

VI. MECANISMELE DE APĂRARE

VI.1. DEFINIȚIA ȘI ROLUL MECANISMELOR DE APĂRARE

Cele 10 mecanisme de apărare clasice

VI.2. O ABORDARE COGNITIVĂ A MECANISMELOR DE APĂRARE

Locul mecanismelor cognitive de apărare în tipologia mecanismelor de coping

VI.3. MECANISME DE APĂRARE, PERSONALITATE ȘI BOALĂ

Niveluri de apărare a Eu-lui în situația de a fi bolnav

VI.4. GLOSAR DE MECANISME SPECIFICE DE APĂRARE

VI.5. INTERACȚIUNE SOCIALĂ ȘI MECANISME DE APĂRARE

VI.6. RESURSELE SOCIALE

VI.7. PERSONALITATEA MEDICULUI ȘI DIAGNOSTICUL

VI.1. DEFINIȚIA ȘI ROLUL MECANISMELOR DE APĂRARE

De la apariția sa, termenul de *apărare* (**Freud S., 1894**) a desemnat o serie de explicații psihologice pentru a arăta modul în care conflictul psihic este factor etiologic determinant.

Termenul de *psihonevroză* a fost folosit de **Freud S.** pentru a desemna o serie de boli în care conflictul psihic este determinant și a cărei etiologie este deci psihogenă. Doi ani mai târziu, în 1896, într-un articol intitulat „Noi remarci asupra psihonevrozelor de apărare”, **Freud S.** afirma că apărarea este punctul central al mecanismelor psihice al nevrozelor luate în discuție. Cele patru mecanisme de apărare precizate de **Freud S.** în aceste articole erau:

- *conversia* afectului în isterie
- *transpoziția* sau *deplasarea* afectului în nevroza obsesională
- *respingerea* concomitentă reprezentării sau afectului sau *proiecția* în psihoze.

În 1936 **Freud A.**, pornind de la contribuțiile tatălui său, realizează o sinteză a datelor privind mecanismele de apărare descriind țintele și motivele apărării.



ANNA FREUD (1895-19 39)

Psihiatru și psihanalist britanic, fiica celebrului fondator al psihanalizei, autoarea unor lucrări fundamentale privind mecanismele de apărare a Eului la adult și copil.

Ulterior, **Klein M.** va descrie apărările precoce, iar o serie de psihanalști 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 **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.

Recent, **Ionescu Ș, 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 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.

Aceiași autori încearcă o definiție complexă a mecanismelor de apărare ca: „*procese psihice inconștiente urmărind reducerea sau anularea efectelor dezagreabile ale pericolelor reale sau imaginare, remaniind realitățile interne și/sau externe și ale căror manifestări – comportamente, idei sau afecte – pot fi inconștiente sau conștiente.*”

Interesul pentru mecanisme de apărare, 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 luată în considerație posibilitatea abordării integrative a diverselor procese psihologice de adaptare.

<p>Care este conținutul termenului de mecanism de apărare?</p>	<p>Mecanismele de apărare sunt modalități dezvoltate pentru a proteja Eul atât în situații normale cât și în cele patologice. <i>Mecanismele de apărare</i> sugerează un mod de funcționare asemănător cu cel al unei mașini a sistemului psihic implicat. Caracterul inconștient și automat al mecanismului de apărare justifică în mare măsură această formulare.</p>
<p>Împotriva cui se apără Eul?</p>	<p>Apărarea este o strategie de luptă contra afectului, în sensul că dacă acesta nu are o acțiune neplăcută, mecanismele de apărare nu apar. Eul se apără împotriva pulsioniilor inconștiente și împotriva afectelor legate de aceste pulsuni care sunt supuse la tot felul de constrângeri pentru a fi stăpânite și metamorfozate.</p>
<p>De ce se apără Eul, care sunt motivele pentru care Eul se apără?</p>	<p>După Freud A., 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 pulsuniunea s-ar satisface, chiar dacă într-o primă fază această satisfacere ar fi însoțită de plăcere), teama ca intensitatea pulsuniunii să nu devină excesivă.</p>

<p>Ce înseamnă o apărare reușită?</p>	<p>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 pulsivității interzise de a intra în câmpul conștiinței, îngrădirea angoasei de însoțire, evitarea oricărei forme de neplăcere, în cazul refulării reușita este efectivă dacă orice apariție conștientă dispăre.</p>
<p>Care sunt pericolele unei apărări reușite?</p>	<p>O apărare 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.</p>
<p>Ce înseamnă o apărare adaptativă</p>	<p>Apărările adaptative facilitează în același mod homeostazia psihică ca 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 ci să canalizeze afectele, să transforme utilizatorul acestor tipuri de apărare într-o persoană agreabilă și atractivă.</p>
<p>Există apărări normale și apărări patologice?</p>	<p>Apărările se manifestă și în situații normale. Vom considera că atât timp cât funcționarea mintală nu este afectată în suplețea și armonia sa în adaptarea la real, apărările sunt eficace. 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.</p>
<p>Cum pot fi definite mecanismele de apărare?</p>	<p>Ansamblul operațiilor a căror finalitate este de a reduce conflictul intrapsihic făcând inaccesibile experienței conștiente unele din elementele conflictului (Widlocher). 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.</p> <p>Noțiunea de mecanism de apărare înglobează toate mijloacele utilizate de Eu pentru a stăpâni, 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 (Holmes).</p> <p>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 căror manifestări – comportamente, idei sau efecte – pot fi inconștiente sau conștiente.</p>

CELE 10 MECANISME DE APĂRARE CLASICE
REFULAREA
REGRESIA
FORMAȚIUNEA REACȚIONALĂ
IZOLAREA
ANULAREA RETROACTIVĂ
TRANSFORMAREA ÎN CONTRARIU
SUBLIMAREA
INTROIECȚIA
PROIECȚIA
REÎNTOARCEREA CĂTRE SINE

VI.2. O ABORDARE COGNITIVĂ A MECANISMELOR DE APĂRARE

Făcând analiza critică a abordării psihanalitice, **Miclea M (1997)** arată că aceasta:

- (1) plasează mecanismele de apărare la interfața dintre *Id* și *Ego*;
- (2) le organizează ierarhic în funcție de „maturitatea” lor, adică de eficiența cu care reușesc să blocheze descărcarea pulsionilor instinctuale ale *Id*-ului;
- (3) consideră că sunt declanșate de anxietatea de semnal, deci sunt postemoționale;
- (4) nu limitează teoretic numărul acestor mecanisme, lăsând la libera decizie a psihanalizatorilor postularea unui nou mecanism;
- (5) nu oferă o metodologie precisă pentru stabilirea referențelor comportamentale ai mecanismelor defensive.

În același timp, autorul subliniază că din comparația cu mecanismele de adaptare (*coping*) se desprind o serie de precizări, nuanțe și delimitări:

- (1) necesitatea considerării funcției defensive a mecanismelor psihice atât vis-a-vis de informația negativă internă, cât și de cea externă;
- (2) renunțarea la organizarea ierarhică a mecanismelor defensive în funcție de succesul lor în exprimarea *Id*-ului;
- (3) considerarea acțiunii lor atât înainte de declanșarea reacției emoționale, cât și postafectiv;
- (4) tratarea diferențiată a comportamentelor defensive și 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 bazează pe 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, ținând cont totodată de abordarea dispoziției și contextului.

Mecanisme 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 procesării informației. Ele sunt proceduri cognitive, nu formațiuni psihodinamice și reprezintă *diverse modalități de prelucrare a informației cu valență negativă*, vizând diminuarea reacției de *distres*.

Locul mecanismelor cognitive de apărare în tipologia mecanismelor de coping
(adaptare) – Miclea M, 1997

<i>Tip de</i>			
Mecanism	Comportamental	Cognitiv	Neurobiologic
Vectorul funcționării			
Confruntare			
Evitare		Mecanisme cognitive de apărare	

Din perspectivă cognitivă, mecanismele de apărare sunt considerate ca *strategii sau proceduri de prelucrare a informației negative cu funcția de reducere a distres-ului*.

