru că fiecare tip se asociază cu anumite tulburări mintale. Ele se pot suprapune, dar această clasificare oferă un cadru inițial indispensabil pentru a ajunge la diagnostic.

## 19. HIPOCONDRIA - SEMANTICĂ ȘI SEMIOLOGIE

Termenul *hipochondria* derivă din greaca veche cu sensul literal de „dedesubtul cartilagiilor”, cu referințe clare la regiunea anatomică care adăpostește diversele viscere sub coaste. Forma latinizată a cuvântului a fost cutepo-ca și a transferat sau a absorbit și în alelui altor concepte de patologie, diferite de la o epocă la alta (*atrabilos*, *valetudinarian* - conform *valetudo* = stare de sănătate, în latină).

**Kenyon F** trece în revistă, în **1968**, diferite sensuri în care cuvântul este folosit, unele nemaiavând decât importanță istorică :

- nebun, lipsit de minte;
- boală datorată unei tulburări a tractului digestiv;
- în eltorie;
- în sens general, preocupare privitoare la corp sau la starea de funcționare a organismului sau la sănătatea mentală ;
- trăsătură sau atribut de personalitate;
- mecanism de apărare;
- manifestare nevrotică, în special în perturbările sociale inferioare și cu nivel economic redus;

- un substitut al anxiet ii sau un echivalent afectiv;
- o nevroz actual ;
- o intricare sau o manifestare a neurasteniei sau depersonaliz rii;
- ceva asem n tor cu isteria, numai la b rbat;
- o stare tranzitorie între isterie i psihoz ;
- o entitate gnosologic , hipocondrie primar sau esen ial ;
- un simptom printre atâtea altele, recunoscut în sindroame psihiatrice comune, în special în depresie;
- o stare prodromal a unei alte boli psihice;
- o form de schizofrenie;
- o tulburare a imaginii corporale sau o form de cenesteziopatie;
- o parte a unei psihoze simptomatice sau a unei reac ii exogene.

Nenum rate sunt defini iile pe care literatura le -a dat simptomului hipocondriac (**Place, 1986**).

## 20. DEZVOLTAREA ISTORIC A CONCEPTULUI DE HIPOCONDRIE

De i, înc de la Hipocrate, hipocondria nu lipse te din descrierea nici unui manual medical i, de i de-a lungul timpului o serie de lucr ri literare au descris pân la perfec iune indivizi având această suferin , hipocondria r mâne extrem de dificil de definit. Ea r mâne o adev rat r spântie a patologiei (**Poinso Y, Gori R, 1972**). Descris de **Galien** sub acest nume i într-o accep ie asem n toare care sugera localizarea durerilor în regiunea abdominal inferioar , hipocondria a fost redefinit de **Cotard (1989)**, prin preluarea defini iei lui **Littre**: tip de maladie nervoas care face s cread bolnavii c ei sunt atin i de bolile cele mai diverse într -un mod care îi face s treac drept bolnavi imaginari, cu toate c ei sufer mult i cad într -o triste e permanent . Aceast formulare are meritul c pune în eviden autenticitatea durerii „bolnavului imaginar”, dar i defectul c neglijeaz o tr s - tur clinic esen ial a bolii, tendin a acestuia de a determina cauzele suferin ei sale.

**Seglas** define te hipocondria ca preocupare exagerat asupra st rii de s n tate în raport cu senza iile subiective pe care bolnavul caut s i le interpreteze, defini ie devenit clasic i parafrazat adesea, chiar dac ea nu precizeaz nivelul interpret rii f cute de bolnav.

**Maurel H (1984)** îi propune să definească hipocondria ca „*durere morală care se exprimă în termenii unei patologii organice, și care conduce pacientul la o relaționare ambiguă cu medicul solicitat și respins de un bolnav care este singurul de înțeles al secretului bolii sale și al tinerii ei remediului acestuia. Subiectul se simte perceput ca un bolnav imaginar și desfășoară de cei apropiați un discurs fără sens care în mod obligatoriu îl angajează într-o relație sado-masochistă de punere în problemă a corpului*”. Această definiție se dorește exhaustivă și pune în același timp în discuție tabloul simptomatologie, etiologia și relaționarea socială a subiectului. Cu toate metaforele ei, ea apare foarte mult atașată doar de concepția psihanalitică ale cărei coordonate vom încerca să le prezentăm în continuare.

## 21. HIPOCONDRIA ȘI PSIHANALIZA

**Freud** definește hipocondria ca anxietate legată de corp, dar se poate pune întrebarea: „*Ce se poate înțelege prin „legată de corp” atunci când, în contextul primei teorii a anxietății, era vorba în nevroză actuală (așa cum este nevroză de anxietate) de-o excitație sexuală strict somatică, care neputând să se lege de reprezentări psihice, prin acumulare, conducea la o descărcare esențial somatică caracteristică pentru anxietate?*” **Freud** evocă și o posibilă legătură între nevroză de anxietate și isterie, considerând anxietatea „*un fel de conversie cu poli inversă*” (1894).

**În 1895, Freud** vorbește de fobia hipocondriacă, referindu-se la o pacientă care îi era frică să devină nebună, elaborare psihică care nu poate fi redusă doar la insatisfacția sexuală. Această perspectivă psihosomatică îl va conduce pe **Freud** la construcția celei de-a treia nevroze actuale, hipocondria (1912). El va afirma și faptul că nucleul de simptome psihonevrotice este asemănător grăunțului de nisip în jurul căruia se concentrează perla. Introducerea conceptului de narcisism constituie cel de-al doilea timp al noii teorii de hipocondrie care devine miza unei noi opoziții pulsionale, între libidoul Eu-lui și libidoul obiect. Boala organică și hipocondria devin modalități comparabile de retragere a libidoului pe Eu. **Freud** emite în 1914 ipoteza unei staze a libidoului Eu-lui care ar fi izvorul neplăcerii. El nu abandonează totuși ideea unei participări a nucleului hipocondriac la orice organizare psihopatologică. Reflectând asupra simptomului hipocondriac, el va asimila tensiunea excitației somatice a organului dureros cu organul genital excitat. De aici, **Freud** va presupune extensia acestei „erogenități” la

toate organele interne și externe. Corpul însuși ar cântă, de asemenea, prin intermediul durerii hipocondriace o calitate erogenă. Rezultat din aceste ezitări freudiene o mare ambiguitate a statutului simptomului hipocondriac. Structura hipocondriei este în același timp narcisică și masochistă. Ea trimite la conflictul oedipian și la angoasa de castrare (**MacBrunswich R**). Trecerea de la angoasa de castrare la angoasa hipocondriacă poate să fie favorizată de anumite experiențe infantile (**Fenichel O**). Continuându-l pe **Freud, Ferenczi (1919)** și **Schilder P (1950)** vor avea tendința să presupună interacțiuni reciproce care vor implica totodată un model dualist și pozitivist. Concepția biologică a pulsivității, rezultat al presupunerii inițiale a lui **Freud** că procesul psihic este întotdeauna paralel cu procesul fiziologic, îl va conduce la ideea că pulsivitatea este expresia psihică a unei excitații somatice. Din acest impas nu va putea să iasă decât elaborând un concept metapsihologic din care perspectiva pulsivității va fi incognoscibilă în sine, fiind doar o reprezentare afectivă la un anumit nivel psihic. Legăturile somaticului cu psihicul vor fi concepute ca un proces istoric de construcție a corpului în psihism. În **1923**, **Freud S** va sublinia că maniera în care cântă, în afecțiunile dureroase, o nouă cunoaștere a organelor, poate fi exemplară pentru modalitatea prin care se ajunge să ne reprezentăm corpul. Pentru a putea concepe hipocondria, este important să se facă distincția între neplăcere și durere, angoasa hipocondriacă corespunzând unei insuficiente investiții a neplăcerii. **Schilder P (1950)** presupune că durerea provoacă o regresivitate sadică-anală și o regresivitate narcisică, antrenând recurgerea la gândirea magică. Luând în considerare desimbolizarea corpului și componenta sado-masochistă, **Freud S** afirmă că limbajul hipocondriac este un limbaj de organ. Acest limbaj care poate antrena o detașare de organul dureros care poate fi tratat ca străin și trebuie să fie expulzat. Acest limbaj care de expulzie poate merge până la negarea organului dureros, așa cum se întâmplă în sindromul Cotard.

**Freud S** spune: „*hipocondriacul gândește că limbajul îi este prea sărac pentru a-i permite să-l descrie senza iluzii; senza iluzii sunt ceva unic, nemaivăzut încă, pentru care nu găsește o cale de descriere perfectă*”. Hipocondriacul din impresia că el rămâne întotdeauna neînțeles și pare absorbit complet de suferințele sale corporale, spre deosebire de isteric care afișează o „*belle indifférence*” față de simptomele sale somatice, purtând în descrierile sale să separe mai interesat de gândurile legate de aceste dureri, decât de durerile propriu-zise.

**Green** afirmă că în somatizări asistăm la o represiune drastică a afecțiilor, contrar hipocondriei care nu face decât să le exhibe.

Recurgerea la calea hipocondriacă, capătă întreaga sa valoare de soluție dinamică în explicarea funcției progresive a masochismului în viața psihică. Investirea narcisică devine investire obiectuală prin trecerea de la durerea corporală la durerea psihică. În legătură cu visul, **Freud S** evocă capacitățile diagnostice ale acestuia, susținând că este capabil să prefigureze debutul unor suferințe corporale și diferitele neazuri corporale care apar în vis mai devreme și mai clar decât în stare de veghe. Regresiunea narcisică, care este visul, conjugată cu narcisismul vis torului, provoacă o situație inedită și insolită: toate senzațiile corporale ale momentului sunt percepute mrit la o scară gigantică. În **1977**, **Stolorow** propune ipoteza angoasei hipocondriace ca un semnal de alarmă față de un pericol care ar amenința sfera narcisică. Această angoasă hipocondriacă difuză pare să fie cunoscută în clinică, mai ales privind perioadele critice, cum ar fi menopauza la femei. Discursul hipocondriac este dovada unei modalități defensive în care cuvântul predomină peste lucruri. Este un limbaj despre corp, care devine ecran în raport cu intruziunea posibilă a obiectului, dar și chemarea spre reinvestirea reprezentării lucrurilor. Organul se halucinează în cuvânt (**Fedida P, 1977**), iar cuvântul este singura suprafață proiectivă posibilă a somaticului.

## 22. ORGANODINAMISMUL ȘI HIPOCONDRIA

Ey H afirmă că „*hipocondria ar fi o estimare peiorativă a stării de integritate sau de sănătate a corpului*”, în care „*există o preocupare perpetuă asupra stării de sănătate care antrenează o preocupare continuă a durerilor și senzațiilor anormale în toate sau în oricare din regiunile corpului*”. Această preocupare nelinițită a unei localizări ar exprima nelinițtea lor în fața misterului corpului, adică asupra acelei realități care este pentru fiecare din noi cea mai intimă și cea mai secretă, care trezește la toți oamenii o viață emoțională și o profundă rezonanță a narcisismului cel mai primitiv. Tot Ey H afirmă că, complexul hipocondriac este universal, apăsător și amenințător pentru întreaga umanitate. Conform teoriei organo-dinamice, încercând să depășească atât concepțiile neurologice cât și pe cele psihogenice, arată că hipocondria este o boală somatică unde simptomele sunt cele ale unei structuri nevrotice și psihiatrice și nu ale unei leziuni de organ sau de funcționare. Realitatea hipocondriei, proiecție halucinatorie și delirantă, este cea de apartenență

Psihosomatic , condi ii psihopatologice cu exprimare corporal

corpului nostru la „lumea” noastr , structura sa este aceea a unei structuri psihopatologice a existen ei. Un defect de organizare somatic sau o dezorganizare provoac o regresie a vie ii psihice. „Organicitatea hipocondriei este aceea a condit ion rii nevrozei sau psihozei cu form hipocondriac , i nu cea a simptomului hipocondriac”. Hipocondria este o boal care altereaz în mod real fiin a i se exprim în imaginar.

#### *Clasific rile lui H. Ey*

Conform clasific rilor propuse de Ey, în practic se întâlnesc urm toarele forme clinice:

- hipocondriacul anxios constitu ional;
- hipocondriacul obsedat;
- hipocondriacul isteric;
- hipocondriacul paranoic.

Cadrul psihopatologic are urm toarele coninuturi:

**Hipocondriacul anxios constitu ional** - este anxios, hiperemotiv, impresionabil, sumbru; abstinent, urmeaz cu ardoare regimurile cu care se persecut , îi face din igien ra iunea existen ei, o existen aservit prescrip iilor dietetice i medicamentoase. Terorizeaz anturajul familial care trebuie s participe la anxietatea acestuia, caut s - i fac din medic un complice i un responsabil al hipocondriei. Poate prezenta crize de anxietate paroxistic cu ocazia c rora nozofilia bolnavului se cristalizeaz .

**Hipocondriacul obsedat** - prezint obsesii de natur hipocondriac , nozofobie, obsesii i fobii legate de activitatea genital , func ii organice, tuberculoz , sifilis, microbi, cancer. În nevroza hipocondriac , personalitatea psihastenic formeaz fundalul caracteristic al acestor manifest ri (meticulozitate, scrupulozitate, autoagresivitate).

**Hipocondriacul isteric** - isteria pune în mi care un mecanism hipocondriac de conversie; ea trece, putem spune, dincolo de hipocondrie. fabricând boli care scad angoasa inerent delirului hipocondriac. Mecanismul de conversie se oprete uneori la mijlocul drumului, realizând un fel de politic a bolii - o hipocondrie ostentativ . Fic iunea morbid este tr it cu izbucniri pitore ti, un mare efort de imagina ie ca un debu eu de exager ri, minciuni i manifest ri asurzitoare.

**Hipocondriacul paranoic** - este agresiv, tiranic, dispre uitor, revendicativ, se plânge întotdeauna împotriva cuiva, are cel mai adesea o hipocon -

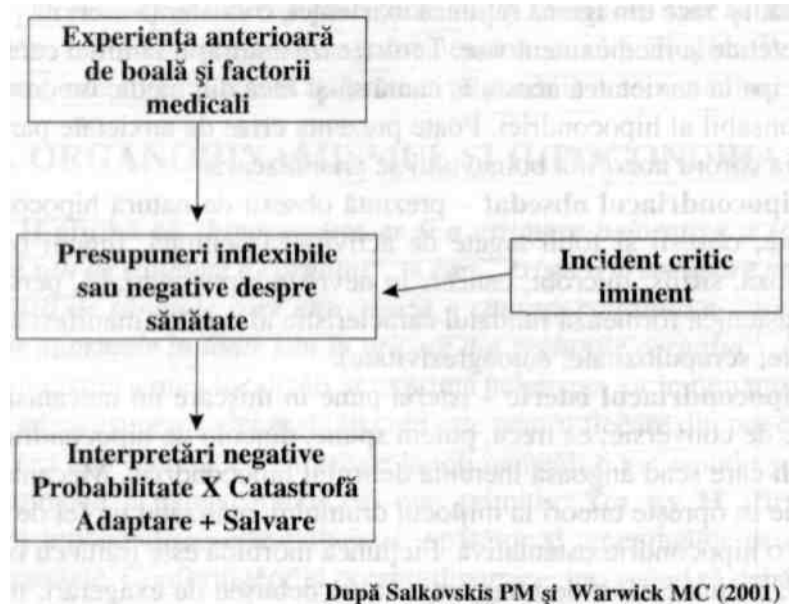


drie viscero-abdominal cu tulburări digestive, preocupările pentru alimentație și defecație, ocupând central tabloul clinic. Alte localizări de elecție o reprezintă aparatul genito-urinar. Bolnavul se plânge că ar fi fost victima anturajului, medicilor, intervențiilor chirurgicale nereușite. Se simte victima unui supliciu real, „fizic”, nu moral, ci imaginar.

Această clasificare vine să confirme teza heterogenității cadrului hipocondriac pe care autorul francez caută să o depășească prezentând tablouri psihopatologice în care factorii de personalitate reprezintă canavaua pe care se desășează aspectele concrete ale bolii.

### ***Modelul cognitiv al hipocondriei***

Modelul cognitiv sugerează faptul că originea și dezvoltarea tendinței de interpretare greșită a informațiilor referitoare la sănătate pot fi înțelese de cele mai multe ori prin modul în care cunoștințele și experiențele anterioare legate de boală (ale propriei persoane sau ale altora) conduc la formarea presupunerilor referitoare la simptome, boală, comportamente legate de sănătate, la profesia medicală, etc.



**FIGURA 7. MODELUL COGNITIV AL DEZVOLTĂRII ANXIETĂȚII DATORATE SĂNĂȚĂȚII**

Aceste presupuneri predispun persoana la dezvoltarea unei anxietăți datorate stării de sănătate când incidentele critice sunt în concordanță cu presupunerile care generează interpretări specifice greșite. Mai rar, incidentele critice relativ severe pot cauza episoade grave și îndelungate de anxietate. De exemplu, o femeie ale cărei teste de depistare a cancerului și investigațiile medicale ulterioare au relevat existența bolii, a trecut de la convingerea că „sănătatea ta are singur grijă de ea” la ideea că „poți fi doborât de boli grave sau chiar fatale în orice moment fără a fi prevenit”. Trebuie amintit întotdeauna că a fi bolnav reprezintă un factor potențial pentru ca anxietatea să se concentreze pe sănătate, în special când boala este gravă.

Presupunerile referitoare la sănătate pot avea numeroase surse, inclusiv trăiri anterioare legate de boală și de sănătate, boli neașteptate sau neplăcute apărute la cunoscuții persoanei, în formările din mass-media.

Multe din supozițiile privitoare la boală sunt universale sau împărtășite și de alți oameni care apar în aceleași culturi. Supozițiile relativ rigide și extreme conduc la o anxietate mai gravă și mai îndelungată. De ex., mulți oameni trăiesc cu ideea că „când doar disconfortul fizic intens și îndelungat, neobișnuit și inexplicabil, poate fi semnul unei boli”, o persoană cu anxietate mai accentuată va crede, prin contrast cu prima, că „orice modificare ce are loc în organism va fi întotdeauna un semn al unei boli grave”.

În timp ce prima presupunere este folositoare, conducând la cereri de ajutor doar atunci când într-adevăr starea de sănătate o cere, cea de-a doua presupunere va conduce la o adevărată monitorizare a modificărilor din organism și la consultații medicale frecvente. În plus, vor exista reacții de frică motivate de interpretările negative ale situațiilor banale.

Experiențele anterioare în situații de boală-sănătate și în tratamentul medical nesatisfăcător pot fi importante în generarea de presupuneri problematice referitoare la riscurile ce însoțesc sănătatea. Alte convingeri sunt legate de slăbiciuni personale și de boli particulare, de ex., „există în familia mea rude cu boli de inimă” și „am plămâni slabi de când eram mic”. Asemenea idei pot fi o sursă constantă de anxietate și pot fi activate de către incidentele critice, la indivizii vulnerabili.

## 23. FENOMENOLOGIE ȘI HIPOCONDRIE

Punctul de plecare a reflexiilor fenomenologice despre hipocondrie se găsește la Jaspers, care subliniază că „este normal ca pentru individ corpul

s joace un rol. Omul s n tos tr ie te corpul s u, dar nu se gânde te la el i nu-i d aten ie sau, dup cum ar spune **Sartre**, corpul este trecut sub t cere ". A doua tem fundamental este constituit de valoarea ambigu a corpului (**Merleau-Ponti**), ambiguitate care se desf oar între a avea un corp i a fi un corp. **Ruffin** extrapoleaz această contradic ie în care corpul este totodat Eu-1 lui însu i i o parte a lumii exterioare în percep ia pe care individul o are despre propriul corp: „corpul este în mod egal suportul existen ei mele fiind simultan o înc rc tur i o greutate pe care trebuie s o suport". **Wulff (1958)** subliniaz c hipocondria apare în momentele de criz existen ial , atunci când subiectul nu poate s fac fa exigen elor vitale. Tipul major de hipocondrie este de aceea cel al vârstei medii când declinul este gata s înceap . În compara ie cu moartea, hipocondria ar reprezenta o situa ie relativ tolerabil prin faptul c banalizeaz moartea, prezentând -o ca un accident statistic care mai este posibil s fie evitat un timp.

#### ***Medicul i hipocondriacul - un cuplu inseparabil***

Bolnavul hipocondriac tr ie te de aceea strâns legat în rela ia cu medicul sau fugind de moarte prin mici remedii i manipul ri diagnostice. **Haffner i Denschaar V** arat c nu vindecarea unei boli imagine este cerut de bolnav, ci confirmarea c moartea este un accident banal sau întâmpl tor fa de care conduita hipocondriac ar asigura o oarecare protec ie. În acest sens, hipocondria constituie, dup **Kehrer**, „delirul de a g si o boal " pe care hipocondriacul s î i reverse neazul i angoasa c via a va continua i f r el.

Fenomenologia opune într-o anumit m sur bolnavul somatic i hipocondriacul: primul sufer o transformare exogen a corpului pe care o integreaz în modul s u personal surmontându -se prin adaptare, hipocondriacul din contr , î i tr ie te corpul ca pe o lume transformat i str in .

Tot într-un mod metaforic, **Feline (1981)** spune c hipocondria r mâne legat de corpusul medicinei tot a a cum hipocondriacul se aga de bluza alb a medicului. Dar în cazul acestei delimit ri nu putem s nu fim de acord cu **Hardy (1989)**, care spune c „bolnavul intr într-o rela ie complex cu medicul somatician r spunsul terapeutic va trebui s ia în considera ie întotdeauna natura psihiatric a acestei tulbur ri". Aceasta este în consens cu opinia lui **Barsky i colab. (1986)** care plaseaz hipocondria într-un teritoriu de tip „no man's land" între medicina somatic i psihiatrie.

## 24. HIPOCONDRIA - O VIZIUNE PSIHOPATOLOGIC ROMÂNEASC

coala româneasc de psihiatrie abordeaz cu pruden hipocondria, str b tând calea clasic , dar i relativ sigur , de la simptom la sindrom i de la sindrom la entitate nosologic . Astfel, ideile delirante hipocondriace sunt încadrate în grupa ideilor delirante depresive datorit faptului c evolueaz pe fondul unei st ri afectiv-negative, de obicei depresiv-anxioase. Aceast încadrare pare a fi justificat i de o serie de cercet ri prezentate de noi anterior, privitoare la a a numita afectivitate negativ asupra c reia, în dece - niul trecut i-a oprit aten ia i i-a multiplicat cercet rile coala de psihiatrie din Michigan. Trebuie subliniat îns , dificultatea de clasificare a ideilor hipocondriace, care pot ap rea i în cadre nosologice pu in specifice (a c ror intensitate nu este psihotic ). De i ele se încadreaz în tiparele ideii delirante, „nu corespund realit ii cu care se afl în opozi ie evident i pe care o exprim deformat evoluând pe un fond de claritate a con tiin ei" i, de i modific în sens patologic comportamentul, fiind impenetrabil la contra - argumente, s-ar putea spune c ideea hipocondriac este cea mai fragil dintre ideile delirante deoarece realitatea pe care o exprim este legat de o structur greu perceptibil de un observator neutru sau, altfel spus, realitatea corporal a subiectului îi apar ine în aproape toate dimensiunile.

Afirma ia lui **Jahreiss (1930)**, c ideea hipocondriac poate avea caracterul de idee prevalent , obsesiv sau delirant este limitat de faptul c boala sau tulburarea somatic acuzat de bolnav este cel mai frecvent f r obiect sau f r obiect perceptibil în momentul afirm rii sale. Manualul de psihiatrie din 1989 (**Predescu V i colab.**), trece în revist patru sindroame hipocondriace: *sindromul asteno-hipocondric*, *sindromul obsesivo-hipocondric*, *sindromul depresivo-hipocondric* i *sindromul paranoiac-hipocondric*. Aceste sindroame eviden iaz lipsa de omogenitate a hipocondriei.

Trecerea în revist a circumstan elor psihopatologice în care acestea apar: neurastenie, astenii somatogene, schizofrenia la debut sau în remisiune, psihoza maniaco-depresiv , depresii de involu ie, depresii organice, dezvolt ri paranoiace. sus ine afirma ia anterior .

**Alexandrescu i Predescu (1982)** subliniaz tendin a Ia dezvoltare hipocondric prevalen ial a iatrogeniilor, mai ales la personalit ile cu tr - s turi anancaste. De asemenea, arat c dezvolt rile hipocondrice sunt cel

mai puternic structurate și mai puțin reversibile, de tip asteno-hipocondric, ele rămân steno-prin peregrinarea bolnavului de la un medic la altul, prin revendicarea cverulentă față de prețurile vinovate și în cazul unor intervenții chirurgicale sau altor tratamente „greșite”.

Acest delir, având un puternic suport catesteziac, își suprapune adesea conținutul peste cel al paranoiei hipocondriace de scris de **Schipkownski**. În ceea ce privește *psihozele hipocondriace de dezvoltare*, **Predescu și colab. (1976)** propun o serie de trăsături care ar caracteriza personalitatea premorbidă a hipocondricului: tendința proiectivă (capacitatea de a investi organelor cu rolul unor receptori ai trăsăturilor sale emoționale: întoarcerea spre „cosmosul somatic”), reactivitatea predominant astenică, gândirea magic-animistă. Esența fenomenului hipocondriac este concepută ca o triadă din care face parte modificarea cenesteziilor (o senzație generală de rău, de proastă dispoziție corporală), o „gândire insistentă” direcționată spre propriul corp, spre o suferință imaginară, intenționalitate tradusă în același timp de fuga către boală și de refuzul vindecării.

**Ionescu G (1975)** atrage atenția asupra unei posibile simptomatologii de natură cenestopat sau hipocondriac care poate aduce bolnavul în secțiile de chirurgie și chiar pe masa de operație, precum și asupra complexelor consecințe pe care intervenția chirurgicală, odată efectuată, le poate avea asupra tablourilor psihopatologice.

## 25. REPERE SOMATICE ȘI PSIHICE ÎN PSIHOPATOLOGIA HIPOCONDRIEI

O revistă făcută de **Hardy P** recent (**1991**), evidențiază că majoritatea definițiilor simptomului hipocondriac sunt sprijinite de două puncte fundamentale care se întâlnesc constant: senzațiile sau semnele corporale (fizice) și ideea hipocondriacă. Senzațiile sau semnele fizice pot reprezenta la începutul anumitor hipocondrii elementul catalizator necesar ecloziunii temerilor sau convingerilor morbide. La anumiți delirani hipocondriaci paranoiaci, această simptomatologie, care poate îmbrăca un aspect halucinator, rămâne în plan secund chiar inaparent față de convingerile sau revendicările zgomotoase pe care acestea le prezintă.

Hipocondriacul dezvoltă cel mai adesea o atitudine de ascultare și hipervigilență față de corpul său care îl face să ia în considerare cele mai mici semne anormale, chiar cele mai banale manifestări somatice pentru a-și hrăni

convingerile. Plângerile somatice sunt în general vagi, variate și generalizate la mari părți din corp, cu toate că ele pot fi uneori localizate. Cel mai adesea este vorba de dureri și de plângeri cardio-vasculare și digestive. Din studiile făcute de **Kenyon (1964, 1976)**, regiunile cel mai adesea implicate sunt capul și gâtul, sfera abdominală, regiunea precordială, spatele, membrele, regiunea anală și aparatul genital. Deși aceste simptome nu sunt specifice hipocondriei, ele se regăsesc și în alte patologii, cum ar fi cea a nevrozei isterice, anumitor stări de anxietate sau depresive sau chiar a unor psihoze, dar caracterul lor hipocondriac este dat de importanța acordată de pacient semnificației lor etiologice în comparație cu redusa exprimare a neplăcerii provocate de existența lor.

Ideea de boală este al doilea punct fundamental al definițiilor. Totuși, o serie de dispute pun problema disjuncției între convingerea hipocondriacă și teama nozofobică (**Pilowsky, 1967; Bianchi, 1973; Kellner, 1985**). **Hoening** merge până la a propune includerea hipocondriei în cadrul fobiilor.

Pentru a contura simptomul hipocondriac, autorul francez propune asocierea altor caracteristici cum ar fi persistența temerilor sau convingerilor hipocondriace în ciuda examenelor medicale negative, asigurărilor medicale și climatului afectiv particular pe fundalul căruia hipocondria se derulează, climat care amestecă în proporții variabile anxietatea și depresia.

După DSM-IV, principala caracteristică a hipocondriei este preocuparea individului și teama de a avea sau ideea că are o boală gravă. Această idee se bazează pe interpretarea greșită a unui sau mai multor semne sau simptome corporale (criteriul A). Deși evaluarea medicală minuțioasă nu identifică o situație medicală care să explice pe deplin îngrijorarea persoanei privind boala sau semnele fizice și simptomele (chiar dacă o anumită alterare a stării de sănătate coexistă), această îngrijorare, frica și ideea nejustificată în existența unei boli rămâne persistentă în ciuda asigurărilor medicale (criteriul B).

Fără să atingă o intensitate delirantă (individul poate admite posibilitatea că s-ar putea să fie exagerat în ceea ce privește gravitatea bolii de care se teme sau chiar că ar putea să nu fie vorba de o boală), ideea sau teama nu se limitează doar la simple preocupări sau îngrijorări circumscrise aspectului fizic cum se observă în dismorfofobie (criteriul C). Această preocupare pentru simptomele somatice cauzează o suferință semnificativă clinic sau o deteriorare în zona ocupațional-socială sau în alte zone de funcționare importante ale individului (criteriul D). Această tulburare durează cel puțin ase luni (criteriul E).

În sfârșit, preocupările hipocondriace nu-și găsesc o explicație mai bună în existența altor tulburări ca: tulburarea de anxietate generalizată, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de panică, existența unui episod depresiv major, existența anxietății de separare sau o altă tulburare somatoformă (criteriul F).

Manualul american subliniază că preocupările hipocondriace pot fi în legătură cu funcțiile corporale (bătăile inimii, sudorarea, peristaltismul), cu anomalități somatice minore (mici inflamații sau răni, tuse ocazională), senzații fizice vagi sau ambigue („inimă obosită”, „vene care dor”). Persoana atribuie aceste simptome sau semne unor boli pe care se suspectează a le avea, fiind îngrijorat în legătură cu semnificația autenticității și etiologia lor. Îngrijorările se pot rezuma la o singură boală sau un organ (teama de a avea o boală de inimă) sau pot implica mai multe sisteme ale corpului simultan sau succesiv. Examinările fizice repetate, testele diagnostice și reasigurarea din partea medicului au un efect minor în ceea ce privește diminuarea îngrijorării privind boala somatică sau presupusa suferință. Stimulii care pot alarma indivizii hipocondriaci pot fi lectura unor texte despre boală, cunoașterea unor persoane care s-au îmbolnăvit de o boală similară sau observarea propriului corp sau analizarea unor senzații proprii. Preocupările privind boala pe care bolnavul se teme a o avea devine o trăsătură centrală a imaginii de sine a individului, un subiect al discursului social și un răspuns la stresurile vieții.

## 26. EPIDEMIOLOGIA HIPOCONDRIEI

În ceea ce privește prevalența hipocondriei în populația generală, manualul DSM-III afirmă că aceasta rămâne necunoscută, dar că se poate estima o frecvență de 4-9% în rândul bolnavilor care acuză simptome medicale generale adresându-se medicului generalist.

**Kenyon** găsește sindroame hipocondriace la 3 până la 13% din subiecții consultați în medicina generală. **Agras și colab. (1969)** găsește preocupări intermitente asupra stărilor de sănătate și bolii în 10 până la 20% din populația generală, iar **Kellner și Sheffield** la 45% din nevrotici.

*Prevalența hipocondriei este mai bine cunoscută în mediul psihiatric decât în populația generală. Un studiu făcut pe 1271 de pacienți arată o frecvență a diagnosticului empiric de nevroză hipocondriacă de 2-4%, iar a sindromului hipocondriac după criteriile DSM-III de 23% din subiecți.*

## 27. HIPOCONDRIA I „COLEC IA DE DOCTORI"

Trecutul medical este adesea prezentat cu multe detalii i pe largi perioade de timp în hipocondrie. Este relativ comun deteriorarea rela iei medic pacient cu frustrare i iritare de ambele p r i, ca i fenomenul de „*Doctor Shopping*" (Colec ie de doctori). Indivizii cu hipocondrie sunt convin i c nu primesc o îngrijire adecvat i privesc cu reticen orice aluzie la starea lor de s n tate mintal . Ei vor trece de la un doctor la altul într -un adev rat carusel de c ut ri.

Complica iile datorate unor proceduri de examinare în scop diagnostic tot mai agresive sunt frecvente ca i dificult i le materiale generate de costul acestor explor ri adesea deosebit de ridicat.

Pentru c preocuparea fa de starea de s n tate se asociaz treptat imaginii de sine, hipocondriacul se a teapt la tratamente i la o considera ie deosebit în directa rela ie cu presupusa sa stare grav . Pot ap rea tulbur ri în via a de familie care devine centrat de starea de s n tate somatic a indi vidului. Uneori preocup rile hipocondriace pot s nu afecteze individul în timpul programului de munc ci doar s se limiteze l a timpul liber sau mai bine zis la tot timpul liber al individului. Cel mai adesea îns , preocup rile hipocon-driace interfera i în timpul de lucru sc zând performan ele i pro vocând o reducere a acestuia. în unele cazuri severe, individul cu hipocon-drie începe s devin un invalid absolut.

## 28. ÎN C UTAREA UNEI STRATEGII ÎN TERAPIA HIPOCONDRIEI

în ceea ce prive te evolu ia i prognosticul tulbur rilor hipocondriace, studiile pe termen lung i catamnestic arat c un sfert din hipocondriaci evolueaz lent i aproape dou treimi tind spre cronicizare, evolu ia fiind variabil . Cei mai mul i copii hipocondriaci au fost redescoperi i ulterior în adolescen sau maturitate printre pacien ii cu hipocondrie. Criteriile favora -bile de prognostic sunt prezen a concomitent a anxiet ii i depresiei, debutul acut, absen a tulbur rilor de personalitate, statusul socio-economic ridicat, vârsta tân r , absen a bolii organice. Tratamentul ajut în propor ie semnificativ pacien ii i amelioreaz evolu ia i prognostic ul.

Tratamentul hipocondriei r mâne un subiect, pe cât de complex, pe atât de insuficient explorat i, în orice caz, departe de a fi epuizat.



Lipsa de consens și incertitudinile care înconjură acest subiect îi îngreșează explicația, după cum am văzut, în invariabilitatea definițiilor hipochondriei cât și în lipsa de omogenitate a acestui concept psihopatologic care variază după natura primară sau secundară a tulburării determinate pentru evoluția suferinței în discuție.

La pacienții hipochondriaci care sunt anxioși sau deprimăți, sau la cei la care există îndoieli asupra faptului că sindromul hipochondriac este primar, atitudinea normală este de a aplica un tratament energetic asupra afecțiunilor sau sindroamelor psihiatrice coexistente.

Pacienții care suferă de anxietate de sensitate persistentă pot fi priviți ca victime ale interpretărilor eronate, în care gândirea a ajuns să fie dominată de un mod negativ și dorința de a privi situațiile. Rolul terapeutului este de a-i ajuta să exploreze moduri alternative de a privi experiențele prin care trec. O modalitate alternativă plauzibilă este negociată (ca un mod de înțelegere comun care identifică cum interacționează convingerile particulare și factorii de menținere pentru respectivul pacient).

Ulterior, terapeutul și pacientul realizează evaluări ale acestei metode alternative, adaptând-o la experiențele trecute și prezente ale pacientului.

TABELUL 4.

DIRECȚII ÎN TERAPIA COGNITIVĂ A HIPOCONDRIEI
Să stabilească faptul că anumite catastrofe de care se teme, nu se vor întâmpla;
Să descopere importanța factorilor de menținere, identificați în timpul edin ei;
Să descopere importanța gândirii negative;
Să descopere dacă folosirea unei strategii alternative va avea vreo valoare;
Să reconsidere anumite convingeri cu privire la sensibilitate și boală, convingeri care sunt distorsionate exagerat.

după **Salkovskis P**

În concluzie, modelul cognitiv-comportamental scoate la lumină importanța unui stil particular de terapie, în care scopul nu este convingerea pacienților că modul lor de a privi o situație este greșit, irațional sau foarte negativ. Scopul este de a le permite să identifice unde există o capcană sau un blocaj în gândirea lor și apoi să li se permită să descopere dacă există și alte modalități de a privi o situație. După ce se realizează toate acestea, tera-

peutul ajut pacien ii s identifice orice obstacol ar ap rea în modurile de gândire i de ac iune, mai folositoare decât ar dori pacien ii.

Angajarea în tratamentul anxiet ii severe legate de s n tate trebuie s implice o în elegere reciproc cu pacien ii referitor la bazele psihologice *posibile* ale problemei lor. Acest lucru este esen ial deoarece, la începutul terapiei, ace ti pacien i cred c sunt amenin a i de o catastrof corporal teribil . Dac această credin este foarte accentuat , este pu în probabil ca pacien ii s se angajeze într-un tratament psihologic (sau psihiatric).

Pacientul care crede c are o boal hepatic grav sau un cancer va g si un tratament psihologic, f r nici o valoare. Pacientul, aflat în acest stadiu, caut s - i rezolve problema acordând o aten ie deosebit simptomelor pe care le tr ie te, f când vizite regulate la medic, luân d cu rigurozitate tratamente utile sau inutile. Este necesar ca în primele faze ale tratamentului, pacientul s fie ajutat s vad c exist o explica ie alternativ la dificult ile pe care le experimenteaz .

Pentru ca tratamentul s fie eficient, este crucial ca pacientul s fie de acord ca strategiile terapeutice s fie concentrate, mai degrab , pe reducerea acestor îngrijor ri decât pe încerc rile de a diminua riscul bolii închipuite.

#### ***Tratamentul medicamentos***

**Olie i colab.** stabilesc câteva reguli simple pe care prescrip ia medicamentoas trebuie s le urmeze în cazul pacien ilor hipocondriaci: totdeauna s se prescrie pornindu-se de la o alegere ra ional f r ca pacientul s fie urmat în schimb rile sale de atitudine fa de tratament; s se prescrie cât mai pu în posibil; s ne asigur m împotriva efectelor secundare prin alegerea acelor medicamente care vor fi cât mai bine tolerate tiind c hipocondriacul este susceptibil s foloseasc în mod negativ informa iile furnizate asupra riscurilor tratamentului.

