

# PSIHOLOGIE CLINICĂ ȘI MEDICALĂ

Prof.univ.dr. **Florin TUDOSE**

## **Obiective**

*Cunoașterea semnelor și simptomelor principalelor boli psihice, a semnificației psihopatologice a diferitelor aspecte ale comunicării, relaționării și conduitei pacienților psihiatrici, a principalelor elemente semiologice ale tabloului clinic al diferitelor boli, abilitarea în vederea diagnosticării lor, a stăpânirii principalelor criterii și elemente de predicție asupra evoluției și prognosticului principalelor boli psihice.*

## **I. OBIECTUL ȘI RELAȚIILE PSIHOLOGIEI MEDICALE**

### **1. Psihologia medicală: definiție, obiect, conținut, interrelații**

**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 profesiune.

Încercând să simplifice domeniul de definiție, **Huber W. (1992)** definește **psihologia clinică** arătând că este ramura psihologiei care are drept obiect problemele și tulburările psihice ca și componenta psihică a tulburărilor somatice. Este deci studiul problemelor psihice care se manifestă în conduitele normale și patologice și ale 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 profesiunii medicale, ci să o extindă către psihologia sănătății și psihologia comunitară.

În ceea ce privește alegerea între sintagmele „psihologie medicală” și „psihologie clinică” credem că fără a fi similare, cele două formulări acoperă un câmp asemănător de preocupări, psihologia clinică putând fi considerată un subdomeniu al psihologiei medicale.

Considerăm că despărțirea artificială psihologie clinică – psihologie medicală nu poate fi făcută, psihologia medicală având drept instrument de lucru metoda clinică. De asemenea, despărțirea psihologiei medicale de psihologia medicinei ni se pare un demers inutil care ar crea artificial un domeniu care nu ar avea unelte specifice.

## 2. Raportul psihologie medicală și clinică – psihologie

Psihologia medicală se dezvoltă azi din întrepătrunderea cu alte domenii de cunoaștere și cercetare cum ar fi: psihopatologia, psihologia holistică și antropologia, psihanaliza și psihologia dinamică, cronobiologia, etologia, sociologia, psihologia experimentală și neurofiziologia. Cu fiecare din aceste domenii psihologia medicală are legături biunivoce și face un schimb continuu de informații. Ea este legată de domeniul psihologiei generale prin aspectele legate de comunicare, aspectele legate de psihologia dezvoltării, aspectele legate de personalitate. Psihologia medicală este legată de:

- **Psihologia socială**
- **Psihologiei diferențiale**
- **Psihologia morală**

Relații cu domeniul științelor medicale și biologice

- **Psihiatria**
- **Psihoneurofiziologia**
- **Psihofarmacologia**
- **Psihopatologia**
- **Psihosomatica**

## II. NORMAL ȘI PATOLOGIC ÎN BIOLOGIE, MEDICINĂ ȘI VIAȚA PSIHICĂ

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 (*Aș vrea să devin normal*). Normalul este și un termen descriptiv indicând o medie (*Aș vrea să fiu normal ca și ceilalți, ca toată lumea*).

Dicționarul de psihologie LAROUSSE precizează că **normalitatea** este o noțiune relativă, variabilă de la un mediu socio-cultural

la altul și în plus face interesanta precizare că *în medicină există tendința de a se asimila omul normal individului perfect sănătos, individ care la drept vorbind nu există* (Sillamy N, 1995).

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 real: normalitatea ca sănătate, normalitatea ca valoare medie, normalitatea ideală, normalitatea ca proces.

### 1. Normalitate și sănătate

Prima perspectivă a normalității ca sănătate este una tradițională, cei mai mulți medici și printre aceștia și psihiatri echivalând normalitatea cu starea de sănătate căreia i 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.

Normalitatea, adică sănătatea, în cazul nostru cea mintală pare a fi o vastă sinteză, o rezultantă 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 sănătate 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 trăi și al echilibrului introversie-extroversie.

### 2. Normalitatea ca valoare medie

Un mod obișnuit de a concepe normalitatea folosit în studiile normative de tratament se bazează pe descrierea statistică a fenomenelor biologice, psihologice și sociale conform repartiției *gaussiene* a curbei în formă de clopot. Această abordare concepe porțiunea mediană cea mai importantă ca dimensiune drept corespunzătoare normalului, iar ambele extreme, ca deviate. 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.