MECANISMUL	DEFINIȚIE FUNCȚIONALĂ	MOD DE OPERARE	ADAPTAREA LA BOALĂ
Negarea defensivă (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 defensivă se operează multinivelar, la nivel <i>perceptiv</i> , negarea poate perturba recepția corectă a stimulului traumatic: ea poate produce <i>scotomizări parțiale</i> a imaginii vizuale a scenei traumatice.	- nu dau atenție simptomelor ce pot semnaliza debutul unei boli - caut să mă gândesc la altceva care nu are legătură cu boala - amân cât mai mult posibil prezentarea medicului sau la o intervenție medicală dureroasă

Represia	<p>Toate procedurile care concură 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.</p>	<p>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 s-o evoce. Eșecul reactualizării informației traumatice se poate datora și 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, cunoscută sub numele de <i>amnezie posttraumatică</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - evit să-mi amintesc momente neplăcute din viața mea - nu-mi amintesc prea bine cum a debutat și evoluat boala - boala de care sufăr îmi vine mereu în minte
Proiecția	<p>Procesul cognitiv de atribuire externă a unei caracteristici neplăcute, negative proprii sau a cauzei/responsabilității traumei. Trauma sau caracteristica negativă e asumată conștient, a pătruns în conștiință dar e pusă pe seama unui factor extern care poate fi o persoană sau o situație vag definită.</p>	<p>De regulă, subiectul tinde să atribuie defectele proprii unor persoane care se bucură de prestigiu sau grupului său de referință. În acest fel, el reevaluează caracteristica respectivă, care poate conduce apoi la o eventuală diminuare a distres-ului pricinuit de conștientizarea acesteia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 m-aș fi îmbolnăvit
Raționalizarea	<p>Toate procedurile de justificare a comportamentului dezadaptativ pe care un individ l-a avut și de reevaluare a situației traumatice, astfel încât impactul său emoțional să fie redus.</p>	<p>„justificările” sunt însă <i>contrafăcute</i>, construcții teoretice menite să-l scuze pe individ în ochii săi (și ai celorlalți). Subiectul caută să-și demonstreze că situația nu e chiar atât de dramatică, se încearcă exagerarea beneficiilor și/sau să minimalizeze impactul negativ (costul) situației stresante. Lanțului causal real sau semnificației reale, li se substituie un șir de argumente doar aparent valide confruntarea directă cu realitatea este astfel evitată.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 așa că n-am decât să suport consecințele bolii - am fost mereu ocupat și de aceea nu m-am prezentat la medic

Intelectualizarea/ izolarea	Un ansamblu de strategii cognitive care vizează analiza informației traumatice în condițiile disocierii („izolării”) acesteia de consecințele ei emoționale	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 - mi-ar plăcea să citesc o lucrare de specialitate referitoare la boala mea - suferința m-a făcut să văd cu alți ochi viața
--------------------------------	---	---	---

Mecanismele de apărare cognitivă nu acționează separat, ci, în funcție de gradul de eludare a situației stresante, sunt plasate într-un adevărat *continuum cognitiv defensiv* (Miclea M, 1997).



VI.3. 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.

Niveluri de apărare a Eu-lui în situația de a fi bolnav

Matur – sănătos și adaptativ, cogniție 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 „amânări”

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 extravertit – 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

Proiectare delirantă – ideea delirantă paranoidă că sentimentele interioare provin din exterior

Distorsionare – reformularea grosieră a realității exterioare

Negare psihotică – ignorarea fermă a unor aspecte evidente ale realității

După Vaillant GE, 1971

VI.4. GLOSAR DE MECANISME SPECIFICE DE APĂRARE

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 patogeneză și sanogeneză prezentând și un *glosar* al acestora.

Acting out 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 referea la **acting out-ul** simțămintelor sau 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 sinonimă cu „comportament rău”, pentru că necesită dovada că respectivul comportament este legat de conflicte emoționale.

Altruism Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin dedicarea față de satisfacerea nevoilor altora. 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.

Anticipare Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin trăirea de reacții emoționale înaintea unor posibile evenimente viitoare sau anticipând consecințele acestora și cu luarea în considerare a unor răspunsuri sau soluții realiste, alternative.

Deplasare Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin transferarea unui simțământ sau răspuns față de un obiect asupra unui alt obiect-substituit (de regulă, mai puțin amenințător)

Desfacere (undoing) Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin cuvinte sau comportament menit să nege sau să repare (amendeze) simbolice gânduri, sentimente sau acțiuni inacceptabile.

Disociere 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.

Formare de reacție (sau – formațiune, <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).
Idealizare Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin atribuirea de calități pozitive exagerate altor persoane.
Identificare proiectivă Ca și în proiecție (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 proiecția simplă, persoana nu reneagă cu totul ceea ce proiectează, rămânând conștientă de propriile afecte sau impulsuri, dar atribuindu-le eronat – drept reacții justificate – celeilalte persoane. Nu arareori, persoana induce altora tocmai sentimentele pe care a crezut inițial – eronat – că aceia le au despre ea, făcând dificil de clarificat cine și ce a făcut mai întâi celuilalt.
Intellectualizare 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.
Izolare a afectului Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin separarea ideilor de simțăminte asociate inițial cu ele. Persoana pierde contactul cu simțăminte asociate unei idei date (de ex., un eveniment traumatizant), rămânând conștientă de elementele ei cognitive (de ex., detaliile descriptive).
Negare (<i>denial</i>) 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.
Omnipotență 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.
Proiecție Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi atribuind altuia, în mod fals, propriile sale sentimente, impulsuri sau gânduri inacceptabile.
Raționalizare Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi ascunzând motivațiile 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.
Represiune Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin expulzarea din câmpul conștiinței a dorințelor, gândurilor sau trăirilor perturbatoare. Componenta afectivă a acestora poate să rămână conștientă, detașată de ideile care i se asociază.
Seindare (<i>splitting</i>) Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin separarea stărilor afective opuse și neintegrarea în imagini coerente a calităților pozitive și negative proprii și ale altora. Dat fiind că subiectul nu poate trăi simultan afectele ambivalente, punctele de vedere și expectațiile mai echilibrate despre sine și ceilalți sunt excluse din conștiința emoțională. Imaginile de sine și cele obiectuale tind să alterneze polar: exclusiv iubitor, puternic, valoros, protector și blând – sau exclusiv rău, dușmănos, mândros, distructiv, rejectant sau lipsit de valoare.
Sublimare Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi canalizându-și simțăminte sau impulsurile potențial maladadaptative în comportamente acceptabile social (de ex., sporturi „de contact” [„dure”] pentru canalizarea impulsurilor de mânie)
Supresiune Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi evitând intenționat să se gândească la probleme, dorințe, simțiri sau trăiri perturbatoare.
Umor Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni punând accentul pe aspectele amuzante sau ironice ale conflictului sau stresorului.

VI.5. INTERACȚIUNE SOCIALĂ ȘI MECANISME DE APĂRARE

Un alt tip de realizare a adaptării prin mecanisme de apărare a fost pus în evidență de studiile asupra interacțiunilor sociale și de cele asupra identității: cel al apărărilor sociale care privește apărarea Eu-lui social împotriva unor pericole exterioare care ar putea să-i atingă valoarea.

În opinia lui **Mucchielli**, *Eul social* are trei componente: comunitar-participativă, **prezentarea către ceilalți și definirea de către ceilalți**.

Apărățile sociale pot fi clasate în trei categorii:

- luările de distanță prin atacuri, intimidări, evitări;
- imobilizările care sunt blocajele de tip inhibiție;
- retragerile – apropierea – supunerea, justificările sau seducția.

Aceste apărări satisfac principalele nevoi ale Eu-lui social, cum ar fi: participarea, relații pozitive de diferite feluri cu parteneri sociali din același grup, securitatea și valorizarea personală în mediul grupal, considerația socială.

Mecanismele de apărare socială permit individului adaptarea la lumea socială.

Aici ar trebui amintite așa-numitele „*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 măsurile de apărare, instituționalizate la nivel social, care se înscriu în psihismul individual ca 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 aceleași epocă la un număr mare de indivizi, îmbrăcând deci o formă colectivizată; 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, ca și de invidie față de puterea și plăcerea exacerbată de societatea de consum.