Nu se cunoa te în ce mod medicamentele psihotrope ac ioneaz în hipocondria primar . Dar este posibil ca, o ameliorare a simptomelor somatice în urma administr rii de anxiolitice sau ortotimizante, la pacien ii cu hipocondrie secundar , s -i fac pe pacien i mai u or de convins c nu sufer de o boal somatic . De asemenea, reducerea anxiet ii prin prescrierea de benzodiazepine la pacien ii cu hipocondrie primar (constitu ional ) pentru perioade de 4-6 s pt mâni a dat bune rezultate, mai ales când tratamentul a coincis cu momentele de anxietate paroxistic . în scop anxiolitic, au mai fost propuse betablocantele, sulpiridul i carpipramina. Studii f cute în st ri

depressive în care a fost c utat sistematic sindr omul hipocondriac arat c tratamentele antidepresive „de prob ” sunt justificate. De asemenea, r spun -sul la imipramin este influen at negativ de asocierea sindromului depresiv cu un sindrom hipocondriac. A a cum arat Bielski i Friedel într -un studiu deja larg-cunoscut (1976), tratamentul hipocondriei din psihoze nu prezint particularit i deosebite, îns în schizofrenie Haloperidolul r mâne tratamen -tul de elec ie, fiind un mijloc de lupt activ împotriva cenesteziei delirante. Murno i Khmara raporteaz o eficacitate de 80% la subiec ii prezentând psihoze monosimptomatice hipocondriace (în particular sindromul Ekbom). Patru ani mai târziu, Bourgeois i Nguyen-Lan (1986) raporteaz rezultate asem n toare folosind haloperidolul. Brotman i Jenike (1984), Fernando (1988) arat c în delirurile monosimptomatice hipocondriace, antidepresi -vele dau rezultate asem n toare neurolepticelor. Medicina psihotrop poate fi întrerupt pentru a fi înlocuit cu psihoterapia în momentul în care apar amelior ri (Brown i Vaillant).

### *Psihoterapiile*

Nu exist studii controlate adecvat asupra psihoterapiei în tratamentul hipocondriei (Kellner i Sheffield, 1971), (Cooper i colab., 1975). Exist o serie întreag de controverse în privin a celor mai potrivite tratamente. Totu i, studii necontrolate sugereaz c psihoterapiile pot controla, modifica falsele convingeri despre boal , atitudinile, comportamentul i c o propor ie important de pacien i înregistreaz amelior ri sau îns n to iri (Pilowsky, 1968; Kellner, 1983).

Strategiile psihoterapeutice în hipocondrie sunt diverse i, în general, necesit eforturi speciale pentru a-i convinge pe pacien ii cu hipocondrie s se angajeze în terapie atunci când hipocondria este primar .

Dac hipocondria este secundar unei alte tulb ur ri, ca melancolia sau tulburarea de panic , afec iunea primar trebuie tratat prima (Noyes, 1986) i adesea nu mai este necesar alt tratament. Deoarece personalit ile, atitudi -nile clinice ale pacien ilor hipocondriaci difer substan ial, tratamentul care li se poate aplica este foarte individualizat. La pacien ii cu reac ii hipocon -driace recente i u oare, examinarea i explicarea naturii simptomelor este de obicei suficient . într-o serie de cazuri cronice (La Clee, 1966), de i grupul a fost selectat în a a fel încât s se evite consolid ri iatrogenice anterioare, mai pu in de un sfert au f cut progrese care s merite calificative între satis-

funcționează bine. În acest fel, terapiile analitice de lungă durată s-au dovedit încă o dată în dificultate în fața hipocondriei.

Orientări contemporane tind să se adreseze direct temerilor hipocondriace sau falselor convingeri, fără a se mai avânta în căutarea unor motive inconștiente.

Principalele strategii utilizate sunt expunerea *in vivo*, strategii cognitive educaționale și persuasiunea, utilizate izolat sau în combinație, în raport cu psihopatologia pacientului (**Salkovskis și Wraovic, 1986; Wraovic și Marks, 1988**), arată că expunerea pare să fie deosebit de eficientă într-un mare număr de cazuri. Expunerea este persistentă la ideea de care se teme bolnavul, iar suprimarea comportamentelor de evitare (asigurările medicului de familie și ale familiei) duce la dispariția fenomenului hipocondriac. Abordările educaționale și cognitive fac obiectul a numeroase comunicări (**Gilespe, 1928; Bauer, 1960; Kellner, 1982; Bassky, 1988; House, 1989**). În acest cadru, bolnavilor li se oferă o explicație plauzibilă pentru simptomele și temerile lor și sunt instruiți în privința ciclurilor reacțiilor hipocondriace: teama determină hiperactivitatea autonomă care induce sau agravează simptomele somatice existente, creând astfel mai multă teamă și închizând cercul vicios. Persuasiunea și abordarea cognitiv-educativă au numeroase elemente comune. O parte dintre ele se suprapun pe strategiile psihoterapeutice pentru acești pacienți: o alianță terapeutică construită pe empatie, acceptarea suferinței pacientului, acceptarea incapacității pacientului de a beneficia de asigurări, respectul față de persoană, acceptarea cerințelor și convingerilor iraționale ale pacienților. Dintre metodele de persuasiune sunt menționate: explicația, educația, reantrenarea percepției selective, contracararea falselor convingeri iatrogene.

Terapiile suportive orientate asupra stării și situației pacientului, psihoterapia suportivă lasă în umbră problemele etiologiei bolii sau structurii personalității pacientului (**Ionescu G, 1990**) și par un cadru adecvat de abordare a hipocondriei atât timp cât conform opiniei aceluiași autor „desprins de considerente teoretice, de analize aprofundate, de interpretări, ca și de ambiția eventualei restructurări a personalității bolnavului, această abordare suportivă constituie o terapie a realului, a concretului și a prezentului”.

Prudența și comprehensiunea binevoitoare sunt atitudini care se impun riguros în hipocondrie. Această atitudine trebuie să se mențină în ciuda

aspectului mai mult sau mai puțin conștient, agresiv, care însoțește adesea plângerile hipocondriacilor.

## 29. HIPOCONDRIA ȘI ANXIETATEA PENTRU SĂNĂȚATE LA VÂRSTNICI

În ansamblu, vârstnicii par să fie afectați de hipocondrie la rate similare cu adulții tineri. Acest fenomen poate sugera că adulții vârstnici sunt cei mai eficienți în efortul lor de a face față problemelor, dat fiind faptul că ratele de prevalență rămân aceleași pentru diferitele grupe de vârstă, în pofida unor rate crescânde de morbiditate medicală la bătrâni.

În primul rând, mulți factori asociați cu îmbătrânirea susțin posibilitatea ca adulții vârstnici să prezinte o atenție selectivă pentru stimulii referitori la sănătate. De exemplu, bătrânii au adesea modificări somatice mai mari pe lângă reducerea naturală a agilității fizice. Astfel de evenimente ar putea servi la creșterea atenției față de funcționalitatea fiziologică la persoanele în vârstă. De asemenea, modificările ale percepției senzoriale frecvent asociate cu îmbătrânirea ar putea facilita un debut tardiv al temerilor hipocondriace. În mod specific, percepția eronată a stimulilor privind sănătatea ar putea fi o consecință a modificărilor acuității auditive sau vizuale.

În plus, declinul funcționalității cognitive, demonstrat de perturbarea memoriei sau de demență, ar putea, de asemenea, contribui la preocuparea pentru aspectele legate de sănătate.

În al doilea rând, experiențele trăite în perioada târzie a vieții pot servi drept elemente critice în apariția temerilor hipocondriace. De exemplu, vârstnicii au o probabilitate mare de a se confrunța cu un număr crescut de evenimente traumatiche legate de sănătate, incluzând boala sau decesul soțului/soției sau a unui prieten apropiat, experiența personală a bolii și caderii sau leziuni corporale. În plus, prin natura stărilor lor de sănătate aflate în declin, bătrânii au mai multe posibilități de interacțiune cu personalul medical, crescând astfel ansele unor abordări necorespunzătoare. Ca atare, persoanele vârstnice, prin natura experienței lor, sunt mai expuse la numeroase evenimente care pot servi drept elemente critice concordând la anxietate severă referitoare la sănătate.

În al treilea rând, adevăratele rate de modificări fiziologice asociate cu îmbătrânirea pot duce la dificultăți în a face față anxietății legate de sănătate. Excitabilitatea fiziologică crescută care însoțește sau este determinată de

experien a modific rilor somatice reale la vârstnici poate fi eronat interpre -  
tat ca semn de boal . Teama de o posibil afec iune accentueaz apoi exci -  
tabilitatea fiziologic existent , rezultând o mai mare aten ie acordat r s -  
punsurilor corporale. Acest întreg ciclu poate fi exacerbat de efectele medi -  
ca iei la vârstnici. Dat fiind faptul c adul ii mai în vârst au o mai ma re  
fragilitate fizic i prezint afec iuni independente de un diagnostic de  
hipocondrie, această disfunc ie somatic poate servi doar la intensificarea  
deja existentei anxiet i legate de s n tate sau de recidiva capacit ii perce -  
pute de func ionare în cazul pacien ilor diagnostica i cu hipocondrie. Ace ti  
factori pot contribui la o perturbare func ional mai accentuat la pacien ii  
vârstnici cu hipocondrie, cu toate c severitatea simptomelor pare s r mân  
aceea i la toate grupele de vârst (Barsky i colab., 1991).

În final, rolul incapacit ii percepute de a se adapta unor situa ii poate  
avea un rol central în etiologia i men inerea hipocondriei la adul ii mai în  
vârst . De fapt, acest factor poate sta la baza lipsei unei aparente cre teri a  
prevalentei hipocondriei în rândul vârstnicilor în pofida problemelor lor de  
s n tate din ce în ce mai mari. Cu toate c adul ii în vârst se confrunt cu o  
fragilitate fizic accentuat i rate mai mari de boal , ei au totodat ani de  
experien de via , oferindu-le posibilit i de dezvoltare a unor strategii  
eficiente de ap rare. Ca atare, amenin area crescând asociat cu vulnerabili -  
tatea mai mare fa de boal ap rut cu vârsta poate fi contracarat de pre -  
zen a unor strategii îmbun t ite în timp. Totu i, evi tarea i verificare simp -  
tomelor care, la nivelul redus, pot fi comportamente eficiente de ap rare, se  
asociaz cu temeri legate de s n tate la adul ii vârstnici i pot influen a  
negativ nivelul anxiet ii privind s n tatea.

În ansamblu, modelul cognitiv-comportamental al hipocondriei pare s  
aib aplicabilitate la pacien ii vârstnici cu hipocondrie,

Acei adul i vârstnici care sufer de tulbur ri anxioase resimt probabil  
temeri i îngrijor ri referitoare la s n tate, boal , tulburare i stare general  
de bine. Ca atare, forma de manifestare a anxiet ii în perioada târzie a vie ii  
este probabil s fie dominat de aspecte legate de s n tate. Aceast presupu -  
nere este sus inut de faptul c anxietatea se manifest adesea printr -o accen -  
tuare a simptomelor somatice la b trâni.

Informa iile disponibile referitoare la prevalenta hipocondriei la vârst -  
nici sunt limitate.

În comparație cu valori de 4,2% până la 13,8% pentru hipocondrie la pacienți în general (**Barsky, Wyshak și Klerman, 1990**), ratele pentru grupurile actuale de bătrâni sunt potențial mai mari: 3,9% până la 33% (**Palmore, 1970, Stanback, Kumpulainen și Vauhkenen, 1978**).

Totuși, datele disponibile referitoare la prevalența hipocondriei în perioada târzie a vieții sunt limitate de variabile esențiale precum morbiditatea medicală și depresia, factori importanți asociați cu îmbătrânirea.

Deși prevalența relativă a hipocondriei pentru diferitele grupe de vârstă rămâne neclară, o impresie obișnuită este aceea că adulții vârstnici manifestă în mai mare măsură preocupări hipocondriace comparativ cu adulții mai tineri. Această stereotipie prevalentă a vârstnicilor preocupată de funcționalitatea lor somatică și temeră de a nu suferi de vreo boală este în concordanță cu primele caracteristici ale hipocondriei existente în scrierile în domeniu (**Gillum și Gouze, 1979**). Un studiu a constatat că mai mult de jumătate dintre pacienții hipocondriaci, solicitând îngrijiri în clinicile de specialitate, aveau peste 60 ani, majoritatea fiind femei (**Busse, 1976**).

Într-un studiu analizând asocierea directă dintre vârstă și hipocondrie, **Barsky și colab., (1991)** au constatat că simptomele hipocondriace existau pe toată perioada vieții și nu se corelau cu vârsta.

De fapt, s-a observat o tendință semnificativă a grupului de vârstnici de a susține o teamă și o convingere dominantă în legătură cu boala. Absența diferențelor legate de vârstă s-a menținut în pofida unor nivele mai crescute de morbiditate, conform determinărilor efectuate de către medici și în urma evaluărilor fizicilor medicale. Au reieșit totuși o serie de diferențe în funcție de vârstă în cadrul grupului hipocondriac, pacienții vârstnici acuzând dificultăți mai mari în participarea la evenimentele sociale și la activitățile vieții cotidiene, privind nivelurile de activitate socială și funcțională.

Acest declin al funcționalității cu vârsta nu a fost observat în grupul control, în pofida unei morbidități similare, sugerând faptul că pacienții hipocondriaci vârstnici sunt mai puțin funcționali decât pacienții mai tineri, cu toate similitudinile simptomelor hipocondriace. Această observație sugerează că anxietatea legată de sănătate ar putea fi mai incapacitantă la bătrâni chiar și atunci când severitatea simptomelor este comparabilă cu cea din cazul pacienților mai tineri.

Pe lângă fenomenologia temerilor hipocondriace în sine, a fost de asemenea analizat rolul factorilor de personalitate în hipocondrie de-a lungul

vie ii: dou variabile, caracterul nevrotic i sensibilitatea la anxietate, sunt abordate pe scurt aici în rela ie cu hipocondria în perioada târzie a vie ii. În primul rând, caracterul nevrotic, o caracteristic a personalit ii stabil i durabil cu vârsta, a fost b nuit ca fiind un factor aflat la baza simptomelor hipocondriace la adul ii de toate vârstele.

Niveluri nevrotice mai mari se asociaz cu un num r mai mare de acuze somatice indiferent de vârst . De fapt, preocuparea somatic , de asemenea o tr s tur stabil , pare s fie o caracteristic individual durabil care este un mai bun factor predictiv pentru num rul de acuze somatice decât vârsta. Ca atare, aceste observa ii asigur o sus inere indirect pentru consecven a tr s turilor de personalitate asociate cu hipocondria la persoanele tinere sau vârstnice.

Datorit ateniei crescute acordate senza iilor somatice, caracteristice hipocondriei cât i îmb trânirii, sensibilitatea pentru anxietate poate fi un alt important aspect al personalit ii asociat cu anxietate legat de s n tate la vârstnici. Aceasta este tendin a de a crede c simptomele somatice corelate cu anxietatea sunt periculoase sau amenin toare.

De i b trânii se afl în fa a unor solicit ri diferite atât psihologic cât i fizic, ace ti factori nu par s aib drept consecin o variabilitate a prevalen tei sau severit ii temerilor hipocondriace comparativ cu adul ii mai tineri. Totu i, unele dovezi sugereaz c impactul anxiet ii severe legate de s n tate la vârsta a treia poate determina o mare incapacitate func ional .

Anxietatea legat de s n tate este o preocupare clinic semnificativ în perioada târzie a vie ii. În mod specific, anxietatea legat de s n tate este un factor important în tulburarea anxioas generalizat (GAD), fobii, tulburarea de panic (PD) i tulburarea obsesiv-compulsiv (OCD) a a cum se manifest la vârstnici. În plus, factori asocia i cu îmb trânirea, ca de exemplu, rate crescute ale afec iunilor medicale, fragilitatea fizic i un sim accentuat al mortalit ii pot contribui la preocuparea excesiv pentru aspectele legate de starea de s n tate. De fapt, 10% pân la 15% dintre adul ii vârstnici prezint o preocupare marcat pentru propria s n tate i îi supraestimeaz nivelul de afectare somatic (Ables, 1997).

Datele disponibile sugereaz c tulbur rile anxioase i simptome serioase de anxietate se manifest la adul ii vârstnici.

Se pare c tulbur rile de tip fobie (de ex., agorafobia, fobia social i fobia specific ) ar putea fi cele mai obi nuite sindroame anxioase în rândul



b trânilor (...). Cu toate c temerile legate de s n tate sunt adesea o parte component a tabloului clinic, în cazul pacien ilor cu agorafobie i fobii specifice, informa iile detaliate referitoare la prevalen a i natura temerilor specifice privind starea de boal lipsesc din scrierile publicate despre adul ii vârstnici. Totu i, fobiile specifice legate de boal , moarte sau sânge i trau - matisme pot fi obi nuite. De ex., **Liddell, Locker i Burman (1991)** au relatat c b trânii prezentau temeri în leg tur cu boala, tratamentul sau moartea unei persoane dragi, gânduri de moarte înainte de vreme, accidente auto, implicarea într-un conflict, teama de ridicol, de a nu trece un test i de sufo - care, în mod cert, multe dintre aceste preocup ri reflect aspecte corelate cu vârsta i se asociaz cu s n tatea i starea de bine.

Dintre tulbur rile anxioase, cea mai frecvent este tulburarea de anxie - tate generalizat , care se caracterizeaz printr-o îngrijorare excesiv i anxie - tate, înso ite de simptome somatice incluzând tensiunea muscular , perturba - rea somnului, nelini te i oboseal . În plus, comportamentul de evitare i amânare determinat de simptome ale anxiet ii are adesea ca rezultat o pertur - bare a func ionalit ii i o calitate diminuat a vie ii.

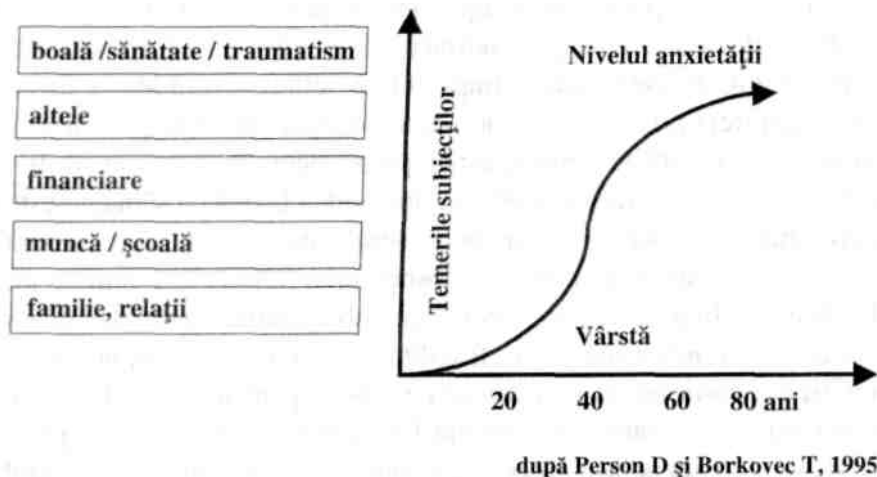


FIGURA 8.

Adul ii mai în vârst (peste 65 ani) au relatat îngrijor ri mai frecvente legate de s n tate, în timp ce adul ii mai tineri (între 25 i 64 ani) erau mai preocupa i de familie i aspectele financiare. Aceste date sugereaz c b trânii

î i fac griji în privin a st rii de s n tate i de boal chiar în absen a unui diagnostic de hipocondrie sau alte tulbur ri anxioase.

**Wisocki (1988)** a constatat c grijile primare legate de s n tate inclu - deau teama de pierderea unei func ii senzoriale sau motorii, pierderea memo - riei, de boala sau accidentul unui membru al familiei, de pierderea independen - ei i depresie. Nu s-a observat în cazul acestor tematici diferen e în func ie de sex, stare civil sau statutul socio-economic.

De i diagnosticul de hipocondrie poate s nu fie mai frecvent la vârst - nici, tulbur rile anxioase sunt prevalente i multe dintre ele se caracterizeaz prin temeri i îngrijor ri legate de starea de s n tate. Chiar i în rândul adul - ilor mai în vârst din cadrul comunit ii, temerile i îngrijor rile reflect o preocupare semnificativ privind starea de s n tate i starea lor de bine.

Un num r de factori asocia i cu îmb trânirea, ca i sexul sau etnia, pot cre te vulnerabilitatea vârstnicilor la anxietatea sever legat de s n tate sau apari ia simptomelor hipocondriace în perioada târzie a vie ii. în primul rând, izolarea social cu care mul i b trâni se confrunt po ate cre te proba - bilitatea sau intensitatea simptomelor hipocondriace (**Barsky, 1993**). Izolarea social în perioada târzie a vie ii poate fi rezultatul mai multor schimb ri asociate cu vârsta, incluzând pensionarea, decesul so ului/so iei i institu io - nali zarea.

Un al doilea factor de risc pentru adul ii vârstnici este prevalen a cres - cut a tulbur rilor psihologice având preocup ri somatice drept caracteristici secundare. Tulbur rile anxioase i depresive, ambele obi nuite la b trâni, se caracterizeaz prin perturb ri fiziologice, mai ales în cazul adul ilor mai în vârst . i în cele din urm . morbiditatea medical i **fragilitatea fizic** cres - cute la persoanele vârstnice pot m ri riscul de anxietate legat de s n tate. Modific rile somatice normale asociate cu îmb trânirea pot m ri aten ia îndreptat c tre preocuparea pentru starea de s n tate i boal , sugerând o poten ial vulnerabilitate la niveluri subclinice de anxietate legat de s n tate.

Rate mai mari ale hipocondriei au fost eviden iate în rândul femeilor vârstnice comparativ cu b rba ii în vârst . Se pare c în rândul vârstnicilor, femeile au un risc mai mare pentru problemele legate de anxietate comparativ cu b rba ii, la care se adaug tendin a lor mai accentuat de a solicita îngri - jiri medicale.

Precum i în cazul multor aspecte legate de s n tatea mintal , hipocon - dria coexist adesea cu alte tulbur ri.

Recunoașterea anxietății referitoare la sănătatea la pacienții somatici vârstnici poate fi dificilă, date fiind tendințele grupurilor vârstnice de a se prezenta cu simptome mai degrabă somatice decât psihologice și de a atribui simptomele corelate cu anxietatea afecțiunii fizice, negând sau relatând insuficient dificultățile psihologice.

Pentru a evalua anxietatea legată de sănătatea la vârstnici, sunt necesare atât teste medicale cât și psihologice.

**TABELUL 5.**

<b>COMORBIDITATEA HIPOCONDRIEI CU ALTE AFECȚIUNI PSIHICE</b>	
<b>TULBURAREA DE PANIC</b>	Pacienții cu simptome de panică prezintă adesea și simptome hipocondriace. Există dovezi că atacurile de panică pot apărea în prezența hipocondriei. Hipocondria poate predispuce la apariția tulburării de panică ( <b>Fava și colab., 1990</b> ).
<b>TULBURAREA OBSESIVO-COMPULSIV</b>	Există similitudini între preocuparea pentru boală și comportamentul de securizare dintre hipocondrie și obsesiile și ritualurile din tulburarea obsesiv-compulsivă.
<b>FOBIILE SPECIFICE</b>	Fobiile de anumite boli ar putea avea prevalențe mai mari în rândul vârstnicilor, date fiind atât preocupările crescute pentru sănătate cât și prevalența relativ crescută a fobiilor la adulții mai în vârstă.
<b>TULBURAREA DE ANXIETATE GENERALIZAT</b>	Pacienții vârstnici cu TAG relatează o predominanță a îngrijorărilor legate de sănătate. Această prevalență sugerează o posibilă suprapunere a TAG și hipocondriei în rândul vârstnicilor. <b>Barsky, Wyshak și Klerman (1992)</b> au constatat că TAG este cea mai frecventă afecțiune comorbidă la pacienții hipocondriaci de toate vârstele, cu o prevalență pe durata vieții de 71,4%.
<b>DEPRESIA</b>	Simptomele hipocondriace sunt prevalente în rândul bătrânilor deprimăți ( <b>Regier și colab., 1988</b> ). Preocupări hipocondriace sunt înregistrate la 60% din vârstnicii spitalizați pentru depresie ( <b>Kramer-Ginsberg și colab., 1989</b> ). Accentuarea simptomelor somatice poate reflecta refuzul multor vârstnici de a-și recunoaște dificultățile psihologice sau emoționale.

Psihosomatic , condi ii psihopatologice cu exprimare corporal

TABELUL 5 (continuare).

<b>COMORBIDITATEA HIPOCONDRIEI CU ALTE AFEC IUNI PSIHICE</b>	
<b>TULBUR RILE SOMATOFORME</b>	<p>Tulburarea somatoform , precum hipocondria, este inclus în categoria tulbur rilor somatoforme.</p> <p>Analiza criteriilor de diagnostic pentru tulbur rile somatoforme reflect diferen ieri esen iale de hipocondrie i pune problema unui diagnostic corect în cazul vârstnicilor. În primul rând, dup cum s-a men ionat deja, un diagnostic de tulbur ri somatoforme necesit prezen a unor simptome somatice înainte de vârsta de 30 ani i acest condi ie de diagnostic solicit pacientului vârstnic s î i a minteasc un debut al simptomatologiei datând cu cel pu in 30 ani în urm . Nu exist nici un criteriu similar legat de vârst pentru hipocondrie.</p> <p>A doua deosebire între tulburarea somatoform i hipocondrie este necesitatea s amintim de a aminti opt simptome somatice (din 40) existente în cadrul a patru categorii specifice de tipuri de simptome. În timp ce hipocondria este într-un mod mai caracteristic centrat pe convingerea c individul are o anumit boal , tulburarea somatoform include o gam mai larg de acuze somatice.</p> <p>Dat fiind morbiditatea medical crescut la vârstnici, eforturile de confirmare a faptului c nu exist o explica ie medical pentru nici una dinte acuzele somatice sunt esen iale.</p>

În evaluarea hipocondriei i anxiet ii legate de s n tate la b trâni, alte tulbur ri anxioase precum fobiile specifice, tulburarea de panic i tulburarea de anxietate generalizat trebuie luate în considerare. Medicul trebuie sa fac un efort suplimentar pentru a compensa dificult ile senzoriale cu care pacientul vârstnic se confrunt cum ar fi: tulbur rile de vedere sau de auz i lentoarea sau dificult ile cognitive pe care pacientul le are (hipoprosexie, tulbur ri mnezice). De asemenea, examinatorul va face necesare pauze în care pacientul s se poat odihni în timpul relat rilor pe care le face.

Interven ia terapeutic în cazul hipocondriei persoanelor vârstnice va viza atât palierul psihofarmacologic cât în special interven ia psihosocial .

### 30. O PATOLOGIE PSIHIATRIC „MAJOR ” A CORPULUI

Psihoza hipocondriac unisimptomatic (P.H.U.) este o boală caracterizată de un delir centrat pe o tematică unică. Cu toate că acest delir persistă de-a lungul mai multor ani, are efecte minime în ceea ce privește integritatea personalității și există un grad minim de deteriorare psihică.

În afară de acest lucru ea are efecte devastatoare asupra poziției sociale a pacientului. Ea trebuie să fie primară și să nu fie atribuită unei psihoze „la limită” care să fie dominată de aceste idei delirante.

În forma sa pură, P.H.U. nu este atât de rară precum s-a crezut, raportându-se din ce în ce mai mult cazuri.

Mai multe varietăți ale P.H.U. au fost descrise dar doar trei se întâlnesc în practica medicală :

1. delirul de parazitoză cutanată
2. delirul mirosului neplăcut al corpului propriu
3. delirul defectului fizic

DSM-III-R clasifică și pune de acord tulburările monohalucinatorii (paranoide) cu celelalte subtipuri, cu clasificarea **Munro (1982)**, psihoza hipocondriac monosimptomatic potrivit u-se bine cu subtipul somatic (*American Psychiatric Association, 1987*). Marea majoritate a articolelor referitoare la această boală au apărut în Occident și doar puțin în țările în curs de dezvoltare. Acest fapt nu semnifică neapărat un indicator al realității bolii în cadrul ultimelor societăți.

O serie de cazuri au fost adunate pentru a fi comparate cu cazurile **Munro**. Liniile de stabilire a diagnosticului în psihoza hipocondriac unisimptomatic au fost trimise la trei mari spitale din Jeddah pentru a ajuta specialiștii în medicină generală, chirurgie, dermatologie și stomatologie în a detecta aceste incipiente cazuri, iar noi ne vom referi la rezultatele lor.

Psihoza hipocondriac unisimptomatic a fost descrisă ca un diagnostic rar. **Munro (1982)** a prezentat 50 de cazuri cu delir distinct, important și izolat, indicând că această boală este o entitate nosologică distinctă. El adăugă că, psihopatologic, tulburarea este subtip al paranoiei și prezența sa este relativ independentă de factori culturali.

TABELUL 6.

<b>Ghid de diagnostic în psihoza hipocondriac unisimptomatic</b>
Un simptom specific referitor doar la un organ senzorial sau sistem și nu neapărat un delir intens;
Toate celelalte simptome și semne direct legate de acuză hipocondriac principal ;
Convingerea fermă că simptomul are o cauză fizică în afara oricărei implicații psihiatrice;
Consultații medicale și investigații repetate care nu pot pune un diagnostic ferm;
Personalitate bine integrată cu minimum de deteriorare psihică în ciuda duratei lungi a simptomelor.

De atunci, disputa nu a fost soluționată cu privire la poziția nosologică de încadrare. Mulți autori împărtășesc părerea lui **Munro** și raportează cazuri care se conformează cu descrierea lui (**Reilly și Batchelor, 1986**) în timp ce alții o văd numai ca o manifestare a tulburărilor psihiatrice de tip borderline.

Toți pacienții care împărtășesc convingerea că emit un miros dezagrabil ce provine dintr-o zonă particulară a corpului nu prezintă alte idei delirante raportate în literatura occidentală ca parazitoze, infecții sau urânie fizice. Analiza pacienților studiați identifică trei arii ale corpului implicate ca surse de mirosuri „ofensive”:

- a) zona genitală, predominant
- b) cavitatea bucală (halena)
- c) zona axilară

Două puncte de vedere pot fi semnificative în psihopatologia a acestor tulburări în relație cu factorii sociali și de mediu. Primul este că pacienții se plâng de miros „exagerat” ce emană dintr-o zonă care poate mirosi și în anumite condiții obișnuite.

Al doilea punct de vedere este că, emanând un miros puternic de la zone cu semnificație special psihologică și socială, mirosul se percepe ca indicator al sărăciei și al lipsei de igienă personală intimă, acestea din urmă având un stigmat social cu mare încărcătură în zilele în curs de dezvoltare. Semnificația puternică psihosocială a mirosului neplăcut face ca oamenii să fie mai sensibili și, depinzând de predispoziția individuală, poate duce la preocupări obsesionale și psihoză halucinatorie francă. Infestarea corpului și

frumuse ea fizic au un impact mare și o aceeași semnificație deosebită ca în rile occidentale, iar mirosurile corpului, în Orient.

În rile în curs de dezvoltare, parazitozele și infestarea corpului nu sunt atât de ieșite din comun, sunt tratate ca boli și nu au aceeași semnificație negativ psihosocială.

Frumuse ea fizică și atracția nu sunt ridicate la rang standard în rile în curs de dezvoltare ca în rile vestice.

Psihoza hipocondriac monosimptomatic poate fi o tulburare care afectează populația cu dispoziție conștientă a propriului eu sub influența factorilor de mediu și sociali. Aceasta se pare că joacă un rol important în capacitatea de percepere a senzațiilor unui pacient și în determinarea naturii, calității și intensității iluziei.

Cu toate acestea, **Munro (1982; 1988)** a indicat că afecțiunea este relativ independentă de factorii culturali; cercetările scandinave au identificat patru grupuri de factori cu semnificație în aprecierea acestor pacienți. Acestea sunt:

1. factori de mediu
2. trăsăturile personalității
3. factori psihologici actuali
4. boli prezente sau trecute

Toți acești factori au semnificație în aprecierea pacienților noștri și contribuie la inițiere precum și la determinarea tipului și severității simptomelor.

Durata lungă a simptomelor, de la debut până la prezentarea în clinica de psihiatrie, ridică întrebări în ceea ce privește siguranța și validitatea culegerii (recunoașterii) acestor convingeri și în a aprecia calitatea și intensitatea lor. Chiar și pe o durată de trei ani în urmă sub observație este foarte dificil să determini calitatea și intensitatea acestor convingeri (idei). În multe ipostaze am simțit că sunt prevalente idei ce fluctuează în intensitate și nu sunt în mod necesar legate de convingerea absolută de creșterea nivelului iluziei. **Thomas (1984)** arată în mod expres importanța diferențierii necesare datorită implicațiilor terapeutice și prognostice.

Multe din caracteristicile acestor pacienți pe care **Munro (1980-1982)** accentuează că în crize multe dintre caracteristicile acestor pacienți sunt mai aproape de idei prevalente decât de idei delirante (halucinații). Ideile prevalente tind să se dezvolte pe o personalitate predispusă unor trăsături excesiv

obsesionale . i nevrotice, adesea în afar unei experien e adverse care ar putea declan a un r spuns afectiv puternic. To i pacien ii care au fost depista i ca psihoz hipocondriac unisimptomatic au avut aceste caracteristici.

P rerea începe de obicei ca o preocupare obsesiv declan at de un eveniment trivial în „a ezarea psihologic potrivit în predispozi ia uman ”, i poate deveni idee prevalent cu o component puternic afectiv i emo-  
ional care determin pacien ii s apeleze la consulturi repetate nu numai pentru a beneficia de tratament, ci i pentru confirmarea diagnosticului pe care de altfel ei îl cunosc foarte bine **Munro (1982, 1988)**.

Cazurile de psihoz hipocondriac unisimptomatic sunt subevaluate în rile în curs de dezvoltare. Pacien ii ace tia au tendin a de a repeta consulturile clinicienilor în diferite specialit i i s nu accepte interven ia psihiatrului. Ei formeaz un lot important de cazuri obi nuite în morbiditatea psihiatric , în societatea rilor în curs de dezvoltare.

**Interven ia** rapid i timpurie în punerea diagnosticului este important pentru un diagnostic corect, tratament i prognostic. Este o afec iune ce se poate trata cu neuroleptice, antidepresivele triciclice i în unele cazuri psiho-  
terapia (Andrews).

Este imperios necesar o mai strâns colaborare între psihiatrii i medicii de alte specialit i care de obicei iau primii contact cu ace ti pacien i. Diag-  
nosticul precoce i trimiterea acestor pacien i la psihiatru pentru tratament este esen ial în prevenirea i minimalizarea procentului de cazuri care se cronicizeaz .

### 31. SINDROMUL OBOSELII CRONICE

Oboseala este al turi de febr , anxietate i depresie unul dintre cele mai comune simptome în practica medical indiferent de specialitatea c reia îi apar ine o anumit suferin .

Sindromul de oboseal cronic a intrat în aten ia publicului i a cerce-  
t rii tiin ifice de abia în ultimele dou decenii. Aceast stare de obosea l  
persistent a fost descris ini ial ca un sindrom asociat cu unele infec ii vira le,  
mai precis ca o manifestare a reactiv rii unei infec ii cu virusul Epstein -Barr  
(**Tobi M i colab., 1982; Dubois i colab., 1984; Jones i colab., 1985; Strauss i colab., 1985**). Ulterior, aceast supozi ie etiologic nu a putut fi confirmat (**Buchwald i colab., 1987; Holmes i colab., 1987; Hellinger i colab., 1988**). Lipsa unor criterii clinice unitare de definire a sindromului



cât și a unei certitudini etiologice au determinat centrul de control și prevenție a bolilor din SUA (the US Centers for Disease Control and Prevention, CDC) să sponsorizeze un studiu de redefinire a sindromului pe baze clinice. Astfel afecțiunea a fost numită «sindrom de oboseală cronică» (SOC) iar criteriile de diagnostic, elaborate de Holmes, au fost definite astfel (**Holmes GP și colab., 1988**):

**TABELUL 7.**

CRITERII DE DEFINIRE PENTRU SINDROMUL DE OBOSEAL CRONIC (Holmes, GP; Kaplan, JE; Gantz, NM și colab., 1988)
<b>CRITERII MAJORE:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oboseală persistentă recent instalată sau recidivă anterioară de simptome similare. Odișna la pat fără rezultat. Destul de sever pentru a scădea nivelul activității zilnice sub 50% din nivelul premorbid. Durata de cel puțin ase luni.</li> <li>2. Excluderea altor afecțiuni medicale sau psihiatrice ce pot determina simptome similare.</li> </ol>
<b>CRITERII MINORE:</b>
<i>CRITERII SIMPTOM</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subfebrilitate (37,6-38,6°C) sau frisoane;</li> <li>2. Dureri în gât;</li> <li>3. Adenopatie cervicală sau axilară dureroasă ;</li> <li>4. Slăbiciunea musculară generalizată neexplicată ;</li> <li>5. Disconfort muscular sau mialgii;</li> <li>6. Oboseală prelungită (&gt; 24 ore) după exerciții tolerate în perioada premorbidă ;</li> <li>7. Cefalee generalizată recent instalată ;</li> <li>8. Artralgiile nespecifice fără tumefierea sau înroșirea articulațiilor;</li> <li>9. Acuza neropsihologică/una sau mai multe din următoarele: fobofobie, lapsusuri, iritabilitate excesivă, confuzie, dificultăți în gândire, incapacitatea de a se concentra, depresie;</li> <li>10. Afectarea somnului (hipersomnie sau insomnie);</li> <li>11. Dezvoltarea acută a unui complex de simptome (în câteva ore până la câteva zile).</li> </ol>
<i>CRITERII SOMATICE:</i>
(Documentate medical în cel puțin două ocazii, desigur de minim o lună )
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subfebrilitate (37,6-38,6°C oral, 37,8-38,8°C rectal);</li> <li>2. Faringită neexsudativă ;</li> <li>3. Adenopatie cervicală posterioară sau anterioară sau axilară palpabilă sau fermă .</li> </ol>

Un caz de sindrom de oboseal cronic trebuie s îndeplineasc

**criterii majore: - 1 i 2**

**criterii minore:** - 6 sau mai multe din cele 11 criterii simptom i  
2 sau mai multe din cele 3 criterii somatice sau 8 sau mai multe din  
cele 11 criterii simptom.

în 1994, Centrul American de Control i Preven ie a Bolii (US CDCP)  
a încercat o nou defini ie, mai adecvat , a acestui sindrom:

### **CRITERII ACTUALE DE DEFINIRE A SINDROMULUI DE OBOSEAL CRONIC (USCDCP, 1994)**

Prezen a unei st ri de oboseal persistent sau recidivant caracterizat  
prin:

1. Debut nou sau definit
2. Neexplicat într-altfel, dup o evaluare clinic
3. Nu este rezultatul unui exerci iu excesiv
4. Nu este substan ial ameliorat de repaus
5. Produce o reducere semnificativ a nivelului anterior de activitate  
ocupational-social

în plus, prezen a a cel pu in 4 din urm toarele simptome: 1.