### 3. Normalitatea ca utopie

În această perspectivă se stabilește o normă ideală (valorică) referitoare la 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 și care se exprimă în formulări normative, prescriptive. 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 contextul socio-cultural istoric și geografic (etnic, comunitar, statal, religios ș.a.).

### 4. Normalitatea ca proces

Este o a patra perspectivă asupra normalității care pune accentul pe faptul că un comportament normal este o rezultată finală a subsistemelor care interacționează între ele. Ea operează cu așa-numita normă responsabilă sau funcțională (**Kolle K.**) care reflectă măsura în care un organism, o persoană, un subiect își împlinește rolul funcțional pentru care există în economia sistemului supradiacent din care face parte. Luând în considerare această definiție, schimbările temporale devin esențiale pentru completa definiție a normalității. Cu alte cuvinte, normalitatea – ca proces – consideră esențiale schimbările și procesele mai mult decât o definire transversală a normalității.

## III. SĂNĂTATE ȘI BOALĂ, ADAPTARE ȘI STRES

**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 stărilor 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. 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.

### 1. 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. Delay J. și Pichot P. consideră că anormalul reprezintă o abatere calitativă și funcțională de la valoarea și semnificația generală a modelului uman.

### 2. 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 nivele și din variate incidente a structurilor funcționale ale individului în perspectivă corporal-biologică sau psihic-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.

**Boala psihică** trebuie considerată ca interesând întreaga ființă umană în complexitatea ei biologică, psihologică, axiologică și socială. Apare deci evident, ca analiza normalității psihice, a psihismului văzut cu un „multiplex”, să implice nu numai corelații biologice, ci și sociale, culturale, epistemologice și dinamice.

### 3. Despre conceptul de adaptare

Prezentă la orice formă de psihism, adaptarea este implicată în toate tipurile de reacții întâlnite la om, după cum poate fi identificată chiar și în secvențele constitutive ale unor subsisteme psihice ale personalității. În acest sens, este cazul să consemnăm opinia marelui psiholog **J. Piaget**, pentru care legile fundamentale după care funcționează psihicul uman sunt asimilarea și acomodarea, ambele cu evidente implicații adaptative. Pentru **J. Piaget** 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 sănătății și bolii comunităților umane și profesionale și, de asemenea, se va vorbi despre managementul stresului și reducerea stresului prin adaptare eficientă.

În 1937, **Selye H.** introduce termenul de sindrom 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

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

- a. eliminarea sau modificarea condițiilor care creează probleme;
- b. perceperea controlului semnificației trăirilor într-o manieră prin care să se neutralizeze caracterul ei problematic;
- c. păstrarea consecințelor emoționale ale problemelor în limite controlabile.

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

### 4. Conceptul de stres

Introducerea conceptului de stres în câmpul medical a fost legată de lipsa resimțită în ultimele patru decade, în practica 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 favorizanți, declanșarea și întreținerea bolilor.

Conceptul de stres, introdus de **Selye H.** indica inițial o acțiune de suprasolicitare exercitată din exterior asupra organismului, care determina o reacție de adaptare nespecifică a organismului față de agresiunea care-i amenința 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).

Conceptul a suferit reconsiderări succesive în care a fost precizată mai clar noțiunea de *agent agresor* sau *stresor* și s-a făcut extensia către așa-numitul 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 își găsește 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 psiho-traumatizante. În stresul psihic, principalii agenți stresori sunt reprezentați de cei cu conținut noțional-ideativ, recepționați de subiect ca indicatori unor situații amenințătoare „actuale” sau „în perspectivă” pentru indivizii agresionați.

- cei senzoriali externi. Aceștia pot deveni agenți stresori în două cazuri: atunci când se bombardează scoarța cerebrală timp îndelungat și cu o intensitate crescută sau în cazul când au o semnificație pentru subiect.

- parametri de acțiune ai agenților stresori sunt reprezentați de durată în funcție de atribute precum „noutatea” și „bruschețea” cu care se acționează.