Aceleși autor concluzionează asupra ecologismului ca fiind o serie de mai multe mecanisme individuale de apărare, ca de exemplu, negarea realității, anularea retroactivă (ascetismul așezat părănd să facă parte din conduitele destinate să ștergă sentimentele de invidie și participare vinovată anterioară la societatea de consum), regresia (comportament tipic de adolescent, în special *grupismul*) și compensarea (a inferiorității prin noul statut câpătat în grup).

Alt tip de apărări este cel constituit de *apărățile transpersonale* care permit Eu-lui să se protejeze manipulând relațiile cu lumea. Studiul acestor apărări permite observarea acțiunii Eu-lui asupra mediului înconjurător. Acțiunea lor implică faptul că *Eul* nu a mai fost acaparat de utilizarea apărărilor interne.

În folosul nevoilor Eu-lui, apărățile transpersonale folosesc întreaga gamă de influențe și conduite umane. Această idee a apărărilor transpersonale datorează mult mișcărilor antipsihiatrice, în special lui **Laing**, care considera că prin aceste apărări *Eul* încearcă să dirijeze viața interioară a celuilalt, pentru a o proteja pe a sa. Antipsihiatria susținea că boala psihică constituie o apărare transpersonală.

În scopul protejării propriei boli, persoanele bolnave, deci indivizi, dar și cupluri, familii, grupuri și chiar societatea în ansamblu, impun persoanelor sănătoase,

dar mai slabe decât ele, un sistem de relații patologice și patogene. În acest mod, persoane sănătoase, la început, devin bolnave, boala lor constituind expresia unei apărări transpersonale.

Reluând atitudinile nevrotice descrise de **Horney K. Muchielli** arată rolul lor de apărări transpersonale care au drept funcție evitarea angoasei interne ce însoțește în cultura noastră riscul de eșec în relațiile afective. Cele trei forme de exprimare a acestor apărări se exprimă sub forma unor modalități de relație cu celălalt: apropierea extremă de celălalt, tentativa de a-i câștiga admirația sau separația.

Anzieu și **Kaaes** arată că anxietatea care există în orice grup este legată de mecanismele apărărilor grupale, membrii grupului utilizează mecanismele de apărare proprii grupului, pentru a-și îmbunătăți propriile lor apărări.

Roussillon, în două lucrări succesive: „Mecanisme metadefensive în instituții” 1988 și „Despre paradox”, 1991, aprofundează funcțiile mecanismelor de apărare grupale. Ideologia grupului, de exemplu, are funcții de apărare evidente: protejează identitatea grupului contra distorsiunilor istorice și politice, elimină incertitudinea înlocuind percepția faptelor istorice contradictorii, asigură confortul grupului evitând faptele neliniștitoare, constituindu-i o justificare a viziunii pe care o are despre lume și joacă un rol de filtru atribuind doar două tipuri de valori – binele și răul.

Mucchielli arată că ideologia acoperă diferite mecanisme de apărare clasice:

- refularea – ideologia obligă membrii grupului să adopte moduri de gândire și interdicții similare, ștergând astfel conflictele interne ale grupului;
- proiecția – desemnează dușmani asupra cărora sunt aruncate pulsunile;
- anularea – transformând o stare de fapt într-o alta și impunând conduite radical diferite;
- sublimarea – sublimând sentimentul de inferioritate într-un discurs asupra organizării 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 libido-ului.

Lagache merge mai departe în ceea ce privește elementele caracteristice ale eliberării:

- recunoașterea, considerată de subiect ca esențială, a dorințelor sale și a apărărilor fantasmatică;
- rolul important jucat de conștiință, care fără să fie exclusiv, este determinant;
- ridicarea apărărilor.

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 căile de eliberare, care implică diferite modalități de înlocuire, autorul citează repetiția activă pentru rememorarea gândurilor și discuțiilor; identificarea (care conduce subiectul la a se confunda cu trăirea sa) prin obiectivare, (care îi permite să ia distanță în raport cu această trăire); 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 refulării.

Plutchik (1995) consideră chiar că apărările 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.

VI.6. RESURSELE SOCIALE

Două concepte de bază au fost identificate ca 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 rețelei 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 rețelei sociale și care au utilitate pentru cercetare:

1. structura (mărime, densitate, interacțiune, poziție)
2. relațiile interpersonale (reciprocitate, simetrie, direcție)
3. calitatea atributelor (intensitate, răceală, 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 rețelei 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, Dunkd-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.

Lăzărescu M. (1994) arată că rețeaua de suport social joacă atât un rol general protectiv și stimulat (întreținere și stimulare a existenței firești, sănătoase, pozitive), cât și un rol de „tampon” față de stresori. El arată importanța acestui rol de tampon pentru sănătatea generală, precum 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 și deci se va adapta la un nivel superior.

Pe scurt, bazat 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 ↔ EMOȚIONAL
CONTROL ↔ LIPSĂ DE CONTROL
PSIHOLOGIC ↔ ACȚIUNE SOCIALĂ

Suntem de acord cu toți acei autori care consideră adaptarea drept cheie a creșterii și evoluției umane ce îi dă individului posibilitatea de a accede la un nou nivel funcțional, caracterizat de competență selectivă și posibilitatea transcenderii.

Acest tip de abordarea integrativă în explicarea fenomenologiei și psihopatologiei l-a condus pe **Ionescu Ș.** la o tentativă de depășire a semiologiei psihiatrice clasice, considerată prea rigidă și centrată pe simptom.

Autorul propune creșterea interesului pentru aspectele semiologice, care ar putea fi calificate drept funcționale din cauza scopului lor: reducerea pulsionii 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 continuuul mecanismelor de adaptare.

VI.7. PERSONALITATEA MEDICULUI ȘI DIAGNOSTICUL

Raportul dintre personalitatea medicului și diagnostic a fost un aspect atins atât de **Fiessinger**, **Minkovski** și **Heglin**, cât și de **Moga A.**, **Hațieganu I.**, **Râmniceanu A.**, **Podanu-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 nebănuite 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 neștiința că 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, dar și pesimismul exagerat și nemotivat, opinii foarte particulare asupra unor doze de medicament, asupra colegilor, precum 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 ști 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 cazul oftalmologului miop care nu ar purta ochelari de corecție și căruia nu i se poate cere și nici nu va putea să pună diagnosticul de miopie altuia, deoarece el însuși nu vede optitopul.

Dacă în ciuda tuturor acestor aspecte, nu imposibil de întâlnit, se dă dovadă de suplețe în gândire, și dacă se acceptă că eroarea de diagnostic în practica curentă

nu este rară și nici atât de gravă, dacă nu am uita că: „*Errare humanum est, perseverare diabolicum*”, aforism care parcă nicăieri nu își găsește un loc mai bun, s-ar 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 și din erori este un succes, erorile pot deveni o sursă suplimentară de instrucție dacă sunt retușate (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, situație în care valorile de referință ale practicianului și „bunul simț propriu” (**Jeammet Ph.**) vor juca rolul decisiv.