Afectarea substan ial a memoriei recente i concentr rii 2.

Dureri de gât

3. Adenopatie cervical sau axilar

4. Durere muscular

5. Dureri poliarticulare f r semne de artrit

6. Cefalee (modificat ca tip i severitate)

7. Somn neodihnitor

8. Stare de r u post exerci iu fizic durând peste 24 ore

Cele patru sau mai multe simptome trebuie s fi persistat sau recidivat  
mai mult de ase luni i s nu fi fost anterioare debutului simptomului de  
oboseal (**Fukuda i colab., 1994**).

Nu exist teste de laborator sau proceduri imagistice care s permit un  
diagnostic pozitiv de SOC, dar asemenea teste trebuiesc utilizate pentru a  
excluce alte posibilit i diagnostice.

Defini ia din 1994 identifica urm toarele condi ii de excludere a  
diagnosticului de SOC:

1. orice condiție medicală activă ce poate explica prezența oboselii cronice, inclusiv efecte secundare ale unor medicamente.
2. orice condiție medicală diagnosticată anterior a cărei rezolvare nu a fost dovedită
  3. orice diagnostic trecut sau prezent de depresie majoră cu trăsături psihotice sau melancolice, tulburare afectivă bipolară, schizofrenie, tulburare delirantă, demență, anorexie sau *bulimia nervosa*;
  4. abuz de substanțe la până în doi ani de la debutul oboselii și în orice moment după aceea;
  5. obezitate patologică, definită prin indexul de masă corporală de cel puțin 45.

Diagnosticul de SOC este permis la pacienții cu diverse afecțiuni:

1. condiții medicale definite primar prin acuza subiectivă sau pentru care nu există confirmare prin teste de laborator, cum ar fi fibromialgia, tulburări somatoforme, depresie nonpsihotică sau nonmelancolică, sensibilitatea chimică multiplă;
2. condiții cunoscute ca implicând simptomul de oboseală, dar pentru care s-a primit un tratament adecvat, de exemplu hipotiroidism tratat adecvat prin tratament de substituție, verificat prin valoarea TSH care este normală;
3. condiții medicale cunoscute ca prezentând oboseală și alte simptome, cum ar fi boala Lyme, dacă pacientul a primit terapie farmacologică adecvată înainte de dezvoltarea simptomelor cronice.

După cum se observă din înșelăcritele de definire și de excludere ale SOC, liniile de delimitare a acestui sindrom de alte afecțiuni, psihiatrice (depresia) sau cu un caracter somatic funcțional (fibromialgia) nu sunt deocamdată clar trasate. O serie de ipoteze etiopatogenice pentru SOC continuă să aibă în vedere raporturile acestuia cu maladia depresivă.

### ***Depresia și sindromul oboselii cronice***

Studii diverse subliniază rata ridicată a bolii depresive între 15 și 54% la pacienții cu sindrom de oboseală cronică, iar studii foarte recente arată că tulburările cognitive din sindromul de oboseală cronică există chiar în absența preexistentei sau comorbidității tulburărilor psihiatrice. Aceste constatări arată că doar tulburările psihiatrice nu pot fi suficiente responsabile de sindromul de oboseală cronică (**Brian AF, 2000**).

S-a încercat detalierea raportului depresie - SOC în patru modele alternative:

1. *Simptomele SOC pot apărea în contextul unui episod depresiv major* - SOC este o prezentare atipică a depresiei majore la indivizi care se concentrează pe simptomele fizice și au în vedere și atribuie problemele mai mult indispozițiilor somatice decât celor psihologice. SOC se dezvoltă la indivizi vulnerabili la depresie. Conform acestui model, episodul depresiv major este sursa invalidității continue. Acest model susține că episodul depresiv major este sursa modificărilor neuropsihologice notate în SOC și poate fi cauza dezordinilor imune observate.

2. *Simptomele depresive ar constitui un sindrom afectiv organic* putându-se datora unuia sau mai multora din următoarele procese fiziopatologice:

- Acțiunea directă a unui virus sau a unei toxine asupra sistemului nervos central
- Reacții autoimune sau de hipersensibilitate la prezența unui virus în afara SNC
- Acțiunea centrală a interferonului circulant și a citokinelor induse de infecția virală

3. *Simptomele depresive ar putea constitui o reacție de adaptare la incapacitatea individului din SOC care, este o boală cronică asociată cu tulburări centrale și periferice rezultând din deficiențe de neurotransmitere și tulburarea axei hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenale.*

4. *Observațiile asupra episodului depresiv major sunt false, rezultând dintr-o suprapunere a simptomelor SOC în episodul depresiv major, când de fapt nu există nici o tulburare independentă majoră de dispoziție - dacă un pacient cu SOC are o tristețe reactivă atunci el/ea poate întruni criteriile pentru episodul depresiv major pe baza simptomelor SOC.*

#### ***Neurastenia și sindromul de oboseală cronică***

Neurastenia este o altă entitate patologică care are multe în comun cu SOC, dintre care fac parte și unele elemente etiopatogenice. Descrie de **George M. Bird** în 1869 ca o stare de oboseală persistentă, prezentă la persoanele ce desfășoară o muncă intelectuală excesivă în detrimentul exercițiului fizic, neurastenia asociază unele simptome psihice prezente în SOC (oboseala, tulburările de concentrare și de somn), dar nu și pe cele somatice

(dureri musculare, articulare, adenopatii, durere faringian , etc). O ipoteză etiopatogenic actual în neurastenie, și anume epuizarea, datorită stresului cronic, a unor neuromediatori cerebrali, reprezintă o explicație etiopatogenică valabilă în SOC, în care mai multe studii au depistat un hipocortizolism, prezent și în alte afecțiuni asociate stresului cronic - fibromialgia, artrita reumatoidă , diverse tulburări somatiforme (**Heim C, Ehlert U, Hellhammer DH, 2000**).

Tendințele actuale în ceea ce privește etiopatogenia SOC sunt de a-și individualiza, ca entități diferite de alte afecțiuni psihopatologice înrudite, ca pe o condiție ce asociază, pe lângă afectarea funcțiilor neurocognitive și a calității somnului și simptome somatice ca dureri faringiene recurente, dureri musculare, artralgiile, cefalee și stare de rău după exercițiu fizic. Unii pacienți descriu un debut infecțios, dar legătura între infecții și SOC rămâne incertă. Cercetările actuale evidențiază activarea sistemului imun, alterări la mai multe niveluri ale axei hipotalamo-hipofizare și implicarea altor părți ale SNC, ca și modificări ale metabolismului muscular.

După unii autori, doar absența unei cauzalități precise face ca SOC să fie subestimat și numit neurastenie sau depresie mascată .

TABELUL 8.

PRINCIPALELE IPOTEZE ETIOPATOGENICE ACTUALE ÎN SOC
sindromul oboseții cronice - o afecțiune de etiologie virală
la originea SOC - o disfuncție imună
în SOC - o imunoactivare a limfocitelor T
în SOC există modificări endocrine semnificative
- o scădere a activității axei hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenale
- afectarea funcțiilor hipotalamice
- hormonii sexuali
- implicarea opioidelor endogene
o afectare a metabolismului muscular în SOC
alterări de ordin neurologic în SOC
alte asocieri etiopatogenice diverse
- un reflex nazal al oboseții înrudit cu reflexul atavice de scufundare.

Multitudinea de studii existente, cât și polimorfismul rezultatelor, fac din SOC o entitate-problemă , un sindrom heterogen, implicând o interacție de sisteme biologice, corespunzând unei largi categorii de pacienți, ale căror

simptome i profiluri serologice individuale depind de factori pu in standarde i în prezent, cum ar fi modul de debut al bolii i profilul genetic individual (**Kakumanu S, Yeager M, Craig TJ, 1999**). Mul i autori consider c cea mai bun circumsciere a conceptului de sindrom de oboseal cronic este ca un sindrom heterogen de etiologie necunoscut , rezultat din interferen a unor factori psihiatrici, infec io i, neuroendocrini i imunologici (**Brian AF, 2000**).

Cu toate acestea, etiopatogenia SOC nu poate fi în eleas complet decât în lumina unei concep ii dualiste corp-psihic, de inspira ie psihosomatic (**Evengard B, 1999**).

Procesul de somatizare ar explica motivul pentru care mul i pacien i ce vin cu SOC sunt în final diagnostica i ca având o afec iune psihiatric . La mul i pacien i cu SOC, afec iunea psihiatric poate fi cea primar , dar din cauza incapacit ii sau împotrivirii de a recunoa te afectarea psihologic , ei se centreaz pe simptomele organice i se investigheaz în acest sens. Somatizarea este recunoscut ca fiind o „strategie de adaptare social ” pentru a exprima o suferin i a evita stigmatul de boal mintal . **Eisenberg** a sugerat c SOC, în multe cazuri, reprezint „somatizarea unei suferin e personale, legitima i sub forma unui diagnostic mai modern, mai fin”, cum a fost cazul cu bruceloză cronic din 1950. **Richmond** a reliefat contribu ia cultural la somatizare i la comportamentul bolnav i a comparat epidemia de encefalomielit mialgic cu diagnosticele anterioare, ini ial atribuite unei boli organice, dar în final având o r d cin psihic comun . **Wessely i Greenberg** au descris paralelismul între diagnosticul de sindrom de oboseal cronic i neurastenia din secolul XIX.

Tratamentul i cercet rile SOC-ului sunt politizate odat cu apari ia grupurilor de suport i sprijin al pacientului, în SUA, Canada, Marea Britanie, Australia i Noua Zeeland . Aceste organiza ii ofer întâlniri de grup i sunt implicate în sprijinul politic de compensare a incapacit ii precum i în cercetare. în 1988, în urma unui lobby pentru a legitima diagnosticul, s-a introdus în Camera Comunelor Britanic o not prin care se declara c encefalita mialgic era legal recunoscut ca o boal organic .

Pacien ii sunt foarte nemulumi de medicii care nu le-au fost de ajutor sau cei care au sugerat c ar putea exista o component psihologic a bolii. Mul i pacien i apeleaz la altfel de practicieni ce le accept viziunea asupra

diagnosticului, tratându-i cu metode de la cele mai benigne și potențial utile până la cele mai bizare.

Situația este dominată de dihotomizarea dintr-o parte și reproductivă dintre aspectul fizic (considerat real) și cel psihologic (considerat nereal) al bolii și de încercarea clară de a sublinia trăsăturile organice ale sindromului.

Se face comparații cu SIDA, scleroza multiplă și bolile autoimune, cum ar fi lupusul eritematos sistemic. Nu surprinzător, acești pacienți au o aversiune față de psihiatri. **Wessely** a observat că cei cu SOC și ME îl consideră adesea pe psihiatru ca fiind mecher, ticlos și spun că singurul „*psihiatru bun este cel ce returnează pacientul internistului sau medicului de familie, spunând Acesta nu este domeniul meu: nu pot face nimic*”.

Primul stadiu în managementul pacientului cu SOC, diagnosticat fie de medic fie chiar de pacient, este de a fi siguri că s-au făcut toate investigațiile pentru a exclude cauzele specifice de oboseală cum ar fi bolile endocrine, autoimune și maligne.

În unele cazuri se trece pe lângă afecțiuni ușor identificabile și potențial tratabile în special la cei având un comportament considerat de medic ca anormal, inadecvat sau hipocondriac. Similar, pacientul trebuie evaluat pentru o afecțiune psihiatrică ce poate fi efectiv tratată - pacientul are diagnosticul de SOC când problema sa primară este o boală afectivă, anxietate sau somatizare. Tipic, acest grup de pacienți se caracterizează printr-un istoric personal de afecțiuni psihiatrice, la întrebări întinse, va descrie simptome similare cu cele din boala psihiatrică precedentă. Atribuirea simptomelor SOC-ului se poate datora stigmatului de a mai fi avut experiența de a fi pacienți psihiatrici. Adesea, ei vor interpreta episoadele anterioare ale bolii psihiatrice ca fiind manifestări timpurii ale SOC și pot reinterpretă și istoricul familial al bolii psihiatrice ca SOC.

Cercetările pentru un tratament specific al SOC au fost iarăși succes până în prezent, în ciuda folosirii unei game largi de agenți.

**Wessely și colab.** au descris un plan de terapie comportamentală cognitivă pentru pacienții cu „sindrom de oboseală postviral”. Tratamentul se bazează pe un model ce atribuie indispoziția permanentă inactivității, care este normală în faza inițială a bolii virale acute, dar mai târziu, împiedică recuperarea și se asociază cu reacții adverse dintr-o parte interpretate incorect în acest moment ca datorate bolii virale. Tratamentul include creșterea gradului de exerciții, expunerea gradată la activități ce au fost evitate și restruc-

turarea cognitiv în privin a evalu rii simptomelor. Pacientul accept s nu mai cear investiga ii medicale dac acestea nu sunt aprobate de medic.

S-a încercat terapia cu antidepressive triciclice i inhibitori de mono - aminoxidaz , de i nu s-au ob inut rezultate definitive. S-a sugerat c aceste medicamente pot oferi tratamentul simptomatic al mialgiei, independent de efectele stabilizatoare ale dispozi iei. Pacien ii cu SOC par a fi sensibili la medica ie i au frecvent reac ii adverse. Tratamentul trebuie adesea înc eput cu doze foarte mici ce se cresc gradat odat cu instalarea toleran ei. In ciuda sensibilit ii ini iale, sunt necesare doze complete pentru a ob ine o îmbun - t ire la cei cu afectare semnificativ a dispozi iei. Ca în orice boal cronic , terapia suportiv poate fi benefic . Dup **Sadock i Kaplan (1997)** recoman - d rile pentru o farmacoterapie logic în sindromul obosealii cronice ar fi:

- Stabilirea conduitei terapeutice se face prin colaborarea dintre medic si pacient
- Evitarea unui diagnostic prematur d efinitiv
- Determinarea medicamentelor pe care pacientul i le administreaz singur pentru a stabili interac iunile pe care le va avea cu medica ia propus
- Discutarea rolului medica iei i a scopului tratamentului
  - sindroame psihice
  - tulbur ri simptomatice (dureri musculoscheletale, somn neo - dihnitor, oboseal , modific ri cognitive subiective, anxietate sau tulbur ri de dispozi ie)
- Alegerea agentului se bazeaz pe:
  - profilul reac iilor adverse
  - **preferin a** pacientului
  - contraindica iile medicale
- începerea tratamentului se face cu cele mai mici doze posibile i cre terea dozelor se face treptat; observarea reac iilor adverse ce apar în timpul tratamentului
- Prin taton ri, se stabile te doza optim de medicament la care efectul este maxim
- Trebuie s se poarte o discu ie cu pacientul în care s i se prezinte rezultatele pe care le poate ob ine dup urmarea tratamentului.



- Nu ar trebui continuat tratamentul un timp îndelungat dacă nu are rezultate clinice evidente; eventual între ruperea lui și reevaluarea tratamentului.
- Evitarea folosirii mai multor tipuri de medicamente; stabilirea răspunsului la fiecare agent în parte.
- Farmacoterapia trebuie să respecte celelalte aspecte ale planului de tratament; folosirea medicamentelor în contextul unei reele multidimensionale de tratament.

Grupurile de auto-ajutor au avut un rezultat bun în tratamentul pacienților cu sindrom de oboseală cronică. Ele au dat speranță bolnavilor, le-au furnizat informații. Coeziunea membrilor în astfel de grupuri, le-a dat pacienților încredere în ei, care le lipsește de regulă, care deseori simt că nu sunt luați în serios de medicii lor. Din această cauză, mulți bolnavi cu acest sindrom apelează la vitamine, minerale, produse din plante sau la tot ceea ce poartă numele de medicină alternativă. Toate aceste tonice generale aduc un beneficiu foarte mic sau deloc.

SOC rămâne o afecțiune puțin înțeleasă care se asociază cu o disfuncție semnificativă ocupațională și socială și cu simptomatologie, deci psihiatrii pot contribui semnificativ la îngrijirea clinică a pacienților cu diagnostic de SOC.

## 32. DUREREA CRONICĂ

Acuzele senzoriale cum ar fi durerea cronică sau boala cronică sunt o patologie relativ nouă în ceea ce privește statutul de boli recunoscute.

Pacienții au tendința de a le adopta pe baza a ceea ce cultura consideră a fi o boală „legitimă” (cunoscută), existând și patternuri diferite pentru bărbați și femei.

*Astăzi, medicii de toate specialitățile, în special medicii de familie, se confruntă cu o avalanșă de dificultăți în tratarea pacienților cu durere cronică din două motive:*

1. nivelul crescut al culturii determină pacienții să considere simptome vagi sau nespecifice ca evidențierea unor boli reale și să ceară „sfatul unui specialist”
2. dezvoltarea sistemelor de mediatizare și destrămarea familiilor încurajează pacienții în „a achiziționa” ideea că au o boală

Psihosomatic , condi ii psihopatologice cu exprimare corporal

De i psihiatra i chiar psihanaliza opereaz curent cu concepte precum: „durere moral ”, „traumatism”, de aproape un secol, iar durerea este cu siguran cel mai frecvent dintre simptomele care altereaz calitatea vie ii, generând pacien ilor un grad înalt de suferin i invaliditate, indiferent de afec iunile subsidiare, de celelalte simptome ale bolilor i/sau de prognosticul acestora, a existat o adev rat reticen în ceea ce prive te posibila contribu ie a acesteia în tratamentul durerii.

Mai mult, chiar psihiatra i-a afirmat dezinteresul pentru fenomenul durerii conform sintagmei „*bolile psihice nu dor*”.

Concep ia lui **Webb W** dup care „*durerea este o percep ie central bazat pe un sistem complex de influen e psihologice, neurochimice i neurofiziologice, func ionând ca sisteme i subsisteme, care interac ioneaz spre activarea sau modelarea experien ei dureroase*” a deschis o nou perspectiv , sistemic i polifactoriala în care psihiatra i reg se te locul.

Nu se poate ignora faptul c durerea este considerat ca experien a senzorial uman cea mai complex i o important sur s de stres, precum i faptul c durerea cronic i depresia au mecanisme serotoninergice comune, în care vom g si suficiente ra iuni pentru o abordare psihopatologic a fenomenului dureros.

„*Durerea este o tr ire nepl cut a spiritului, care este legat de alter ri acute sau poten iale ale esurilor sau care este descris cu no iuni (cuvinte) care sugereaz aceste alter ri*” (**Schmidt i Struppler, 1982**).

Aceast defini ie a a durerii con ine câteva aspecte esen iale ale în elegerii actuale a durerii:

- a) Componenta emo ional este situat pe aceea i pozi ie cu cea senzorial .
- b) Se renun la rela ia causal dintre afectarea tisular i reac ia dureroas .
- c) O afectare tisular nu este o condi ie necesar i nici una suficient pentru durere.
- d) Durerea este o senza ie subiectiv c reia îi lipsesc frecvent leziuni periferice obiectivate.
- e) Celui care sufer de durere, aceasta îi d rela ii despre starea sa internă de moment.

Durerea are astfel mai mult asem nare cu senza ii ca: oboseala, foamea sau setea i mai pu in cu calit i senzoriale ca: v zul, auzul sau mirosul, care dau primar informa ii asupra mediului înconjur tor (**Engel, 1983**).

Prin această definiție s-a încercat să se găsească un numitor comun pentru două stări dureroase care astăzi trebuie apreciate la adevărată lor importanță clinică, ele fiind foarte diferite, iar în alegerea lor nu s-a impus pretutindeni: durerea acută și durerea cronică.

Zilnic, fiecare om poate simți durere acută corporală. Aceasta este limitată în timp și este declanșată de obicei nociceptiv de procese externe (ex.: leziuni) sau interne (ex.: inflamații). În ceea ce privește intensitatea durerii, există o relație strânsă cu stimulul care o declanșează; localizarea sa este corespunzător circumscrisă. Durerea acută este însoțită frecvent de reacții vegetative (ex.: modificarea motilității intestinale și a respirației, creșterea frecvenței cardiace și a tensiunii arteriale, dilatarea pupilelor, etc) și în funcție de intensitatea ei, de reacții anxioase.

Pe lângă funcția de semnal de alarmă, durerea acută are și o funcție de reabilitare (Wall, 1979), aceasta ducând la menținerea capacității de funcționare a organismului.

Durerea cronică nu are funcții biologice clare. Concepția lui Leriche asupra durerii cronice, pe care o considerăm o putere inutilă, distrugătoare și dăunătoare vieții, a deschis calea delimitării durerii acestuia de cea acută.

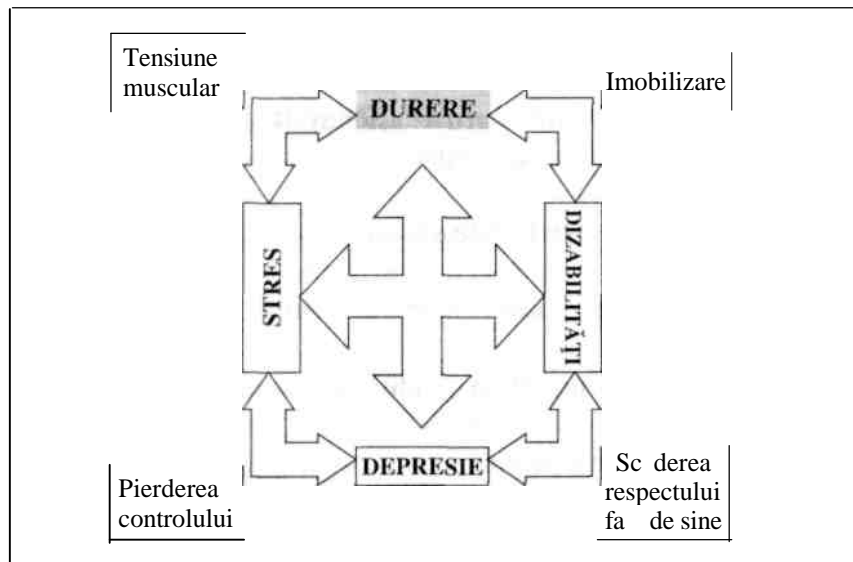


FIGURA 9. LOCUL DURERII ÎN CICLUL BOLILOR CRONICE

Bonica (1953) s-a alăturat la punctul de vedere anterior și s-a străduit să diferențeze durerea acută de cea cronică. Factorii psihici și sociali,

eviden i în durerea cronic , îi vede exclusiv ca pe ni te consecin e ale durerii i nu le d nici un fel de importan patogenic .

**Pinsky (1979)** descrie un „*chronic intractable benign pain syndrome*” (*CIBPS*) la pacien ii ale c ror dureri persistau peste ase luni. Aceste dureri nu puteau s fie legate cauzal de un proces fiziopatologic sau anatomopatologic. Pacien ii, cu un istoric lung de interven ii medicale i chirurgicale determinate de dureri ineficiente, i-au dezvoltat în acest timp o serie de complica ii suplimentare: abuzul de medicamente cu consecin ele sale asupra sistemului nervos central, alte alter ri corporale secundare datorate tratamentului farmacologic i surgical, inactivitate corporal crescut , multiple întreruperi de tratament i conflicte cu medicii i personalul sanitar, diminuarea sentimentului valorii proprii i depresie reactiv . O parte din aceste epifenomene sunt, dup **Pinsky**, consecin e iatrogene care apar de multe ori pentru c nu se diferen iaz st rile dureroase cronice de cele acute, ci se consider , din punct de vedere diagnostic i terapeutic, c este vorba de dureri acute, în sensul unui semnal de alarm . **Gildemberg i De Vul (1985)** g sesc urm toarele caracteristici comune pentru pacien ii cu durere cronic :

- a) To i vorbesc despre dureri care dureaz de luni sau chiar ani;
- b) Mul i afirm c durerea momentan este asem n toare durerii ini iale, aceasta din urm fiind de obicei legat de o problem medical acut sau de o accidentare sau c durerea momentan a de venit chiar mai puternic ca urmare a încerc rilor de tratament medical i chirurgical f r succes.
- c) Ei se refer anamnestic de multe ori la numeroase e ecuri în încercarea de a fi trata i („...nici m car Dr. X nu a putut s m ajute”).
- d) Aproape to i au probat multe medicamente i majoritatea lor este dependent de acestea. Ingestia de analgezice i tranchilizante în doze crescute este continuat frecvent, de i chiar pacien ii spun c aceasta nu a dus la o îmbun t ire de durat a st rii lor. Ei explic c iau în continuare medicamente pentru c vor s „ia vârful durerii”. To i îi prezint durerile ca necesitând un tratament imediat. Durerile ar fi, dup spusele lor, de nesuportat i i-ar împiedica s - i desf oare activitatea normal .
- e) De multe ori sunt dispu i s renun e la un tratament care are ca el diminuarea durerii, pentru c sunt convin i c durerea are o cauz organic nedescoperit .

f) Mulți afirmă în continuare că nu au alte probleme și că „totul ar fi perfect” dacă doctorul le-ar putea vindeca durerile. Numai la amânarea posibilității de a avea probleme personale, familiare sau de alt gen, ei reacționează negând și, în cel mai bun caz, recunosc că uneori problemele sunt consecințele durerilor lor. Viața cotidiană a acestor pacienți este organizată în jurul durerii și este definită prin aceasta. Durerea explică toate problemele vieții. Studii mai noi au arătat că în cazul sindromului dureros cronic acționează mai mulți factori împreună: nociceptivitatea, reacțiile emoționale și cognitive determinate de stimulul dureros cât și reacțiile comportamentale la acesta (**Brown .a., 1984; Kazis .a., 1988**). Într-un studiu al lui **Tait .a. (1989)** asupra a 1200 de pacienți cu dureri cronice, aceștia au diferențiat cinci dimensiuni care împregnează evenimentul dureros cronic: 1) factorii psihologici (anxietate, depresie, calitatea vieții și acuze psihosomatice); 2) retragerea socială; 3) intensitatea durerii; 4) trăsătură afectivă a durerii; 5) anamneză durerii (cauza durerii, numărul operațiilor). În acest caz, dimensiunea „factorilor psihologici” a contribuit, cu cei 29% ai săi, aproape în aceeași măsură la clarificarea variantei totale ca celelalte patru dimensiuni împreună. Pentru că durerea este un concept abstract, vom prefera să folosim în abordarea noastră termeni ca: trăsătură durerii sau experiența dureroasă a pacienților. Trăsătură durerii este complexă și multiplu determinată de factori precum structura de personalitate, suportul familial și social, ambianța din locul de îngrijire, atitudinea terapeutului sau a echipei terapeutice.

În ceea ce privește categoria durerilor consecutive unor tratamente subliniem că, după **Sena și Glars**, în această categorie intră și „durerea psihogenă” însoțită de anxietate, depresie și descurajare. Între factorii care accentuează această durere sunt menționate: deficitul de informare, conflictele privind competența, breșele în cadrul echipei terapeutice (**Mervein, Sellschapp, Brusis**).

Diagnosticul de „durere psihogenă”, în sensul unui sindrom de conversie, este pus frecvent pe baza unor criterii insuficiente prin faptul că cel ce consult se limitează la eliminarea unei îmbolnăviri organice. Pacienții cu un comportament „deosebit” în comunicarea cu examinatorul sunt frecvent prea repede etichetați. Nici teoria „gate-control” nu oferă un model adecvat pentru durerea psihogenă, cu toate că există dovezi pentru procese dureroase psihogene, ca de exemplu sindromul *Couvade*, observat în studiile

transculturale, în care ta ii, în timpul na terii copiilor lor i uneori chiar mai multe zile dup , sufer de dureri puternice în abdomenul inferior.

Faptul c procese centrale pot determina simptome corporale poate observa fiecare om studiind-se pe sine, de exemplu atunci când constat c pulsul i-a crescut, ca urmare a faptului c a visat c este urm rit, f r s - i fi p r sit patul. Asem n tor senza iilor acustico-vizuale i durerile pot fi sim- ite în vis.

Criteriile opera ionale actuale cele mai bune pentru diagnosticul sin- dromului dureros psihogen provin de la **Adler i Hemmeler**.

TABELUL 9.

<b>CRITERII CARE INDIC I CONFIRM DUREREA PSIHOGEN ÎN SENSUL UNEI CONVERSII</b>
<i>Criteria care confirm :</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- existen a unui conflict psihic anterior în timp,</li> <li>- dovada alegerii simptomelor,</li> <li>- dovada localiz rii simptomelor,</li> <li>- neutralizarea conflictului („belle indifference”).</li> </ul>
<i>Criteria care indic o durere psihogen :</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- descrierea dramatic , colorat , dar totu i vag a si mptomelor</li> <li>- un trecut cu multe tulbur ri i interven ii a c ror indica ie r mâne neclar .</li> <li>- labilitate psihic , excentritate, ambi ie, dependen voit .</li> <li>- rela ii fade, schimbarea partenerilor, divor uri, comportament sexual provocator.</li> <li>- frigiditate, impoten .</li> <li>- abuz de medicamente.</li> <li>- tentative de suicid.</li> <li>- simptomele nu corespund realit ii anatomice i <b>fiziotegeice</b>.</li> </ul>

Durerea variaza la aceea i persoan în timp i în func ie de situa ia prin care trece bolnavul, dar aprecierea durerii în raport cu stadiul bolii trebuie f cut având în vedere prelucrarea bolii precum i constructele subiective asupra acesteia pe care pacientul i le face.

**Daud i Cleeland (1982)** au ar tat c pacien ii cu cancer care au acuzat o nou durere în leg tur cu o cauz be nign nelegat de cancer au

relatat o mai mic interferență a acesteia cu activitatea și cu sfera lor decât pacienții cu cancer care au crezut că noua durere reprezintă progresia bolii. **Spiegel** și **Bloom** au găsit că femeile cu cancer de sân metastazat trăiesc o durere mult mai intensă dacă cred că durerea lor reprezintă diseminarea cancerului lor și dacă sunt depresive. Modelul personal al durerii și prezența unor tulburări afective sunt mai buni predictorii ai nivelului de durere decât gradul metastazării.

Durerea cronică poate fi înțeleasă numai pe fundalul unui concept de boală bio-psiho-socială. Primul contact între medic și pacientul cu durere are loc sub forma anamnezei (sau cel puțin ar trebui să aibă loc).

Este util ca, în desfășurarea acestuia, să se aleagă un mod de chestionare care corespunde și acestei înțelegeri bio-psiho-sociale a durerii. Un astfel de mod de chestionare este cel dezvoltat de **Engel GL** numit „anamneză biografică”. La pacienții care prezintă dureri de mai mult de șase luni ar trebui efectuată o anamneză biografică amănunțită, înainte ca acestea să fie îndrumate spre investigații de laborator (tehnice) sau spre diverși specialiști. Rezultatele empirice confirmă evaluările clinicienilor experimentați (ex.: **Anschutz, 1982** și **Uexchul, 1987**) care apreciază că printr-o anamneză atentă se poate pune un diagnostic corect la aproximativ 70-80% dintre pacienți și că o astfel de anamneză aduce în medie 80% din informațiile necesare pentru punerea diagnosticului.

Deși la mulți pacienți cu durere cronică nu se poate renunța la investigații speciale, în același timp este foarte important ca specialistul respectiv să vadă diagnosticul său ca pe o piatră în mozaicul bazat pe înțelegerea bio-psiho-socială a durerii, iar acest diagnostic să-l comunice „generalistului” care coordonează diagnosticul.

Nu numai echipa multidisciplinară de medici și psihologi care sunt implicați în diagnosticarea stărilor dureroase cronice ci și pacientul însuși trebuie să înțeleagă durerea din punct de vedere bio-psiho-social. Anamneză biografică, ca punct de plecare în formularea diagnosticului, este foarte folositoare deoarece ea arată de la început pacientului că factorilor fizici, psihici și sociali medicul le acordă aceeași importanță. Astfel poate fi contracarat situația dificilă în care se poate afla pacientul la sfârșitul examinării somatice, atunci când aceasta nu evidențiază nimic patologic și pacientul se consideră etichetat ca simulant și poate crede că durerile sale, pe care le resimte fizic, nu sunt luate în seamă.

Nivelul bazal de anxietate al pacientului precum și rezistența la frustrare și la capacitatea de adaptare și reacție anterioare bolii sunt în strânsă interrelație cu nivelul durerii. De aceea, este importantă cunoașterea biografiei bolnavului și a felului cum acesta a reacționat la evenimente importante ale vieții sale.

Cu ajutorul unei anamneze biografice minuoase este posibil să se evalueze, cu mare siguranță, valoarea factorilor fizici, psihici și sociali în patogeneza bolii dureroase individuale.

Anamneză biografică este o anamneză integrativă care are următoarele scopuri:

- a) clarificarea atât a situației fizice cât și a celei psihice a pacientului.
- b) în alegerea acestei situații pe baza dezvoltării biografice de până acum a pacientului.
- c) construirea unei puni de legătură cu pacientul, care poate fi baza unei cooperări fructuoase.

În stadiul de progresiune a bolii, durerile sunt amplificate și potențate de reacțiile afective, care la rândul lor sunt amplificate de durere. Se ajunge la așa numita „spirală a durerii” (Aulbert, Schara, 1988), cât și la fenomenul înlocuirii reciproce descris de Kohle și colab. în 1986. Acest fenomen este asemănător balanței psihosomatice și alternează perioadele cu dureri cu cele de depresie și anxietate. Deformarea imaginii corporale, diminuarea stimei față de propria persoană, teama de izolare și de stigmatizare, culpabilizarea declanșează adesea depresii severe. La pacienții cu un istoric de dificultăți în exprimarea trăirilor și exprimarea emoțiilor, la cei repliați spre sine se constată mai frecvent prezența durerii, ca singură cale de exprimare a suferinței. Durerea are semnificație de mesaj pentru captarea atenției, consolare și simpatie. În raport cu medicul, durerea poate avea semnificația de reproș pentru că acesta nu este capabil să oprească progresia bolii și nu rareori exprimă agresivitatea pe care pacientul o are față de cel (cei) de care este dependent (terapeutic). Durerea poate avea semnificația unui protest: bolnavul nu acceptă boala în corpul său sau bolnavul consideră boala ca pe o pedeapsă și se consideră nevinovat; de aceea, el reacționează violent - dureri atroce - față de simptomele bolii. În felul acesta, el îi antrenează și pe ceilalți în suferință sa: membrii familiei, echipa terapeutică, *careri*. Un caz particular îl reprezintă grupul restrâns al pacienților care refuză medicația antialgică și raportează dureri mai reduse decât ar fi de așteptat. Acest lucru este motivat de dorința de autonomie (bolnavii nu doresc să fie dependenți de medi-



camente (i medic) j, in cazuri mai rare, de faptul c durerea îi ajut s se simt vii (simt, deci sunt în via ). Toate cercet rile privind durerea în acest stadiu au ar tat c nu pot fi stabilite leg turi biunivoce indubitabile între durere i diferi i factori ca: durata bolii, evolu ie, tipul de personalitate al pacientului, rela ii so - ciale i, aproape întotdeauna, este vorba de un mozaic al acestor influen e.

La supravie uitorii pe termen lung ai unor boli cu evolu ie cronic , durerea a fost mai pu in studiat datorit , în primul rând, dorin ei acestora de a se reinsera social în a a fel încât lucrurile s se desf oare conform situa iei anterioare bolii. în studii active privind calitatea vie ii acestor bolnavi s -a demonstrat frecven a mult mai mare a durerii la bolnavii cu antecedente de neoplazie fa de cei cu alte boli cronice. Aceasta s -ar datora, dup **Egle i Hoffman**, modific rii scalelor valorice, cre rii unui nou orizont psihologic dihotomizat între sentimentul d ruirii unei noi vie i i teama c boala ar putea s revin . Experien a subiectiv a mor ii iminente pe care supravie ui -torii au traversat-o îi face pe ace ti pacien i s accepte mai u or durerea ca pre al supravie uirii; sentimentul vinov ie care înso e te supravie uirea se compenseaz prin durere, care este considerat un fel de amortisment la creditul nea teptat pe care pacientul l -a ob inut din partea sor ii.

Aceste dureri se încadreaz cel mai adesea în criteriile de defini ie ale durerii cronice conform manualului DSM IV:

1. durerea cu localizare în una sau în mai multe zone anatomice este semnul predominant pentru prezentarea la medic i este suficient de sever pentru a impune interven ia terapeutic ;
2. durerea produce tulbur ri clinice semnificative sau disfunc ionalit i sociale, ocupa ionale sau în alte arii de activitate;
3. factorii psihologici sunt considera i a avea un rol important în de bu -tul, severitatea, exacerbarea i men inerea durerii;
4. simptomele nu sunt produse inten ionat sau inventate (ca în tulbu -r rile factice);
5. durerea nu este în leg tur cu tulbur ri de dispozi ie, tulbur ri anxioa se sau tulbur ri psihotice i nu întrunesc c riteriile pentru dispareunie.

Aspecte particulare apar în cazul durerilor postoperatorii, o problem reprezentând si ast zi situa ia de dup opera ie, respectiv dup trecerea efectului narcozei sau dup anestezia regional .

Durerea postoperatorie nu poate fi diminuat satisf c tor în toate cazurile în ciuda numeroaselor medicamente sau tehnici folosite; dup multe

studii, cel pu in o treime din pacien i nu sunt trata i postoperator suficien t cu analgezice.

Pacien ii care au în urma lor opera ii, se tem frecvent de durerea postoperatorie la fel de mult ca de interven ia operatorie în sine (Birlaumer, 1987). Durerea postoperatorie devine o problem doar atunci când apare una din urm toarele situa ii:

- a) prin folosirea medicamentelor i a tehnicilor uzuale nu se ob ine o reducere suficient a durerii.
- b) durerea postoperatorie nu dispare dup un interval de timp anume, corespunz tor experien ei. Pacientul afirm c exist în continuare dureri în zona opera iei. Situa ia nea teptat i nepl cut atât pentru medic cât i pentru pacient care apare astfel, constituie în multe cazuri, punctul de plecare pentru dezvoltarea unui a a numit sindrom dureros postoperator.

Pacientul este la acest moment de cele mai multe ori în grija postoperatorie a celui care l-a operat i îi relateaz acestuia sau medicului care îl trateaz ulterior (medicului de familie) c durerile persist într -o form mai mult sau mai pu in diminuat .

Nu rar, la insisten ele pacientului, acestuia i se propune o nou interven ie operatorie pentru înl turarea durerilor, deoarece durerile sunt interpretate ca o consecin indirect a opera iei, de exemplu sub forma form rii unui nevrom.

"La o cauz psihic asociat nu se gânde te nimeni in i ial, mai curând se atribuie pacientului o sensibilitate dureroas deosebit .

De asemenea, de c tre partea medical nu se efectueaz sau recomand ini ial un consult de alt specialitate, deoarece leg tura dintre opera ie i debutul durerii pare atât de evident.