**Lucian Alexandrescu (2000)** stabilește o clasificare stresului realizată în funcție de următoarele criterii: magnitudinea absolută sau

relativă a stresului; raportul sau cu etapa de viață a subiectului (ciclul vieții, după **Erikson**, în termeni de concordant, neconcordant, indiferent); nuanțele de expectabilitate – neexpectabilitate și controlabilitate – necontrolabilitate; răspândirea generală a stresorilor și efectul lor asupra omului „obișnuit”. Clasificarea este aplicabilă pentru orice stresori, la orice vârstă și în conjuncție cu orice sistem de clasificare al bolilor psihice. Ea conține opt grupe mari, notate **A-H**.

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

Școala românească de psihologie consideră personalitatea ca pe un macrosistem al invarianților informaționali și operaționali, exprimat constant prin conduită și caracteristicile subiectului (**Popescu-Neveanu P.**).

Noțiunea 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 căreia ne manifestăm specific, deosebindu-ne 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 (trebuiețe, tendințe, dorințe, aspirații, scopuri, idealuri); latura efectorie sau instrumentală (deprinderi, priceperi, capacitate, aptitudini); latura relațională (trăsături de caracter și interpersonale) și constituția fizică biotipologică a individului.

##### 1. Personalitatea și ciclurile vieții

O abordare a problemei personalității din perspectiva ciclurilor vieții și influenței modelelor sociale asupra capacităților de maturizare ale persoanei credem că este utilă nu doar în înțelegerea modului în care personalitatea se dezvoltă, ci și în înțelegerea 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 vieții, și anume în mod specific cu „crizele” din evoluția ciclului vieții din concepția epigenetică a lui **Erikson E.** ca și din alte teorii ale ciclului vieții.

Termenul de **ciclu al vieții**, *life cycle* – s-a născut din necesitatea cercetătorilor de a reflecta teoria dezvoltării. A vorbi de un ciclu general al vieții înseamnă a întreprinde o călătorie de la naștere până la moarte, esențială pentru înțelegerea complexităților comportamentului uman; infinit din punct de vedere cultural și cu infinite variații individuale, ciclul vieții are întotdeauna aceleași secvențe, demonstrând că există o ordine în cursul vieții umane, în ciuda faptului că viața fiecărei persoane este unică. ***Această secvență invariabilă 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 vieții.

O a doua considerație generală este principiul **epigenetic**, descris pentru prima dată de **Erikson E.** care susține că fiecare etapă din ciclul vieții 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 nereușite în rezolvarea crizei specifice unei perioade de viață, modelul epigenetic susține că toate etapele ulterioare de dezvoltare vor reflecta acest eșec sub forma dezadaptării pe plan cognitiv, emoțional, social și chiar fizic, vulnerabilizând deci persoana.

Fiecare etapă de dezvoltare din ciclul vieții are o **caracteristică dominantă**, un complex de trăsături sau o criză specifică, ce o distinge atât de etapele anterioare, cât și de cele ce o vor urma. Apariția conceptului de *ciclu al vieții* se situează la sfârșitul secolului trecut, concepția actuală fiind determinată și modulată de surse importante și diferite.

Variatele teorii ale ciclului vieții folosesc o terminologie diversă, neexistând un vocabular standard, dar utilizând în general termeni congruenți: etapă, stadiu, eră, interval, epocă etc.

## 2. Etapele ciclului vieții

Oamenii trec prin opt stagii de dezvoltare psihosocială. În fiecare stadiu există o criză și o dezvoltare unică. Dacă momentul crizei este depășit cu succes, se dezvoltă în persoană o parte pozitivă. Este posibil să te întorci și să reconstruiești un stadiu dacă acesta nu a fost finalizat cu succes.

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 sănătos, și unul negativ sau nesănătos. 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 trecută cu succes înainte ca să fie posibilă trecerea la următorul nivel. Succesiunea etapelor nu se face automat, ci 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.

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

- a) etapa oral-senzorială: încredere/ neîncredere;
- b) etapa muscular-anală: autonomie/ rușine și nesiguranță;
- c) etapa locomotor-genitală: inițiativă/ vinovăție;
- d) stadiul de latență: hărnicie, perseverență/ inferioritate;
- e) etapa pubertății și adolescenței: identitatea ego-ului/ confuzie de rol;

- f) etapa tinereții timpurii: intimitate/ izolare;
- g) etapa adultă propriu-zisă: (pro)creație/ stagnare;
- h) etapa maturității: integritatea ego-ului/ disperare.