VII. ASPECTE ALE COMUNICĂRII CU PACIENTUL

VII.1. CARACTERISTICILE COMUNICĂRII MEDICALE

VII.2. FEREASTRA DE COMUNICARE DONA

VII.3. FACTORI PERTURBATORI AI COMUNICĂRII

VII.4. STABILIREA RELAȚIEI DE COMUNICARE

VII.5. RELAȚIA MEDIC – PACIENT ȘI MODELUL BIOPSIHOSOCIAL

VII.6. COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE BOALĂ

VII.7. CALITĂȚI TERAPEUTICE ESENȚIALE

Respectul

Autenticitatea

Empatia

VII.8. CUVINTELE CARE IDENTIFICĂ SIMPTOME ȘI SENTIMENTE

VII.9. COMUNICAREA NON-VERBALĂ MEDIC/PACIENT

VII.10. MODELE ALE RELAȚIEI MEDIC/PACIENT

VII.11. ASPECTE ALE DINAMICII RELAȚIEI MEDIC-PACIENT

VII.12. TRANSFER ȘI CONTRATRANSFER ÎN RELAȚIA MEDICALĂ

VII.13. MEDICII CA PACIENȚI

VII.14. MEDICUL ȘI PATOLOGIA PSIHOLÓGICĂ PROFESIONALĂ (*SINDROMUL DE BURNOUT*)

VII.15. CÂTEVA IPOSTAZE SPECIALE ALE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT

VII.16. COMUNICARE ȘI CONFIDENȚIALITATE

VII.17. O SITUAȚIE CU TOTUL SPECIALĂ – COMUNICAREA CU ADOLESCENȚII

VII.18. CUM SĂ COMUNICI ÎN MEDICINĂ VEȘTILE RELE

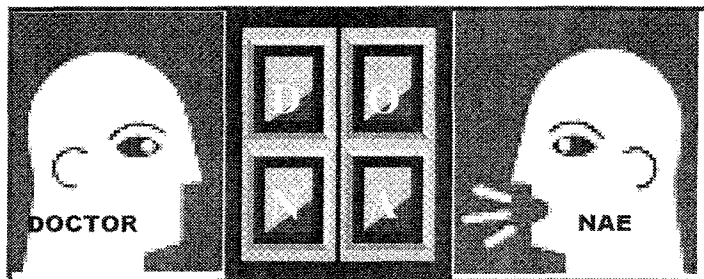
VII.19. PROBLEME DE COMUNICARE LA BOLNAVII CU TULBURĂRI COGNITIVE

VII.20. O ÎNCERCARE DE EVALUARE A CAPACITĂȚII DE COMUNICARE

Formular pentru observarea și evaluarea comunicării

VII.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”. 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 pătrate 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 mnemotehnică a zonelor ferestrei DONA.



VII.2. FEREASTRA DE COMUNICARE DONA

O bună comunicare este o condiție fără 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.

DESCHISĂ INTERACȚIUNE	OARBĂ VULNERABILITATE
ASCUNSĂ INTIMITATE	NECUNOSCUTĂ DEZVĂLUIRE

❖ **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, cât și ceilalți cu care acesta intră în contact descoperă din când în când noi comportamente, care existau de fapt din totdeauna.

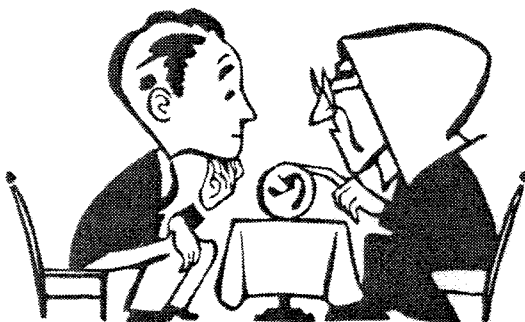
Un individ poate fi surprins, de exemplu, de faptul că preia conducerea grupului într-un moment critic.

❖ **Zona A** reprezintă comportamentul cunoscut de către sine, dar ascuns celorlalți.

*Acest 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.*

	(CUNOSCUȚ DE CĂTRE SINE)	(NECUNOSCUȚ DE CĂTRE SINE)
(CUNOSCUȚ DE CEILALȚI)	D PARTEA PUBLICĂ A SINELUI Date despre mine și comportarea mea, cunoscute atât mie, cât și celorlalți. Nu am probleme cu aceste aspecte.	O PARTEA INCONȘTIENȚĂ A SINELUI Date despre mine, pe care ceilalți le observă, dar pe care eu nu le cunosc.
(NECUNOSCUȚ DE CEILALȚI)	A PARTEA PRIVATĂ A SINELUI Date despre mine, pe care le știu numai eu și sunt necunoscute de ceilalți	N PARTEA POTENȚIALĂ A SINELUI Date despre mine, care sunt necunoscute atât pentru mine, cât și pentru ceilalți.

FAȚĂ ÎN FAȚĂ



OCHIUL IA ȘI DĂ ÎN ACELAȘI TIMP

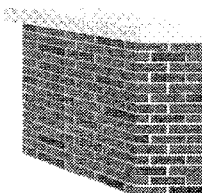
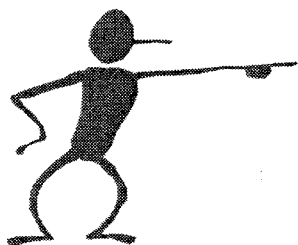
→	←
EU ÎL VĂD PE CELĂLALT	CELĂLALT MĂ VEDE PE MINE
D: CE ȘTIU EU DESPRE MINE	D: CE ȘTIE ALTUL DESPRE MINE
O: CE ȘTIE ALTUL DESPRE MINE	O: CE NU ȘTIU EU DESPRE MINE
N: CE NU ȘTIU NICI EU DESPRE MINE	N: CE NICI ALTUL NU ȘTIE DESPRE MINE
A: CE ȘTIU EU DESPRE MINE	A: CE NU ȘTIE ALTUL DESPRE MINE

VII.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 (căldura 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 oboselei)
7. durata întâlnirii (întâlnirile pe fugă sau prea prelungite sunt ineficiente)

FACTORI CARE PERTURBĂ COMUNICAREA		
FIZICI:	INTERNI:	SEMANTICI:
<ul style="list-style-type: none"> • DEFICIENȚE VERBALE • DEFICIENȚE ACUSTICE • AMPLASAMENTUL • ILUMINAREA • TEMPERATURA • ORA DIN ZI • DURATA ÎNTÂLNIRII 	<ul style="list-style-type: none"> • IMPLICAREA POZITIVĂ/NEGATIVĂ • FRICA • AMENINȚAREA STATUTULUI • PRESUPUNERI SUBIECTIVE • PREOCUPĂRI ASCUNSE • FANTASME 	<ul style="list-style-type: none"> • VOCABULAR • GRAMATICĂ • SINTAXĂ • CONOTAȚIILE EMOTIONALE ALE UNOR CUVINTE



VORBITORUL	BARIERE EXTERNE	ASCULTĂTORUL
<p>ARE O IDEE BAZATĂ PE EXPERIENȚA SA</p> <ul style="list-style-type: none"> • VORBITORUL DESCRIE IDEEA CU AJUTORUL SUNETELOR • FILTRE ÎN MINTEA VORBITORULUI: EXPRIMAREA 	<ul style="list-style-type: none"> • FIZICE • SEMANTICE 	<p>SUNETELE ACTIVEAZĂ NERVUL ACUSTIC AL ASCULTĂTORULUI</p> <ul style="list-style-type: none"> • CREIERUL ASCULTĂTORULUI RĂSPUNDE CU O IDEE BAZATĂ PE EXPERIENȚA PROPRIE • FILTRE ÎN MINTEA ASCULTĂTORULUI: ÎNȚELEGEREA

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. amenințarea 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 și 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 – pecuniară, erotică – 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)

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).

VII.4. STABILIREA RELAȚIEI DE COMUNICARE

Doctorii nu au timpul și nici înclinația de a-și asculta pacienții și de a lua în considerare sentimentele pacienților. Ei nu au destule 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 înțelegere și încredere între doctor și pacient.

Înțelegerea sau lipsa de înțelegere 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-l înțeleagă 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 maximă semnificație poate fi nu stresul prin el însuși, ci reacțiile persoanei.

MODELUL NIVELURILOR RELAȚIEI MEDIC-PACIENT

(după Tatossian A)

NIVELUL	OBIECTIVUL	MODALITATEA
Nivelul intelectual	Înțelegerea și explicarea bolii în acord cu modelele științifice	Conceptualizare
Nivelul afectiv	Înțelegerea personalității bolnavului și a particularităților căilor sale subiective	Identificarea

VII.5. 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 clinică. 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, forțele psihologice și condițiile sociale.

Engel GL a fost cel mai important susținător al aceluși model al 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 anatomic, 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 trăirea bolii și reacția la ea. Sistemul social pune accentul pe influențele culturale de mediu și familiale asupra exprimării bolii și trăirii ei.