De factorii psihici se ine cont cel mai frecvent numai dup ce s -au epuizat toate posibilit ile diagnostice i operative i pacientul este îndrumat c tre o clinic de durere sau un consult psihiatric sau psihosomatic.

La acest moment, pacientul a efectuat deja un num r mare de investiga ii diagnostice, de consulturi la „speciali ti" i una sau mai multe opera ii datorit durerilor, f r s se deceleze indicii asupra unei cauze somatice a durerii.

Evolu ia descris este tipic pentru un sindrom dureros cronic postoperator, iar pân la îndrumarea c tre o clinic de durere trec cel mai frecvent luni de zile, în anumite cazuri chiar ani.

În ansamblu, apare dificil să se recunoască preoperator, pe baza cunoștințelor actuale, pacienții care pot fi denumiți „*pain-prone*” și la care, în consecință, există pericolul cronicizării durerii. Aceasta, în special, dacă avem în fața ochilor modul în care se operează de rutină în specialitățile chirurgicale în care, frecvent, pacienții sunt vizuși un scurt timp înaintea intervenției de către chirurg și anestezist.

Trebuie să constatăm că, în momentul de față, nu avem la dispoziție nici predictorii siguri și rutina clinică nu oferă posibilitatea medicului curant să constate o predispoziție la durere cronică încă înainte de operație. Totuși, ne putem imagina că se poate recunoaște la un moment preoperator evoluția patologică și că pacienții vor fi diagnosticați și tratați corespunzător pentru durere.

Nu putem încheia această prezentare fără a trece în revistă complexul de mecanisme care pot intra în determinismul durerii cronice, subliniind că de cele mai multe ori este vorba de un amalgam de factori în proporții dintre cele mai diverse.

Menționăm principalele mecanisme specifice ale durerii și implicațiile clinice ale acestora: TABELUL 10.

Neuroplasticitatea SNC	Tratament precoce incisiv al durerii acute
Proces de refacere celulară intens și dinamic	Tratament multimodal: tratament precoce incisiv al durerii acute asociat cu tratarea elementelor miofasciale, centrale, vasculare și psihologice
Deficit de NMDA-GABA	Antagoniști ai substanței P sau alți antagoniști NMDA (benzodiazepine, anticonvulsivante)
Neurotoxine	Agenți serotoninergici sau selectori de radicali liberi
Paradoxul opioid	Menținerea nivelurilor sanguine constante de narcotice și/sau schimbarea cu un alt narcotic în cazul în care cel folosit inițial nu a fost eficient
Durere simpatică	Blocadă simpatică și/sau medicație alfa-blocant
Stimuli miofasciali	Terapie fizică precoce: refacerea somnului; antrenament în controlul comportamentului la stres
Disfuncție monoaminergică	Folosire precoce a medicației anti-depresive, inclusiv a triciclicelor, SSRI, agoniști dopaminici, singuri sau în combinație
Tulburări psihice	Condiții psihiatrice care necesită tratament specific

Pentru diagnosticarea tr s turilor ce definesc o situa ie psihiatric în care pacientul are dureri, se pot folosi urm toarele chei diagnostice care s conduc spre circumscrierea posibilului diagnostic psihiatric.

TABELUL 11.

15 CIRCUMSTAN E PSIHIATRICE IMPLICATE ÎN MECANISMELE DURERII  
(dup Bouckoms AJ)

DIAGNOSTIC PSIHIATRIC	SIMPTOME CHEIE
Tulbur ri afective	Anhedonie, triste e, trezire matinal
Tulbur ri anxioase	Panic sau anxietate generalizat
Tulbur ri factice cu simptome fizice	Ap rarea rolului de bolnav somatic
Simulare	Eviden ierea beneficiului secundar
St ri disociative	Amnezie par ial , co maruri
Sindromul dureros cronic	Negarea factorilor interpersonalii eviden i asociat cu exagerarea acuzelor somatice
Tulbur ri dureroase sexuale	Dispareunie sau vaginism
Psihoze	Tulbur ri de gândire, comportament modificat psihotic
Tulbur ri de personalitate	Sc derea capacit ii de suportare a durerii
Tulburarea de somatizare	Patru tipuri de simptome dureroase persistente i prelungite
Tulburarea de conversie	Acuze motorii i senzoriale care nu pot fi explicate medical sau cultural, dar sunt asociate cu factori psihologici
Hipocondriile	Preocup ri persistente pentru boal în absen a simptomelor
Tulburarea dureroas	Durere sup r toare i invalidant , în corela ie cu factori psihologici
Tulbur ri somatoforme nediferen iate	Alte acuze somatice inexplicabile
Alte tulbur ri somatoforme	Alte acuze somatoforme care nu întrunesc criteriile categoriilor men ionate anterior

### 33. ANOREXIA / BULIMIA MINTAL

Discuția asupra uneia dintre cele mai controversate circumstanțe psihopatologice, atât în ceea ce privește determinarea, circumstanțele de apariție, încadrarea medicală și terapia într-un capitol dedicat condițiilor psihopatologice predominant legate de expresia corporală este pe cât de firească, pe atât de dificilă, deoarece materialul referitor la această problemă este enorm și presupune abordări ale celor mai variate metode de tratament. Într-un recent articol, **Ben-Tovim DI (2003)** reafirmă pe de o parte dificultățile în ceea ce privește tratamentul și prevenirea acestor tulburări, iar pe de altă parte faptul că progresul făcut în ultimii 50 de ani în această direcție este absolut nesemnificativ sub raportul rezultatelor.

Am considerat util să discutăm, nu despre anorexie sau bulimie separat, ci tratându-le ca fațetele aceluiași Janus, neputând, în fapt, să facem o discriminare, mai ales în ceea ce privește mecanismele psihodinamice care stau la baza acestor tulburări.

În opinia unor autori, bulimia și anorexia mintală au o importantă componentă genetică, concordanța în studiile pe gemeni fiind între 50 și 80%. Componenta biologică ar fi certificată și de răspunsul pozitiv la antidepresive de tip SSRI (Kaye **W, 1991**).

Una dintre caracteristicile definitorii ale tulburărilor de comportament alimentar (anorexia/bulimia nervoasă) este obsesia formelor și a greutății corporale. În plus, o parte dintre pacienții cu anorexie nervoasă au tulburări obsesiv-compulsive asociate. De aceea apare rațional să considerăm tulburările de comportament alimentar ca fiind o parte din spectrul mai larg al bolilor obsesiv-compulsive (**Walsh BT**). Altă clasificare diagnostică utilizată actual este aceea a OMS și a zecea revizie propusă pentru „Clasificarea internațională a bolilor”.

Fiindcă o revistă a mai mult de 110 studii publicate în ultimii 50 de ani, **Steinhausen H (2002)** arată că pericolul evoluției mortale depășește 5% din numărul cazurilor de anorexie, iar recidivile pot atinge 55% din cazuri. De asemenea, riscul de cronicizare este în jur de 20%.

Indivizii cu tulburări de comportament alimentar se pot prezenta într-un serviciu de medicină generală din cauza unor semne și simptome somatice variate incluzând scăderea în greutate, tulburări hidroelectrolitice, manifestări gastrointestinale, osteoporoză, iregularități ale ciclului menstrual. În plus,

ei pun probleme deosebite pentru serviciile de asigurare a asisten ei medicale din cauza neg rii bolii lor i a ambivalen ei în ceea ce prive te acceptarea îngrijirilor medicale.

TABELUL 12.

CRITERII DE DIAGNOSTIC CERT AL ANOREXIEI NERVOASE (SAU MINTALE) CIM-10
Greutatea corporal men inut la cel pu in 15% sub cea care este de a teptat (fie pierdut , fie niciodat atins ) sau indexul masei corporale Quatelet de 17,5 sau mai pu in - indexul masei corporale Quatelet = greutate (kg)/în l ime (m) <sup>2</sup> ; pacien ii prepubertari nu ajung de regul la greutatea normal pentru perioada de cre tere;
Pierderea greut ii este autoindus prin vome autoprovocate, purga ii autoprovo cate, exerci ii excesive, utilizarea de anorexigene sau diuretice;
Distorsiunea imaginii corporale, în forma unei psihopatologii specifice prin care teama de îngr are persist ca o idee supraevaluat , pacientul impunându - i un prag de greutate sc zut;
Tulburarea endocrin global implic axa hipotalamo -pituitaro-gonadal , manifestat la femei ca amenoree i la b rba i ca pierdere a potentei i a interesului sexual (o excep ie aparent este persisten a menstrelor vaginale la femeia anore xic care este sub tratament hormonal substitutiv, de obicei luat sub forma pilulei contraceptive). De asemenea, pot exista nivele crescute ale hormonului de cre - tere, nivele crescute ale cortizonului, schimb ri în metabolismul periferic al hor monului tiroidian i anormalit i ale secre iei insulinei;
Dac debutul este prepubertal, secven a evenimentelor pubertale este întârziat sau chiar oprit (înceteaz cre terea, la fete nu se dezvolt glandele mamare i exist o amenoree primar , iar la b ie i organele ge nitale r mân nedezvoltate). In cazul vindec rii, pubertatea este deseori complet normal , dar menarha e tardiv .

Interesul clinicienilor i al cercet torilor pentru bulimie a ap rut recent, doar de vreo 10 ani; cifrele considerabil avansate pentru preval ena bulimiei în primele studii epidemiologice realizate în SUA, ne pot face s credem c fenomenul nord-american este pu in exagerat. Totu i, existen a unei tulbu r ri bulimice este recunoscut în literatura psihiatric i psihanalitic de mai mult de un secol. **Lassigne, în 1873**, vorbe te de o „gre eal imperioas de apetit" în raport invers cu anorexia mintal (AN). **Janet, în 1908**, descrie i el alternan a la anorexie a fazelor de restric ie i a crizelor de bulimie urmate de **remu c ri**. **Abraham, în 1924**, vorbe te de o „cre tere a poftei excesive".

**Freud S (1925)** vorbește de „vomismenț ca o apărare isterică contra alimentației” și **Fenichel (1945)** vede în bulimie „o toxicomanie fără drog”.

Dacă bulimia este de mult timp citată în scrierile psihopatologice, doar la sfârșitul anilor '70, grație francezilor și lucrărilor lui **Brusset (1977)** și **Igoin (1979)**, s-a individualizat ca entitate clinică autonomă.

Analogia dintre bulimie și dependență a fost stabilită în 1945, când **Fenichel** scria în „Teoria psihanalitică a nevrozelor”, în capitolul despre perversiuni și nevroze impulsive:

*„Mecanismele și simptomele toxicomanilor se pot manifesta, în aceeași măsură, și fără utilizarea drogurilor; complicațiile toxice antrenate de folosirea acestor droguri, fiind evident absente. O formă particulară dintre aceste „toxicomanii fără droguri” este și bulimia”.*

Reluând această comparație inițială a lui **Fenichel**, „specialiștii în bulimie” insistă de mai mulți ani asupra legăturilor bulimiei cu diverse conduite a-a-zise impulsive: tabloul clinic al lui Russell privind bulimia nervoasă o distingea pe aceasta de anorexia propriu-zisă, care este mai puțin dramatică în ceea ce privește greutatea, dar cu prezența masivă a angoasei, cleptomaniei și suicidului.

De la această configurație patologică specifică s-a trecut la căutarea asocierii simptomelor generale: **Pyle**, de exemplu, a făcut un studiu pe un grup de 34 de bulimici, procentajul conduitei dependente fiind considerabil ridicat: 11,8% utilizau zilnic amfetamina; 14,7% utilizau zilnic alcool; 14,7% abuzau de laxative; 64,7% aveau cleptomanie fixă, descriind de asemenea un tablou clinic al căruia complicații par dificil de evitat.

Atenția cercetătorilor s-a îndreptat din aproape în aproape asupra asocierii bulimiei cu toate conduitele, putând fi considerate ca impulsive în sens larg, până la iritabilitate. Un asemenea demers permite, în schimb, includerea bulimiei, în general, în cadrul acestor conduite.

Se poate presupune în acest context, deși ar putea fi mai puțin demonstrat, că bulimia ar produce o formă minoră de dependență care cronicizare ar antrena un risc de trecere către o dependență majoră. Dar situația este mai puțin clar definită decât pare prin lectura acestor cifre. Procentajele sunt departe de a fi regăsite la toți pacienții cu bulimie.

Începem formularea criteriilor de diagnostic ale sindromului bulimic. Primele au fost propuse de **Russell (1979)**, definind trei caractere clinice fundamentale ale bulimiei nervoase:

Psihosomatic , condi ii psihopatologice cu exprimare corporal

### *Criteria diagnostice ale bulimiei*

- Episoade repetate de accese bulimice (consumarea rapid a unei mari cantit ii de mâncare într-o perioad de timp limitat , obi nuit sub dou ore) i frecven a caracteristicilor clinice, dar care nu sunt obligatorii.
- Cel pu in trei din manifest rile urm toare:
  - absorb ia alimentelor hipercalorice facilitat de accesul bulimie ingestia pe ascuns în timpul acceselor
  - sfâr itul acestor episoade prin dureri abdominale, adormire, eveniment extern sau vomismente provocate
  - tentative repetate de sc dere a greut ii prin regimuri foarte restrictive, vomismente provocate sau folosirea de laxative sau de diuretice.
  - frecvente fluctua ii ponderale, mai mult de 5 kg, date de alternan a de accese bulimice i posturi.

Factorii emo ionali asocia i crizelor de bulimie sunt:

- Con tiin a caracterului anormal al acestei conduite alimentare i teama de a nu se putea opri voluntar de a mânca.
- Triste ea dispozi iei i autodeprecierea dup ace se le bulimice. în fine, contrar afirma iilor anterioare:
- Episoadele bulimice nu sunt datorate unei anorexii mintale sau unei alte tulbur ri psihice identificate.

Prin DSM-III-R se reia denumirea propus de **Russel** de bulimie nervoas i se simplific defini ia crizelor:

- Episoade recurente de frenezie alimentară (consumarea rapid a unei mari cantit ii de mâncare în timp limitat).
- Se insist mai nou asupra sentimentului pierderii controlului comportamentului alimentar pe durata episoadelor bulimice i mijloace de reglare a greut ii.
- Cu regularitate, subiectul fie vomit , fie folose te laxative sau diuretice, fie practic un regim strict sau post, fie începe exerci iul somatic important în scopul prevenirii cre terii în greutate. **DSM-III-R** introduce criteriile de frecven i persisten a crizelor, pentru a putea vorbi de bulimie „clinic semnificativ”.



- Cel pu în 2 episoade bulimice pe s pt mân , în medie, în timpul a cel pu în 3 luni.

În fine, precum anorexia, bulimia se define te prin:

- Preocuparea excesiv i persistent privind greutatea i forma corpo - ral .

CIM - 10 descrie dou forme de bulimie:

***Bulimia nervoas propriu-zis :***

1. Preocuparea persistent privind alimenta ia, nevoia irezistibil de mâncare, episoadele de supraalimentare în cursul c rora enorme cantit i de alimente sunt consumate în scurte perioade de timp.
2. Pacientul încearc evitarea cre terii greut ii cu unul sau mai multe din mijloacele urm toare: vomismente provocate, abuz de laxative, perioade intermitente de post, utilizarea medicamentelor care taie foamea, preparate tiroidiene sau diuretice.
3. Frica morbid de a deveni gras, pacientul fixeaz o greutate bine definit , deasupra greut ii anterioare a bolii.
4. Mai ales, dar nu întotdeauna, episoadele anterioare de anorexie nervoas manifeste sau latente, cu câteva luni sau chiar cu câ iva ani înainte.

***Bulimia cu greutate normal*** reprezint o alt tulburare:

- frecvent , dar mai pu în specific i mai pu în sever
- cu greutate normal sau excesiv
- f r antecedente de AN

Psihiatrii, chiar dac sunt de acord acum cu recunoa terea bulimiei ( i a bulimiei nervoase) ca entitate clinic specific , definirea sa precis r mâne preliminar i controversat .

Apare deci prematur i se izoleaz prin criterii diagnosti ce foarte stricte. Din contr , studiile epidemiologice i clinice actuale vor s permit rafinarea diagnosticului i descrierea semiologic a sindromului bulimie.

Ceea ce noteaz , de altfel, însu i **Pyle** sunt acele subgrupe de bulimiei distinse astfel: bulimia constituie un sindrom unic sau se asociaz cu o depresie sau cu o dependen chimic ; frecven a tentativelor de suicid i a problemelor sociale, precum i num rul tratamentelor angajate fiind crescute doar în ultimele dou cazuri. În concluzie, argumen tele epidemiologice utili - zate pentru a include bulimia între conduitele dependente nu sunt suficiente

pentru a învinge convingerile. Totu i, reflect o ipotez de baz : a dimensiunii impulsului în ansamblul acestor tulbur ri, incluzând i bulimia.

TABELUL 13.

CRITERII DE DIAGNOSTIC AL BULIMIEI NERVOASE DUP ICD-10
Exist o persistent preocupare privind mâncarea, o foame intens i irezistibil („cramp de foame”), pacientul cedând unor episoade de supraalimentare, în care consum cantit i mari de mâncare în perioade scurte de timp;
Pacientul încearc s contracareze efectele de îngr are date de alimente prin una sau mai multe din urm toarele metode: vom autoprovoacat , abuz de purgative, perioade alternante de foame, utilizarea de droguri ca supresoare ale apetitului, preparate de tiroid sau diuretice. Când bulimia apare la pacien ii diabetici, ei pot s neglijeze tratamentul cu insulina;
Psihopatologia const în teama de îngr are i în faptul c pacientul îi fixeaz sie i un prag ponderal net definit, mult sub greutatea sa premorbid , care consti - tuie optimul sau greutatea „normal ” în opinia bulimicului.

Ini ial, **Fenichel** sublinia asem narea simptomatic asupra c reia insist mai pu în comparativ cu mecanismul de trecere la fapte care era de fapt conduita utilizat pentru a reduce angoasa. Toate impulsurile morbide pentru toxicomanii cu droguri, cât i pentru cei f r droguri, sunt tentative infructu - oase de a st pâni culpabilitatea, depresia, angoasa prin activitate. Cu atât mai mult, ele sunt în raport cu atitudini contrafobice.

Pacien ii experimenteaz în joac pericolele mici, încercând s le st pâneasc . Dar se întâmpl frecvent ca jocul s devin realitate i pericolul, în loc s fie controlat, s îi cople easc . De altfel, analogia între toxicomanie i bulirnie este o imagine pus înaintea pacien ilor bulimici pentru a descrie constrângerea irezistibil pe care ei o încearc mâncând, în ciuda tuturor tentativelor de a evita criza i sentimentelor lor c mâncarea devine singura realitate pentru ei.

Compara ia cu toxicomania permite deci, condensarea a dou caractere, contradictorii ale bulimiei: ideea cople itoare de a mânca, care exclude din câmpul con tientei orice alt preocupare, nimic nereu înd s -l distrag de la efectuarea actului i ideea c în momentul actului se g se te într -o alt stare, o stare secund în afara ra iunii. Imaginea dependen ei este adesea un mod de a încerca recunoa terea dimensiunilor patologice ale unei tulbur ri care

de fapt nu există i care tind să fie minimalizate de către medic: de exemplu, o femeie cu greutate normală cere inexplicabil să slăbească.

Urmasii cu care acești pacienți își tratează simptomele de dependență contrastează cu reticenta alcoolicilor sau a toxicomanilor care sunt departe de a recunoaște amploarea dereglărilor lor; ei tind mai degrabă să le minimizeze, considerând că situația este sub control. Dar la cei la care se recunoaște o bulimie, este limitată mai puțin în cantitatea de alimente ingerate decât la mentațiile de pierdere a controlului, exprimate cu angoasă, cu o descriere minuțioasă a inutilității tuturor tentativelor de săturare. Din contră, când bulimiciii au în mod cert probleme cu drogurile sau cu alcoolul, aceștia le descriu în afara bulimiei lor, străduindu-se să neghe această dependență posibilă sau să o minimizeze; este foarte curios că există și fapte care, câteodată, le dau dreptate: încercarea de a se lăsa de droguri, de fumat, de băut, dar fără încercarea de a renunța la bulimie. S-ar putea spune că bulimia, paradoxal, funcționează ca apărare contra a tot ce poate deveni dependență.

Miza dezechilibrului nu este atașamentul particular pentru alimentație - care nu este tratată ca un beneficiu - ci, din contră, atașamentul pentru drog sau alcool; dacă o parte din pacienții bulimiei fac o stare ușor anesteziantă obținută prin criză, există un mare număr de pacienți care declar că sunt prinși chiar în cursul crizei de o angoasă, astenie somatică sau depresie.

Deci, dacă la aceasta se adaugă conduitele, caracterul impulsiv și irezistibil al bulimiei, apare ca dependent; dar dacă se adaugă discursuri, raportul este mult mai mic și problema este dacă capacitatea bulimiei de a mima dependența, cu toată dimensiunea isterică, este cea presupusă.

Aceste probleme despre statutul psihopatologic al bulimiei pot avea o importanță directă în terapeutică.

A trata bulimia ca pe o dependență permite să nu se abuzeze de capacitatea de exprimare a acestor pacienți care sunt într-adevăr susceptibili de a continua o analiză sau o terapie în toată regula, totul menținând bulimia și obsesia de îngrășare la abaterea de la schema terapeutică; este bine să nu se neglijeze rezistența acestor conduite și riscul lor suicidal.

Această necesitate poate face opțiunea pentru o terapie medicamentoasă, care se practică din ce în ce mai mult în SUA în scopul de a întrerupe ciclul bulimie-vomă sau bulimie-post.

Există și posibilitatea de a permite produse antidepressiv eficiente asupra metabolismului serotoninei, a cărei acțiune antidepressivă nu pare a fi în elea-

s c singura care diminueaz criza bulimic observat adesea. Dar aceste studii sunt în prezent la debut i nu au permis înc s se recunoasc caracte- risticile r spunsului sau non-r spunsului. Dar, această terapie, care eventual s reduc crizele respective pân la suprimarea lor, implic considerarea bulimiei ca o dependen i tratarea ei ca atare?

Dac se refer la acest model, va fi posibil s se determine vizarea abstinenei, ceea ce este de fapt obiectivul anunat în grupele de bulimiei anonimi, dup exemplul alcoolizilor anonimi.

Aceast op iune radical presupune c se poate separa bine bulimia de o alimenta ie „normal ”, ceea ce nu este posibil în haosul alimentar de care sufer majoritatea bulimicilor pentru care nu exist nici no iunea de mas , nici cea de foame. Spre deosebire de medicamente, droguri, alcool, alimen- ta ia constituie baza unei activit i necesare psihologic i social. De atunci, se risc pentru un anumit num r dintre ele, intensificarea tendin elor de anorexie, abstinere - reu ind, nu o vindecare, ci o maladie mortal .

în plus, dac aten ia purtat asupra conduitei bulimice d acestei tulbur ri, în aparen , o unitate stereotip , nu r mâne mai pu in decât o tulbu- rare polivalent susceptibil de stabilirea patologiei atât de diferit ca isteria, depresia, nevroza obsesiv sau chiar, câteodat , perversiunea, pân devine manifestarea preponderent , chiar unic . Dar adesea, ea nu se mul ume te cu a fi o expresie deplasat i se perpetueaz pentru propriul avantaj, într -o autoreglare somatic a bilan ului energetic i a secre iei de opiacee endo- gene, tinzând astfel s ia alura unei conduite dependente constituind un fel de izolare somatic .

Vomismenle constituie un indiciu de severitate al bulimiei în vreme; clinicienii îi consider pe cei cu vom mai sever afecta i.

Recurgerea la vomismenle este un mijlo c eficace de control al greu- t ii; pacien ii care prezint vom sunt mai slabi. Prezen a vomismenlelor este egal asociat cu o mai mare frecven a tulbur rilor asociate: cei cu vom fac mai multe episoade depresive i mai multe tentative de suicid.

Antecedentele de anorexie nervoas constituie un factor de severitate al bulimiei îns i i al tulbur rilor asociate, în vreme ce bulimicii vechi ano- rexici au simptome bulimice mai severe i mai multe tentative de suicid.

Aceasta corespunde bine cu pacien ii bulimiei actuali care au senti- mentul existen ei a dou persoane inconciliabile în acela i timp i pentru care raptusul este al unei persoane str ine.

Punctul de asemănare mai important între tulburările de comportament alimentar și dependențele este în efortul de a atinge o senzație de plăcere. Peste acest punct comun se suprapun totuși manifestări distincte. Pacientul anorexic iubește postul și poate deveni aproape beat ca un alcoolic sau „planează” ca un toxicoman. Dar, pentru ultimul, scopul esențial este de a obține o stare de bună dispoziție, în timp ce anorexicul resimte această plăcere în cursul postului cu fenomene secundare (pierderea greutății, obinerea slăbiciunii).

Bulimicii, prin aceste raptusuri alimentare trebuie să își satisfacă pulsunile care nu sunt în totalitate agreabile, câteodată sunt obsesive, chiar dureroase.

Puini bulimici se dedau alcoolului sau drogurilor sau cresc abuzurile cu timpul. Diferențele de personalitate sunt prea pronunțate. Funcțiile extreme ale Super-Ego-ului și înălțimea nivelului social al anorexicului și bulimicului contrastează cu tendința de decădere socială a alcoolicilor și toxicomanilor. Totuși, se întâmplă ca bulimicii să fure mâncare sau bani pentru satisfacerea nevoilor lor de hrană, după cum face toxicomani pentru a-și procura drogurile. Există o diferență importantă în percepția celor din ambele grupuri. Tulburările comportamentului alimentar sunt acceptate social, în timp ce alte intoxicații sunt disprețuite.

Face parte din soarta bulimicilor să se considere bolnavi și să dorească îngrijire. Toxicomanul, din contră, este considerat ca un criminal care merită pedeapsă.

Ar putea fi practic compararea acestor stări în funcție de trei concepte: obișnuință, dependență și dependență proprie-zisă.

*Obișnuința* este comună acestor stări. Anorexia descoperă nu numai „foamea vine mâncând”, dar și apetitul dispare în cursul unui post de lungă durată. Acest obicei poate deveni fatal în ultimele stadii ale bolii.

Pentru bulimic, obișnuința este evident obligatorie, precum și vomă, care devine un obicei dificil de întrerupt, particular când asigură pierderea greutății sau împiedică creșterea greutății. De frică raptusului, dezvoltă obiceiuri alimentare prost avizate: amână mesele, evită micile „ronțeli” care pot diminua riscul raptusului alimentar.

*Dependența* poate fi somatică sau psihică.

*Dependența somatică* și sentimentul de abținere, care sunt realități dureroase pentru alcoolici și numeroși toxicomani, nu relevă tulburări de

comportament alimentar. Mai mult, nu explic o toleran pentru alimente în acest sens; unii alcoolici sau toxicomani sunt constrâni de cre terea cantit ii produselor lor de intoxicare pentru ob inerea aceleia i efect i aceleia i satisfac ii.

*Dependen a psihic* este o realitate pentru dou tipuri de tulbur ri de comportament alimentar: toi toxicomanii i alcoolicii care trebuie s se injecteze sau s bea pentru a crea sau men ine un sentiment de pl cere; în acela i fel, anorexicul este dependent de postul s u i de sl bire. i bulimicul resimte o impresie de gol i de dezgust dac ritmul raptusului alimentar este întrerupt. Exist o asem nare frapant între un alcoolic i un bulimic dintr-un anumit punct de vedere: descrierea pe care o fac amorsajului pe care îl resimt la demararea raptusului alcoolic sau alimentar. Prima pic tur de alcool, precum i prima gur de mâncare declan eaz o reac ie în lan , totu l ca un motor în urma punerii în contact. Singuri, alcoolicul i bulimicul, nu sunt capabili de a decupla motorul.

Verosimilitatea conceptului de dependen propriu -zis este manifestat prin cazuri grave i de lung durat de tulbur ri de comportament alimentar. Aceasta este evident în ceea ce prive te termenul diferit utilizat în francez i german pentru dependen . Cuvântul francez „toxicomanie” vorbe te el însu i de caracterul sigur jenant al acestei st ri. In german , termenul „*sucht*” semnific o dorin patologic sau o pulsione sau o manie. Cuvântul german clasic pentru anorexia nervoas este „*magersucht*” care semnific „nevoia patologic de a fi slab”. Cuvântul german pentru bulimie este „*fressucht*” care se poate traduce prin „nevoia patologic de a se îndopa într-o manier nest pânit , ca un animal”.

Cazurile grave de anorexie nervoas /bulimie arat exact aceast perseverare f r compromisuri, care este de asemenea caracteristic i altor comportamente de dependen . Este de asemenea tipic te ndin a de recidiv i de mari dificult i care pot avea un bun sfâr it printr-un tratament eficace.

Dependen a pare obligatorie într-o tendin de autodistrugere, care debuteaz nu numai cu o mare frecven a suicidului, ci i cu automutilarea ca la anorexicii care î i zgârie pielea pân la sânge. Putem spune c anorexia nervoas este un comportament autodistructiv îndelungat, persistent i incon tient.

Chiar dac se poate vorbi de „dependen a de foame” în AN, compara ia este i mai evident în ceea ce îl prive te pe bulimic i este i mai vizibil

la pacienții ce dezvoltă o bulimie secundară unei anorexii nervoase restrictive clasice.

Pulsunile de foame ale bulimicului îmbracă același caracter imperios ca „foamea de alcool” la alcoolici și „foamea de stupefiante” la drogii.

Asemănarea frapantă din multe puncte de vedere, în fond, nu trebuie să ascundă diferențele esențiale între tulburările de comportament alimentar și comportamentele legate de alte fenomene de dependență. Există o diferență de fond între a utiliza o substanță toxică (vezi cuvântul francez *toxicomanie*) precum alcoolul sau stupefiantele și utilizarea alimentelor pentru consolare și satisfacere. Tratamentul, în primul caz, vizează dezintoxicația și lupta contra substanțelor periculoase care au adus organismul într-o formă artificială. Tratamentul tulburărilor de comportament alimentar vizează și el restabilirea funcțiilor naturale și normale care au fost grav perturbate.

Altă diferență considerabilă se referă la sentimentele și fantezmele asociate cu consumul și cu prizele alimentare. Intoxicația cu alcool/droguri încearcă cu ușurință și confortabil, trecerea de momentul când alcoolul/drogurile intră în acțiune și, de asemenea, ca această acțiune să persiste mult timp; în contrast cu acestea, sentimentele bulimicului nu sunt în nici un fel legate de bucurie sau plăcere.

Mai mult, elijire sentimentul de reacționare sub o presiune nedeterminată. Străduința de personalitate sa. Mulți bulimici descriu raptusul alimentarea fiind extrem de deplasat, degradant, culpabilizant, ca o pată pe corpuri pe care le apreciau atât de puțin înainte. Voma care pune sfârșit raptusului, nu va fi o ispășire și o ușurare decât pentru un timp și va fi apoi urmat de un sentiment violent de culpabilitate și de rușine, posibil chiar de o tentativă de suicid.

În articolul său, **Wulff (1932)** a publicat ceea ce se cheamă „un complex simptomatic oral” interesându-se relația sa cu dependența. **Wulff** este primul care a comparat bulimia, deși n-a folosit acest cuvânt, cu dependența pe care a numit-o „sucht”, cuvânt german de care am vorbit mai sus.

Interesul pentru anorexia și bulimia mintală este generat și de numărul enorm de complicații pe care această afecțiune le poate antrena și evident de pericolul evoluției letale care va trebui întotdeauna luat în considerare.

TABELUL 14.

<b>COMPLICA II MEDICALE ALE ANOREXIEI I BULIMIEI NERVOASE</b>	
SISTEM CARDIOVASCULAR	Hipotensiune ortostatic Aritmie Prolaps tricuspid sau mitral Toleran sc zut la exerci ii Cianoz periferic Moarte cardiac bruscat Bradicardie (mai pu in de 60 b t i/minut) Cardiomiopatie Edem Insuficien cardiac congestiv (ex. dup o realimentare nutri ional rapid )
SISTEM PULMONAR	Pneumomediastin Edem pulmonar (secundar insuficien ei cardiace congestive)
SISTEM METABOLIC	Hipokalemie Hiponatremie (rar ) Amilaz cu o cantitate mare de ser Cantitate mare de sânge, uree i nitrogen Hipomagnezimie Hiperfosfatemie (bulimie) Hipofosfatemie (anorexie) Aciditate metabolic
SISTEM GASTRO- INTESTINAL	Parotide/hiperamilazemie Gastroparez Reflux gastro-esofagian Durere abdominal Balonare/sa ietate timpurie Constipa ie Diaree (ex. abuz de laxative) Dilatare sau ruptur esofagian sau gastric Pancreatit
SISTEM ENDOCRIN	Cre tere hormonal Cre terea cortisolului Sc dere T3, T4



TABELUL 14 (continuare).

<b>COMPLICAȚII MEDICALE ALE ANOREXIEI ȘI BULIMIEI NERVOASE</b>	
SISTEM ENDOCRIN	Osteopenie/Osteoporoz Intoleran la frig/Hipotermie Sc derea testosteronului (b rba i anorexiei) Sc derea estradiolului, progesterolului (femei anorexice)
SISTEM GINECOLOGIC	Amenoree/Dismenoree Infertilitate
SISTEM NEUROLOGIC	Crize epileptiforme L rgire ventricular Atrofie cerebral
SISTEM MUSCULAR ȘI OSOS	Osteopenie/Osteoporoz SI biciune generalizat Sistem hematologic Acantocitoz Anemie medie (ex. normocromic /normocitic : microcitic /hipocromic ) Deficien de folat Deficien de fier Deficien de celule albe Rat sc zut a sediment rii eritrocitelor Trombocitopenie
SISTEM DERMATOLOGIC	Piele uscat sau fragil Unghii uscate sau fragile Forma iuni de calus pe degete P r capilar sub ire Pierderea gr simii subcutanate Edem pretibial f r hipoproteinemie Irita ii la col urile gurii Predispozi ie la vâ n t i Pigmentare cu caroten Complica ii dentare Ceiloz Eroziunea smal ului (perimoliz ) Gingivit

dup Zerbe JK, 2000

O problem în plus este cea legat de sc derea în greutate la o persoan tân r de sex feminin, în care diagnosticul de anorexie mintal poate conduce pe o pist fals care întârzie sau amân nejustificat un tratament corespunz tor.

TABELUL 15.

<b>POSIBILE CAUZE ALE SC DERII ÎN GREUTATE LA ADOLESCENTE I TINERE</b>
• Anorexia nervoas (cea mai frecvent )
• Depresia (nelegat de anorexia mintal sau alt tulburare somatoform )
• Neoplasmul
• Fibroza chistic
• Insuficien a pancreatic
• Diabet zaharat
• Boli intestinale inflamatorii
• Colon iritabil
• Infec ii oculte (ex HIV)
• Abuz de droguri

Insist m cu această ocazie asupra faptului c diagnosticul de anorexie/bulimie nu este unul implicit sau simplu ci trebuie s reflecte o realitate clinic probat de criterii clare.

Dificultatea tratamentului este de a reinsera cu precizie bulimia în func iile somatice subiacente, ceea ce nu înseam n neap rat, dispari ia for at a crizelor, dar le red acestora valoarea de semnal care reprezint simpto mul important în fizioterapeutic .

De i s-au f cut progrese în tratamentul psihoterapeutic efectiv al bulimiei nervoase, numai 55 % din pacien i sunt recupera i cu acest tratament. Aceasta ridic întrebarea: ce terapie ar putea fi eficient în cazul celor 45% dintre pacien ii la care tratamentul ini ial a e uat? R spunsul la această între bare poate sta în în elegerea mai profund a factorilor care m en in o foame i o purga ie imperioas .

Terapia cognitiv-comportamental , a c rei eficacitate a fost probat se bazeaz pe ipoteza c restric ia sever alimentar , datorit excesivei preocup ri asupra greut ii i formei corpului conduc la foamea imperioas . De aceea, tratamentul este mai întâi orientat spre restrângerea restric iilor alimentare, cu aten ia secundar îndreptat asupra preocup rilor referitoare la greutate i form somatic .

În contrast, terapia interpersonală care nu se adresează comportamentului alimentar ori preocupărilor asupra aspectului somatic, direct, pare să aibă același efect. Cercetările recente sugerează că eficacitatea terapiei interpersonale constă în reducerea *trigger-ului* emoțional care declanșează foamea imperioasă.

Tratamentul antidepresiv, deși nu atât de eficient precum terapia cognitiv-comportamentală, reduce foamea imperioasă, cu menținerea dietei stricte. Eficacitatea terapiei antidepresive pare a sta surprinzător în reducerea foamei la acești subiecți, mic orând tendința de a deveni dezinhibăți prin restricție alimentară.

Aceste rezultate vor fi utilizate pentru a dezvolta un model al factorilor care mențin foamea și purgarea imperioasă, care la rândul lui va fi folosit pentru găsirea mijloacelor terapeutice adiționale în cazul ecurilor tratamentului inițial.

Opinia generală este că nu există tratament simplu, rațional și etiologic pentru tulburările grave de comportament alimentar. Tratamentul este determinat empiric și trebuie să fie diferentiat concret, după durată, gravitate, vârstă, cadru familial, nivel mediu social; acesta trebuie să fie modificat în caz de posibilă predominanță a simptomelor bulimice. Conceptul de obișnuință poate inspira măsuri terapeutice aplicate tulburărilor de comportament alimentar. Obiceiul de post și raptusul alimentar pot fi întrerupte cu ajutorul recompensei pentru noile obiceiuri cumpătate de pacient în timpul tratamentului.

Este important pentru bulimic ca alte persoane să fie prezente în timpul meselor și după acestea, pentru ca pacienții să nu cedeze unei tentații bulimice când sunt singuri. De asemenea, ei nu vomită în prezența altor persoane. Este, prin urmare, util ca un membru experimentat al personalului să rămână cu pacientul 1-2 ore după masă.

O schemă terapeutică ca aceasta, urmează mai mult sau mai puțin aceleași principii care sunt aplicate pentru diferitele forme comportamentale. Recompensele și revizuirea obiceiurilor sunt combinate cu informarea intenșivă asupra naturii bolii și scopului tratamentului; totuși, în cazurile mai puțin grave putem asigura o ameliorare de lungă durată. În cazurile grave, primele măsuri trebuie să fie urmate de o psihoterapie prelungită.

Privat de satisfacerea postului și într-o anumită limită, de raptusul alimentar pe care îl oferă, pacientul resimte un gol. Sarcina terapeutică va fi

de a ajuta pacientul s accepte o via care nu va ii bazat pe aparen i greutate, ci pe respect i stim .

Psihoterapia de grup sau familial , individual , asigurând un sprijin sau rezolvând un conflict printr-un proces de lung durat , chiar ani, se arat necesar într-o tentativ de evitare pentru totdeauna a rec derilor nest pâ nite. Pentru acest procedeu terapeutic, bulimicul se arat frecvent mai moti vat decât anorexicul.