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

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 (bătrânețea).

### 3. „Sensul personal al vieții”

Această noțiune dezvoltată de **Gustav Jung** la începutul secolului al XIX-lea încearcă să dea un înțeles dezvoltării individuale către autonomie și împlinire. **G. Jung** susține existența unui conținut obiectiv al psihicului (Sine) cu care Eul intră în relație în procesul de individualizare. Autoactualizarea conținuturilor 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.

Fenomenul complex, numit de **K. Jaspers** „*Ichbewusstsein*” (conștiința identității personale), trebuie considerat pe de o parte nucleul vieții psihice normale și, pe de altă parte, punctul de plecare al tuturor fenomenelor psihopatologice.

**K. Jaspers** consideră conștiința egoului ca având patru subfuncții:

- **Sentimentul conștiinței activității.** De fapt, conștiința egoului este mai întâi „experimentată ca o activitate originală non-comparabilă”. Este percepția de a fi o sursă de activitate originală care se poate de asemenea manifesta fără vreun conținut.

- **conștiință a unității.** Aceasta este rezumată în sintagma „*Eu sunt același și toate părțile mele se află în conexiune între ele pentru a-mi determina sinele*”. Cu alte cuvinte, în orice moment, știu că sunt o persoană și numai una.

- **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, știu mereu că apar schimbări în viața mea ce mențin 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 un sens corect al identității.

- **Conștiința deținerii de conținuturi „personale” specifice conștiinței.** Cu alte cuvinte, certitudinea internă că aceste conținuturi 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 conținuturilor pe parcursul schimbărilor vieții. Acest nucleu mă face egal cu persoana ce eram în trecut și diferit de „nucleul” altora.

#### 4. Boală și personalitate

Fundalul bolii psihice ca și 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 întrepătrundere, alcătuind o ecuație ale cărei soluții sunt infinite. Și asta pentru că, spre exemplu, dacă în reacții agentul patogen (trauma psihică) va fi exterior terenului (personalitatea), în dezvoltări el se va și 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 descriptibilă 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 definitivă. 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 asistăm 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, dementială, care se transfigurează la nivel individual într-o caleidoscopică organizare.

### **5. Modalități de abordare a pacientului internat cu tulburare de personalitate**

Pacienții cu tulburări de personalitate sau comportamente regresive, deseori au crescute anxietatea, furia, indignarea, o nevoie de a pedepsi sau un comportament evitant față de personalul secției. 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 afișate. 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 îndreptățită. Dacă există probleme reale, atunci acestea trebuie corectate. Pentru unii pacienți cu tulburări de personalitate, în special indivizii obsesiv-compulsivi, lucrul cu echipa 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. Totuși, mai frecvent, pacienții cu tulburare de personalitate necesită limite, structură 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, ci asigură o structură de siguranță pentru pacient. Pacienții cu tulburare de personalitate borderline, histrionică, antisocială, dependentă sau narcisistă sunt cel mai dispuși la a avea o astfel de structură.

### **6. 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:

- Eficacitatea (**Bandura, 1977, 1982, 1988; Waltz și Gough, 1984**).
- Rezistența (**Kobasa, 1979, 1982**).
- Control (**Rotter, 1966; Phares, 1979**).
- Competența (**White, 1959**).

## V. VULNERABILITATE, EVENIMENT DE VIAȚĂ, CONFLICT ȘI CRIZĂ

### 1. Evenimentul de viață – o abordare contemporană

În ultimul deceniu sociologii au studiat determinanții socio-culturali ai sănătății mintale și ai bolii, factorii sociali în situația de căutare a ajutorului psihiatric, atitudini față de boala psihică, și organizarea de îngrijire a sănătății 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.

### 2. Natura evenimentului

**Adolph Meyer** deschide calea, publicând observațiile sale medicale asupra acumulării 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. 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 e plină de schimbări, ating scoruri înalte.

### 3. 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 excludă 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 caz de eșec al strategiilor utilizate pentru a face față încercării respective (**Kessler și colab., 1985**). O maladie cronică gravă, precum leucemia sau o dezamăgire în dragoste, ne aduc aminte cât de puțin stăpânim destinul. Scăderea 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 expectațiilor firești, pot apare confuzie și dezorientare (de exemplu, un logodnic rupe logodna, deși 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 determinantă în afectarea sănătății mintale. Efectele evenimentelor se pot face simțite la nivelul sistemului imunitar și să provoace fatigabilitate sau probleme somatice, care mai devreme sau mai târziu, vor duce la stări depresive.