Engel GL a susținut că fiecare sistem poate afecta și poate fi afectat de oricare dintre celelalte. Modelul lui Engel GL susține că boala medicală este rezultatul direct al factorilor psihologici și socio-culturali, și încurajează mai degrabă o înțelegere mai adecvată a bolii și tratamentului. În România, modelul biopsihosocial al bolii psihice a avut un remarcabil susținător în persoana profesorului **Petre Brânzei** și a școlii de psihiatrie de la spitalul Socola Iași.

Relația medic-pacient este o componentă critică a modelului biopsihosocial. Orice medic trebuie nu doar să aibă cunoștințe practice despre starea medicală a pacientului, dar și să fie familiarizat asupra psihologiei individuale a pacientului.

VII.6. COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE BOALĂ

Comportamentul față de boală este un termen folosit pentru a descrie reacțiile pacientului la trăirea 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 așteptări de a fi ajutat pentru a-i fi mai bine.

STADIILE COMPORTAMENTULUI DE BOALĂ (Suchman E.)	
aparitia 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 față de boală și rolul de bolnav sunt influențate de experiența anterioară a persoanei față de îmbolnăviri și de convingerile culturale despre boală.

Relația între îmbolnăvire și evenimentele familiare, statutul social și identitatea etnică sunt importante. Atitudinile persoanei, ținând cont de cultura căreia îi aparține, despre dependență și deznădejde, influențează mult modul și dacă o persoană va cere ajutor, așa 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 (nașteri, litiază, operații chirurgicale);
- gradul cultural de stoicism;
- convingerile culturale privind problema specifică;
- semnificația personală 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 supără 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?

VII.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, conduc la obținerea unor mai bune relații terapeutice în practica obișnuită.

CARL ROGERS (1902 – 1987)

Psiholog american, fondatorul abordării non-directive, în psihoterapie. A dezvoltat o serie de concepte terapeutice și a insistat asupra intervenției terapeutice centrată pe evenimentele și dificultățile actuale ale subiectului care să îi redea deplina funcționalitate.



„CALITĂȚI TERAPEUTICE ESENȚIALE” Carl Rogers
respectul (sau abordarea pozitivă necondiționată),
originalitatea (sau congruența)
empatia.

RESPECTUL

Câteva reguli prin care se poate exprima respectul față de pacient:

- Să te prezinți clar și să 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 vă veți 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? Accepți ca un pacient să îți se adreseze cu „domnule doctor”? Cum reacționezi atunci când pacienții 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 pacienții le cer păreri sau cer efectuarea unor proceduri care depășesc nivelul de cunoștințe acumulat. Poți fi pus în situația de a cere sfatul unui coleg sau de a trimite pacienta la un specialist. A fi autentic implică a recunoaște în fața pacientei ce știi și ce nu știi 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 pacientei față de medic.

Adăugând 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 înțelegi exact ceea ce spune pacientul și să îi faci cunoscut faptul că ai înțeles.

MODALITĂȚI DE MANIFESTARE A EMPATIEI ÎNTR-O CONSULTAȚIE:

Trebuie să încerci să obții o conversație în care să existe reciprocitate (dialog).

Să dezvolti și să folosești un vocabular de cuvinte descriptive.

Să acorzi atenție comunicării nonverbale, în special paralingvisticii.

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 de compasiunea poate fi cea care va conduce la empatie față de pacienta dumneavoastră empatia nu înseamnă compasiune.

Arta empatiei constă în a învăța să discuți cu pacienții astfel încât să obții maxim de informații și 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, științific 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 păreri și sentimentele sale. Chiar dacă medicul nu a înțeles corect, dar își arată interesul verificând informațiile cumulate cu pacientul, acesta se va simți încurajat în a 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 reacționare, diferit de cel folosit într-o discuție socială. În situațiile sociale, deseori medicul minimalizează sau ignoră sentimentele. Spre exemplu, când un om îi întreabă: „Ce mai faci?” sau „Cum te simți astăzi?”, nu se așteaptă la un răspuns negativ, la o confesiune despre cât de proastă 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 empatie 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 le-a relatat.

- **Reciprocitatea.** Medicul recunoaște sentimentele și simptomele exprimate de pacient și le analizează cu atenție și își spune părerea 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 a propriilor 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 relatările pacienților și învățând 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 anexită, un răspuns prin completare poate fi:

Pacientă: În marea majoritate a zilelor anexită mă chinuie atât de tare, încât senzația de tensiune și durerea devin insuportabile.

Dr.: Pare că durerea este atât de puternică încât nu mai credeți că lucrurile se vor îmbunătăți.

Dacă medicul nu a înțeles exact sensul afirmației, pacienta poate răspunde:

Pacientă: Mă simt destul de rău, dar încă sper că lucrurile se vor îmbunătăți.

VII.8. CUVINTELE CARE IDENTIFICĂ SIMPTOME ȘI SENTIMENTE

Arta de a da răspunsuri prin completare trebuie îmbogățită prin acordarea unei atenții sporite atât cuvintelor medicului, cât și cuvintelor pacientului. Învățământul pre-medical și școala medicală pot „steriliza” vocabularul.

Folosirea excesivă a limbajului de specialitate, deși acesta este foarte precis în descrierea anumitor caracteristici, lasă foarte puțin spațiu sentimentelor sau emoțiilor.

Este un limbaj în care adjectivele și adverbele sunt puțin prezente, și sunteți în general tentați să nu le folosiți în conversație.

Empatia implică și o înțelegere corectă și comunicarea acestei înțelegeri pacientei. Arta aceasta cere să identificăm nu doar simptome, ci și sentimente, nu doar cantitate ci și calitate. Astfel, trebuie învățată folosirea unui vocabular mai bogat de cuvinte care pot descrie sentimente. Tabelul de mai jos cuprinde cuvinte care descriu sentimente diferite și intensitatea lor.

Cuvinte care ilustrează niveluri de expresie ale unui sentiment

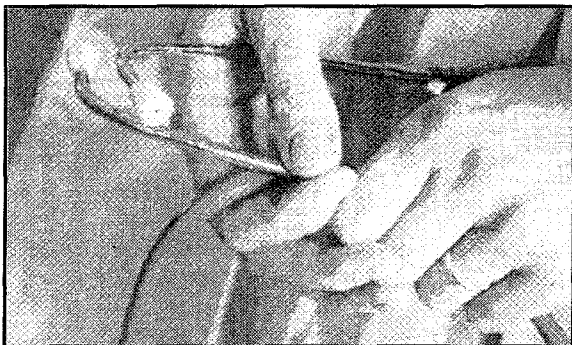
<i>SENTIMENTUL</i>	<i>INTENSITATEA</i>			
	Iritarea	Bucuria	Anxietatea sau teama	Depresia
Slabă	Irascibil	Mulțumit	Nelinistit	Supărat
	Supărat	Bucuros	Nesigur	Amărât
	Iritat	Fericit	Cu presimțiri rele	Abătut
Medie	Furios	Deschis	Speriat	Descurajat
	Morocănos	Vesel	Tulburat	Mâhnit
	Certăreț	Bucuros	Temător	Nenorocit
Puternică	Înfuriat	Triumfător	Torturat	Îndurerat
	Plin de ură	Radios	Scos din minți	Zdrobit
	Turbat	În extaz	Îngrozit	Terminat

Pentru a da un răspuns bazat pe reciprocitate, trebuie găsit nu numai sentimentul exact, ci și intensitatea corectă. Pacientul care spune „*Durerea este devastatoare*” nu va crede că l-ați ascultat, dacă răspunsul dumneavoastră este „*Deci durerea vă supără 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 simțiți că nu mai aveți nici o speranță*”.

VII.9. COMUNICAREA NONVERBALĂ MEDIC – PACIENT

În opinia lui **Restian A. (1997)**, practica medicală are ca fundament interpretarea comunicării non-verbale, observația atentă. 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 specialități ca 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. **Rudică T. și Costea D** subliniază faptul că medicul trebuie să fie atent la propriile-i gesturi și reacții (clătinarea capului, aerul neliniștit etc.) pe care bolnavul le interpretează imediat, dar despre care nu îndrăznește să vorbească.