Aceste dou tipuri de tulbur ri de comportament alimentar sunt în ge neral ancorate într-un mediu social mai apropiat i mai eficace, i prin urma re, beneficiaz de condi ii mai bune pentru asigurarea eficacit ii tratamen tului la majoritatea pacien ilor suferind de tipuri diferite de comportamente alimentare dependente.

*Anorexia nervoas* - M surile psihosociale pentru pacien ii cu ano rexie nervoas trebuie v zute în largul context al unei abord ri cuprinz toare cu accentuarea îngrijirilor medicale i a refacerii nutri ionale într -un stadiu incipient. Metodele comportamentale fac adesea necesar stabilirea unor a tept ri specifice pentru a câ tîga în greutate i a putea face posibile recompense dorite cum ar fi mersul, privilegiul de a se servi la baie i exerci iul somatic. Deseori, este folositor pentru pacient s în un jurnal asupra prece dentelor în alimenta ie, în comportament i pe plan emo ional, cât i urm rile acest ora. Este înc loc atât pentru psihoterapie individual , cât i pentru psihoterapie familial . O abordare psihodinamic frecvent utilizat prive te anorexia nervoas ca o dezvoltare în cursul str daniei pacientului de a realiza autonomia, competen a i con trolul de sine.

*Bulimia nervoas* - Interven ii cognitiv-comportamentale individuale sau pe baz de grup, interpersonale, psihodinamice, educa ionale i inter ven ii familiale, toate au fost încercate în bulimia nervoas clar nici una nu s-a eviden iat ca fiind superioar . Abordarea cognitiv-comportamental face necesar automonitorizarea, alimenta ia dup program i mese cânt rite. m sur tori de control ale diferi ilor stimuli cum ar fi evitarea înfomet rii i dezavuarea (înfierarea) cu r spunsul de prevenire. Exerci iile de relaxare i educarea convingerii pot, de asemenea, s se dovedeasc utile. M surile cognitive includ educa ia despre bulimia nervoas i înv area pacien ilor s identifice i s corecteze convingerile distorsionate. Mai multe studii au sus inut c terapia de grup. folosind diferite modalit i este superioara unei abord ri f r tratament.

În ultimii câțiva ani, un mare volum de muncă a explorat rolul intervențiilor farmacologice în tratamentul pacienților cu tulburări de alimentație. Acest lucru nu este surprinzător dat fiind cursul vremurilor. **Yager** evidențiază în mod corespunzător gama de intervenții psihosociale care sunt importante și folositoare pentru tratamentul pacienților cu tulburări de alimentație. Acesta este un articol de sinteză valoros, mai ales pentru studenții și rezidenții.

Rezultatul pe termen lung al evoluției bulimiei nervoase depinde de terapia primită. Pacienții care au făcut terapii ca de pildă terapie comportamentală sau terapie socială au un prognostic mai bun.

Studii recente au arătat că din nefericire încercările de prevenție primară a acestor tulburări, în mare parte încercările de prevenție secundară nu s-au bucurat de succes, anorexia și bulimia mintală rămânând circumstanțe patologice dificile și având în zonele care împărtășesc valorile occidentale tendința la creșterea prevalenței (**Pratt B, Woolfenden S, 2002**).

## **REPERE IN PSIHOSEXOLOGIE**

*„ Cele **mai** ascunse boli ale oamenilor sunt impoten a și picioa rele urât mirositoare, **au** constatat speciali tii americani, care au explicat c aceste sunt afec iunile de care oamenii sufer în t cere pentru c le este ru ine s mearg I medic ”*

*Agen ia de Pres Ananova*

- 1. Problema sexualit ii în lumea contemporan**
- 2. Sex în Statele Unite**
- 3. Medicul i sexualitatea - o situa ie inedit**
- 4. O anamnez dificil**
- 5. Disfunc iile sexuale psihogene**
- 6. Disfunc iile sexuale masculine**
- 7. Disfunc ia erectil i depresia**
- 8. Mituri i prejudec i care împiedic pacientul cu disfunc ie erectile s se prezinte la psihiatru**
- 9. Modalit i de abordare a disfunc iei erectile psihogene**
- 10. Vaginismul**
- 11. Orgasmul i frigiditatea**
- 12. Considera ii psihodinamice în frigiditate**
- 13. Alte cauze ale frigidit ii**
- 14. Tratamentul anorgasmiei**
- 15. Disfunc iile sexuale ale cuplului**
- 16. Calit ile sexologului**

## 1. PROBLEMA SEXUALITĂȚII ÎN LUMEA CONTEMPORANĂ

Cunoașterea dezvoltării sexuale și comportamentului sexual a devenit progresiv important pentru îngrijirea sănătății pe măsură ce s-au schimbat standardele și exigențele publicului.

Sexualitatea este un continuum care se dezvoltă în timp în etape ale căror conținut biologic, psihologic și social este distinct.

TABELUL 1.

ETAPELE DEZVOLTĂRII SEXUALITĂȚII		
Sugarul	18 luni	Experiențe autoerotice centrate pe sfera orală
Copilul mic	1,5-5 ani	Devine conștient de genitalitate centrat pe sfera anală
Copilaria târzie	5-11 ani	Complexul Oedip Sexualitatea ca joc
Adolescența timpurie	12-15 ani	Apariția caracterelor sexuale secundare Activitate sexuală cu sentimentul de vinovăție
Adolescența târzie	16-18 ani	Apariția autonomiei față de adulți Dorința de independență Primele experiențe sexuale
Tinerețea	18-23 ani	Trecerea către vârsta adultă Pregătiri pentru propria familie
Adultul tânăr	24-30 ani	Încheierea căsătoriei Viața sexuală legitimă și regulată Dispariția anxietății și sentimentului de vinovăție
Adultul mediu	31-45 ani	Atenția se deplasează spre preocupările profesionale și sociale Ușor declin al frecvenței raporturilor sexuale
Maturitatea deplină	46-60 ani	Nevoile biologice descresc Interesul pentru activitatea sexuală se reduce
Bătănețea	61 - ...	Declin general în toate planurile Ieșirea din cadrul circuitului socio-profesional

Comportamentul care era odată considerat pervers este probabil privit acum ca deviant și poate că în viitor va fi considerat o alternativă la activitatea sexuală „normală”. Comportamentul sexual este un factor important în determinarea valorii individuale, existând un interes continuu în actele publice și intime. În general oamenii sunt mai capabili să-și accepte sexualitatea, recunoscând că este una dintre fațetele personalității lor.

## 2. SEX ÎN STATELE UNITE

Deoarece nu există date privind comportamentele sexuale din România prezentăm rezultatul studiului făcut de Universitatea din Chicago pe un lot reprezentativ pentru populația SUA în vârstă de 18-59 ani. Este cel mai mare și mai semnificativ studiu de acest fel făcut vreodată. Prezentarea acestui studiu dorește înlăturarea unor fantasmă și prejudecăți care există la mulți din specialiștii din domeniul medicinei și psihologiei din România.

TABELUL 2,

PATE PRIVIND COMPOR- TAMENTUL SEXUAL	FRECVENȚE ȘI CARACTERISTICI 85% dintre
Fidelitate	75% dintre bărbați și 83% dintre femei sunt fideli partenerilor lor.
Raporturi sexuale: 2 sau mai multe pe săptămână	41% dintre cuplurile căsătorite 23% dintre persoanele necăsătorite Persoanele necăsătorite, care coabitează
Numărul mediu de parteneri sexuali de-a lungul vieții	6 pentru bărbați 2 pentru femei
Orientarea homosexual	2,8% la bărbați 1,4% la femei
Cel puțin o experiență homosexuală după pubertate	9% din bărbați 5% din femei
Intromisiunea vaginală - cel mai atractiv tip de experiență sexuală	83% dintre bărbați 78% dintre femei
Partenerii conjugalii	93% sunt de aceeași rasă 82% sunt similari ca nivel educațional 78% sunt la o diferență de vârstă de până la 5 ani 72% sunt de aceeași religie



TABELUL 2 (continuare).

DATE PRIVIND COMPOR- TAMENTUL SEXUAL	FRECVENŢE I CARACTERISTICI
Abuzul în timpul copil - riei de c tre un adult	Atât b rba ii cât i femeile în perioada adult ajung s aib mai mult de 10 parteneri, s participe la sex în grup, s raporteze o identificare homosexual sau bi - sexual i s fie neferici i
Frecven a raporturilor sexuale	Mai pu in de 8% - mai mult de 4 ori pe s pt mân
	Aproximativ dou treimi - de câteva ori pe lun sau mai pu in
	3 din 10 - de câteva ori pe an sau mai pu in
Masturbarea - cel pu in o dat pe s pt mân	1 b rbat din 4
	1 femeie din 10
Masturbarea i vârsta	Mai pu in frecvent la cei între 18-24 de ani
	Cel mai frecvent la cei între 24-34 de ani
Orgasm în timpul actului sexual	Trei p trimi dintre femeile m ritate
	62% din femeile nec s torite.
	95% au afirmat c au de obicei sau întotdeauna orgasm.
Preocuparea pentru sex	Mai mult de jum tate dintre b rba i au afirmat c se gân - desc la sex aproape în fiecare zi sau de câteva ori într -o zi
	Doar 19% dintre femei se gândesc zilnic la sex

### 3. MEDICUL I SEXUALITATEA -O SITUA IE INEDIT

Cu toate acestea medicului de orice specialitate - i am inclus aici i psihiatrul - îi va fi dificil s abordeze pacientul cu tulbur ri de sexualitate i, paradoxal, mai ales pe cel cu disfunc ie erectil .

F r îndoial exist o problem de comunicare dar i una legat de cuno tin ele profesionale propriu-zise atunci când medicul trebuie s abordeze problemele legate de sexualitate sau de zonele genitale ca regiune anatomo-func ional c utarea unor explica ii legate de această deficien , ar necesita o discu ie mult prea ampl , care dep e te sensibil limitele acestei lucr ri i ale c rei coordonate cultural istorice se cantoneaz curent în zona prejudec ilor.

Desigur o astfel de situa ie reprezint o barier major în calea atitudi -nilor i practicilor medicale fie ca este vorba de preven ie sau de terapie. De partea cealalt a binomului în atitudinea pacientului problemele legate de

genitalitate și sexualitate vor fi mereu luate pe ultimul plan, patologia sexuală fiind adesea considerată o pedeapsă sau o stigmatizare. Comunicarea involuntară a unui dublu mesaj în același timp pozitiv și negativ are un efect catastrofal asupra receptorului, în cazul nostru pacienții.

TABELUL 3.

<b>DOMENIUL SEXUALITĂȚII</b>
<p><b>Sexul biologic</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cromozomi,</li> <li>- hormoni</li> <li>- sex biologic - intersexualitate</li> </ul>
<p><b>Identitatea sexuală</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- polaritate: masculinitate, feminitate</li> <li>- influența hormonală</li> <li>- influența familială</li> <li>- ambiguitatea sexuală</li> <li>- ecuație în care intră formula cromozomială + structura gonadelor + natura hormonilor sexuali + organele sexuale interne + organele sexuale externe + diferențierea sexuală a creierului + sexul recunoscut și acceptat la naștere + conștiința propriei identități sexuale</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Bancroft J, 1983)</i></p>
<p><b>Identitatea ca partener</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- primează factorii psihologici</li> <li>- este legată doar într-o oarecare măsură de identitatea sexuală</li> <li>- este sub influență culturală</li> <li>- se poate schimba în cursul vieții</li> </ul>

Activitatea sexuală este strâns legată de starea de sănătate. Există o asocieră între sex, sănătate și starea generală de bine (*wellness*) (Laumann și colab., 2002).

Majoritatea pacienților care n-au avut **parteneri** sexuali în ultimele 12 luni aveau o stare de sănătate proastă. Astfel, activitatea sexuală și starea de bine au fost corelate.

Dintre cei care se consideră „extrem sau foarte fericiți” (comparat cu cei care se simt „satisfuți în general” sau „nefericiți”), s-au remarcat trei grupe de respondenți:

- cei care au avut un partener sexual;

- cei care au făcut sex de două sau trei ori pe săptămână;
- femeile care au „întotdeauna sau de obicei” orgasm cu partenerii.

S-a analizat asocierea dintre sex, satisfacție emoțională și plăcere fizică. Cei care și-au considerat relațiile „extrem sau foarte” plăcute erau cel mai adesea cei care au avut un singur partener (față de cei care au avut mai mulți), mai ales dacă partenerul era soțul sau dacă se aflau într-o relație de conviețuire.

Calitatea sexului și abilitatea în obținerea satisfacției și plăcerii sunt mai mari atunci când capacitatea limitată a unei persoane este concentrată pe un partener, în contextul unei relații monogame de lungă durată.

La întrebarea „cât de important este absența vieții sexuale?” și prin ce influențează cea mai multe studii au adus următoarele răspunsuri:

- reduce calitatea vieții,
- provoacă stres emoțional,
- afectează grav relațiile dintre parteneri.

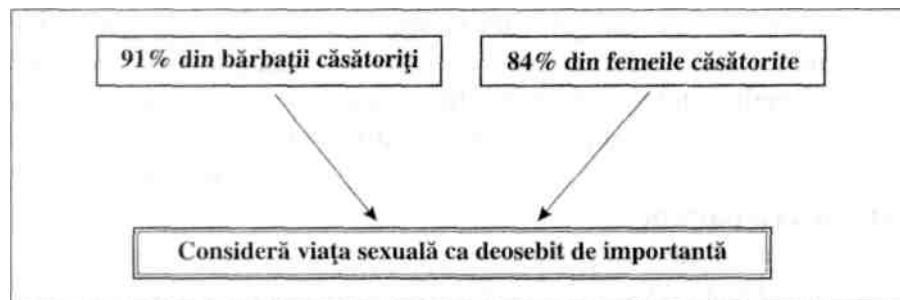


FIGURA 1.

Sexologia, domeniu interdisciplinar în care biologia, medicina, psihologia și alte științe ale omului realizează o perspectivă complexă asupra comportamentului sexual uman. **William H. Masters** a fost pionierul studiilor despre comportamentul sexual uman și inițiatorul unor dezbateri fierbințe și asupra obiceiurilor și credințelor americanilor în acest domeniu. Prin studiile făcute împreună cu soția și colaboratoarea sa **Virginia Johnson** a realizat o adevărată revoluție în sexologie, atât în plan teoretic, cât și în cel al intervenției practice.

*„A fost probabil cea mai importantă figură din ultima sută de ani în ceea ce privește schimbarea concepției americanilor despre comportamentul sexual și prin ei schimbarea viziunii mondiale asupra acestuia. Și-a folosit influența științifică pentru a îndemna oamenii să vorbească deschis și liber*

*despre comportamentul lor sexual. Opera lui a condus la variate schimbări culturale și sociale, a schimbat în bine viața oamenilor.* " (Schwartz M, 1999).

TABELUL 4.

CONSECINȚELE ABSENȚEI VIEȚII SEXUALE	
ASUPRA BĂRBATULUI	ASUPRA FEMEII
Compromite imaginea de sine	Diminuează imaginea de sine
Scade autostima	Creează anxietate
Produce o scădere a capacității de decizie	Conduce la apariția unor sentimente contradictorii
Diminuează sentimentul de siguranță	Poate produce modificarea stării de sănătate
Reduce inițiativa și calitatea comunicării	Modifică abilitățile de comunicare
Are efect asupra întregii stări de sănătate	

Sexualitatea asociază instinctualitatea cu spiritul în exprimarea dezvoltării, descoperirii, creșterii și expansiunii vieții (Antoniou F). Sexologia nu poate fi concepută decât ca psihosexologie.

TABELUL 5.

ASPECTE MODERNE ÎN ABORDAREA SEXUALITĂȚII
Influența modelului socio-cultural privind deschiderea respectiv restricția problemei sexualității în sfera comunicării, artei, educației
Schimbarea mentalității sociale privind opțiunile sexuale (homosexualitate, lesbianism) și extragerea opțiunilor sexuale diferite din sfera patologiei
Creșterea masivă în interesul pentru cercetările privind sexualitatea normală și patologia cu apariția unor metode terapeutice noi și eficiente
Apariția unor grupuri și organizații profesionale care au dreptul la educația sexuală, psihoprofilaxia și terapia
Acceptarea sexualității ca un domeniu de investigație și terapie medicală și recunoașterea sexologiei ca specialitate

#### 4. O ANAMNEZĂ DIFICILĂ

În abordarea anamnezei și istoricului problemelor sexuale medicul va vorbi întotdeauna și absolut cu toți pacienții despre evoluția sexualității lor

și eventualele probleme din acest domeniu. De asemenea, va pune întrebări privind sensibilitatea sexuală a pacientului în completarea relațiilor acestuia. Ori de câte ori este posibil va folosi teste de screening privitoare la disfuncția erectilă pentru a reuși să înțeleagă cât mai complet natura eventualelor probleme.

Medicul va da pacientului ocazia de a discuta și despre evoluția actualelor probleme sexuale sau despre posibilitatea apariției în viitor a unor probleme sexuale. Întotdeauna se va discuta și despre bolile cu transmitere sexuală și despre prevenirea acestora.

Atunci când medicul examinează un pacient cu disfuncție sexuală se pune problema felului în care dialogul este condus.

Prezentăm pe scurt în următorul tabel felul în care acest dialog trebuie dirijat. **TABELUL 6.**

CUM SĂ ÎNTREBĂM?	CE SĂ ÎNTREBĂM?
Nu ezitați niciodată să întrebați până la clarificarea oricăror probleme privind disfuncția erectilă sau alte probleme de sexualitate sau	Dacă există tulburări psihiatrice asociate (în special depresie și anxietate cronică)
Cât de severă este problema?	Dacă se semnalează probleme de relaționare
Ce cauzează problema în opinia pacientului?	Cât de mare este consumul de alcool sau droguri și care sunt acestea
De când există probleme?	Care sunt medicamentele pe care pacientul le folosește și ce prescrieri medicamentoase și-au făcut pentru disfuncția erectilă
Ce probleme suplimentare au apărut în cuplu în urma dificultăților pe care pacientul le are?	
Ce a întreprins pacientul până în momentul discuției?	
<i>Va fi evidențiată lipsa de educație sau înțelegere a pacientului sau a partenerului său cu privire la o funcționare sexuală normală.</i>	

Un studiu făcut pe studenți la medicină, rezidenți în practica medicinei de familie și terapeuți practicanți privind modul de realizare a anamnezei au

evidențiat următorii factori ca fiind importanți în procesul de desfășurare corectă a acesteia:

1. Să mai fi vorbit în trecut cu pacienții pe teme sexuale
2. Să fi avut el însuși o problemă sexuală și să fi discutat despre aceasta cu un specialist
3. Orientările sexuale ale pacientului
4. Existența unui prieten homosexual
5. Credința că interviuarea referitoare la probleme sexuale este relevantă pentru preocupările pacientului
6. Să fi primit o instruire adecvată

În abordarea discuziei privind tulburările de sexualitate medicul trebuie să respecte câteva reguli care vor facilita nu doar diagnosticul curent, ci și terapia:

- Lua inițiativa pentru a depăși jena firească a pacientului
- Folosește un limbaj simplu și direct
- Menține o atmosferă de intimitate și confidențialitate
- Prezintă o atitudine încurajatoare, protectivă și înțelegătoare față de suferința bolnavului și nu face aprecieri defavorabile
- Dacă explică îi încurajează pacientul să vă pună întrebări
- Cere complimente suplimentare și arată că înțelege și răspunde la întrebările pacientului
- Menține o atitudine optimistă

O comunicare interpersonală eficientă este obișnuită de persoanele care sunt buni comunicatori tind spre realizarea unei atitudini prin care

- arată interes interlocutorului
- îi inspiră încredere
- își exprimă ideile clar și simplu
- se exprimă într-un mod politicos

Printre situațiile care duc la evitarea discuțiilor problemelor sexuale sunt alături de lipsa de cunoștințe o serie de factori cu determinare socio-culturală.

TABELUL 7.

DE CE ÎNTREBĂRILE DESPRE SEX NU SUNT PUSE
Neclaritatea în așteptări cum se procedează cu răspunsurile
Teama de a nu jigni pacientul
Lipsa unei justificări evidente
Obstacole legate de diferența dintre generații
Teama de îndrumare sexual greșită
Sexul privit ca irelevant
Necunoașterea optimă a unor practici sexuale

## 5. DISFUNCȚIILE SEXUALE PSIHOGENE

În cele ce urmează ne vom referi la principalele disfuncții sexuale având cauze psihogene. Acestea sunt pe de o parte cele mai frecvente și cele mai incomplet diagnosticate și tratate iar pe de altă parte sunt cele în care aportul psihologiei medicale și cel al abordării psihosomatice poate fi hotărâtor.

TABELUL 8.

FACTORI PSIHOLOGICI ÎN DISFUNCȚIILE SEXUALE ( <i>Hawton, 1995</i> )		
Factori predispozanți	Factori precipitanți	Factori de menținere
Rigiditate/restrictivitate educațională (atitudine parentală față de sex)	Conflict recent în relația de cuplu	Teama de eec
Relații familiale perturbate (relație parental slabă, lipsa de afectivitate)	Născuterea unui copil	Comunicare dificilă în cuplu
Experiențe sexuale traumatice (abuz sexual, incest în copilărie)	Infidelitatea	Culpabilitate
Educație sexual insuficientă	Disfuncția sexuală a partenerului	Pierderea atractivității
	Eecuri repetate	Relație de cuplu conflictuală
	Depresie/anxietate	Teama de intimitatea emoțională
	Experiența sexuală traumatică	Informare sexual inadecvată
	Înaintarea în vârstă	Preludiu insuficient
	Reacție psihologică la factori organici	Depresie/anxietate

Disfuncțiile sexuale constituie un important capitol în cea de-a 10-a clasificare internațională a bolilor. Lucrarea elaborată de OMS dedică capitolul F52 acestor tulburări.

## F 52 - CLASIFICAREA DISFUNCȚIILOR SEXUALE ÎN PSIHIATRIE

- F 52.0 Absența sau pierderea dorinței sexuale
- F 52.1 Aversiunea sexuală și lipsa plăcerii sexuale
- F 52.2 Erecția și spunsul genital
- F 52.3 Disfuncția orgasmică
- F 52.4 Ejacularea precoce
- F 52.5 Vaginismul non organic
- F 52.6 Dispareunia non organică
- F 52.7 Activitatea sexuală excesivă
- F 52.8 Alte disfuncții sexuale nedatorate unei tulburări sau unei boli organice
- F 52.9 Disfuncția sexuală nedatorată unei tulburări sau unei boli organice, fără precizare

## 6. DISFUNCȚIILE SEXUALE MASCULINE

Am încercat să facem această prezentare polarizată a tulburărilor de sexualitate deoarece ea face mai accesibilă în alegerea unor mecanisme psihopatogene și creează abilități de abordare.

În analiza tulburărilor de sexualitate masculine se vor avea întotdeauna în vedere particularitățile sexualității masculine despre care **Hanganu O (1980)** arată:

- Bărbatul este un erotic episodic, periodic, ciclic pe când femeia este o erotică permanentă
- Capacitatea de erecție începe la naștere și se termină la moarte
- „Potența” depinde de capacitatea erectilă și de durata erecției
- Inteligența nu inhibă potența
- Constituția somatică joacă un rol minor în capacitatea de erecție și ejaculare
- Masturbarea nu este o cauză a impotenței psihogene

De asemenea, nu vor fi ignorate regulile formulate de psihanalistul Stekel care, deși simple, pot orienta asupra climatului psihologic în care se desfășoară viața sexuală a subiectului:

- Potența sexuală înseamnă să-ți să-ți
- Maturizarea biologică se realizează cu mult înaintea celei morale



- Psihosexualitatea apare mult mai târziu și are o semnificație socială stând la baza întemeierii unei familii
- Fazele în care se dezvoltă potența sunt:
  - Libido
  - Voluptate
  - Ereția
  - Orgasmul
  - Postludiumul

Medicina modernă pune accentul pe stilul de viață și pe reflectarea acestuia în comportament ca o componentă majoră în instalarea unor tulburări. Dintre acestea disfuncția erectilă și tulburările de sexualitate nu fac excepție.

De aceea medicul va face o evaluare psihologică și va căuta caracteristicile comportamentale și de stil de viață care pot să contribuie la intensitatea, durata sau frecvența tulburărilor de erecție. În evaluarea problemelor psihologice va căuta să pună în evidență prezența depresiei cu întrebări de tipul: „Sunteți deseori trist? Vă simiți prăbușit sau abatut adesea?” evitând formularea directă „Sunteți depresiv?” care nu are un răspuns prea clar pentru pacient. De asemenea, medicul va insista în scopul evidențierii și altor tulburări psihiatrice în special al anxietății și sub toate formele ei. În ceea ce privește stilul de viață medicul se va interesa și de dificultățile de relaționare pe care pacientul le are, dacă face eforturi profesionale deosebite și dacă lucrează tot timpul sub presiune. Raportul în care pacientul se află cu alcoolul, tutunul și drogurile va fi investigat cu atenție iar dacă bolnavul este un sedentar medicul se va interesa cu atenție și de bolile cardiovasculare de care suferă.

Manualul american DSM-IV stabilește următoarele criterii de diagnostic pentru tulburările de erecție (impotență psihogenă)

- există o incapacitate persistentă sau recurentă de a obține o erecție adecvată sau de a o menține până la sfârșitul actului sexual;
- tulburarea poate cauza un accentuat distress sau dificultăți interpersonale;
- tulburarea de erecție nu este legată de o altă tulburare psihică majoră și nu este datorată unei afecțiuni medicale sau efectelor unor medicamente sau droguri
- o durată de minim ase luni este obligatorie pentru diagnostic.
- tulburarea este subclasificată în subtipuri în raport cu: modul de apariție (permanent sau dobândit);

contextul (generalizat sau situațional);  
etiologia (cauzat de factori psihologici sau de o combinație de factori psihologici sau factori somatici).

Criteriile de diagnostic al *erecului r spunsului genital* sunt după ICD-10 următoarele:

- Există o dificultate în dezvoltarea sau menținerea unei erecții potrivite pentru un contact sexual satisfăcător.
- Tulburarea face parte din disfuncția sexuală necauzată de o boală sau o tulburare organică.
- Dacă erecția nu mai apare în nici o situație diagnosticul corect al erecului erectil nonorganic se face cu ajutorul unor investigații speciale sau în funcție de răspunsul la tratamentul psihologic.
- Dacă nu se poate face o identificare neechivocă a etiologiei psihogene este bine să categorisim starea ca pe o disfuncție erectilă de etiologie nesigură sau mixtă.

Așa cum am arătat există o serie largă de circumstanțe psihiatrice în care disfuncția erectilă este o cauză, o comorbiditate sau o consecință a unei tulburări psihiatrice.

TABELUL 9.

PRINCIPALELE CAUZE PSIHIATRICE ALE DISFUNCȚIEI ERECTILE
Tulburări de anxietate
Depresia de diferite intensități
Teama de a avea o slabă funcționalitate sexuală
Experiențe traumatice sexuale în trecut
Patogenoze
Anumite medicații
Abuzul de droguri incluzând fumatul excesiv

Pe de altă parte multe din medicațiile folosite în psihiatrie sunt responsabile de disfuncția erectilă. Printre acestea: antidepresivele triciclice (*clomipramina*), beta-blocantele (*clonidina*, *metildopa*, *reserpina*), antipsihoticele (*clorpromazina*, *flufenazina*, *tioridazina*, *levomepromazina*), antimaniacalele (*litiu*), narcoticele (*metadona*), tranchilizantele, barbituricele, anticonvulsivantele (*carbamazepina*, *fenobarbital*, *fenitoina*, *primidona*).

Dintre mecanismele prin care medicația psihotropă acționează în disfuncțiile sexuale pot fi enumerate:

- Efecte nespecifice asupra SNC (ex: sedare, tulburări cognitive)
- Efecte asupra neurotransmiilor lorilor
- Efecte periferice ale medicației asupra neurotransmițiilor și funcțiilor unor organe
- Efecte hormonale

Incidența tulburărilor sexuale în tratamentul cu antidepressive este destul de ridicată și diferă după tipul de antidepressiv. Procentajul în care aceste tulburări se întâlnesc

**TABELUL 10.**

Antidepressive	Procent
Triciclice	30%
IMAO	40%
SSRI	30-50%
Venlafaxin	15%
Nefazodon	10% (?)
Moclobemid	= Placebo
Fluroxamina	= Placebo

Pentru a se putea face delimitarea dintre cauzele organice și cele psihogene în disfuncția erectilă există posibilitatea unei orientări rapide în ceea ce privește etiologia.

Această delimitare nu este una absolută deseori existând o întrepierătură între cele două tipuri de cauzalitate precum și posibilitatea ca starea psihologică să fie în strânsă legătură cu unele tulburări organice.

**TABELUL 11.**

ORGANICE	PSIHOGENE
Debut insidios sau cu excepția cazurilor care apar după o boală	Debut brusc în afara unei boli
Disfuncție constantă	Disfuncție situațională legată de anumite probleme
Nu există erecții matinale sau nocturne	Erecțiile matinale sau nocturne sunt normale
Vârsta > 60 ani	Vârsta < 60 ani
Orgasmul și ejacularea în mod obișnuit pe seara	Orgasmul și ejacularea pot fi pierdute
Factorii de risc pentru disfuncția erectilă prezenți	Nu sunt factori de risc relevanți pentru disfuncție erectilă

## 7. DISFUNCȚIA ERECTILĂ ȘI DEPRESIA

La capitolul funcției sexuale masculine, modificările legate de vârstă includ scăderea libidoului și dificultate în obținerea erecției și a orgasmului.

Cu toate acestea, majoritatea bărbaților peste 50 de ani susțin că manifestă un puternic interes sexual și că obțin satisfacție în urma actului sexual.

Disfuncția erectilă a fost cea mai studiată formă de disfuncție sexuală masculină, și asocierea sa cu avansarea în vârstă a fost clar stabilită.

S-a stabilit de asemenea că disfuncția erectilă și depresia sunt frecvent comorbide și relația dintre aceste două tulburări poate avea multe forme. Au fost elaborate ipoteze de modele diferite, nu exclusive reciproc, cu privire la relația causală între depresie și disfuncție erectilă.

În primul rând, disfuncția erectilă poate fi un simptom al depresiei - tulburarea depresivă majoră este asociată cu scăderea libidoului și diminuarea activității sexuale. Un număr de studii au documentat un subgrup de bărbați cu o tulburare depresivă majoră care prezentau o pierdere reversibilă a tumescenței peniene nocturne care se rezolvă cu tratament pentru depresie, sugerând că boala depresiei poate interfera cu neuropsihologia erectilă.

În al doilea rând, depresia se poate manifesta la indivizii vulnerabili consecutiv distresului social care apare învariabil disfuncției erectile.

În al treilea rând, disfuncția erectilă a fost raportată ca efect secundar al medicației antidepressive la bărbați (administrată bărbaților), cu toate că ejacularea întârziată poate fi pareafic și mai des întâlnită în relația sa causală cu inhibitorii selectivi ai recaptării de serotonină (SSRI) este mai bine stabilită. În al patrulea rând, și probabil mai important, datorită faptului că ambele boli sunt prevalente în cazul bărbaților mai în vârstă, apare un factor comun cum ar fi boala vasculară care poate fi etiologia care stă la baza ambelor tulburări.

Cu toate că natura relației cauzale între disfuncția erectilă și depresie poate fi necunoscută și poate într-adevăr varia de la pacient la pacient, s-a stabilit că bărbații care s-au prezentat la cabinetul urologului cu disfuncție erectilă, prezintă nivele de depresie mai mari decât cei care vin cu alte probleme. Anterior, practicarea unor tratamente cum ar fi instrumente pentru erecție „vacuum”, chirurgie pentru disfuncția „*cavernous veno-occlusive*”, sau implantarea protezei pentru penis în cazul disfuncției erectile s-au dovedit a avea eficiență limitată și au fost chiar inoportune.

Rezumând, informațiile actuale privind relația dintre axul hipotalamo-hipofizo-gonadal (HPG), depresie și vârstă s-au desprins câteva concluzii:

TABELUL 12.

La aproximativ 25% dintre bărbați apare hipogonadism de la ușor la moderat începând cu a doua jumătate a vieții.
Relația dintre descădere normală asociată vârstei a activității HPG și simptomele psihiatrice nu este pe deplin clară; cele mai puternice argumente sunt aduse în favoarea unei relații între nivelele scăzute de testosteron și pierderea libidoului, oboseală și iritabilitate.
Datele preliminare sugerează că nivelele de testosteron scăzute pot fi asociate cu distimie la bărbați peste 60 de ani.
De înlocuirea testosteronului este asociată cu efecte de creștere a nivelului dispoziției, informațiile din studiile clinice nu au susținut o eficiență specifică pentru substituția testosteronului la bărbați hipogonadali cu tulburare de tip depresie majoră.
Studiile care evaluează eficiența substituției de testosteron la bărbați în vârstă cu simptome mai ușoare de depresie, sunt în lucru.

Depresia este cel mai frecvent asociată cu boli cronice sau în stadii terminale (ex: cancer, IRC, ciroză hepatică) și, prin urmare nu a fost posibil testarea ipotezei că o depresie „reactivă” poate scădea în intensitate în urma unui tratament eficient al condiției medicale primare.

Cu toate acestea, prevalența depresiei la bărbați cu disfuncție erectilă și disponibilitatea sildenafilului, care are un efect terapeutic important, permit testarea viabilității paradigmei depresiei reactive.

Un studiu realizat recent asupra pacienților depresivi cu disfuncție erectilă sugerează că tratamentul eficient al disfuncției erectile are ca rezultat remisia bolii depresive comorbide (depresiei comorbide). Astfel, rezolvarea unei probleme medicale importante a fost asociată cu tratamentul depresiei, susținând astfel ipoteza că depresia poate apărea ca reacție la o boală care afectează în mod semnificativ calitatea vieții.

Rezumând, informațiile actuale privind relația dintre axul hipotalamo-hipofizo-gonadal (HPG), depresie și vârstă s-au desprins câteva concluzii:

TABELUL 12.

La aproximativ 25% dintre bărbați apare hipogonadism de la ușor la moderat începând cu a doua jumătate a vieții.
Relația dintre descăderea normală asociată vârstei a activității HPG și simptomele psihiatrice nu este pe deplin clară; cele mai puternice argumente sunt aduse în favoarea unei relații între nivelele scăzute de testosteron și pierderea libidoului, oboseala și iritabilitatea.
Datele preliminare sugerează că nivelele de testosteron scăzute pot fi asociate cu distimia la bărbați peste 60 de ani.
Deși înlocuirea testosteronului este asociată cu efecte de creștere a nivelului său dispoziției, informațiile din studiile clinice nu au susținut o eficiență specifică pentru substituția testosteronului la bărbați hipogonadali cu tulburare de tip depresie majoră.
Studiile care evaluează eficiența substituției de testosteron la bărbați în vârstă cu simptome mai ușoare de depresie, sunt în lucru.

Depresia este cel mai frecvent asociată cu boli cronice sau în stadii terminale (ex: cancer, IRC, ciroză hepatică) și, prin urmare nu a fost posibilă testarea ipotezei că o depresie „reactivă” poate scădea în intensitate în urma unui tratament eficient al condiției medicale primare.

Cu toate acestea, prevalența depresiei la bărbați cu disfuncție erectilă și disponibilitatea sildenafilului, care are un efect terapeutic important, permite testarea viabilității paradigmei depresiei reactive.

Un studiu realizat recent asupra pacienților depresivi cu disfuncție erectilă sugerează că tratamentul eficient al disfuncției erectile are ca rezultat remisia bolii depresive comorbide (depresiei comorbide). Astfel, rezolvarea unei probleme medicale importante a fost asociată cu tratamentul depresiei, susținând astfel ipoteza că depresia poate apărea ca reacție la o boală care afectează în mod semnificativ calitatea vieții.

## 8. MITURI ȘI PREJUDECĂȚI CARE ÎMPIEDIC PACIENTUL CU DISFUNCȚIE ERECTILĂ SĂ SE PREZINTE LA PSIHIATRU

Deși există numeroase cauze psihogene ale disfuncției erectile sunt la fel de numeroase miturile și prejudecățile. Acestea fac pacientul să refuze determinarea psihogenă și implicit ca acesta să se prezinte la psihiatru sau la psihologul psihoterapeut. Vom trece în revist câteva dintre acestea.

- *Orice disfuncție erectilă este o problemă organică*. Conform unor modele tradiționale acceptate de bolnavii și cultivate de medicii tulburările somatice nu ar putea să aibă o cauză psihogenă. Pacientul se consideră „tare” din punct de vedere psihologic și în tot psihic, în consecință, disfuncția erectilă este doar un simptom organic, provocat evident de o tulburare somatică.
- *Doar un bolnav psihic grav are DE*. Este cunoscut în masa de pacienți c medicamentul psihotrop recomandat în doze mari - evident în bolile psihice grave - poate produce o disfuncție erectilă prelungită. De aici se face raționamentul invers, că doar un bolnav psihic grav poate avea disfuncție erectilă și deci doar aceasta ar fi împrejurarea în care un pacient cu disfuncție erectilă ar putea ajunge la psihiatru.
- *Tratamentul psihiatric provoacă DE*. Publicul cunoaște faptul că medicamentul psihotrop, în special cea sedativă și anxiolitică are ca efect advers disfuncția erectilă. În acest sens celebrul mit al ceaiului cu bromură din armat este o legendă perenă. Întrucât publicul nu cunoaște nici pe departe medicamentul psihiatric precum și faptul că psihoterapia este o alternativă terapeutică va considera că în nici un caz psihiatru nu este acela care poate să recomande un tratament pentru disfuncția erectilă.
- *Psihiatru te-ar putea considera nebun că vrei să ai erecție la vârsta a III-a*. Tulburările sexuale pot să rezulte din afecțiuni medicale sau proceduri chirurgicale inerente unei patologii a vârstei a III-a. Cei mai mulți pacienți sunt dezinteresați de activitatea sexuală în cazul unor afecțiuni acute „dar poate fi îngrijorat de ceea ce i-ar putea rezerva viitorul”.