**Thoits (1983)** face o excelentă sinteză a dimensiunii evenimentelor care au efecte specifice asupra stării sănătății 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 sănătatea mintală, indiferent de tipurile de indici utilizați, de diagnosticile tradiționale de depresie, schizofrenie, indiferent de suferința sau de comportamentele psihopatologice.

A doua dimensiune este sentimentul de control al evenimentului. Se 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 puține consecințe asupra sănătății mintale decât **schimbările nenormative, neprevăzute**, cum sunt divorțul, boala, șomajul etc.

#### 4. Constrângerile – rolul și natura lor

Cadrul prea restrâns al analizei evenimentelor poate lăsa să se creadă că sănătatea mintală 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 considerație 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 investiției afective. Interesul în ceea ce privește noțiunea de rol constă, de asemenea, în a vedea în ce măsură comportamentul individului este legat de macro-structurile 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**). Există mai multe tipuri de constrângere a rolului:

- **Constrângerile datoriei**
- **Conflicte interpersonale**
- **Multiplicitatea rolurilor și conflictele interpersonale**
- **Înțepenirea în rol**
- **Schimbarea rolurilor**
- **Restructurarea rolurilor**



## 5. Vulnerabilitate și agenți declanșatori

**M. Lăzărescu** 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 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 aceștia. 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 psihosociali 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.

**M. Lăzărescu (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.

## 6. Suport social

Aceste cercetări au arătat consecvent că există diferențe de grup în vulnerabilitatea la stres. Rezultă și 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 psihiatrice și factori precum: expresia receptării 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 cu tărie faptul 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.

## VI. MECANISMELE DE APĂRARE

Dintre numeroasele definiții date mecanismelor de apărare, o reținem pe cea a lui **Widloecher (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 a **DSM-lui IV**, în care **mecanismele de apărare** (*styles of coping*) sunt definite ca procese psihologice automate care protejează individul de anxietate sau de perceperea de pericole sau de factori de stres interni sau externi. Autorii DSM-ului mai fac precizarea că mecanismele de apărare constituie mediatori ai reacției subiectului la conflictele emoționale și la factori de stres externi sau interni.

**Ionescu Ș., Jacquet M. M. 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 născută 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.

În psihanaliză, **cele 10 mecanisme de apărare clasice** sunt: **refularea, regresia, formațiunea reacțională, izolarea, anularea retroactivă, transformarea în contrariu, sublimarea, introiecția, proiecția, reîntoarcerea către sine.**

Din perspectivă cognitivă, mecanismele de apărare sunt considerate ca strategii sau proceduri de prelucrare a informației negative cu funcția de reducere a distresului. Sunt recunoscute următoarele mecanisme de apărare principale:

**Negarea defensivă (refuzul), Represia, Proiecția, Raționalizarea, Intelctualizarea/izolarea.**

## VII. ASPECTE ALE COMUNICĂRII CU PACIENTUL

### 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 din cei doi parteneri către obiectivele precise ale întrevederii: aflarea răspunsurilor în legătură cu modificarea stării de sănătate, remediile propuse pentru înlăturarea acestora, modalitățile practice de acțiune. În afara acestui fascicol de informații, să-i zicem central, are loc și o altă trecere de mesaje secundare, care permit răspunsul la o serie de probleme „periferice”.

**Fereastra de comunicare DONA** reprezintă un concept al modului în care se derulează relația de comunicare între doi parteneri față în față. 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.

|  |  |
|--|--|
| <b>Zona D<br/>DECHISĂ<br/>INTERACȚIUNE</b> | <b>Zona O<br/>OARBĂ<br/>VULNERABILITATE</b>  |
| <b>Zona A<br/>ASCUNSĂ<br/>INTIMITATE</b>   | <b>ZONA N<br/>NECUNOSCUȚĂ<br/>DEZVĂLUIRE</b> |

- **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 „pătrat”, 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 „pătrat” o 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 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 „pătrat” 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.

## 2. Relația medic-pacient și 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.

**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 al motivației și personalității privind trăirea bolii și reacția la ea. Sistemul social pune accentul pe influențele culturale de mediu și familiale asupra exprimării bolii și trăirii ei.