Medicul poate, prin gesturile sale, modifica în orice clipă decisiv relația cu pacientul

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, gesturi ale 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; greșeli de vorbire; și pauze sau tăcere. De foarte multe ori înțelegem 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 deprimați. Pacienții bolnavi, de cele mai multe ori „au vocea slăbită”; putem măsura starea sănătății 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 păstrarea 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, îmbrăcămintea, și mirosurile (exemplu: transpirația, alcoolul, tutunul) de asemenea oferă informații despre pacient fără a fi nevoie de cuvinte și vă 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 că este interesant să observi aspecte ale comunicării nonverbale, te poți întreba ce să faci cu observațiile făcute. Căutați consistența; identificați comportamentele nonverbale și decideți 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 privindu-l în ochi, păstrând o poziție atentă și o aparentă neconștientizare a faptului că, pe de altă parte, situația este destul de gravă.

Gesturile. Deși anumite gesturi specifice au constituit subiect de studiu și interpretări propuse, înțelesul 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 privind interpretarea corectă a acestora

GESTURI	POSIBILE INTERPRETĂRI
„Acoperișul” înseamnă unirea palmelor cu degetele întinse și vârfulurile degetelor în contact, ca o turlă de biserică.	Încrederea sau siguranța a ceea ce se spune
Ușoara 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 căzute, 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 reprima (suprima) un comentariu făcut.
Încrucișarea brațelor (a se observa modalitatea în care sunt încrucișate și tensiunea musculară, prezență 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”	Teamă sau tensiune
Încrucișarea picioarelor	Încercarea de a te închide sau proteja împotriva a ceea ce se spune, sau o poziție confortabilă.
Picioarele neîncrucișate, legănate înaintea 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 mișcate 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 vlagă în poală.

Gestul acesta înseamnă că pacienta 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?”. Pacienta răspunde: „Bine”, își reglează vocea și își freacă 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 face 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

COMPONENTE ALE PARALIMBAJULUI	
Componenta	Exemple
Frecvența vorbirii	Înceată, rapidă, deliberată
Pauzele	Lungi, scurte, neadecvate
Pauze/Ritmul discursului	Automat, ezitant, discurs fluent
Tonul	Înalt, mediu, jos
Volumul	Mare, scăzut, cu variații multiple
Articularea	Clară, precisă, de nedeslușit

VII.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, 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. 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 ținta unor puternice contestări și este tot mai puternic contestat. După **Oană C.S. (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 la consultație 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, țesuturi pentru analize;*
6. *doctorul este îmbrăcat într-o uniformă simbolică, întronat în spatele unui birou și tăcut ca un sfînx;*
7. *pacientul, din contră, stă gol pe un scaun sau pe o canapea, (și asta numai pentru că s-a pierdut bunul obicei al ingenuității!), corpul și spiritul lui fiind accesibile doctorului;*
8. *mormăielile doctorului, ca și 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”, „suferința și deprofesionalizarea medicinei”, „medicalizarea excesivă a vieții”, „drepturile pacientului și consimțământul informat” etc. În medicina modernă se trece dincolo de aspectul clinic al consultației, **relația psihologică** fiind un complement indispensabil în înțelegerea bolii și bolnavului.

Modelul comportamentalist care deplasează accentul de pe doctor pe pacient înseamnă o coborâre voluntară a medicului de pe piedestalul autoritarist și îndepărtarea de stereotipul autocratic. Una dintre primele teorii care descrie cel mai bine modelul medical actual este teoria rolurilor.

MODELE SPECIFICE
<i>Modelul activ/pasiv</i>
<i>Modelul profesor-student (părinte/copil, sfătuire/cooperare)</i>
<i>Modelul participării mutuale</i>
<i>Modelul prietenesc (socio-familial)</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).

Rudică 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

autoritară – și apreciază cooperarea pacientului; pacientul poate deci să aibă o opinie prin care să demonstreze că apreciază și înțelege ceea ce i se spune (dar se constată că el greșește adesea în aprecierile pe care le face).

Modelul participării mutuale. Implică egalitate între medic și pacient. Ambii participanți au nevoie și depind de aportul celuilalt. Nevoia de o relație medic-pacient bazată pe un model de participare mutuală și activă este cel mai evident în tratamentul unor boli cronice ca IRC, diabet – în care cunoștințele pacientului și acceptarea tratamentului sunt puncte critice pentru succesul tratamentului. Este de asemeni eficient în situații mai delicate, ca pneumonia. Această participare presupune un model psihologic foarte complex și cel 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 împărtășire mutuală a informațiilor personale și a dragostei.

Acest model adesea implică o perpetuare nedeterminată a relației și o ștergere a granițelor dintre profesionalism și intimitate, mai degrabă decât un sfârșit adecvat.

VII.11. ASPECTE ALE DINAMICII RELĂȚIEI MEDIC-PACIENT

Câștigarea 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 e 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 nerealiste că numai medicii pot fi salvatorii lor. Ei trebuie să fie capabili 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 le lipsesc în viața personală. În caz contrar, vor fi împiedicați în eforturile lor 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 apărare, 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 apărare față de toți pacienții. Deși o 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 învețe să 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 le este foarte greu să se descurce datorită propriilor susceptibilități, prejudecăți sau ciudățeni 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.

VII.12. 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.

MODELUL PSIHODINAMIC AL LUI GEBSATTEL AL DISTANȚEI

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 înțelegere față de bolnav, satisfăcând solicitările acestuia (nu-l frustrează, deci, în așteptările sale).
Faza îndepărțării sau obiectivării	Bolnavul spune despre medic: „ <i>El trebuie să știe ce am și ce trebuie să îmi facă</i> ”. Fază dificilă pentru bolnav, mai ales dacă examenul clinic de laborator se prelungește: își poate, eventual, forma impresia că nu este decât un subiect de experimentări.	Medicul despre bolnav: „ <i>Este un caz, nu o persoană oarecare</i> ”. Nu mai consideră bolnavul o persoană suferindă 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 încearcă în această fază, se va accentua.
Faza personalizării	„ <i>El mă înțelege și mă va ajuta</i> ”.	„ <i>El suferă, este bolnavul meu, eu pot să-l ajut</i> ”.

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.

Cel mai adesea pacienții sunt considerați ca buni pacienți dacă modul lor de aplicare a severității simptomelor se corelează cu o boală biologică diagnosticabilă clar:

- dacă sunt complianți
- dacă în general nu-și schimbă tratamentul
- dacă sunt emoțional controlați
- și dacă sunt recunoscători

Dacă aceste așteptări nu se îndeplinesc, chiar dacă acesta este rezultatul unei necesități inconștiente din partea medicului, pacientul poate fi blamat și perceput ca un ins neplăcut, cu care nu se poate lucra sau rău.

Un medic care antipatizează un pacient e 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 acceptanța și respectul sunt prezente. A te ridica deasupra acestor emoții implică lăsarea în urmă a reacțiilor intense, contratransferențiale și să explorezi (fără vreo pasiune) de ce pacientul reacționează față de medic într-o asemenea manieră aparentă de apărare.

În afară de toate, pacientul are nevoie totuși de doctor, iar ostilitatea garantează că ajutorul necesar nu va apare. Dacă medicul poate înțelege că opoziția pacientului este într-un fel defensivă sau de autoapărare 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 să 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, capacități și limite, acești pacienți vor fi mai puțin amenințători. 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 percepuți 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 somatoformă, hipocondrii sau boli simulate)
- cei cu sindroame psihice organice – demență senilă
- cei care sunt pe moarte sau cu durere cronică – pacienți care reprezintă o nereușită profesională și, în acest fel, o amenințare pentru identitatea medicului și stima de sine.

VII.13. MEDICII CA PACIENȚI

Un exemplu special de contratransfer apare atunci când pacientul tratat este medic. Problemele care pot apare în această situație includ: așteptările că medicul-pacient se va preocupa de propria medicație și tratament și teama din partea medicului terapeut de a fi criticat pentru competența sa.