- *Multe persoane se tem că personalul medical îi va refuza dacă vor vorbi despre problemele sexuale.* Este de asemenea important de anticipat astfel de griji și de a le aduce la suprafață. Atitudinea psihiatrilor este deseori asimilată de pacienți cu cea a celorlalți specialiști și este evident că nu există o astfel de similitudine.
- *Psihoterapiile sunt bune doar în bolile psihice.* Publicul nu cunoaște deloc sau foarte puțin eficiența psihoterapiei în tulburări de sexualitate. De aceea consideră că doar bolnavii psihici ar putea beneficia de suport psihoterapeutic.
- *Dacă partenera insistă să mergi la psihiatru înseamnă că ea te consideră bolnav psihic.* Uneori refuzul de a merge la psihiatru este generat de faptul că inițiativa este luată de partener cunoscut fiind faptul că femeile se documentează mai mult în ceea ce privește sexualitatea și uneori exagerat în ceea ce privește sexualitatea din revistele de popularizare. Aplicând prejudecata că doar nebunii merg la psihiatru pacienții cu disfuncție erectilă vor refuza contactul cu psihiatrul.
- *Doar tulburările de orgasm se tratează la psihiatrie.* Există larg răspândit prejudecata că doar orgasmul - senzație de plăcere deosebită - ar putea interesa psihiatria. De aici excluderea disfuncției erectile de pe lista psihiatrului.
- *Doar femeile trebuie să meargă la psihiatru pentru o tulburare din sfera sexuală.* Această prejudecată este legată în disfuncția erectilă de mitul hipocratic al isteriei - boală psihică cu presupusă determinare genitală.
- *Viagra poate rezolva orice problemă în ED.* Imaginea deosebită pe care acest tratament „omnipotent” în disfuncția erectilă o are face ca pacienții să recurgă direct la tratament cerând medicului disfuncție erectilă familie recomandarea acestuia fără să mai caute etiologia precisă a bolii.
- *Dacă nu mai ești interesat de disfuncția erectilă și exva fi mai bine și vei putea rezolva alte lucruri.* În sfârșit unele persoane împărtășesc credința reziduală rezultată din diferite practici orientale sau oculte după care sexualitatea consumă energia psihică și doar abținerea este benefic. Disfuncția erectilă este văzută în aceste cazuri ca o adevărată binefacere.



- *Psihiatrul s-ar putea să afle niște lucruri neconvenabile despre persoana ta. Datorită faptului că anamneză psihiatrică este mult mai amănunțită precum și credința că psihiatrul ar avea metode speciale de funcționare erectilă, afla anumite lucruri pe care individul le ține ascunse, o serie de funcționări erectile pacienții preferă să meargă la medicii somaticieni care au o abordare simplă, simptomatică pentru a-și putea păstra nealterată imaginea de sine.*

## 9. MODALITĂȚI DE ABORDARE A DISFUNCȚIEI ERECTILE PSIHOGENE

Principiile fundamentale ale tratamentului vor fi aceleași ca pentru orice altă disfuncție sexuală.

- Responsabilitate mutuală
  - Informare și educație
  - Schimbarea atitudinală și comportamentală
  - Eliminarea anxietății legate de actul sexual
  - Creșterea nivelului de comunicare
  - Schimbări în definiția sex-rolurilor și a stilului de viață
- Modurile de abordare tradiționale ale impotenței psihogene se referă la:
- reducerea anxietății
  - proceduri de desensibilizare,
  - intervenții cognitive-comportamentale,
  - tehnici de stimulare sexuală asistată
  - consiliere de cuplu sau de relație.

Recent, combinarea intervențiilor psihosociale cu terapia medicamentoasă este recomandată.

Stabilirea rolului intervențiilor psihosociale în tratamentul disfuncției erectile este încă insuficient statuat. Disfuncția erectilă este și trebuie tratată întotdeauna ca o patologie de cuplu. Oricâte progrese ar face medicina disfuncției erectile, această patologie nu este una care se tratează cu o pilulă ci doar printr-o sensibilă abordare complexă. Pentru a fi eficace, sexologia trebuie să meargă dincolo de reactivarea funcției erectile, în a-și ajuta pacienții să devină persoane active, care fac dragoste.

## 10. VAGINISMUL

Vaginismul este o disfuncție sexuală feminină relativ rară dar cu potențial invalidant important. Vaginismul poate fi definit ca spasme involuntare a mușchilor care înconjură orificiul vaginal. Această contracție vaginală face ca orice încercare de penetrare vaginală să fie extrem de dureroasă sau imposibilă. Deși actul sexual este dureros, femeile care suferă de vaginism se pot excita sexual, se pot lubrefia și pot chiar ajunge la orgasm prin alte tipuri de stimulare. Vaginismul este o reacție de frică la penetrare, este un sentiment de teamă al femeii indiferent de educație sau nivelul de inteligență. Procentele din studiile americane arată că: 78% au terminat liceul sau facultatea, 11% sunt studențe, 11% sunt casnice.

Dintre consecințele vaginismului menționăm următoarele: căsătoria poate rămâne neconsumată (acest fapt poate constitui motiv de divorț), soțul va fi mai înclinat spre infidelitate conjugală, viața de familie va fi nefericită, relațiile sexuale nu vor reprezenta o sursă de plăcere, inabilitatea de a avea o viață sexuală va avea drept consecință un cuplu fără copii.

Vaginismul poate fi clasificat ca fiind primar sau secundar.

- *Vaginismul primar* se referă la cazurile în care femeile afectate nu au mai avut un act sexual cu penetrare datorită contracțiilor involuntare a mușchilor vaginali. Vaginismul primar mai este numit uneori și „mariaj neconsumat”.
- *Vaginismul secundar* se referă la o femeie care a putut avea acte sexuale normale la un moment dat dar care nu mai poate fi penetrată din cauza apariției spasmelor musculare vaginale involuntare.

Dintre cauzele vaginismului secundar pot fi menționate:

- abuzul sexual,
- proceduri medicale agresive în copilărie,
- durerii din timpul primului act sexual,
- problemelor din cadrul relației cu partenerul,
- inhibiția sexuală
- frica de graviditate.

Adesea, cauza care determină spasmul vaginal este psihologică. Adolescenților li s-a prezentat viața sexuală de către părinți ca un pericol de care trebuie să se ferească. Mai mult, chiar curiozitatea legată de propria sexualitate a fost sancționată sau reprimată.

Aceste fete vor crește cu convingerea că sexul este ceva devalorizant, un păcat, ceva amenințător sau rușinos. Experiențele sexuale inițiale neplăcute sau dureroase pot fi, de asemenea, cauze ale vaginismului.

Femeile au diferite motive pentru a refuza penetrarea vaginală mergând de la inhibiții religioase la restricții culturale, de la necunoașterea propriului corp la frica de pericole sexuale imaginare. De asemenea, experiențele traumatice anterioare ca violul, abuzul sexual sau participarea la o astfel de situație în calitate de martor, reprezintă un alt grup de cauze pentru vaginism.

Primul pas pentru orice femeie care se suspectează de vaginism este să se programeze pentru o examinare pelvină completă pentru a exclude o cauză somatică.

Vaginismul este cel mai adesea conceptualizat ca o tulburare psihosomatică, o manifestare fizică a unor probleme psihologice mai profunde.

Există câteva teorii asupra cauzelor psihologice dar majoritatea lor se concentrează în jurul următoarelor trei aspecte:

- Probleme de control în cadrul relației de cuplu
- Traume sexuale anterioare
- O asocierie condiționată de durere/frică cu penetrarea vaginală (o reacție fobică la ideea penetrării).

Indiferent de cauza specifică, există două trăsături caracteristice vaginismului: incapacitatea de a avea o penetrare vaginală și stresul emoțional.

Severitatea vaginismului și formele de manifestare pot varia de la femeie la femeie, ceea ce explică diferențele în simptomatologie.

**TABELUL 13.**

### **FORME DE MANIFESTARE ÎN VAGINISM**

**[Inabilitatea]** de a avea penetrare se poate manifesta în oricare sau în toate felurile de mai jos:

- Inabilitatea de a folosi tampoane;
- Inabilitatea de a suporta o examinare pelvină;
- Inabilitatea de a introduce un deget sau un supozitor în vagin;
- Inabilitatea de a avea un act sexual cu penetrare.

Stresul emoțional asociat poate varia de la simpla neliniște care poate fi ușor depășită prin asigurări și explicații, până la anxietate și atacuri de panică severe.

Stresul mai sever se manifestă prin reacții corporale ca refuzul de a fi atins, strângerea coapselor și încordarea picioarelor, transpirații abundente, tahicardie, împingerea partenerului când acesta încearcă să se apropie.

Vaginismul primar este diagnosticat la femeile care nu au mai avut o penetrare vaginală, în timp ce vaginismul secundar denotă o penetrare vaginală anterioară reușită. Simptomele pot varia în severitate, până când femeia ajunge să evite toate formele de intimitate și atingere sexuală. Adeseori, pacientele din această categorie nu pot suporta examinarea ginecologică, au dificultăți în folosirea tampoanelor și nu se prezintă la testările Papanicolau.

**TABELUL 14.**

<b>MODALITĂȚI DE EVALUARE ALE SEVERITĂȚII VAGINISMULUI</b>
Capabil să suporte un act sexual în ciuda durerii și inconfortului extrem dat de penetrare.
Sunt capabile să folosească tampoane și să suporte o examinare pelvină dar nu pot avea penetrare. Orice încercare de a întreține o relație sexuală este întâmpinată cu un grad de anxietate.
Capabil de a suporta o examinare pelvină în ciuda durerii și anxietății dar incapabil să suporte tampoanele sau penetrarea.
Incapabil de a suporta penetrarea de orice tip. Încercarea este întâmpinată cu o panică extremă.
Rezistent la orice atingere în zona pelvină, incluzând partea internă a coapselor și perineul pubian.

Managementul dispareuniei și vaginismului presupune o serie de condiții dintre care menționăm:

- Tratatamentul cognitiv al dispareuniei
- Educație sexuală în cazul vaginismului
- Controlul activității musculare vaginale
- Autoexplorarea anatomiei sexuale
- Antrenament de control al relaxării
- Împărțirea controlului cu partenerul
- Intromisiunea penisului sub controlul femeii
- Transferarea controlului intromisiunii partenerului
- Explorarea fobiilor (dacă sunt prezente)

Durata medie de tratament este de 20 de sedințe dar dacă sedințele nu sunt suportabile, durata tratamentului se poate dubla.

Frecvența sedințelor de terapie variază de la una la patru ore pe săptămână, în funcție de nevoile individuale ale pacientelor. Intervalele dintre sedințele de tratament sunt necesare pentru a se obișnuiți cu schimbările petrecute.

Cea mai importantă variabilă în determinarea unui evoluții pozitive este totuși, suportul pe care îl are femeia în timpul tratamentului pentru a se putea controla anxietatea produsă de momentul penetrării.

Pacienta se află în dilema de a urma un tratament care să o facă să accepte lucrul de care se teme cel mai mult, adică penetrarea.

În mod ideal această anxietate trebuie abordată în timpul terapiei de cuplu pentru ca anxietatea să nu conducă la întreruperea tratamentului sau la refuzul în continuare al femeii de a accepta posibilitatea penetrării. Tratamentul curent se adresează cauzelor profunde ale vaginismului și include:

- o combinație de terapie de cuplu
- exerciții individuale de relaxare pentru femeie,
- exerciții de cuplu orientate pe creșterea sensibilității,

Folosirea progresivă a unui dilatator de plastic sau a degetului care se inseră intravaginal pentru a alungi progresiv deschiderea mușchilor contractați.

Deoarece cauzele vaginismului sunt predominant psihologice, principiul abordării terapeutice va viza relaxarea pacientei în vederea îndepărtării anxietății.

Rata de vindecare este de 80-100%, iar abordarea psihosomatică este cea care asigură acest succes terapeutic ridicat.

După ce a fost vindecat vaginismul nu poate reveni, vindecarea fiind definitivă.

## 11. ORGASMUL ȘI FRIGIDITATEA

Termenul de orgasm definește în sexologie, momentul în care se produce descărcarea tensiunilor sexuale și trăsura plăcerii sexuale. Satisfacerea erotică presupune fenomene fiziologice și psihologice, produse ca urmare a unei stimulări fizice (tactile) și/sau psihice (fantasmatică).

Este o trăire feminină de tipul extazului care presupune o modificare a stării de conștiință. Dintotdeauna a existat o încercare de a găsi termeni

potrivii cu intensitatea orgasmului. S-a încercat diferențierea tipurilor de orgasm după implicarea psihologică, vorbindu-se despre „marele și micul orgasm”. Aceasta ar fi diferența dintre sexul cu dragoste și afecțiunile față de sexul pur fizic.

Femeia mai prezintă, spre deosebire de bărbat, și o dublă particularitate sexuală, din punct de vedere anatomic și emoțional. Zonele erogene care participă la realizarea satisfacerii sexuale sunt situate în regiunea clitoridiană și în cea vaginală; după cum predomină una sau ambele zone erogene, orgasmul se produce prin stimularea acesteia sau consecutiv, prin stimularea clitoridiană urmată de cea vaginală.

### *Ciclul r spunsului sexual feminin*

Dorința din **FAZA I** se distinge de celelalte identificate exclusiv prin fiziologie și reflectă motivațiile psihologice, pulsunile și personalitatea.

Aceasta este caracterizată prin fantasme sexuale și dorința de a avea activitate sexuală.

TABELUL 15.

ORGAN	FAZA EXCITĂRII II	FAZA : ORGASMICA III	FAZA REVENIRE IV
Piele	Chiar înainte de orgasm: apare inconstant o înroșire; eritemul maculopapular apare inițial pe abdomen și se întinde pe peretele toracic anterior, față și gât; poate include umerii și brațele	3 până la 15 secunde înroșire puternică	Înroșirea dispare în ordinea inversă apariției; inconstant transpirații fine pe tîmpli și palme
Sâni	Erecția mameloanelor la două treimi din femei, congestie venoasă și mărirea areolelor; dimensiunea crește cu până la o parte peste normal.	Poate apărea tremurul sânilor	Revenirea la normal până la 1/2 de oră
Clitoris	Mărirea diametrului glandelor și axului; chiar înainte de orgasm se retrage în prepu	Nici o modificare	Axul revine la normal în 5 - 10 secunde; detumescență în 5-30 minute; dacă nu apare orgasm, detumescență durează câteva ore

TABELUL 15 (continuare).

ORGAN	FAZA EXCITĂRII II	FAZA ORGASMICĂ III	FAZA REVENIREI IV
Labiile mari	La nulipare: se înalță și se turtesc de perineu  La multipare: congestie și edem	Nici o modificare	La nulipare: crește la mărime normală în 1-2 minute La multipare: scade la dimensiunea normală în 10-15 minute
Labiile mici	Dimensiunile cresc de două până la trei ori peste normal; devine roz și își schimbă culoarea, apoi roșu și roșu aprins înainte de orgasm	Contractii ale labiei minore proximale	Revine la normal în decurs de 5 minute
Vagin	Culoarea se modifică în purpuriu închis; apare un transudat 10-30 secunde după excitație; elongație și îngrijire; treimea inferioară se contractă înainte de orgasm	3 până la 15 contractii în treimea profundă la intervale de 0,8 secunde	Lichidul ejaculat formează un bazin seminal în cele două treimi superioare; congestia dispare în secunde sau, în cazul lipsei orgasmului, în 20-30 min.
Uter	Se ridică în pelvisul fals; contractii asemănătoare celor din travaliu încep când excitația este maximă chiar înainte de orgasm	Contractii în timpul orgasmului	Contractiile încetează, iar uterul coboară în poziția normală
Altele	Miotonie Câteva picături de secreție mucoasă din glandele Bartholine în timpul excitației maxime Colul se umflă ușor și este pasiv ridicat împreună cu uterul	Pierderea controlului muscular voluntar Rect: contractii ritmice ale sfincterului Hiperventilație și tahicardie	Revine la statusul de bază în secunde până la minute Culoarea și dimensiunea colului revin la normal și colul coboară în bazinul seminal
Durata	<i>Durează câteva minute până la câteva ore; excitația maximă dinaintea orgasmului, 30 secunde până la 3 minute</i>	<i>3 până la 15 secunde</i>	<i>10-15 minute; în absența orgasmului, 1/2 până la o zi</i>

### ***Orgasmul - Vaginal/Clitoridian***

Psihanaliștii au diferențiat în teoria tradițională orgasmul ca fiind clitoridian (cel mai redus) și vaginal.

Bazele pentru această terminologie sunt date de faptul că este mult mai ușor de obținut un orgasm clitoridian prin automanipulare, în timp ce un orgasm intens se obține în prezența unui partener.

Punctul modern de vedere arată că diferența dintre orgasmul clitoridian și cel vaginal este una metaforică și nu una anatomică, atât timp cât orgasmul poate fi declanșat și de stimularea altor zone ca, de exemplu, mameloanele.

Mai rar, poate să nu existe nici măcar o zonă erotică senzitivă iar orgasmul să fie declanșat pur și simplu de imageria mentală (imagini mintale).

Importanța orgasmului diferă la femei. Unele femei îl consideră o parte extrem de importantă a actului sexual, în timp ce alte femei se mulțumesc fără el.

Inhibiția involuntară a reflexului orgasmic la femeile interesate să aibă orgasm se numește *anorgasmie*. Această reacțiune inhibitorie este adesea legată de cauze emoționale dar trebuie explorată și posibilitatea unor cauze fizice.

Raportul Kinsey afirmă că 50% din femei au avut primul orgasm în adolescență târzie iar celelalte au avut experiențe orgasmice mult mai târziu. Tulburările de orgasm sunt mai frecvente la femeile necăsătorite decât la cele căsătorite: 39% din femeile necăsătorite până la 35 de ani nu au avut niciodată orgasm. După 35 de ani, potențialul orgasmic al femeii crește, pe de o parte prin scăderea inhibiției psihologice, iar pe de altă parte prin creșterea experienței sexuale.

În studiul Universității din Chicago, 75% din femeile căsătorite au frecvent sau întotdeauna când fac sex, față de 66% din cele necăsătorite.

O femeie din 10 se plânge că are dificultăți majore în atingerea orgasmului.

### ***Frigiditatea***

În mod curent, termenul de frigiditate se referă la incapacitatea atingerii plăcerii orgasmice feminine. În sens mai larg, termenul se referă la „receala” (indiferență până la aversiune) unor femei față de actul sexual și la incapacitatea femeii de a elabora răspunsuri adecvate la stimulii sexuali. Este cazul în care sexualitatea este reprimată printr-un mecanism nevrotic (conflict intra-, interpersonal între dorință și satisfacție), având drept rezultat imposibilitatea obținerii orgasmului. Acest tip de tulburare este caracteristic perso-



nalit ilor dizarmonice isterice, psihozelor schizofrenice, maniaco -depressive, oligofreniilor grave. Este forma de frigiditate care are cel mai pronunțat fundament psihopatologic. Se mai vorbește de hiposexualitate - în sensul absenței dorinței și obținerii dificile a excitației sexuale, trăsături care, alături de alte „insuficiențe” emoționale, marchează întreaga personalitate a femeii.

*Frigiditate Vs. Hipogineism* Tradițional, în special în sexologia psihiatrică orgasmul clitoridian este asimilat cu frigiditatea deoarece este considerat un surogat orgasmic, o ratare a unui răspuns sexual adecvat. La ora actuală această abordare este considerată drept eronată.

Ratarea obținerii unui răspuns sexual calificat ca frigiditate reprezintă incapacitatea de a obține orgasm chiar dacă se simte o anumită plăcere erotică.

Criterii diagnostice pentru tulburarea dorinței sexuale la femeie (după DSM IV)

- A. Persistența sau recurența incapacității de a atinge sau de a menține în timpul activității sexuale o lubrificație corespunzătoare crescută ca urmare a excitației sexuale
- B. Tulburarea cauzează un disstres important sau dificultăți interpersonale

Există diferite tipuri de eec erotic. Termenul de frigiditate este considerat în zilele noastre prea larg și general și, de asemenea, prea stigmatizant. De aceea este preferat termenul de hipogineism.

#### *Frigiditate ca sexism*

Frigiditatea în trecut se referea la o disfuncție sexuală în rândul femeilor în același fel în care termenul de impotență se referea la același fenomen pe larg, în rândul bărbaților.

Mulți clinicieni privesc acum frigiditatea ca fiind un termen sexist care plasează vina mai degrabă asupra femeii decât asupra mediului ei sociocultural, experiențelor emoționale, stării de sănătate, toate acestea putând contribui la lipsa ei de responsivitate sexuală.

Termenul de frigiditate continuă să fie folosit în limbajul de zi cu zi ca pe o insultă sau un termen derogatoriu pentru femeile neafectuoase sau care sunt privite ca neresponsive sexual. Cel mai frecvent, termenul este folosit pentru a explica lipsa de interes sau respingerea din partea unei femei care inițial era interesată de persoana care adresează insulta.

### ***Frigiditatea ca disfuncție sexuală***

Termenul de **disfuncție sexuală** ale femeii - care a înlocuit frigiditatea ca fiind o categorie de diagnostic în psihiatrie și psihologie - se referă la incapacitatea unei femei de a funcționa adecvat în termenii dorinței sexuale, excitației sexuale, orgasmului sau în timpul actului sexual propriu-zis.

Criterii de diagnostic pentru tulburarea dorinței sexuale (hipoactivitate) (după **DSM IV**)

- A. Persistența sau recurența absenței fanteziilor sexuale sau scăderea acestora sau absența dorinței pentru activitatea sexuală. Aprecierea deficienței sau absenței este făcută de clinician, luând în considerare factorii care afectează funcționarea sexuală ca vârstă și contextul vieții personale.
- B. Tulburarea cauzează un distress important sau dificultăți interpersonale

Disfuncția sexuală nu este clar legată de o tulburare psihică precisă cu excepția altor disfuncții sexuale și nu este datorată exclusiv efectelor fiziologice ale unor medicamente sau droguri sau unei afecțiuni medicale.

Se va specifica dacă este vorba de: tipul constituțional sau tipul dobândit, tipul permanent sau cel situational, dacă afecțiunea este datorată unor factori psihologici sau datorată unor combinații de factori

**Clasificare *frigiditate*.** Criteriul etiologic împarte frigiditatea în:

- Primar total (absența întregii game a senzațiilor de satisfacție sexuală)
- Primar parțial;
- Secundar (datorită unor factori organici locali sau psihogeni).

Există opinia că termenul de frigiditate ar fi similar cu cel de anorgasmie propriu-zis - prin analogie cu impotența masculină (punct de vedere criticabil, datorită absenței unei similitudini între cele două modalități de satisfacție orgasmică).

Discutabil este și delimitarea frigidității în: frigiditate totală (imposibilitatea realizării plăcerii sexuale, indiferent de partener, tehnic, de completitudinea actului sexual etc.) și frigiditate relativă (prezența dorinței, a interesului sexual, dar incapacitatea de a ajunge la orgasm), criteriile de apreciere rămânând în sfera unei considerabile subiectivități.

**Inciden ă i pronostic.** Având în vedere inciden ă a remarcabil ă a frigidit ă ii în rândul popula ă iei feminine (majoritatea autorilor dau cifre de aproximativ 50% dar sunt unii care o apreciaz ă la 90%) și faptul c ă frecven ă a ei este mult mai crescut ă în raport cu impoten ă a, simptomul implic ă abord ă ri psihiatrice, psihoterapeutice și sexologice. **Brautigam** apreciaz ă c ă , în primul an de c ă s ă torie 25% din femei nu au niciodat ă orgasm. în urm ă torii 5 ani de c ă s ă torie - 17%, iar în 20 ani acest procentaj se reduce la 11%.

De și rezultatele interven ă iei terapeutice sunt apreciate de cele mai multe ori ca „**deceptionante**” (**Poinsoy**), frigiditatea **nu impieteaz ă în** mod direct sau semnificativ asupra fenomenului reproducerii sau în elegerii conjugale.

**Consultul în frigiditate.** Se va face examinarea **fizic ă** și psihologic ă și se va face un istoric. Consilierea făcut ă de un specialist poate fi recomandat ă .

întreb ă rile pot include detalii despre rela ă ii, atitudini **fa ă de sex**, simptome fizice prezente în timpul unei rela ă ii sexuale și multe altele. Examinarea **fizic ă** poate include o examinare pelvin ă .

Disfunc ă ia sexual ă este de obicei o problem ă psihologic ă care poate avea cauze dintre cele mai diverse.

**TABELUL 16.**

CAUZE COMUNE
Un partener neexperimentat sau nep ă s ă tor
Probleme de comunicare cu partenerul
Anxietate,
Depresie,
Frica de sarcin ă
Sentimente de vin ă și jen ă în leg ă tur ă cu sexul
Frica de durere, infec ă ii sau de sarcin ă boal ă genital
Probleme psihologice profunde

## 12. CONSIDERA ă II PSIHODINAMICE ÎN FRIGIDITATE

Dificult ă și similare celor legate de definirea frigidit ă ii apar atunci când se încearc ă delimitarea fundalului emo ă ional din psihoginologie.

Punctul de vedere psihanalitic clasic asupra frigidității, rezumat de **Abraham (1920)** în lucrarea sa despre complexul feminin de castrare, postulează că persistența conflictului oedipian, nerezolvarea lui, conduce la o dorință de răzbunare pe tată prin castrarea lui cu cavitatea corpului în care își află ostilitatea ei mult mai ușor. El subliniază că vaginismul dintr-un punct practic de vedere reprezintă expresia fantasmelor reprimite nu numai de castrare, ci și dorința de a-i fura bărbatului penisul prin reînerea lui în vagin.

Frecvent în psihanaliza femeilor care își identifică soțul cu figura parentală, se observă că amintirile precoce se leagă de episoade în care penisul este privit ca amenințător și înspăimântător. Sentimentul că penisul este amenințător sau că luându-l în interiorul ei ea îl poate distruge sau vătăma, este generat de fantasmele dobândite în mica copilărie în raport cu mama și reîntărit mai târziu de o relație de dragoste nesatisfăcută cu tatăl.

***Frigiditatea ca apărare.*** Unele femei sunt anesteziate sexual deoarece nu sunt în stare să fac față sentimentelor experimentate de ego care sunt resimțite ca fiind copleșitoare, aproape similare celor de negare a suferinței după o pierdere în mod special dureroasă. În acest caz, frigiditatea devine o apărare împotriva unor asemenea sentimente.

O pacientă cu vaginism și dispareunie a simțit că penetrarea nu putea să aibă loc pentru că, spunea ea, „simte că este cum ar avea ceva un vagin tare și imobil, ca un bloc de beton”. A fost ușor de demonstrat că nu este așa, deoarece a putut în cele din urmă să-i introducă un dilatator mare. Totuși, ideea de a avea în interiorul ei o bucată de piatră în loc de sentimente, se lega de atitudinile de „inimă împietrită” învățate în timpul copilăriei sale nefericite cu o mamă rece și cu un tată care a murit când avea nouă ani. Aceste atitudini trebuiau să fie meninute pentru a o proteja de ceea ce ea își imagina ca fiind sentimente incontrolabile față de alții, în special față de bărbatul ei. „Blocul ei de beton”, frigiditatea ei era modul de a se apăra pe sine însși de emoții care nu au fost niciodată împărtășite.

***Amenințarea externă.*** Majoritatea pacientelor care se plâng de frigiditate nu realizează că factorii responsabili de starea lor vin din trecutul lor. Ele afirmă că, din motive care le scapă, abordarea sexuală de către partenerul lor le creează o anxietate extremă.

Ele încearcă să raționalizeze această situație, legând-o de căsătorie, nașteri, durere creșterea responsabilității casnice și oboselii sau de faptul că nu-și mai iubesc partenerul.

Chiar dac aceste femei încearc o rela ie extraconjugal , ele vor avea aceea i experien nesatisf c toare. Urmeaz o nou raionalizare în care femeia crede c datorit sentimentului de vinov ie, lucrurile nu se îndreapt i dac ar divor a, lucrurile ar fi mai bune.

Preludiul poate fi pl cut pentru unele femei dar nu i penetrarea. Altele se excit abia dup ce a avut loc ejacularea astfel încât penetrarea nu mai este posibil , penisul detumescent nemaifiind amenin tor.

Aspectul penisului poate cauza repulsie i femeia evit s îl priveasc . El nu va fi atins i intromisiunea va fi posibil doar dac b rbatul este cel care iniiaz i sus ine preludiul. Sentimentele de pl cere pot ap rea dar se sting rapid dac b rbatul solicit participarea activ .

Pl cerea poate fi ob inut prin diminuarea i devalorizarea sexualit ii partenerului lor fie prin a-i cere lucruri pe care nu le poate satisface i a nu r spunde sau prin exprimarea unor fantasme sado -masochiste.

*Homosexualitatea latent* . O leg tur ostil fa de mam privit ca fiind neafectuoas i de aceea dispensabil , poate conduce la un poten ial homosexual, pe m sur ce adultul caut sa î i reînnoiasc rela ia cu ea, de vreme ce rela ia primar a fost nesatisf c toare. în acela i timp ea î i exprim ostilitatea fa de partenerul pe care l -a ales, negând i respingând ce are el de oferit.

Dependen a ostil este exprimat prin tr s turi homosexuale. Uneori, excita ia apare când partenerul are un act sexual cu o alt femeie în prezen a ei, permi ându-i astfel s î i satisfac curiozitatea care este legat de concep -ia fantezist a copilului fa de actul sexual al p rin ilor.

Homosexualitatea exprimat poate fi absent dar fantasmele din timpul masturb rii sunt legate de sexualitate oral sau de acte de lesbianism cu pacienta, jucând câteodat rolul de spectator. Asemenea fantasme reprezint o dorin de a se întoarce la prima rela ie homosexual , adic cea cu mama. Ocazional, actul sexual satisf c tor poate avea loc cu partenerul dac o alt femeie este prezent . în mod clar, cealalt femeie este „l sat pe dinafar ”.

Pacienta se r zibun în acest fel pe mama ei care, în trecut, „a l sat -o pe dinafar ”.

### 13. ALTE CAUZE ALE FRIGIDITĂȚII

**Pot** exista și alte cauze ale frigidității. Cauzele acestui simptom pot include anumite boli și medicamente. Mai mult, cauzele pot varia în funcție de vârstă și sex și pot avea diferite caracteristici, precum: durata, factorii agravanți, factorii amelioranți și acuze asociate.

**Frica de graviditate și boli venerice.** Anxietatea cauzată de frica unei sarcini nedorite la o femeie care are puț încredere în contracepție sau la care interdicțiile religioase se referă la prohibiția contraceptivelor conduce la frigiditate exprimată prin evitarea actului sexual. Aceasta poate fi întâlnită la fetele tinere înainte de căsătorie sau la femeile mai vârstnice a căror nevoie de procreare a fost fie satisfăcută sau inexistentă.

O altă cauză de frigiditate, mai frecvent evocată, este teama de boli cu transmitere sexuală a căror incidență a crescut în populația generală.

**Negarea plăcerii.** Un punct de vedere în care relațiile sexuale sunt privite ca „murdare” în afara scopului procreerii, provenit din aplicarea strictă a textului biblic „tu vei fi fertil și te vei înmulți” poate provoca neplăcere față de actul sexual în afara perioadei de ovulație.

Pacienta este de obicei inconștientă de acest fapt. Comportamentul ei seamănă cu cel al femelelor din lumea animală unde coitul se face doar în perioada estrală, deci doar în cea fertilă.

**Stimularea inadecvată.** Lipsa răspunsului sexual poate fi secundară unei tehnici contraceptive prost aplicate precum „coitus interruptus” sau incapacitatea partenerului de a sesiza nevoile femeii.

Mai mult, scăderea potenței bărbatului datorată fie unei dificultăți de erecție sau de ejaculare poate conduce la dezamăgire a femeii încât nu se mai poate teptă răspunsuri sexuale până când impotența nu va fi tratată corespunzător. Trebuie să ne gândim și la faptul că partenera poate, conștient sau nu, să mențină impotența partenerului, caz în care statusul său sexual este improbabil să crească răspunsul sexual al femeii.

**Depresia.** Depresia conduce de obicei la pierderea interesului în activitatea sexuală. **Rees L (1967)** sumarizează simptomele și afirmă că boala depresivă afectează întregul organism: sentimente, elan vital, gândire, funcțiile corpului, personalitate și interese.

Este de așteptat ca energia sexuală și sentimentele să fie reduse direct proporțional cu gradul depresiei. Dacă depresia va rămâne netratată pot frecvent apărea tulburări de menstruație incluzând amenoree.

*Tulburări de personalitate.* Incapacitatea de a trăi sentimente calde poate fi o trăsătură din cadrul unei personalități schizoide antisociale sau histrionice.

Deseori performanța sexuală poate fi normală dar nici un sentiment nu îi este adresat partenerului. Sunt foarte cerințe multiple, exagerate, care conduc la promiscuitate și infidelitate. Personalitatea histrionică, este labilă, sugestivă, seductivă și de obicei ostilă curbării.

*Medicație.* Unele medicamente folosite în psihiatrie inhibă orgasmul feminin prin mecanisme directe sedative sau anticolinergice:

- Antidepresivele triciclice (imipramina, clomipramina, nortripilina)
- IMAO (Tranilcipromina, Fenelezinul, Isocarboxazidul)
- Antagoniții receptorilor dopaminergici (Tioridazinul și Trifluoperazinul)
- Inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei (SSRIs) (Fluoxetină, Paroxetină, Sertralin, Citalopram)
- Efecte asemănătoare dar prin mecanisme diferite au clordiazepoxidul și amfetaminele. (Atenție la medicația anorexigenă!)
- Alcoolul în cantități mici este considerat tradițional un afrodisiac ușor (probabil și prin efectul anxiolitic pe care îl are la aceste doze și prin vasodilatația pe care o provoacă). La doze mari orgasmul nu mai apare.
- Deși despre benzodiazepine se tie că scad libidoul, în multe cazuri scderea anxietății pe care aceste medicamente o provoacă crește funcționarea sexuală.

#### 14. TRATAMENTUL ANORGASMIEI

Tratamentul anorgasmiei implică lucrul individual cu pacientul și a cuplului, rezolvarea conflictelor și creșterea stimulării.

Primul pas al terapiei este definirea cauzei principale cât mai exact; aceasta necesită o înțelegere psihologică a femeii și a cuplului. În același timp este important să nu se neglijeze aspectele ginecologice ca nici un factor somatic să nu agraveze aspectele psihologice.

Interviu cu partenerul sexual; uneori o singură consultație poate fi necesară, altădată se va începe terapia de cuplu.

În general, dacă patologia sexuală este doar reactivă, psihoterapia suportivă va fi suficientă.

Terapiile de tip psihanalitic vor fi rezervate pentru acele cazuri în care disfuncțiile sexuale postpartum depind de psihopatologia adiacentă.

Trebuie să abordeze global problemele pacientei, nu doar pe cele sexuale pentru reducerea și altor surse de insatisfacție.

Autoexplorarea, masturbarea, rezolvarea fricii inconștiente de orgasm, exerciții pentru creșterea excitației sexuale și conștientizarea mai intensă a plăcerii, sunt modalități utile în atingerea orgasmului în timpul activității sexuale.

Dintre metodele psihoterapeutice, în afara psihoterapiei suportive, se mai folosesc hipnoterapia, terapia comportamentală, terapia de grup, sexterapia integrativă

TABELUL 17.

<b>POSTULATE COGNITIVE DISFUNCȚIONALE PREZENTE ÎN TULBURĂRILE SEXUALE FEMININE (Cottraux, 2000)</b>
• Orgasmul vaginal este singurul orgasm valabil
• Orgasmul trebuie să fie întotdeauna simultan cu cel al partenerului
• Atitudinea sexuală feminină trebuie să fie pasivă, iar cea masculină activă
• Sexualitatea este în întregime înnscută și nu necesită învățare
• Fantasmele sexuale sunt interzise, mai ales dacă se referă la un partener diferit
• Dificultățile sexuale reprezintă o fatalitate biologică incontestabilă
• Dificultățile sexuale au cauze psihologice atât de profunde încât necesită o psihoterapie de lungă durată
• Masturbarea este o practică în sine periculoasă
• Viața sexuală se aranjează de la sine dacă viața relațională sau profesională a cuplului se ameliorează.
• Corpul nu trebuie arătat pentru că are aspecte inestetice sau șocante

Farmacoterapia specifică este rareori folosită nici un produs neputându-se bucura de această circumscricție. Trebuie notat aici folosirea sildenafilului și la femei, cu rezultate discutabile.



Farmacoterapia nespecific se refer la folosirea metodelor naturiste: aromoterapie, b i de plante, homeopatie, du uri vaginale, masaj cu uleiuri aromatice, etc, metode a c ror eficacitate este practic imposibil de apreciat.

### 15. DISFUNC IILE SEXUALE ALE CUPLULUI

În prezentarea anterioar separarea disfunc iilor sexuale masculine i feminine nu a inut seama din motive didactice de r ealitatea clinic care arat c în foarte multe cazuri este vorba de fapt de disfunc ii sexuale ale cuplului în care „vina” de fapt responsabilitatea apar ine ambilor parteneri.

TABELUL 18.

FACTORI IMPLICA I ÎN DISFUNC IILE SEXUALE ALE CUPLULUI	
<b>VÂRSTA</b>	Vârsta foarte tân r a membrilor cuplului
	Vârsta ridicat a cuplului
	Diferen ele mari de vârst între parteneri (de regul în defavoaa rea b rbatului)
	Perioade de vârst critice la unul din parteneri
<b>VECHIMEA CUPLULUI</b>	Cuplul nerodat
	Cuplul prea uzat
	Cuplul super-integrat
<b>ISTORIA CUPLULUI</b>	Felul cum s-a constituit cuplul
	Furtunile care s-au ab tut de-a lungul timpului asupra lui
	Existen a unor perioade de separa ie
	Existen a unor rela ii paralele
	Tensiunile sexuale neîmp rt ite
	Existen a unor disfunc ii privind comunicarea
	Existen a unor disfunc ii în planul strict al sexualit ii
<b>EXISTEN A COPIILOR</b>	Problemele cuplului infertil
	Reac iile la apari ia copiilor
	Sindromul de cuib gol
	Dificult i cu copiii nevrotici care dorm în camera p rin ilor
<b>STAREA DE S N TATE</b>	S n tatea genital a celor doi parteneri
	Existen a unor afec iuni cronice
	Existen a unor tratamente permanente
	Apari ia unor boli de stres
	Existen a unor boli psihice
	Interven ii chirurgicale mutilante
	Repetate interven ii chirurgicale estetice

TABELUL 18 (continuare).

FACTORI IMPLICAȚI ÎN DISFUNCȚIILE SEXUALE ALE CUPLULUI	
<b>EXISTENȚA SEXOLOGULUI</b>	Nivelul de instrucție al medicului de familie
	Existența unui specialist specializat în sexologie
	Relația sexologului cu ceilalți specialiști
	Capacitatea cuplului de a depăși prejudecățile curente
<b>NIVELUL ECONOMIC</b>	Capacitatea cuplului de a-și asuma material costurile tratamentului
	Absența/prezența unor probleme economice care afectează stabilitatea cuplului sau bugetul de timp al acestuia
	Modelul cuplului de la un anumit nivel economic
<b>CUTUMELE GRUPULUI SOCIAL</b>	Valoarea sexualității în comunitate Modelul de abordare al disfuncției sexuale de către comunitate Mitologia sexuală a grupului Valoarea geloziei în grup Factori centrifugi și centripeti în stabilitatea cuplului

Regulile terapeutice în tratamentul disfuncțiilor sexuale vor fi aceleași din terapiile de cuplu iar succesul tratamentului va fi influențat de numeroși factori psihologici. De altfel, în terapiile disfuncțiilor sexuale psihogene participarea ambilor membri ai cuplului este o condiție a succesului.