## 3. Calități terapeutice esențiale

**Calitățile 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, conduc la obținerea unor mai bune relații terapeutice în practica obișnuită. În opinia lui Carl Rogers ele sunt: **respectul** (sau abordarea pozitivă necondiționată), **originalitatea** (sau congruența), **empatia**.

#### 4. 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 aleg unul pe altul. Modelele cel mai adesea derivă din personalitățile, expectațiile 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.

**Modelele specifice ale relației medic – pacient sunt:** Modelul activ/pasiv, Modelul profesor-student (părinte/copil, sfătuire/cooperare), Modelul participării mutuale, Modelul prietenesc (socio-familiar).

#### 5. Transfer și contratransfer în relația medicală

**Atitudinile transferențiale.** Atitudinea pacientului față de medic este susceptibilă 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 pe 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.

### VIII. MEDICINĂ PSIHOLAGICĂ ȘI PSIHOSOMATICĂ

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 definiție 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 îi 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 aparținând medicinei interne, dar care nu poate fi pe deplin explicată de o situație aparținând medicinei generale, de efectele directe ale unei substanțe sau de altă tulburare mintală (cum ar fi atacurile de panică). În contrast cu simularea, simptomele somatice nu sunt sub control voluntar. Tulburările somatoforme diferă și de simptomele psihice consecutive unei afecțiuni medicale prin aceea că nu există nici o situație medicală care să poată fi considerată ca pe deplin responsabilă pentru simptomele somatice. DSM-IV înscrie în grupa tulburărilor somatoforme următoarele categorii:

- **tulburarea de somatizare** (care din punct de vedere istoric se referea la isterie sau sindromul Briquet) este o tulburare poli-simptomatică care debutează înaintea vârstei de 30 de ani, evoluează mai mulți ani și se caracterizează printr-o combinație de durere și simptome gastro-intestinale, sexuale și pseudo-neurologice;

- **tulburarea somatoformă** nediferențiată se caracterizează printr-o suferință fizică inexplicabilă care durează cel puțin 6 luni și se situează sub limita diagnosticului de tulburare de somatizare;

- **tulburările de conversie** implică simptome inexplicabile sau deficite care afectează motricitatea voluntară sau funcția senzorială sau sugerând o situație neurologică sau alte situație de medicină generală. Factorii psihologici se apreciază că sunt asociați cu simptomele sau deficitele;

- **tulburările durerii** (tulburări somatoforme de tip algic) sunt caracterizate prin dureri care focalizează predominant atenția clinică. În plus, factorii psihologici sunt apreciați ca având un rol important în instalarea tulburării, severității, agravării sau menținerii ei;

- **hipocondria** este preocuparea privind teama de a avea o boală gravă, bazată pe greșita interpretare a simptomelor corporale sau a funcțiilor corporale;

- **tulburarea dismorfofobică** este preocuparea pentru un defect corporal imaginar sau exagerarea unuia existent.

## IX. CONDIȚII PSIHOPATOLOGICE FRECVENTE CU EXPRIMARE CORPORALĂ

### 1. Dismorfofobia

**Boala dismorfică somatică** (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.

Termenul de **dismorfofobie** a fost introdus de **Morselli** în 1886 pentru a descrie „o senzație subiectivă de urâțenie sau deficiență psihică, pe care pacienții o percep în comparație cu ceilalți, cu toate că înfățișarea lor este în limite normale”. Ea este inclusă în tulburările conștiinței corporalității și în grupul tulburărilor de somatizare.

### 2. Hipocondria

Termenul **hipocondria** derivă din greaca veche cu sensul literal de „dedesubtul cartilagiilor”, cu referințe clare la regiunea anatomică care adăpostește diversele viscere sub coaste. Există diferite sensuri în care cuvântul este folosit, unele nemaiaivând decât importanță istorică. În sens general, **hipocondria** este preocuparea privitoare la corp sau la starea de funcționare a organismului sau la sănătatea mintală;

## X. REPERE ÎN PSIHOSEXOLOGIE

Cunoașterea dezvoltării sexuale și comportamentului sexual a devenit progresiv importantă pentru îngrijirea sănătății pe măsură ce s-au schimbat standardele și exigențele publicului. Sexualitatea este un continuum care se dezvoltă în timp în etape al căror conținut biologic, psihologic și social este distinct. Sexualitatea asociază instinctualitatea cu spiritul în exprimarea dezvoltării, descoperirii, creșterii și expansiunii vieții (**Antoniou F.**). Sexologia nu poate fi concepută decât ca psihosexologie.