Apartinând 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. Apartinând aceluiași

subgrup, medicul care va trebui să își trateze un coleg, va trebui să țină 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 stăpânească relația medic-pacient. Pentru un medic, să fie pacient, poate însemna să predea controlul, să devină dependent, să apară vulnerabil și înfricoșat, 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-și maximalizeze 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-și administra automedicația, aceștia 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 să pună întrebări pertinente din teama de a părea ignoranți 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. **Rudică 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 își abandonează rolul său, motivând statutul special de medic al bolnavului, fie una autoritar-activă în care terapeutul își deposedează pacientul de atributele sale, reducându-l la condiția de bolnav, pentru a-și putea exercita fără distorsiuni rolul de medic. Există un risc major pentru medicul care își 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 și cofraternitatea conducând la o empatie excesivă pot conduce medicul terapeut la minimalizarea, banalizarea și chiar nerecunoașterea suferinței colegului său.

VII.14. MEDICUL ȘI PATOLOGIA PSIHOLGICĂ 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 desemna eșuarea,

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 și, 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 măsură 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 își 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, renunțare și disperare.

Fără să fie o entitate clinică precisă burn-out-ul este centrat de trepidul 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 ni s-a părut uimitoare asemănarea condițiilor favorizante cu ceea ce i se întâmplă medicului român contemporan.

VII.15. CÂTEVA IPOSTAZE SPECIALE ALE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT

Trebuie menționat că există anumite specialități medicale la 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 experi-

enței sale profesionale, imaginea sa fantasmatică pentru pacienți fiind aceea de „*doctorul care îți ia vocea*”. În ciuda succeselor medicale evidente, prognosticul *quod ad vitam* și vindecarea chirurgicală a cancerului, pentru pacient chirurgul rămânea un personaj amenințător și dezagreabil.

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 recăpătarea 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 culpabilizare continuă și la o deteriorare permanentă a imaginii de sine și a imaginii profesionale, confruntată cu spectrul incapacității de acțiune eficientă.

Restian A. (1997) subliniază că în relația medic-pacientă, nu vom putea face niciodată abstracție de apartenența de gen a fiecăruia. Relația medic-pacientă, 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, dar, tot prin natura lor, ele sunt mult mai bune comunicatoare (**Cristian O.S.**).

Relația medic-pacientă 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, și mai ales sexual.

Dificultatea de a accepta existența unei comunicări diferite cu pacienții diferiți ca sex sau ca vârstă și tendința spre așa numita *comunicare standardizată*, 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 că există o serie de cutume în care o anumită tipologie feminină, cel puțin din punct de vedere psihologic, este postulată. 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.

Căutarea unor explicații legate de această deficiență ar necesita o discuție mult prea amplă, care ar depăși sensibil limitele acestei lucrări și ale cărei coordonate cultural istorice s-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 lăsate pe ultimul plan, patologia fiind adesea considerată o pedeapsă sau o stigmatizare. La această concepție contribuie adesea atitudinea medicală, ca 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 specific 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.

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 căreia îi aparțin.

Medicii ar trebuie 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 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, ca și măsurile de protecție au un impact puternic asupra stării de sănătate a partenerei.

Dacă medicii țin 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 plener 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 comportament 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 pervertite acum probabil sunt încă privite ca deviate 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 doritori de a-și accepta propria sexualitate recunoscând că aceasta este doar o fațetă a personalității lor.

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 căci colegii vor râde de ea pentru faptul de a fi rămas 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.

VII.16. COMUNICARE ȘI CONFIDENȚIALITATE

Confidențialitatea este un concept vechi în medicină, care se regăsește chiar în jurământul hipocratic, „Ceea ce văd sau aud în cursul tratamentului sau chiar în afara tratamentului legat de viața oamenilor, ceea ce cu nici un chip nu trebuie răspândit, 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 la comunicare și o relație bazată pe încredere între medic și pacientă 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, soții 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 maximă intimitate și legate de tabuul ascunderii.

Deși medicina este o activitate colegială și clinicienii funcționează ca membrii ai unor echipe și, 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 bolnave dintr-un salon aud discutându-se despre viața personală a pacientului, despre modul în care s-a îmbolnăvit, despre eventualele intervenții pe care aceasta urmează să le sufere.

Un alt model important de păstrare a confidențialității este notarea exclusiv 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 importantă scrierea unei notițe scurte, neutre pentru împrăștierea memoriei, fără a exprima detalii șocante. Medicii trebuie să aibă în vedere maximalizarea confidențialității și, în același timp, de minimalizare, riscului de acces al altor persoane la fișele medicale și la notațiile pe care le fac.

Medicii sunt supuși adesea unui adevărat asalt din partea unor terți pentru a divulga amănunte privind aspecte clinice și nu numai în legătură 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 a acestora precum și unele posibilități evolutive. Considerăm un comportament anetic orice tentație 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. Diagnostice ca: lues, tuberculoză, HIV, alte boli contagioase implică anunțarea organelor în drept. Va fi mult mai ușor să obținem consimțământul pacientului dacă i se vor oferi bolnavului motivele fundamentale pentru care această informare trebuie făcută: contagiozitate, protejarea comunității etc.

VII.17. O SITUAȚIE CU TOTUL SPECIALĂ – COMUNICAREA CU ADOLESCENȚII

Contactul medicului cu adolescentul este deosebit de dificil cu atât mai mult cu cât mulți adulți, iar printre aceștia 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 nedeslușite și conflicte, îmbinate cu bucurii și supărări. 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 adolescență și mai nesigură, veritabilă *fata morgana*, greu de fixat în etichete atotcuprinzătoare și infailibile datorită metamorfozării perpetue pe care individul o suferă. Pentru că trăirile 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 înaltă, acneea de pe față sau lipsa de creștere în înălțime. Adolescenții încep să conștientizeze noi sentimente și senzații și să-și dea seama că au interese noi față de ceilalți. Este ca și cum schimbările corpului i-au făcut pe ceilalți să ia aminte la o persoană nouă și plină de înțelesuri. Accentul este pus pe creșterea conștientizării sentimentelor și 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 confrunța 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 remarci 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.

Înțelegerea nevoii de maturitate a pacientului este o condiție decisivă. Oricând este posibil trebuie inclus și adolescentul în luarea deciziilor care privesc îngrijirea și tratamentul său. Trebuie, de asemenea, să i 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 părinții săi la societate, în general. În familiile în care părinții au fost inconsecvenți, indiferenți și n-au dat destulă atenție copiilor lor, nu i-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 să accepte cu greutate orice autoritate. Atitudinea parentală va fi identificată 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 dintre 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 feriți 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 facă nimic, adesea se lasă de școală sau nu reușesc să continue ceea ce încep, și fac foarte puține 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, înțelept, și având o anumită dibăcie, măiestrie 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 acțiune 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. Ea 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 aceasta că este 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 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.

CÂTEVA REGULI ALE ABORDĂRII MEDICALE A PACIENTULUI ADOLESCENT

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 însă judecători.

Recunoașteți problemele adolescentului care decurg din interacțiunea modelelor familiale.

Nu amenințați cu retragerea sprijinului vostru psihoemoțional și profesional, forțându-l să-și trăiască viața în conformitate cu așteptările părinților săi. În schimb, ajutați-l să-și evalueze propria sa poziție în raport cu cea evaluată și de părinții săi; dați-i curajul să discute despre această fațetă cu aceștia.

Lăudați-l și încurajați-l când ia decizii independente. Arătați-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 strădania 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 și 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 vă place sau nu, încercați să recunoașteți sincer față de dumneavoastră înșivă propriile temeri, insecurități, anxietăți, căderi și nu le transmiteți pacientului adolescent.

Dacă nu vă place cu adevărat și nu vă interesează problemele adolescenților, 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 acesta trebuie să îi comunice tânărului un diagnostic grav sau de boală cronică ce va necesita tratament toată viața (diabet, epilepsie etc.). Reacțiile adolescentului putând fi deosebit de grave, iar printre acestea: tentativa de suicid, mult mai frecventă decât la adult. Demitizarea bolii, empatia medicului, susținerea psihologică clară sunt tot atâtea metode de prevenție a acestui tip de reacție. Mai trebuie notat faptul că adolescenții sunt mult mai predispuși pentru 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 fantasmă ale bolii adolescentului.