TABELUL 19.

TIPURI DE PSIHOTERAPIE FOLOSITE ÎN TRATAMENTUL DISFUNCȚIILOR SEXUALE	
Disfuncția sexuală ca un comportament învățat maladadaptativ, ca o fobie a sexului cu situații anxiogene de intensitate progresiv mai mare, până la dispariția răspunsului anxiogen)	-> tehnici comportamentale de desensibilizare sistematic (confruntare gradată, sub relaxare,
Distorsiunile cognitive legate de performanțe și norme în sexualitate menite în anxietatea legată de sex și mecanismele de evitare	-> tehnici de restructurare cognitive
Importanța relației de cuplu, necesitatea cooperării partenerului	-> tehnici de asertivitate și joc de rol, terapie cognitivă de cuplu

Indica iile psihoterapiei cognitiv-comportamentale în disfunc iile sexuale (Hawton, 1995):

- problema sexual dureaz de peste ase luni
- eforturile cuplului de a- i rezolva singur problema au e uat
- exist factori psihologici care genereaz sau perpetueaz problema (atitudinea de spectator, anxietatea de performan )
- problema sexual risc s distrug rela ia în totalitate.

TABELUL 20.

<b>FACTORII RESPONSABILI DE SUCCESUL TRATAMENTULUI</b>
Lungimea perioadei în care cuplul a fost asexuat înainte de a c uta trata - ment:
Modul de abordare al b rbatului în a relua rela ia sexual cu partenera;
A tept rile b rbatului referitoare la felul cum tratamentul îi va schimba via a;
Preg tirea fizic i emo ional a partenerei în a relua activitatea sexual ;
Motivul pentru care fiecare partener folose te interven ia medical pentru a relua activitatea sexual ;
Calitatea rela iilor non-sexuale;modelele de excita ie sexual neconven io - nale ale b rbatului.

## 16. CALIT ILE SEXOLOGULUI

Sexologia este în România o supraspecializare foarte recent (dup anul 2000) iar num rul speciali tilor în acest domeniu foarte restrâns. Atrac ia pe care o exercit domeniul respectiv, faptul c sexologia a r putea fi intro - dus cu titlu facultativ în curriculum universitar i experien a noastr în acest domeniu ne-a îndemnat s prezent m câteva din calit ile pe care un medic sau un psiholog ar trebui s le aib atunci când ar dori s lucreze în acest domeni u.

### *Curaj*

- Curajul de a- i dep i propriile complexe
- Curajul de a se expune ironiilor i atacurilor unor ignoran i sau r u inten iona i
- Curajul de a lucra într-un domeniu de avangard
- Curajul de a spune lucrurilor pe nume i atunci când sunt neconve - nabile

- Curajul de a recunoaște că uneori nu există soluții
- Curajul de a se confrunta cu situații din cele mai inedite
- Curajul de a înfrunța contratransferul masiv pe care pacientul îl dezvoltă datorită domeniului specialității
- Curajul de a recunoaște în latura agresivă a sexualității

### ***Modestie***

- Modestia de a nu-și face o reclamă din succese
- Modestia de a nu-și compara propria experiență atunci când este pozitivă cu aceea a pacienților
- Modestia de a cere ajutorul altor specialiști ori de câte ori e necesar
- Modestia de a recunoaște că există situații inedite în sexologie pentru care trebuie să încerce să găsească noi soluții
- Modestia de a recunoaște eforturile celorlalți terapeuți în rezolvarea cazurilor
- Modestia de a recunoaște că specialitatea este încă la început și că nu se poate compara încă cu alte specialități cu tradiție

### ***Perseverență***

- Niciodată nu este prea târziu pentru un demers de specialitate la o persoană cu dificultăți sexuale
- Sexologul va căuta toate cauzele care pot produce o anumită tulburare chiar dacă și se pare că a descoperit cauza de la începutul explorărilor
- Perseverența de a menține la cel mai înalt nivel dialogul și comunicarea cu pacientul pe tot parcursul terapiei
- Tratamentul trebuie să continue până la o rezolvare a problemelor chiar dacă există unele perioade de recul
- Perseverența de a nu renunța la această specialitate atunci când numărul de solicitări pare să fie redus

### ***Cunoștințe tehnice***

- Sexologul este obligat să-și sporească mereu bagajul informațional în domenii dintre cele mai diferite și să aibă solide cunoștințe medicale
- Să aibă cunoștințe de antropologie culturală fiind un cunoscător al cutumelor din comunitatea în care practică
- Să aibă cunoștințe privind obiceiurile sexuale și practicile din zone culturale din cele mai diferite

- Să fie la curent cu „modele” din sexologie

***Autocontrol***

- A-și păstra calmul în ciuda dificultăților de relaționare și de evidențiere a problemelor pe care pacienții le au de fapt
- A nu se arăta surprins de situațiile bizare pe care pacienții le relatează, a-și păstra calmul până la sfârșitul relațiilor
- A-și controla atitudinile și sentimentele păstrând distanța profesională indiferent cât de facil sau de tentant ar fi oferta sexuală pe care pacientul o face
- A controla transferul și a participa la grupuri de tip Balint pentru a îmbunătăți acest control

***Umor***

- A folosi umorul și ironia cu îndemânare și sensibilitate ori de câte ori este posibil
- A folosi autoironia fără prejudecăți
- A practica un optimism bine temperat în toate situațiile terapeutice cu care se confruntă
- A ieși din situațiile dificile în care practica îl poate aduce frecvent cu ajutorul unor glume
- A avea pregătite o adevărată colecție de vorbe de duh, glume și bancuri de bună calitate care să poată fi folosite în orice situație
- A recunoaște umorul drept cel mai bun mecanism de apărare

***Incertitudini și responsabilități***

- Considera și ca ireductibil dar întotdeauna benefic diferențierea sexuală
- Nu restrânge și din rațiuni extrabiologice manifestările dorinței sexuale, exercițiul plăcerii
- Lăsa și întreaga libertate producțiilor culturale erotice
- Aminti-i-vă că ființa umană este foarte diferită față de funcția sa erotică la vârste diferite
- Considera și cuplul adult care uneori este un bătăuș o femeie cel mai convenabil mod pentru exercitarea unei sexualități normale
- Lăsa și întreaga libertate de a alege un partener legal
- Considera și structurile sociale ale căsătoriei ca facilități rituale asigurătoare dar contractuale

- Considerați homosexualitatea pe cât de ireductibil pe atât de inofensiv social
- Puneți la locul lor excentricitățile și alte deviații sexuale considerându-le rarități
- Amintiți-vă că dorința umană de libertate de viață personal individualizat rămâne de neînțeles pentru cei care decid socio-politic
- Nu uitați niciodată că sexualitatea umană este o aventură și principala consolă față de condiția de ființă trecătoare a indivizilor umani: ea oferă minutele de eternitate ale plăcerii împotriva durerii muritorilor.

# BIBLIOGRAFIE

\*\*\* **Toward an Integrated Medicine - Classics From Psychosomatic Medicine, 1959-1979.** Ed. American Psychiatric Press, Inc., Washington DC, 1995.

\*\*\* **ICD10.** Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Ed. AII, București, 1998.

**Ackerman AD, Lyons JS, Hammer JS și colab.** *The impact of coexisting depression and timing of psychiatric consultation on medical patients length of stay.* Hosp Community Psychiatry, 39:173-176, 1988.

**Alexandrescu LC.** *Clasificarea stresului psihic.* Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie și Psihologie Medicală, serie nouă, 2-3/1993, Asociația Medicală Română, București, 1993.

**American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3<sup>rd</sup> Ed. Revised, American Psychiatric Association, Washington DC, 1987.

**American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> Ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.

**Andre C, Legeron P.** *La phobie sociale : Approche clinique et thérapeutique,* L'Encephale, 1995 ;XXI :1-13.

**Andre C, Legeron P.** *Thérapies cognitives de l'anxiété sociale et de la phobie sociale,* Psychol. Fr. 1993, 38 :231 - 240.

**Andre C, Legeron P.** Cum se ne eliberăm de frica de ceilalți? Tracul, timiditatea, inhibițiile, fobia socială ... Ed. Trei, Iași, 2001.

**Andreasen NC, Bardach J.** *Dysmorphophobia: Symptom of disease?* Am J Psychiatry, 134:673-676, 1977.

**Andreasen NC.** Posttraumatic Stress Disorder, in Comprehensive Textbook of Psychiatry. Edited by Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1980, pp 1517-1525.

**Andrei N.** Dicționar etimologic de termeni științifici. Ed. Științific și Enciclopedic, București, 1987.

**Antonovsky A.** The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med 1993;36:725-733.

**Antonovsky A.** Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco, Jossey Bass, 1987.

**Anzieu D.** Le Moi - peau. Ed. Dunod, Paris, 1985.

**Anzieu D.** Le Penesur. Du moi - peau au moi-pensant. Ed. Dunod, Paris, 1994.

**Appelbaum PS, Jorgenson L, Sutherland P.** *Sexual Relationships Between Physicians and Patients.* Archives of Internal Medicine, 154(22):2561-2565, Nov 28, 1994.

- Arches J.** *Social structure, burnout, and job satisfaction*, Soc-Work, May 1991.
- Arseni C.** *Problematika s n t ii azi i în viitor*. Ed. Academiei, Bucure ti, 1984.
- Asdmundson GJG, Taylor S, Cocs BJ.** *Health Anxiety*. Ed. John Wiley & sons, England, 2001.
- Ashkinazi HA, Ishinova VA, Tsirul'nikov EM.** *Bolevaia chuvstvitel'nost' kozhi pri khronicheskome psikhoemotsional 'nom' stresse u cheloveka. [Sensibilitatea dureroas a pielii la b rba ii cu stres psiho-emo ional cronic]*. *Neirofiziologia*, 1992, 24 (5) pp535-42; discussion 633-5.
- Athanasiu A.** *Elemente de psihologie medical*. Ed. Medical, Bucure ti, 1983.
- Athanasiu A.** *Tratat de psihologie medical*. Ed. Oscar Print, Bucure ti, 1998.
- Azorin JM.** (*Management of somatization in depression*). *Encephale*, Dec 1995, 21 Spec, no 7: 17-22.
- Bachelard G.** *Apa i visele*. Ed. Univers, Bucure ti, 1997.
- Bagdasar N.** *Manual de psihologie*. Ed. SOCEC & co. S.A.R., Bucure ti.
- Bailly D, Parquet J.** *Une conduite addictive: la tentative de suicide; en Les nouvelles adictions*. Ed. Masson, Paris, 1991.
- Baker WY, Smith SH.** *Facial disfigurement and personality*. *JAMA*, 112:301-304, 1939.
- Barschneider M.** *Gedachtnisschwache*. *Wien Med Wochenschr*, 1996, 146 (17) pp482.
- B l ceanu-Stolnici C.** *Anatomi tii în c utarea sufletului*. Ed. Albatros, 1981.
- Beaudichon J.** *La communication. Processus, formes et application*. Armând Colin, Paris, 1999.
- Bergeret J.** *La depression et les etats-limites*. Ed. Payot, Paris, 1974.
- Bergeret J.** *Psychologie pathologique - theorique et clinique* Ed. Masson, Paris, 2000.
- Bernard P, Trouve S.** *Semiologie psychiatrique*. Ed. Masson, Paris, 1977.
- Besancon G.** *Qu'est-ce que la psychologie medicale*. Institut Synthelabo pour le progres de la connaissance, 1999.
- Bialyszewski A.** *Zespol przewleklego zmczenia. [Sindromul oboselii cronice]*. *Psychiatr Pol*, Nov-Dec 1993, 27 (6) pp601 - 11.
- Blackwell B.** *No Margin, No Mission*, *JAMA*, 271(19):1466, 1994, May 18.
- Blackburn I.M., Cottraux J.** *Therapie cognitive de la depression*, Masson Paris, 1988.
- Blich I.** *Limits to Medicine*. Penguin Books, Harmandsworth, 1976.
- Boisvert J.M., Beaudry M.** *S'affinner et communiquer*, Les editions de l'homme, Quebec, 1979.
- Bonora II, Morand P, Nuss Ph, Ferreri.** *Le labyrinthe de l'anxiete*. Ed. Pharmacia & Upjohn, Paris, 1997.
- Bostwich MD, Rundell JR.** *Suicidality*, pp138-162, in *Text book of Consultation-Liaison Psychiatry*, inc. Washington DC, 1997.
- Botelho RJ, Dudrak R.** *Home assessment of adherence to long-term medication in the elderly*. *J Fam Pract*. 1992;35:61-65.
- Bourassa M, Bolduc A, Ratte B.** *Signs, symptoms and prevention of professional burnout*, J-Dent-Que, Sep. 1990.
- Bouvard M; Cottraux J.** *Protocoles et echelles devaluation en psychiatrie et ne psychologie*, Masson. Paris, 1996.



- Boyd JH.** *Use of mental health services for the treatment of panic disorder.* Am J Psychiatry. 1986; 143:1569-1574.
- Br tescu G.** Hipocratismul de-a lungul secolelor. Ed. tiin ific , 1986.
- Brinster Ph.** Terapia cognitiv . Ed. Teora, Bucure ti, 2002.
- Britchnell SA.** *Dysmorphophobia: A centenary discussion.* Br.J.Psychiatry, 153: 41-43, 1988 (suppl.2).
- Buriibridge B, Fielding D.** *An investigation of psychological factors influencing adherence to medical regime in children and adolescents undergoing hemodialysis and CAPD.* Int J Adolesc Med Health. 1989;4:7-18.
- Brunner R.** Psihanaliz i societate postmodern . Ed. Amarcord, Timi oara, 2000.
- Brusset B.** L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent. Privat, Toulouse, 1977.
- Burbiel I, Jeanneau M, Losinskya E, Wied V.** The treatment ideology dimensions of the burn-out syndrome in psychiatric institutions. 11 -th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP INC.BERN, Munich, Germany, March 4 -8, 1997.
- Burrows C, Judd F.** *Practical management of chronic pain* în Clinical management of chronic pain and the role of mianserin, Scientific Symposium. 28 June 1992. Ville franche-sur-Mer, France.
- Bychowski G.** *Disorders of the body image in the clinical picture of the psychoses.* J Nerv Ment Dis, 97:310-334, 1943.
- Ca'i'n J.** Le champ psychosomatique. Ed. Presses Universitaires de France, Paris, 1990.
- Cain J.** Le symptome psycho-somatique - recherche et perspectives partir de quelques cas cliniques. Ed. Privat, Toulouse, 1971.
- Ca'i'n J.** Psihanaliz i psihosomatic . Ed. Trei, Ia i, 1998.
- Carney RM, Freedland KE, Eisen SA, Rich MW, Skala JA, Jaffe AS.** *Adherence to a prophylactic medication regimen in patients with symptomatic versus asymptomatic ischemic heart disease.* Behav Med. 1998;24:35-39.
- Casper RC i al ii.** *Bulimia. Its incidents and clinical importance in patients with anorexia nervosa.* Arch.gen.psichiatr., 37, pp 1030-1035, 1980.
- Cathebras P, Bouchou K, Charmion S, Rousset H.** *Le syndrome de fatigue chronic/lie: une revue critique.* Rev Med Interne, Apr 1993, 14 (4) pp233-42.
- Chambers R.** *Avoiding burnout in general practice.* Br-J-Gen-Pract, Nov 1993.
- Chanchard P.** Une morale de medicaments? Ed. Fayard, 1966.
- Chelcea S.** Experimental în psihologie. Ed. tiin ific i Enciclopedic , Bucure ti, 1982.
- Chester AC.** *Hypothesis: the nasal fatigue reflex.* Integr Physiol Behav Sci, Jan-Mar 1993, 28(1) pp76-83.
- Chiri V, Chiri R.** Etic i psihiatrie. Ed. Symposion, Ia i, 1994.
- Christensen AJ, Moran PJ, Lawton WJ, Stallman D, Voigts AL.** *Monitoring attentional style and medical regimen adherence in hemodialysis patients.* Health Psychol. 1997;16:256-262.
- Christenson GA, Mackenzie TB.** *Trichotillomania.* In Handbook of Prescriptive Treatments for Adults. Edited by Hersen M, Ammerman RT. New York, Plenum Press, 1994.

- Chung RC, Singer MK.** *Interpretation of symptom presentation and distress. A Southeast Asian refugee example.* J Nerv Ment Dis, Oct 1995, 183 (10) pp639-48.
- Cloninger RC.** Somatoform Disorders and Personality in the General Population and in Psychiatric Outpatients. 8-th ECNP Congress, Vene ia, 1995.
- Cociorva G, Nicul i A, Tudose F.** *Sindromul de burnout - suferin a epidemic a medicilor din România.* Revista Infomedica, nr.6, anul V, 1997, pp 34-36.
- Cohen LJ, Hollander E, Badarucco MA.** *What the eyes can't see: Diagnosis and treatment of somatic obsessions and delusions.* Harvard Review of Psychiatry, 2:5-9, 1994.
- Coleman J, Broen WE. Jr.** *Abnormal Psychology and Modern Life - fourth edition,* London.
- Collier JAB, Longmore JM, Hodgetts TJ.** *Manual de medicin clinic - specialit i.* Ed. Medical , Bucure ti, 1997.
- Corbella T, Rossi L.** *L dysmorphophobie, ses aspects cliniques et nosographiques.* Acta Neuro Psychiatr Belg, 67:691-700, 1967.
- Cornu iu G.** *Bazele psihologice ale practicii medicale.* Ed. Imprimeriei de Vest, Oradea, 1998.
- Cornu iu G.** *C ut ri (II).* Ed. Libr riile Crican, Oradea, 1999.
- Cotterill JA.** *Body dismorfic disorder.* Dermatol Clin, Iul 1996, 14(3): 437-63.
- Cottraux J.** *Les therapies cognitives,* Editions Retz, paris, 1992.
- Cottraux J.** *Les therapies comportementales et cognitives,* Masson, 1993.
- Couleman JL, Schulberg HC, Block MR, Janosky JE, Arena VC.** *Medical comorbidity of major depressive disorder in a primary medical practice.* Arch Intern Med. 1990;150:2363-2367.
- Covinsky KE, Fortinsky RH, Palmer RM, Kresevic DM, Landefeld CS.** *Relation between symptoms of depression and health status outcomes i n acutely ill hospitalized older patients.* Ann Intern Med. 1997;126:417-425.
- Crocq L.** *Les recherches sur I fatigue en France dans les vingt dernires annees.* Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp615-8.
- Croghan TW, Obenchain RL, Crown WE.** *What does treatment of depression really cost?* Health Aff (Millwood). 1998;17:198-208.
- Crow SJ, Mitchell, JE.** *Rational therapy of eating disorders.* Drugs, 1994,48(3): 372-9.
- Cucu I.** *Psihologie medical .* Ed. Litera, Bucure ti, 1980.
- Dancy J, Sosa E.** *Dic ionar de filosofia cunoa terii vol. I.* Ed. Trei, Ia i, 1999.
- Dantzer R.** *Stress theories and the somatization process.* Encephale, Dec 1995, 21 Spec, no 7: 3-9.
- Davis MS.** *Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication.* Am J Public Health. 1968;58:274-288.
- Davis C, Yager J.** *Transcultural aspects of eating disorders: a critical literature review.* Cult Med Psychiatry, 1992, 16: 377-94.
- Debray Q, Granger B, Azais F.** *Psychopathologie de l'adulte.* Ed. Masson, Paris, 2000.
- de Portugal Alvarez J, Rivera Berrio L, Gonzalez San Martin F; Sanchez Rodriguez A, de Portugal E, del Rivero F.** *Etiologia del malestar general aislado.* An Med Interna, Oct 1996, 13(10) pp471-5.
- de Souzenelle Annick.** *Simbolismul corpului uman.* Ed. Amaicord, Ti mi oara, 1996.

- Degonda M, Angst J.** *The Zurich study. XX. Social phobia and agoraphobia.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1993, 243 (2) pp95-102.
- Deitrich H.** *Über dysmorphophobie (Mißgestaltfurcht).* Arch Psychiatr Nervenkr, 203:511-518,1962.
- Dejours C.** *Le corps entre biologie et psychanalyse.* Ed. Payot, 1986.
- Del Zompo M, Ruiu S, Severino G, Cherchi A, Usaia P, Bocchetta A.** Focus on Biological Basis of Somatoform Disorders. 8-th ECNP Congress, Vene ia, 1995.
- Deniker P, Ganry H.** *Une échelle pour évaluer la psychasthénie.* Encephale, May-Jun 1992, 18(3)pp247-50.
- De-Nour AK, Czaczkes JW.** *The influence of patient's personality on adjustment to chronic diafysis.* J Nerv Ment Dis. 1976;162:323-333.
- Descartes R.** *Dou tratate filosofice.* Ed. Humanita s, 1992.
- Desjarlais R i al ii.** *World mental health.* Ed. Oxford University Press, New York, 1995.
- Didier J.** *Dictionnaire de Ia philosophie.* Ed. Larousse, 1988.
- DiMatteo MR, DiNicola DD.** *Achieving Patient Compliance.* Elmsford, NY: Pergamon Press Inc; 1982.
- DiMatteo MR.** *Enhancing patient adherence to medical recommendations.* JAMA. 1994;271:79-83.
- Dorian B, Garfinkel PE.** *Stress, immunity and illness - a review.* Psychol Med, 1987, 17:393-407.
- Drîmba O.** *Istoria culturii i civiliza iei.* Ed. tiin ific i Enciclopedic , 1984.
- Dubos R.** *The Mirage of Health.* Harper & Row, New York, 1959.
- En chescu C.** *Psihosexologie.* Ed. Universal DALSI, Bucure ti, 2000.
- En chescu C.** *Tratat de psihologie moral .* Ed. Tehnic . Bucure ti, 2002.
- En chescu C.** *Tratat de psihopatologie.* Ed. Tehnic , Bucure ti, 2001.
- En tescu V.** *Dialogul medic-bolnav.* Ed. Dacia, Cluj, 1981.
- Engel G.** *Delirium,* in *The Comprehensive Textbook of Psychiatry.* Edited by Freedman MA, Kaplan HI. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1967, pp711-716.
- Epstein LH, Cluss PA.** *A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens.* J Consult Clin Psychol. 1982;50:950-971.
- Escobar, JI.** *Overview of somatization: diagnosis, epidemiology and management.* Psychopharmacol-Bull, 1996, 32(4): 589-96.
- Ey H, Bernard P, Brisset CH.** *Manuel de psychiatrie.* Ed. Masson, Paris, 1978.
- Ey H.** *Defense et illustration de la psychiatrie.* Ed. Masson, Paris, 1978.
- Ey H.** *Etudes psychiatriques voi.III Etude-nol7; pp453-483, Hypochondrie.* Edition Desclee De Brouwer&Cie, Paris, 1954.
- Ey H.** *Tr it des hallucinations.* Ed. Masson et Cie, Paris, 1973.
- Eysenck H, Eysenck M.** *Descifrarea comportamentului uman.* Ed. Teora, Bucure ti, 2001.
- Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC.** *Un studiu prospectiv privind rezultatele i efectele pe termen lung a trei tratamente psihologice în bulimia nervoas .* Archives of General Psychiatry, 1995 52, No 4, pp304-312.
- Fallon BA, Rasmussen SA, Liebowitz M.** *Hypocondriasis.* In: *Obsessive-Compulsive Related Disorders.* Ed. Hollander E, Ame rican Psychiatry Press. Washington DC, 1993.

- Farmer, A; Jones, I; Hillier, J; Llewelyn, M; Borysiewicz, L; Smith, A.** *Neuraesthesia revisited: ICD-10 and DSM-UI-R psychiatric syndromes in chronic fatigue patients and comparison subjects.* Br J Psychiatry, 167 (4) pp503-6, Oct 1995.
- Finkelstein BA.** *Dysmorphophobia.* Dis Nerv Syst, 24:365-370, 1963.
- Folkman S, Lazarus RS.** *The relationship between coping and emotion.* Social and Scientific Medicine, 26, 309-317, 1988.
- Ford CV.** *The Somatizing disorders: Illness as a way of life.* New York, Elsevier, 1983.
- Francis J, Martin D, Kapoor WN.** *A prospective study of delirium in hospitalized elderly.* JAMA, 263:1097-1101, 1990.
- Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M.** *Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival.* JAMA. 1993;270:1819-1825.
- Fratta W, Diana M, Azzena GB, Forgione A, Mancinelli R.** New Perspectives on Phvsioopathology and Therapy of Somatoform Diseases. 8-th ECNP Congress, Vene ia, 1995.
- Fravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P.** *Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence.* Soc.Psychiatry-Pasychiatr-Epidemiolog, Jan 1997, 32 (1): 24-9.
- Freud A.** *Le Moi et les Mechanismes de defense.* Ed. PUF, Paris, 1993.
- Freud S.** *Nevrose, Psychose et Perversion.* Ed. PUF, Paris, 1974.
- Freud S.** *Trei eseuri despre teoria sexualit ii.* Ed. Centrum, Craiova, 1991.
- Freud S.** *Introducere în psihanaliz . Prelegeri de psihanaliz . Psihopatologia vie ii cotidiene.* Ed. Didactic i pedagogic , Bucure ti, 1992.
- Frisch F.** *Elements de medicine psychosomatique.* Le Centurion, Toulouse, 1976.
- Frommer J, Frommer S.** *Von der Hysterie tur Nervositat. Anmerkungen zu Willy Hellpachs sozialpathologischen Prognosenfur das 20. Jahrhundert.* Psychother Psychosom Med Psychol, Jun 1997, 47 (6) pp219-24.
- Fulop G, Strain JJ.** *Patients who self-initiate a psychiatric consultation.* Gen Hosp Psychiatry, 7:267-271, 1985.
- Gantz NM, Holmes GP.** *Treatment of patients with chronic fatigue syndrome.* Drugs, 1989, 38: 855-862.
- Gelder M, Lopez-Ibor Jr J, Andreasen N.** *New Oxford Textbook of psychiatry.* Vol I si II. Ed. Oxford University Press, New York, 2000.
- Glass R, Mulvihill M, Smith H i colab.** *The 4-score: an index for predicting a patients non-medical hospital days.* Am J Public Health, 8:751-755, 1978.
- Godfroid I.** *Psihiatria femeii.* Ed. Dacia, Cluj Napoca, 2000.
- Goldberg R.J.** *Practical Guide to the Care of the Psychiatric Patient.* Mosby, Missouri, 1995.
- Gorgos C** (sub redac ia), **Tudose F i al ii.** *Dic ionar enciclopedic de psihiatrie vol.I-IV.* Ed.Medical , Bucure ti, 1986-1990.
- Gorgos C, Tudose C, Tudose F, Botezat Antonescu I; Botezat Antonescu L.** *Vademecum în psihiatrie.* Ed. Medical , Bucure ti, 1985.
- Gorgos C, Tudose F.** *Depresia mascat .* Revista Infomedica, vol.I, nr.1, iulie 1993, pp8-9.
- Gori R, Poinso Y.** *Dictionnaire pratique de psychopathologie.* Ed. Universitaires, Paris. 1972.

- Green BL.** *Psychosocial research in traumatic stress: an update.* J Trauma Stress, 7:341-362, 1994.
- Greimas J A, Fontanille J.** *Semiotica pasiunilor.* Ed. Scripta, Bucure ti, 1997.
- Hackett T, Cassem N.** *The Massachusetts General Hospital Handbook of Psychiatry.* St.Louis, MO, Mosby, 1979.
- Hailey BJ, Willoughby SG, Bultter MN, Miller L.** *Effects of Communication Style on Women's Satisfaction with Physicians, Psychology Health and Medicine,* vol.3, no.4, November 1998.
- Halaris A.** *The Medical Psychiatry Continuum, Congress News in Press,* Athens, 16-20 April, 1999.
- Hamburg D, Sartorius N.** *Health and Behaviour: selected perspectives,* WORLD HEALTH ORGANIZATION, Cambridge University Press, Geneva, 1989.
- Hamburger J.** *Demain, les autres.* Ed. Flammarion, Paris, 1979.
- Hamburger J.** *La puissance et la fragilit.* Ed. Flammarion, Paris, 1972.
- Hamilton M.** *Psychopatology of depressions: quantitative aspects, section of clinical psychopatology.* Ed. WPA Symposium, 1979.
- Hanninen T, Reinikainen KJ, Helkala EL, Koivisto K, Mykkanen L, Laakso M, Pyorala K.** *Subjective memory complaints and personality traits in normal elderly subjects.* J Am Geriatr Soc, Jan 1994, 42 (1) pp1-4.
- Hausotter W.** *Begutachtung des Chronic-Fatigue-Syndroms.* Versicherungsmedizin, Apr 1 1996, 48(2) pp57-9.
- Hay GG.** *Dysmorphophobia.* Br J Psychiatry, 116:399-406, 1970.
- Haynal A Pasini W.** *Abrege de medecine psychosomatique* Ed. Masson, Paris, 1 978.
- Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL (sub redac ia).** *Compliance in Health Care.* Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1979.
- Heebink DM, Sunday SR, Halmi KA.** *Anorexia nervoas i bulimia nervoas in adolescen : efecte ale vârstei i statusului mintal asupra variabilelor psihologice.* JAMA Acad Child Adolesc Psychiatry, 34:378-382, 1995.
- Henry JP, Stephens PM.** *Stress, Health and the Social Environment: A Sociobiologic Approach,* Springer -VVerlag, New York, 1977.
- Hermant G.** *Le corps et sa mmoire.* Ed. Doin, Paris, 1986.
- Hersch J.** *Mirarea filosofic .* Ed. Humanitas, 1994.
- Hickie IB, Hooker AW, Hadzi-Pavlovic D, Bennett BK, Wilson AJ, Lloyd AR.** *Fatigue in selected primary care settings: sociodemographic and psychiatric correlates.* Med J Aust, May 20 1996, 164 (10) pp585-8.
- Hippocrat.** *Texte alese.* Ed. Medical , Bucure ti, 1960.
- Holahan CJ, Moos RH, Schafer JA.** *Handbook of Coping. Theory, Research, Applications.,* John Wiley and Sons, Inc., New -York, 1996.
- Hollander E, Phillips K.** *Body image and experience disorders,* in *Obsessive-Compulsive Related Disorders.* Edited by Hollander E. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993.
- Holmes D.** *Abnormal Psychology.* Ed. Harper Collins Publishers, New York, 1991.
- Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM i al ii.** *Chronic fatigue syndrome: a working case definition.* Ann Intern Med, 1988, 108:387-389.

- Horney K.** Direc ii noi în psihanaliz . Ed. Univers enciclopedic, Bucure ti. 1995.
- Horney K.** Personalitatea nevrotic a epocii noastre. Ed. IRI, Cluj, 1996.
- Horney K.** Conflictele noastre interioare. Ed. IRI, Cluj, 1998.
- Huber W.** L'homme psychopathologique et la psychologie clinique. Presses Universitaires de France, Paris, 1993.
- Huber W.** Psihoterapiile-Terapia potrivit fiec rui pacient. Ed. tiin i Tehnic , Bucure ti, 1997.
- Hudziak JJ, Boffeli TJ, Krieseman JJ, Battaglia MM, Stanger C, Guze SB.** *Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder and substance abuse disorders.* Am-J-Psychiatry, Dec 1996, 153(12): 1598-606.
- Hyman SE, Jenike MA.** Manual of Clinical Problems in Psychiatry, Little, Brown, and company, Boston, 1990.
- Iamandescu BI.** Manual de psihologie medical . Ed. Infomedica, Bucure ti, 1995.
- Iamandescu BI.** Elemente de psihosomatic general i aplicat . Ed. Infomedica, Bucure ti, 1999.
- Iamandescu BI.** Stresul psihic. Ed. Infomedica, Bucure ti, 2002.
- Iamandescu IB, Luban-Plozza B.** Dimensiunea psihosocial a practicii medicale. Ed. Infomedica, Bucure ti, 2002.
- Igoin-Apfelbaum L.** *Psychopathologie clinique de I boulimie.* Confrontations Psychiatr., 31, ppl65-176, 1989.
- Ionescu G.** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) - o taxinomie psihiatric ateoretic , pragmatic , no ntradi ional , revolu ionar .* Revista Român de Psihiatrie, Pedopsihiatrie i Psihologie Medical - serie nou , 1/1993, AMR, Bucure ti, 1993.
- Ionescu G.** *Etiologia depresiilor din perspectiv psihopatogenic .* Revista Român de Psihiatrie, Pedopsihiatrie i Psihologie Medical - serie nou , 2-3/1993, Asocia ia Medical Român , Bucure ti, 1993.
- Ionescu G.** Introducere în psihologia medical . Ed. tiin ific , Bucure ti, 1973.
- Ionescu G.** Psihosomatica. Ed. tiin ific i Enciclopedic , 1975,
- Ionescu G.** Tratat de psihologie medical i psihoterapie, Ed. Asklepios, Bucure ti, 1995.
- Ionescu G.** Tulbur rile personalit ii. Ed. Asklepios, Bucure ti, 1997.
- Ionescu , Jacquet MM, Lhote C.** Les Mechanismes de defense, theorie et clinique. Paris, Nathan-Universite, 1997.
- Ionescu .** Quatorze approches de la psychopatologie, 2-e edition. Paris, Nathan-Universite. 1995.
- Jacquet MM.** L'alcoolique. son corp et l'aulre. Thse de doctorat, Paris, 1987.
- James RR, Wise MG.** Textbook of consultation - liaison psychiatry. American psychiatry Press Inc., N.W.. Washington DC, 1996.
- Janca A.** WHO International Study of Somatoform Disorders a Review of Methods and Results. 8-th ECNP Congress, Vene ia, 1995.
- Jaspers K.** Psychopatologie gnrale. Ed. Felix Alcan, Paris, 1933.
- Jeammet Ph, Reynaud M, Consoli SM.** Psychologie medicale. Ed. Masson, Paris, 1996.

- Jeddi E** (sub direc ia). *Le corps en psychiatrie*, Ed. Masson, 1982.
- Jonas HS, Etzel SI, Barzansky B.** *Educational Programs in US Medical Schools*, 1993-1994. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 272(9):694-701, September 7 1994.
- Judd FR, Burows GD, Lipsitt DR.** *Handbook of studies on general hospital psychiatry*. Elsevier Science Publishers Biomedical Division, Amsterdam, 1991.
- Kabanov MM.** *Ideology, Politics and Psychiatry*. *Dynamische Psychiatrie*, 29. Jahrgang, 5.-6. Heft 1996, Nr. 160/161, pp309-316.
- Kaiser R, Vollmer H, Schmidtke K, Rauer S, Berger W, Gores D.** *Verlauf und Prognose der FSME*. *Nervenarzt*, Apr 1997, 68 (4) pp324-30.
- Kaplan HI, Sadock BJ.** *Modern synopsis of psychiatry*. Edi ia a-III-a, Williams and Wilkins, Baltimore, 1981.
- Kaplan HI, Sadock BJ.** *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition*, Williams & Wilkins, Baltimore/Londra, 2000.
- Kaplan HI, Sadock BJ.** *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, Edi ia a-VIII-a, Williams and Wilkins, Baltimore, 1997.
- Kasper S.** *Depression - Angst - Ywang*. Ed. Deutscher Universitats-Verlag GmbH, Wiesbaden, 1997.
- Katon W.** *Depression: relationship to somatization and chronic medical illness*. *J Clin Psychiatry*. 1984;45:4-11.
- Katon W.** *Depression: somatic symptoms and medical disorders in primary care*. *Compr Psychiatry*. 1982;23:274-287.
- Katschnig H, Freeman H, Sartorius N.** *Quality of life in mental disorders*. Ed. John Wiley & sons, England, 1997.
- Katschnig H.** *Quality of Life - a New Concept in Medicine: Conference - Salonic*, al 11-lea Congres al Societ ii Sud-Est Europene de Neuropsihiatrie, 24 sept. 1996.
- Katz RC, Ashmore J, Barboa E, Trueblood K, McLaughlin V, Mathews L.** *Knowledge of disease and dietary compliance in patients with end-stage renal disease*. *Psychol Rep*. 1998;82:331-336.
- Keiser L.** *The Traumatic Neurosis*. JB Lippicott, Philadelphia, PA, 1996.
- Kennedy HG.** *Fatigue and fatigability*. *Br J Psychiatry*, 1988; 153: 1-5.
- Kessler LG, Cleary PD, Burke JD Jr.** *Psychiatric disorders in primary care: results of a follow-up study*. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:583-587.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S i al ii.** *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Study*. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.
- Kim SC, Giardino AP, Rosemary M, Magnusson M, Pinto-Martin JA.** *Experiences and Reflections of Former Pediatric Chief Residents*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 148(5):518-521, May 1994.
- Kinsman RA, Dirks JF, Dahlem NW.** *Noncompliance to prescribed-as-needed medication use in asthma: usage patterns and patient characteristics*. *J Psychosom Res*. 1980;24:97-107.
- Kinzie JD, Goetz RR.** *A century of controversy surrounding posttraumatic stress stress-spectrum syndromes: the impact on DSM-III and DSM-IV*. *J Trauma Stress*, Apr 1996, 9(2) pp 159-79.