**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 un dezbateri fără prejudecăți 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.

## XI. PSIHOLOGIA INTERVENȚIEI TERAPEUTICE

### 1. Psihoterapiile

În practica medicală, **psihoterapia**, așa cum este ea adesea definită ca ansamblul mijloacelor psihologice de acțiune prin care se intervine asupra bolii în scopul obținerii unei vindecări sau ameliorări a acesteia, care, singură sau împreună cu alte mijloace, realizează demersul terapeutic. În curs sunt expuse: **Psihoterapiile de încurajare, Psihoterapiile de susținere, Sugestia, Hipnoza, Reveria dirijată, Reeducarea individuală, Psihoterapiile de relaxare, Biofeedback-ul, Artterapia, Cromoterapia, Psihoterapiile scurte, Psihoterapia nondirectivă de tip rogersian, Logoterapia, Analiza existențială (Daseinsanalyse) Psihanaliza, Psihoterapia jungiană, Psihoterapia adleriană, Psihodrama, Terapiile familiale.**

### 2. Efectul placebo

Cuvântul „**placebo**” reprezintă forma – la viitor – a verbului latin *placeo/placere* și poate fi tradus stricto sensu prin: „voi plăcea”, sau, mai liber, „voi fi plăcut” (agreabil). Cuvântul *Placebo* are sensul de agreabil, plăcut – în sens de promisiune – și deci poate defini așteptarea unui bolnav – când i se dă un medicament – la acțiunea utilă, plăcută a acesteia (**Bradu Iamandescu I. și Necula I., 2002**).

Încercând o delimitare semantică a noțiunilor din domeniul factorilor psihologici care însoțesc actul terapeutic, **G. Ionescu (1985)** propune următoarea definiție operațională: „**Efectul placebo cuprinde ansamblul manifestărilor clinice care apar la un bolnav sau persoana sănătoasă căreia i s-a administrat, în scop terapeutic sau experimental, o substanță neutră din punct de vedere farmacodinamic**”.

**Caracterele generale ale efectului placebo:**

- substanța administrată este **inertă** farmacodinamic;
- efectul este **simptomatic**;
- **durata** efectului este, de regulă, **scurtă**;



- instalarea efectului este **mai rapidă** decât a unei substanțe farmacodinamice active;
- acțiune **nespecifică**.

### 3. **Complianța, non-complianța, acceptanța**

**Complianța** este definită ca fiind o acțiune ce concordă cu o cerere sau cu o recomandare – este tendința de a se supune ușor. Reprezintă o noțiune referitoare la adeziunea bolnavului la mijloacele terapeutice necesare ameliorării stării de sănătate, în care pot fi incluse terapiile biologice, regimurile alimentare, modificarea stilului de viață ca și acceptarea supravegherii medicale și a controlului periodic.

Comportamentul non-compliant este considerat nepotrivit; contravine crezurilor profesionale, normelor și așteptărilor privind rolurile corespunzătoare pacienților și profesioniștilor. Numeroși factori sunt incriminați în „non-complianță”. Dintre aceștia vom menționa ca principale grupe: factori legați de trăirea bolii și de înțelegerea 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 natura, severitatea și durata bolii complianța terapeutică variază într-un mod relativ previzibil.

### 4. **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 „**iatrogenic**” înseamnă indus de medic, iar alăturarea paradoxală boală iatrogenă se referă la acele boli care rezultă din tratamentul medical profesional și despre care se presupune că nu ar fi apărut 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.

## BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- Tudose, Florin, *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*, Editura Fundației România de Mâine, București, 2003.
- Tudose, Florin, *Orizonturile Psihologiei Medicale*, Editura Infomedica, București, 2003.
- Tudose, Florin, *O abordare modernă a psihologiei medicale*, Editura Infomedica, București, 2000.
- Tudose, Florin, C. Tudose, *Abordarea pacientului în psihiatrie*, Editura Infomedica, București, 2002.