- Klein M.** Iubire, vinovăție, reparație. Ed. Sigmund Freud, Binghamton, Cluj, 1994.
- Koopmans GT, Meeuwesen L, Huyse FJ, Heimans, JJ.** *Effects of psychiatric consultation on medical consumption in medical outpatients with low back pain.* Gen-Hosp-Psychiatry, 1996 May; 18(3):145-54.
- Kraus A.** *Phenomenologic analysis of somatic symptoms in melancholia* - Encephale, Dec 1995, 21 Spec, no 7: 11-15.
- Kreisler L.** *Douleurs abdominales psychogènes* in La psychosomatique de l'enfant, Ed. PUF, Paris, 1976; Que sais-je?, 1983, 2e Ed., pp61-63.
- Kruesi MJP, Dale J, Straus SE.** *Psychiatric diagnoses in patients who have chronic fatigue syndrome.* J clin Psychiatry, 1989, 50: 53-56.
- LaBruzza A.** *Physical illness presenting in psychiatric disorder: guidelines for differential diagnosis.* J Operational Psychiatry. 1981;12:24-31.
- Lacey J; Britchnell S.** *Body image and its disturbances.* J.Psychosom Res, 30:623-631. 1986.
- Lamprecht F.** *Economic sequelae of failed treatments of psychosomatic and somato-psychic illnesses.* Psychoter-Psychosom-Med-Psychol, Aug 1996, 46(8):283-91.
- Lanteri-Laura G.** *L'psychasthénie-histoire et évolution d'un concept de P.Janet.* Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp551-7.
- Laplanche J, Pontalis JB.** Vocabular de psihanaliză. Ed. Humanitas, București, 1995.
- Laqueur T.** Corpul și sexul de la greci la Freud. Ed. Humanitas, București. 1998.
- Larousse,** Dicționar de psihiatrie și psihopatologie clinică. Ed. Univers Enciclopedic, București, 1998
- Lauderdale M.** BURNOUT. Ed. Saunders, Montreal, 1982.
- Lawrie SM, Manders DN, Geddes JR, Pelosi AJ.** *A population-based incidence study of chronic fatigue.* Psychol Med, Mar 1997, 27 (2) pp343-53.
- Lazurca, M.** Invenția trupului. Ed. Anastasia, București, 1993. **Lăzăreșcu M.** Calitatea vieții în psihiatrie. Ed. Infomedica, București, 1999. **Lăzăreșcu M.** Introducere în psihopatologie antropologică. Ed. Facla, Timișoara, 1989. **Lăzăreșcu M.** Îndreptar de psihiatrie. Ed. Helicon, Timișoara, 1995. **Lăzăreșcu M.** Psihiatrie, sociologie, antropologie. Ed. Brumar, Timișoara, 2002. **Lăzăreșcu M.** Psihopatologie clinică. Ed. Helicon, Timișoara, 1994. **Lecrubier Y, Weiller E.** *L'neurasthénie et l'hypermasthénie.* Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp559-62.
- Lee S, Wong KC.** *Rethinking neurasthenia: the illness concepts of shenjing shuairuo among Chinese undergraduates in Hong Kong.* Cult Med Psychiatry, Mar 1995, 19 (1) pp91-111.
- Lee S.** *Cultures in psychiatric nosology: the CCMD-2-R and international classification of mental disorders.* Cult Med Psychiatry, Dec 1996, 20 (4) pp421-72.
- Leger JM, Clement JP.** *L'angoisse et le vieillissement.* Encephale, Sep 1992, 18 Spec No4pp511-6.
- Lemperiere T (sous la direction).** Aspects évolutifs de la dépression. Ed. Masson, Paris, 1996.
- Lemperiere T (sous la direction).** Les dépressions réactionnelles. Ed. Masson, Paris, 1997.



- Levenson JL, Colenda CC, Larson DB i al ii.** *Methodology in consultation-liaison research: a classification of biases.* Psychosomatics, 31:367-376, 1990.
- Levitan S, Kornfeld D.** *Clinical and cost benefits of liaison psychiatry.* Am J Psychiatry, 138:790-793, 1981.
- Lickey ME, Gordon B.** *Medicine and mental illness.* Ed. WH Freeman & Company, New York, 1991.
- Lieb K, Dammann G, Berger M, Bauer J.** *Das chronische Müdigkeitssyndrom („chronic fatigue syndrome“, CFS). Definition, diagnostische Massnahmen und Therapie-möglichkeiten.* Nervenarzt, Sep 1996, 67 (9) pp711-20.
- Lin EHB, Von Korff M, Katon W i al ii.** *The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy.* Med Care. 1995;33:67-74.
- Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O.** *Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland: Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO).* Nervenarzt, Mar 1996, 67 (3) pp205-15.
- Lishman WA.** *Organic psychiatry: the psychological consequences of cerebral disorder, second edition.* London: Blackwell Scient.Pub., 1987 .
- Lloyd AR, Wakefield D, Boughton CR i al ii.** *Immunological abnormalities in the chronic fatigue syndrome.* Med J Aust, 1989, 151: 122-124.
- Lobzin VS, Malikova KT.** *Astenovegetativnye rasstroistva v faze dekomensatsii rezidual'nykh organicheskikh sostoianii golovnogo mozga. [Tulbur ri autonome astenice în fazele de decompensare ale sindroamelor organice cerebrale].* Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova, 1993, 93 (6) pp61-4.
- Lopez Ibor JJ, Frances A, Jones C.** *Dysthymic disorder: a comparison of DSM-IV and ICD-10 and issues in differential diagnosis.* Acta Psychiatr Scand Suppl, 1994, 383 pp12-8.
- Lopez-Ibor JJ, Lopez-Ibor Alino JJ.** *Las dismoiofobias.* El cuerpo y la corporalidad, Madrid, Gredos, 1974, pp 155-190.
- Luban-Plozza B, Poldinger W, Kruger F.** *Boli psiho-somatice în practica medical .* Ed. Medical , Bucure ti, 1996.
- Lumley MA, Norman S.** *Alexithymia and health care utilization.* Psychosom-Med, May-Jun 1996, 58(3): 197-202.
- Lustman PJ.** *Anxiety disorders in adults with diabetes mellitus.* Psychiatr Clin North Am. 1988;11:419-432.
- Macdonald A, Box O, Klempere F.** *Glossarz of descriptive psychopathology & neuropsychiatry.* Ed. Martin Dunitz, London, 2000.
- Marinescu CGh.** *Etic i sociologie contemporan .* Rela ia medic -farmacist-bolnav. Institutul de Medicin i Farmacie, Ia i, 1983.
- Marple RL, Pangaro L, Kroenke K.** *Third-Year Medical Student Attitudes Toward Internal Medicine.* Archives of Internal Medicine, 154(21):2459-2464, Nov 14, 1994.
- Marsella AJ, Scheur A.** *Coping: Definitions, Conceptualizations, and Issues ,* *Interactive Psychiatry,* vol. 9, no. 3-4, 1993.
- Mason W, Bedwell C, Zwaag R i al ii.** *Why people are hospitalized: a decription of preventable factors leading to admission for medical illness.* Med Care, 18:147-163, 1980.
- Matsuno T, Hikita K, Matsuo T.** *Chronic fatigue syndrome and psychiatric -diseases.* Nippon Rinsho, May 1994, 52 (5) pp 1339-44.

- Maximilian C.** Drumurile speran ei. Ed. Albatros, Bucure ti, 1989.
- Mayou R, Hawton K, Feldman E i al ii.** *Psychiatric problems among medical admissions.* Int J Psychiatry Med, 21:71-84, 1991.
- M rgineanu N.** Conduita uman . Ed. tiin ific , Bucure ti, 1973.
- McDonald E, David AS, Pelosi AJ, Mann AH.** *Chronic fatigue in primary care attenders.* Psychol Med, Nov 1993, 23 (4) pp987-98.
- Menninger J.** Men against himself, Ed. Harcourt, New York, 1938.
- Merikangas K, Angst J.** *Neurasthenia in a longitudinal cohort study of young adults.* Psychol Med, Nov 1994, 24 (4) pp 1013-24.
- Mery J.** Cours complet d'influence personnelle. La diffusion scientifique, Paris, 1957.
- Michel-Wolfrom H.** Gynecologie Psychosomatique. Ed. Masson et Cie, Paris, 1963.
- Miclea M.** Stres i ap rare psihic . Ed. Presa Universitar Clujean , Cluj -Napoca, 1997.
- Miege B.** Gândirea comunica ional . Ed. Cartea Româneasc , Bucure ti, 1998.
- Mih escu V** (sub redac ia). Psihoterapie i psihosomatic , Ed. Polirom, Ia i, 1996.
- Mincowski E.** Tr ite de psychopathologie, voi. I, II, Presses Universitaires de France, Paris, 1966.
- Mineka S, Watson D, Clark LA.** *Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders.* Annu Rev Psychol. 1998;49:377-412.
- Minulescu M.** Condi ia de normalitate psihic . Revista Infomedica nr. 12(106), 2002.
- Miroiu M.** Convenio-Despre natur , femei i moral , Ed. Alternative, Bucure ti, 1996.
- Mitchell JE, Raymond N, Specker S.** *A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa.* Int J Eating Dis, 1993; 14(3): 229-47.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM.** *Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence.* Med Care. 1986;24:67-74.
- Morselli, E.** *Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia.* Boll Accad Sci Med, (Genoa) 6:100-119, 1986.
- Moscicki-Ek.** *Epidemiology of suicidal behavior;* Suicide-Life -Threat-Behav., 1995 Spring; 25(1): 22-35.
- Murphy M.** *Somatization: embodying the problem.* Br Med J, 1989; 298: 1331-1332.
- Murphy H.** Comparative Psychiatry. The International and Intercultural Distribution of Mintal Illness. Springer-Verlag, Berlin, 1982.
- Nakdimen A.** *A neglected reference.* Am J Psychiatry, 134:1313-1316, 1977.
- Nayrac P. Elements de psychologic Ed. Flamarion, Paris, 1962.
- Nemoianu V.** Simptome. Institutul European, Ia i, 1995.
- Nijenhuis ER, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J.** *The development and psychometric characteristic of the Somatoform Dissociations Questionnaire (SDQ-20).* J-Nerv-Ment-Dis, Nov 1996; 184(11): 688-94.
- Nire tean A, Ardelean M.** Personalitate i profesie. Ed. University Press, Tg. Mure , 2001.
- Noto-Campanella F, Zuccoli E.** *In tema di dismorfofobia.* Neuropsichiatr, 24:475-486, 1968.
- Ormel J, VonKorff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T.** *Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care.* JAMA, Dec 14, 1994. 272 (22) ppl741-8.

- Osman, AA.** *Psihoza hipochondriac unisimptomatic (P.H.U.)*. The British Journal of Psychiatry, Sep 1991, voi. 159 pp428-430.
- Owens MJ, Heim C.** Role of early adverse life events in the pathogenesis of depression.
- Pelicier Y.** *Les concepts d'asthenie et de fatigue*. Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3pp541-4.
- Peters EF.** Termenii filosofiei grece ti. Ed.Humanitas, 1993.
- Phillips KA.** *Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment of imagined ugliness*, J-Clin-Psychiatry, 1996, 57 Suppl 8: 61-4; discussion 65.
- Phillips KA.** *Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder*. Psychopharmacol-Bull, 1996,32(4): 597-605.
- Phillips KA, McElroy SL, Keck PE i al ii.** *Body dysmorphic disorder: 30 cases of imaginea ugliness*. Am J Psychiatry, 150: 302-308, 1993.
- Piaget J.** Biologie i cunoa tere. Ed. Dacia, Cluj, 1971.
- Pichot P.** *La neurasthenie, hier et aujourd'hui*. Encephale, 20 Spec No 3 pp545-9, Nov 1994.
- Pichot P.** *Panique: attaque et trouble. Historique du mol et des concepts*. Encephale, Dec 1996, 22 Spec No 5 pp3-8.
- Piedmont RL.** *A longitudinal analysis of burnout in the health care setting: the role of personal dispositions*, J-Pers-Assess, Dec. 1993.
- Pirozynski T.** Elemente de psihologie medical i logopedie, Clinica de psihiatrie, Institutul de medicin i farmacie, Ia i.
- Platon.** Opere, voi. IV. Ed. tiin ific i Enciclopedic , 1983.
- Popper KR.** Cunoa terea i problema raportului corp-minte. Ed.Trei, Bucure ti, 1997.
- Portegijs PJ, Van-der-Horst FG, Proot IM, Kraan HF, Gunther NC, Knotterus JA.** *Somatization infrequent attenders of general practice*. Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol, Jan 1996; 31(1):29-37.
- Po tei J.** Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. References Larousse, Paris, 1993.
- Predescu V** (sub redac ia). Psihiatrie, vol.I. Ed.Medical , Bucure ti, 1989.
- Predescu V** (sub redac ia). Psihiatrie. Ed.Medical , Bucure ti, 1976.
- Predescu V** (sub redac ia). Psihiatrie voi.II. Ed.Medical , Bucure ti, 1997.
- Predescu V, Alexandru S, Prelipceanu D, Ionescu R, Tudose C, Tudose F.** *Aspecte psihopatologice i etiopatogenice ale nosologiei psihiatrice la adolescent i adultul tân r*. Revista de Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie nr.3, Iul -Sep 1984.
- Predescu V, Prelipceanu D, Alexandrescu L, Tudose C.** Limite si perspective în patologia nevrotic (referat general), prezentat la a XIIIa Conf tina Na ional de Psihiatrie; Bucure ti, 11-14 Mai 1988.
- Prelipceanu D, Mih ilesu R, Teodorescu R** (sub redac ia). Tratat de s n tate mintal , voi I. Ed. Enciclopedic , Bucure ti, 2000.
- Priest RG, Bullock T, Lynch SP, Roberts M, Steinert J, Vize C.** *Les tats depressifs et les syndromes d'asthenie chronique en mdicine praticienne*. Encephale, Nov 1994, 20 SpecNo3pp571-4.

**Rasmussen SA.** *Obsessive compulsive disorder in dermatologic practice*, J Am Acad Dermatol, 13: 965-967, 1986.

**Ricanu R.** Psihologie medicală și asistență socială. Ed. Societatea Tehnică și Tehnică, București, 1996.

**Reglând B, Andersson M, Abrahamsson L, Bagby J, Dyrehag LE, Gottfries CG.** *Increased concentrations of homocysteine in the cerebrospinal fluid in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome.* Scand J Rheumatol, 1997, 26 (4) pp301-7.

**Restian A.** Medicina cibernetică. Ed. Dacia, Cluj, 1983

**Restian A.** Diagnosticul medical. Ed. Dacia, Cluj, 1988.

**Restian A.** Patologie informațională. Ed. Academiei, București, 1997

**Richman JA, Flaherty JA, Rospenda KM.** *Chronic fatigue syndrome: have flawed assumptions been derived from treatment-based studies?* Am J Public Health, Feb 1994, 84 (2) pp282-4.

**Richter G.** Evenimente stresante de viață și suportul social. Semnificația lor pentru tulburările depresive, pp 94-107 în Depresii noi perspective (sub redacția Vrați R, Eisemann M), Ed. All, 1996.

**Rief W, Heuser J, Mayrhuber E, Stelzer I, Hiller W, Fichter MM.** *The classification of multiple somatoform symptom.* J-Nerv-Ment-Dis, Nov 1996, 184(11): 680-7.

**Rodriguez A, Diaz M, Colon A, Santiago-Delphi EA.** *Psychosocial profile of noncompliant transplant patients.* Transplant Proc. 1991;23:1807-1809.

**Rogers MP, Liang MH, Daltroy LH și alii.** *Delirium after elective orthopedic surgery: risk factors and natural history.* Int J Psychiatry Med, 19:109-121, 1989.

**Roman I.** "Psihonefrologia". Ed. Helicon, Timișoara, 1993.

**Rosenthal R.** *Meta-analytic Procedures for Social Research.* Beverly Hills, Calif: Sage; 1984.

**Roter DL.** *Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance.* Health Educ Monogr. 1977;5:281-315.

**Rouillon F, Delhommeau L, Vinceneux P.** *Le syndrome de fatigue chronique.* Presse Med, Dec 21, 1996, 25 (40) pp2031-6.

**Rovelli M, Palmeri D, Vossler E, Bartus S, Hull D, Schweizer R.** *Noncompliance in organ transplant recipients.* Transplant Proc. 1989;21:833-834.

**Rowan G, Stain JJ, Gise LH.** *The liaison clinic: a model for liaison psychiatry funding, training and research.* Gen Hosp Psychiatry, 6:109-115, 1984.

**Rowland CV.** *Anorexia and obesity.* Int. Psychiatr. Clin, 7, pp7-9, 1970.

**Săbău V, Popescu-Sibiu I.** *Introducere critică în psihanaliză.* Ed. Dacia, Cluj, 1972.

**Sami-Ali.** Corps réel. Corps imaginaire - pour une psychologie psychanalytique. Ed. Bordas, Paris, 1984.

**Saravay SM, Lavin M.** *Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital: a review of outcome studies.* Psychosomatics, 35:233-252, 1994.

**Sartorius N.** *Making of a common language of psychiatry: development of the classification of mental, behavioural, and developmental disorders.* The 10<sup>th</sup> revision of the ICD, WPA Bulletin 1:3-6, 1989, Simpozionul Asociației Europene de Psihiatrie, cu tema "Training for the specialists in Europe", 19-20 Oct 1995, Strasbourg, Franța.

- Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen, HU.** *Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care.* **Br J Psychiatry Suppl**, Jun 19%, (30) pp38-43.
- Schaechter M.** *Neuroses dysmorphophobiques (complexes de laideur et delire ou conviction delirante de dysmorphophobie).* *Ann Med-Psychologiques*, 129:123-145, 1971.
- Schaechter M.** *Neuroses dysmorphophobiques (complexes de laideur et delire ou conviction delirante de dysmorphophobie).* *Ann Med-Psychologiques*, 129:123-145, 1971.
- Scherrer J.** Oboseala. Ed.Humanitas, Bucure ti, 1993.
- Schnyder U i colab.** Antonovsky's Sense of Coherence: Trait or State? *Psychother Psychosom* 2000;69:296-302.
- Schulberg HC, McClelland M, Burns BJ.** *Depression and physical illness: the prevalence, causation, and diagnosis of comorbidity.* *Clin Psychol Rev.* 1987;7:145-167.
- Schweitzer B.** *Stress and burnout in junior doctors.* *S-Afr-Med-J*, Jun 1994.
- Sensky T, MacLeod AK, Rigby MF.** *Causal attributions about common somatic sensations among frequent general practice attenders.* *Psychol-Med*, May 1996, 26(3):641-6.
- Shapiro S Skinner EA, Kessler LG i al ii.** Utilization of health and mental health services: three epidemiological catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry.* 1984;41:971-978.
- Sharpe M.** *Non-pharmacological approaches to treatment.* *Ciba Found Symp*, 1993, 173 pp298-308; discussion 308-17.
- Shorter E.** *Chronic fatigue in historical perspective.* *Ciba Found Symp*, 1993, 173 pp6-16, discussion 16-22.
- Shorter E.** *Somatization and chronic pain in historic perspective.* *Clin-orthop*, Mar 1997 (336):52-60.
- Simon G, Ormel J, VonKorff M i al ii.** *Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care.* *Am J Psychiatry.* 1995;152:352-357.
- Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG i al ii.** *Depressive symptomatology and hypertension associated morbidity and mortality in older adults.* *Psychosom Med.* 1995; 57:427-435.
- Simpson M, Bennett A, Holland P.** *Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis as a twentieth-century disease: analytic challenges.* *J Anal Psychol*, Apr 1997, 42 (2)pp191-9.
- Sims A.** *Symptoms in the Mind. An Introduction to Descriptive Psychology,* Saunders Company Ltd., Norfolk, 1995
- Somerfeld-Ziskind, Esther, MD.** *Child Psychiatry: Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches.* *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 272(18): 1465-1467, Nov 9 1994.
- Spinoza.** *Tratatul despre îndreptarea intelectului.* Ed. tiin ific i Enciclopedic , Bucure ti, 1979.
- Stekel W.** *Psihologia eroticii feminine.* Ed.Trei, Bucure ti, 1997.
- Stinett, JL.** *The functional Somatic Symptom.* *Psychiatr Clin North Am*, 10:19-33, 1987.
- Stoian AE, Tudose F, Fica E, Stoica C, Runcanu N.** Cercet ri asupra accesibilit ii popula iei la asistenta medicala. în condi iile urbaniz rii. , publicat în *Buletinul tiin ific Studenesc al UASCR.* Bucure ti. 1978.

**Stoudemire A, Fogel S (ed.).** Îngrijirea psihiatrică a pacientului de medicină internă, New York, NY, Oxford University Press, 1993.

**Strain JJ, Fulop G, Strain JJ și alii.** *Use of the computer for teaching in the psychiatric residency.* Journal of Psychiatric Education, 10:178-186, 1986.

**Strain JJ, Grossman S.** *Psychological Care of the Medically III: A Primer in Liaison Psychiatry,* New York, Appleton-Century-Crofts, 1975.

**Strain JJ, Lyons JS, Hammers JS și alii.** *Cost off set from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients.* Am J Psychiatry, 148:1044-1049, 1991.

**Strain JJ, Strain JW.** Liaison psychiatry, in *Modern Perspectives in Clinical Psychiatry.* Edited by Howells JG. New York, Brunner/Mazel, 1988, pp76-101.

**Sturm R, Wells KB.** How can care for depression become more cost-effective? JAMA. 1995;273:51-58.

**Surman, OS.** *Usefulness of psychiatric intervention in patients undergoing cardiac surgery.* Arch Gen Psychiatry, 30:830-835, 1974.

**Svedlund J, Sullivan M, Sjodin I, Liedman B, Lundeli L.** *Quality of life in gastric cancer prior to gastrectomy.* Qual Life Res, Apr 1996, 5 (2) pp255-64.

**Șelaru M.** *Isteria sau nevroza conversivă și nevroza disociativă.* Ed. Casa Editorială de Presă Glasul Bucovinei, Iași, 1993.

**McKeown T.** *The Role Of Medicine.* Princeton University Press, Princeton, pp. 29-44, 1979.

**Tacchini G, Musazzi A, Recchia M, Altamura AC, Carta MG, Italian Collaborative Group of Somatoform Disorders.** The present Nosography of Somatoform Disorders: Results of the Italian Epidemiological Study of Somatoform Disorders. 8-th ECNP Congress, Veneția, 1995.

**Teodorescu MC.** *Valorile vitale și morale în practica medicală,* editura Progresul Românesc, București, 1996.

**Terbancea M, Scripcaru Gh.** *Coordonate deontologice ale actului medical,* editura Medicală, București, 1989.

**Thomas, CS.** *Dysmorphophobia: A question of definitions.* Br J Psychiatry, 144: 513-516, 1984.

**Trostle JA.** *Patient compliance as an ideology.* In: Gochman DS, ed. *Handbook of Health Behavior Research, II: Provider Determinants.* New York, NY: Plenum Publishing Corp; 1997.

**Truchon M, Lemyre L,** *Les evenements anticipés comme stressés.* Santé Mentale au Québec, XX, 1995.

**Tudose C, Tudose F, Vasilescu A, Niculi A.** Difficulties in implementing the first liaison psychiatry service in a general hospital in Romania, prezentat la "Mental health Economics and Psychiatric Practice in Central and Eastern Europe", 3-5 august 1999, Varșovia, Polonia.

**Tudose C, Tudose F, Voicilă C.** Contribuțiile psihiatriei în diagnosticarea și tratarea durerii, referat prezentat la Conferința "Omul, Societatea și Durerea", organizată de firma KRKA în colaborare cu Asociația Română pentru Studiul Durerii, 11 Oct 1997, Sinaia.

**Tudose C, Tudose F.** Psihopatologia tulburărilor de personalitate la vârstnic - între îmbătrânirea normală și organicitate. prezentat la a VIII-a Conferință Națională de Psihiatrie Socială, 2-4 septembrie 1999, Bile Felix.

**Tudose C, Tudose F.** The Role of the Major Social Changes in the Affective Disorder Pathomorphosis, prezentat la al XVI-lea Congres al Asociaiei Mondiale de Psihiatrie Social , 17-21 August 1998, Vancouver, British Columbia, Canada.

**Tudose C.** Patomorfoza tulburilor de integrare și adaptare în condițiile unor modificări sociale majore; Lucrare de doctorat, UMF Carol Davila- București, 1996.

**Tudose C.** Psihiatria românească în reformă . Revista *Colegiul*, nr.8(11), voi. II, anul 2, 1998.

**Tudose F, Dobre L.** For whom Liaison Psychiatry is offering psychiatric training in the General Hospital?, prezentat la a 12-a Conferința Societății Sud-Est Europene, 30 Septembrie-3 Octombrie 1998, Thessaloniki.

**Tudose F.** Adolescent Suicide - A Case History of Addictive Behaviour, lucrare comunicată la al 17-lea Simpozion Danubian de Psihiatrie, 24-27 aprilie 1996, Timișoara.

**Tudose F.** Aspecte ale aplicării subnarcozei în nevroze - Lucrare de diplomă, București, 1977.

**Tudose F.** Binomul anxietate-depresie - în condiții postrevoluționare, a IX-a Conferința Societății Sud-Est Europene de Neurologie și Psihiatrie, 23-26 septembrie 1992, Thessaloniki, Grecia.

**Tudose F.** Directii de intervenție terapeutică în psihiatria de legătură . Simpozionul Național *Terapie și Management în Psihiatrie* din 12-14 noiembrie Cercul Militar, Craiova; 1998.

**Tudose F.** Drepturile omului și drepturile oamenilor. Infomedica nr. 1, an VI, 1998.

**Tudose F.** Etică și deontologie în colaborarea psihiatrului cu specialiștii cu medicii de alte specialități în spitalul general, lucrare prezentată la Conferința Națională de Psihiatrie Brașov, 25-26 iunie 1999;

**Tudose F.** La formation en Roumanie. lucrare comunicată la Congresul European al Asociaiei Mondiale de Psihiatrie, Strasbourg, Nov 1995.

**Tudose F.** Liaison Psychiatry - A Novelty in Romania, poster prezentat la eel de al X-lea Congres Mondial de Psihiatrie, 23-28 Aug 1996, Madrid, Spania, rezumat publicat în volumul de rezumate pag. 158.

**Tudose F.** Liaison Psychiatry at the University Hospital of Bucharest, lucrare comunicată la Congresul European al Asociaiei Mondiale de Psihiatrie, 23-26 aprilie 1997, Geneva, Elveția, în cadrul simpozionului cu tema "Contribuția psihiatrilor în practica medicală".

**Tudose F.** Liaison Psychiatry at the University Hospital of Bucharest, lucrare comunicată la Congresul European al Asociaiei Mondiale de Psihiatrie, 23-26 Apr 1997. Geneva, Elveția, în cadrul simpozionului cu tema "Contribuția psihiatrilor în practica medicală".

**Tudose F.** Corpul în psihopatologie - Lucrare de doctorat, UMF Carol Davila-București. 1997.

**Tudose F, Niculici A.** Le role des troubles de la personnalité dans les tendances suicidaires «raves, lucrare comunicată la Seminarul franco-român de psihiatrie din 15 Ian 1998, Institutul Francez, București.

**Tudose F.** The Frequency of the Somatoform Disorders in a Psychiatric Service Connected with the General Hospital, lucrare prezentată la a XI-a Conferința Societății Sud-Est Europene de Neurologie și Psihiatrie, 25-28 Sep 1996, Thessaloniki, Grecia, rezumat publicat în volumul de rezumate al conferinței, ppl74.

**Tudose F, Tudorache B.** Conception de la readaptation psychosociale dans une societe socialiste: lexemple roumain, lucrare, prezentat la Congresul Mondial al Asociației de Reabilitare Psihosocial, Montreal, 13-16 Oct 1991.

**Tudose F, Iorgulescu M.** *Corpul în depresie*. Revista Infomedica voi.II, nr.6 (10), 1994, pp 186-188.

**Tudose F, Nicul i A.** Alice în ara minunilor sau despre folosirea psihotropelor în spitalul general, lucrare prezentat la Conferința Națională de Psihiatrie cu tema "Terapia psihofarmacologică în practica psihiatrică", București, 24-26 Oct 1997, rezumat publicat în Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie și Psihologie Medicală nr. 2-3/1997, ppl6.

**Tudose F, Nicul i A.** *Aspecte psihopatologice ale durerii în cancer*. Revista Asociației Române pentru Studiul Durerii, "Durerea acută și cronică", nr. 1/1997/volum 5, pp 16-25.

**Tudose F, Prelipceanu D.** Depresia sau tentaia modelului, comunicat la Conferința USSM Secția Psihiatrie, cu tema "Depresiile", Târgu-Mureș, 10-11 Oct 1986, publicat în volumul Depresiile, 1987, pp480-481.

**Tudose F, Gorgos C.** Considerații asupra a 10.000 de cazuri tratate în stațiunea de zi al Centrului de Sănătate Mintală Titan, lucrare prezentat la a IV-a Conferință Națională de Psihiatrie, București, 1982.

**Tudose F, Tudose C.** Aspecte ale psihopatologiei vârstnicului, prezentat la Congresul Internațional de Gerontologie, București, 9-11 Iun 1988.

**Tudose F.** *Risc și eficiență în administrarea extrapsihiatrică a psihotropelor*. Revista Infomedica nr.2(14), pp70-72, Feb 1995.

**Tudose F.** *Sinuciderea I adolescenții tineri - un comportament addictiv tipic*. Revista de Medicină Legală, vol.4, nr.4, Dec 1996, pp354-358.

**Tudose F.** *Somatizarea - un nou concept sau o abordare eclectică a nosologiei?* Studiu clinic publicat în Revista română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie și Psihologie Clinică, anul III, nr. 1/1995, pp 12-21.

**Tudose F.** The Frequency of the Somatoform Disorders in a Psychiatric Service Connected with the General Hospital, lucrare prezentat la a XI-a Conferință a Societății Sud-Est Europene de Neurologie și Psihiatrie, 25-28 Sep 1996, Thessaloniki, Grecia, rezumat publicat în volumul de rezumate al conferinței, ppl74.

**Tudose F, Gorgos C.** Tratamentul de lungă durată al bolnavilor psihici în asistența ambulatorie, lucrare prezentat la a IV-a Conferință Națională de Psihiatrie, București, 1982.

**Tudose F, Gorgos C.** Un sistem deschis - psihiatria deceniului IX. lucrare prezentat la Sesiunea științifică Anuală al Policlinicii Titan, 1981.

**Tudose F.** Major Social Changes of East-European Countries - A Trauma for Adolescents (Romanias Case), lucrare prezentat la al 4-lea Congres Internațional de Psihiatrie a Adolescenților, 5-8 iulie 1995, Atena.

**Tudose F, Nicul i A.** Folosirea medicației psihotrope în serviciul de psihiatrie de legătură din spitalul general. Conferința Națională de Psihiatrie Brașov, 25-26 iunie 1999.

**Tudose F.** Psihiatria de legătură în Spitalul General - direcție contemporană în reforma psihiatrică. Revista Română de Sănătate Mintală, nr. 10 (2)/1998.

**Tudose F.** Psihiatria de legătură și imaginea psihiatriei pentru medicii de altă specialitate, lucrare prezentat la XI World Congress of Psychiatry, Hamburg, 6-11 august 1999.



**Tudose F.** The Psychoterapeutic Approaches - An Important Contribution to the Medical Treatment in the First Liaison-Psychiatry Department in Romania, lucrare prezentat la al 11-lea Congres Interna ional al Asocia iei Mondiale de Psihiatrie Dinamic , din 4-8 Martie 1997, Munich, Germania.

**Tudose F.** Three years of activity of the first liaison psychiatry department in Romania - difficulties and perspectives, prezentat la a 12-a Conferin a Societ ii Sud-Est Europene de Psihiatrie i Neurologie, 30 Septembrie - 3 Octombrie 1998, Thessaloniki, Grecia.

**Tudose F, Vasilescu A, Tudose C, Dobrea L.** Patogeneza sindromului de oboseal cronic între ipoteza endocrin si ipoteza imunologic . al IX-lea Simpozion Na ional de Psihoneuroendocrinologie din 11-12 iunie 1999.

**Tudose F, Radu E.** Addictive-Type Behaviour in Teenagers and Young People as a Result of Major Social Disruption, prezentat la al 14-lea Congres Interna ional de Psihiatrie a Copilului i Adolescentului (I.A.C.A.P.A.P.). Stockholm, 2-6 August 1998, Suedia.

**Tudose F, Gorges C, Antonescu-Botezat I.** Boala psihic - concept i realitate clinic, lucrare prezentat la Sesiunea iin ific Anual a Policlinicii Titan, 1981.

**Tudose F, Gorgos C, Tudose C.** Orient ri moderne în psihiatria contemporan : concluzii ale unui studiu OMS, lucrare prezentat la a VIII-a Conf ture a USSM Bucure ti, 1-2 Iul 1983.

**Tudose F.** O abordare modern a psihologiei medicale. Ed. Infomedica, Bucure ti, 2000.

**Tudose F, Badea M.** Comunicarea - preven ie i terapie în patologia colului uterin, co-autor. Ed. Infomedica, Bucure ti, 2000.

**Tudose F.** Erotica în cotidian. Ed. Infomedica, Bucure ti, 2001.

**Tudose F, Tudose C.** Abordarea pacientului în psihiatrie. Ed. Infomedica, Bucure ti, 2002.

**Tudose F, Tudose C, Dobranici L.** Psihopatologie i psihiatrie pentru psihologi. Ed. Infomedica, Bucure ti, 2002.

**Tudose F.** Disfunc ia erectil în psihiatrie în „Disfunc ia erectil -ghid clinic” (sub redac ia Nicolae Calomfirescu). Ed. Medical Amaltea, Bucure ti, 2002.

**Tusques J.** Initiation à la psychologie medicale, Librairie Maloine, Paris, 1976.

**Uexkll Th.von, Adler Ir, Herrmann Jm, Khle K, Schonecke OW, Westack W.** Psychosomatische medizin. Ed. Urban & Schwarzenberg, 1996.

**Updegraff HL, Menninger KA.** *Some psychoanalytic aspects of plastic surgery.* Am J Surg, 25:554-558, 1993.

**Ursea N.** Rinichiul artificial i alte mijloace de epura ie extrarenal . Funda ia român a rinichiului, Bucure ti, 1997.

**Ursea N.** Tratat de nefrologie. Ed. Artprint, Bucure ti, 1994.

**Uston TB, Bertelsen A, Dilling H i al ii.** ICD-10 Casebook - The Many Faces of Mental Disorders, American Psychiatric Press, Inc., 1996.

**Van Gennep A.** Riturile de trecere. Ed. Polirom, Ia i, 1996.

**Van-Dulmen AM, Fennis JF, Mookink HG, Blijenberg G.** *The relationship between complaint-related cognitions in referred patients with irritable bowel syndrome and subsequent health care seeking behaviour in primary care*, Fam-Pract., Feb 1996, 13(1): 12-7.

**Van-Hemert AM, Speckens AE, Rooijmans HG, Bolk JH.** *Criteria for somatization studied in an outpatient clinic for general internal medicine*, Ned-Tijdschr-Geneskd, 8 Jun 1996, 140(23): 1221-6.

**Vasilescu A, Vasilescu L, Tudose F.** «Abordarea cognitiva a obezității - de la stilul cognitiv la psihoterapie», al IX-lea Simpozion Național de Psihoneuroendocrinologie din 11-12 iunie 1999.

Vaysse J. *Petit traité de médecine psychosomatique*. Ed. Synthelabo, Paris, 1996.

**Vileanu V, Constantin D.** *Psihosomatic feminin*. Ed. Medical, București, 1977.

**Venisse JL** (sous la direction). *Les nouvelles addictions*. Ed. Masson, 1991.

**Vianu I.** *Introducere în psihoterapie*. Ed. Dacia, Cluj Napoca, 1975.

**Villey G.** *La psychiatrie et les sciences de l'homme*. Ed. Felix Alean, Paris, 1933.

**Vitello A.** *Schizofrenie e dismorfofobie*. Ospedale Psichiatr, 38:57-73, 1970.

**Vîrteș P, Badea M, Tudose F și alii.** *Female genito-mammarian cancer in young women. Approach and quality of life*, Eur.J.Gynaec Oncol, vol.XIX, n.1, 1998.

**Vlad N.** *Psihopatologie în semnificația clinică și relațională*, editura Quadrat, Botoani, 1995.

**Vrasti R, Eisenmann M.** *Depresii - noi perspective*. Ed. All, București, 1996.

**Wallen J, Pincus HA, Goldman HH și alii.** *Psychiatric consultations in short term hospitals*. Arch Gen Psychiatry, 44:163-168, 1987.

**Walsh BT.** *Anorexia nervosa and bulimia: the psychiatric approach*. In: Bardin CW (ed) *Current Therapy in Endocrinology and Metabolism*. BC Decker, Philadelphia, pp16-19, 1991.

**Walsh BT, Devlin MJ.** *The pharmacologic treatment of eating disorders*. Psych Clin N Am, 1992; 15: 149-60.

**Ware NC, Kleinman A.** *Culture and somatic experience: the social course of illness in neurasthenia and chronic fatigue syndrome*. Psychosom Med, Sep-Oct 1992, 54 (5) pp546-60.

**Wessely S.** *Le syndrome de fatigue chronique (SFC). Problemes cliniques, sociaux, psychologiques, et prise en charge*. Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp581-95.

**Wessely S.** *Mass hysteria: two syndromes?* Psychol Med, 1987, 17: 109-120.

**Whitcomb ME.** *The Role of Medical Schools In Graduate Medical Education*. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 272(9):702-704, Sep 7 1994.

**Widlocher D.** *Les Logiques de la depression*. Paris, Fayard, 1983.

**Widlocher D.** *Les processus d'identification*. Bulletin de Psychologie, 23 (17-19, 1199-1114) 1970.

**World Health Organization.** *International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> Revision*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1991.

**World Health Organization.** *Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 2<sup>nd</sup> Edition*. Geneva, World Health Organization, 1994.

**World Health Organization.** *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*, World Health Organization, Geneva, 1993.

**Wright S.** *Familial Obsessive-Compulsive Disorder Presenting as Pathological Jealousy Successfully Treated With Fluoxetine*. Archives of General Psychiatry, 51(5):430-431, May 1994.

**Yager J** *Tratamente psihosociale în tulburările de alimentație* Archives of General Psychiatry 57(11): 153-164, Nov 1994.

**Zarcovic G, Enchescu D.** Probleme privind politicile de sănătate în rile Europei Centrale și de Răsărit - evoluția recentă și perspectivele sistemului de sănătate în România. Ed. Infomedica, București, 1998.

**Zerbe KJ.** *Eating disorders in the 1990s: Clinical challenges and treatment implications.* Bull Meninger Clin, 1992; 56: 167-87.

**Zheng YP, Lin KM, Zhao JP, Zhang MY, Yong, D.** *Comparative study of diagnostic systems: Chinese Classification of Mental Disorders-Second Ed. versus DSM-III-R.* Compr Psychiatry, Nov-Dec 1994, 35 (6) pp441-9.

**Zimrner J.** *Length of stay and hospital bed misutilization.* Med Care, 14:453-462, 1974.

**Zlate M.** Introducere în psihologie. Ed. Ansa, București, 1994.

**Verhaak PFM.** *Variations in the diagnosis of psychosocial disorders: a general practice observational study.* Soc Sci Med. 1986;23:595-604.

**Wells KB, Golding JM, Burnam MA.** *Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions.* Am J Psychiatry. 1988; 145:976-981.

**Wells KB, Rogers W, Burnam MA, Greenfield S, Ware JE Jr.** *How the medical comorbidity of depressed patients differs across health care settings: results from the Medical Outcomes Study.* Am J Psychiatry. 1991;148:1688-1696.

**Wells KB.** *The role of depression in hypertension-related mortality.* Psychosom Med. 1995;57:436-438.