VII.18. CUM SĂ COMUNICI ÎN MEDICINĂ VEȘTILE RELE

O problemă majoră în practica fiecărui medic este cea a comunicării unor diagnostice grave de boli cu evoluție fatală sau cu pronostic 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 și 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 așteptarea sinceră, dar nu dusă dincolo de limita iraționalului, de apariție a unui progres în domeniu.

Unii se ascund în spatele unei mai vechi credințe că pacienții, știind că suferă de o boală fatală, vor considera că sunt o povară pentru mai multe persoane și își vor pierde speranța de a fi vindecați. Se consideră că ei vor aprecia că boala va provoca schimbări extraordinare asupra calității vieții lor, iar viața va fi irosită în zadar, deoarece „nu mai au pentru ce să trăiască”. În ultimii 30 de ani au existat remarcabile schimbări ale acestor concepții. Este cunoscut acum că pentru enorma majoritate a oamenilor cea mai acută dorință este de a cunoaște diagnosticul și de a avea câteva cunoștințe care să le dea speranța și încrederea în ei.

Baile W.F. și colab. (2000) arată că în situația bolilor grave sau cu prognostic rezervat trebuie respectat următorul algoritm:

Informarea pacientului asupra existenței unei suferințe grave

Transmiterea unor informații medicale cât mai complete legate de boală

Acordarea de suport psihologic pacientului

Implicarea pacientului în colaborare și dezvoltarea unor strategii sau unui plan de viitor

O practică depășită, în primul rând pentru că lezează dreptul la confidențialitate al pacientului, este aceea a informării mai întâi a membrilor familiei despre diagnosticul grav și a transferării deciziei acestora de a-i comunica sau nu pacientului. 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 căldurii omenești, a capacității de rezonanță a medicului în fața suferinței.

Paradoxal, unii medici consideră drept neprofesională emoția și tensiunea pe care comunicarea unei vești rele le-o provoacă.

Weber M., Werner A., Nehring C., Tentrup F.Y. (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 aceasta înseamnă alegerea unui moment mai liniștit, pentru aceasta. Dacă bolnavul se află în spital, așezați-vă 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 problemelor care decurg din aceasta în funcție de sprijinul emoțional de care pacientul are nevoie.
- ***Să răspunzi sentimentelor pacienților***
 - este potrivită 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.
- ***Să stabilești un contact pentru viitor***
 - să comunici vești 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 remisiei lente. Uneori ești obligat să comunici că terapia nu influențează cursul bolii, fiind un tratament ineficient 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 considerând că acesta i-a mințit. Ei pot întreba „de ce spitalul nu este mai eficient?” „de ce nu li s-a spus mai devreme că suferă 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 încercați să minimalizați și să explicați încă o dată cum se face diagnosticul și cum se stabilește terapia. Puteți spune „Știi că aceasta este o veste supărătoare. Vă înțeleg sentimentele și vreau să vă ajut” .

Unii pacienți vor combina furia cu negarea, luptând împotriva diagnosticului și cerând o a doua opinie. Medicul va trebui să ajute pacientul să obțină și o altă părere – „Cred că este o idee bună, vă gândiți la cineva?”

În cazul pacienților cu afecțiuni grave trebuie să asigurăm întotdeauna pacientul de disponibilitatea continuă și necondiționată, 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 cooperăm întotdeauna” .

REGULI ÎN COMUNICAREA VEȘTIILOR RELE

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 i 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 stă în putere
Comunicați planul de îngrijire, dar nu promiteți o vindecare

Comunicarea de vești rele este o situație medicală, dar și terapeutică, în care medicul se află de multe ori și fără o pregătire de specialitate va fi supusă unor erori sistematice, care vor scădea mult din calitatea actului medical. Nimic nu distruge mai mult imaginea medicului în raport cu pacientul său decât disperarea și anxietatea acestuia din urmă.

VII.19. 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 purta și înainte de debutul problemelor de demență.
- Nu puneți întrebări în timp ce sunteți cu spatele, făcând 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, radio-ul trebuie închise).

- Mai întâi încercați să stabiliți contactul vizual. Pronunțarea numelui persoanei sau atingerea brațului vă poate fi de ajutor.

10 REGULI ÎN COMUNICAREA CU PACIENTUL CU BOALA ALZHEIMER	
Abordarea	COMUNICAREA VERBALĂ
1. Stați aproape de pacient	1. Vorbiți rar și clar
2. Numiți-l, spuneti-i pe nume	2. Folosiți cuvinte și propoziții scurte, simple concrete
3. Atingeți-i corpul	3. Completați cuvintele cu gesturi și atingeri
4. Stați față în față	4. Transmiteți un singur mesaj odată
5. Mențineți contactul vizual	5. Folosiți 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 fiecare propoziție să fie percepută și înțeleasă.
- Repetați ce ați spus, dacă vi 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 atenția medicului sau psihologului către existența acestor tulburări cognitive. Nerecunoașterea locurilor obișnuite, afirmarea unor întâlniri cu persoane de mult dispărute sau având altă vârstă decât cea reală (de ex., pacientul afirmă că e în casa altcuiva, că a venit străbunica și l-a vizitat, că a trebuit să se ducă ieri la servicii, deși e la pensie de cinci ani.). De asemenea, repetarea frecventă a aceluiași lucru sau acuze într-un interval scurt de timp sau tendința irezistibilă a pacientului de renunța 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 bizară 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 ascultați și să-i arătați că sunteți interesat. În acest timp, fiți atent la ce gândește, urmărind elemente non-verbale – tonul vocii, limbajul trupului, expresiile faciale.

Uneori chiar dificultatea în inițierea și menținerea conversației este suficientă pentru orientarea diagnosticului. Se recomandă prudență și 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.

VII.20. 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

I. Impresia generală:

Evaluati 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

II. Comunicarea verbală

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"/>	Pacienta	<input type="checkbox"/>
4. Cum au fost obținute informațiile?	întrebări deschise	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	întrebări închise	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	parafrazare	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. Cum a fost încurajat pacientul să vorbească și să întrebe?	gesturi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	cuvinte de aprobare	<input type="checkbox"/>		<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?	simplic	<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"/>

VIII. MEDICINĂ PSIHOLÓGICĂ ȘI PSIHOSOMATICĂ

VIII. 1. DEFINIȚII ȘI CADRU CONCEPTUAL

VIII. 2. SOMATIZAREA ÎNTRE PSIHANALIZĂ ȘI NEUROBIOLOGIE

VIII. 3. SOMATIZARE ȘI MEDICINĂ PSIHOSOMATICĂ

VIII. 4. GRUPA TULBURĂRI SOMATOFORME ÎN DSM-IV ȘI ICD 10

VIII. 5. TULBURĂRI SOMATOFORME ȘI NORMATIVITATE

VIII. 6. AFECTIVITATEA NEGATIVĂ ȘI SOMATIZAREA

VIII. 7. SOMATIZARE ȘI CONȘTIINȚĂ

VIII. 8. SOMATIZAREA – UN COMPORTAMENT ÎN FAȚA BOLII

VIII. 9. GENETICĂ ȘI SOMATIZARE

VIII. 10. SOMATIZARE ȘI PERSONALITATE

VIII. 11. POSIBILE MODELE ALE SOMATIZĂRII

Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic

Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinței

Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale

Somatizarea ca o consecință a suprautilizării asistenței medicale

VIII. 12. ETIOLOGIE ȘI ONTOLOGIE ÎN SOMATIZARE

VIII. 13. FIZIOLOGIE ȘI PSIHIATRIE ÎN DETERMINAREA SIMPTOMELOR FUNCȚIONALE

VIII. 14. FACTORII PSIHO-SOCIALI ȘI SOMATIZAREA

VIII. 15. COMORBIDITATE ȘI SOMATIZARE

VIII. 16. NOSOGRAFIE ȘI SOMATIZARE

VIII. 17. ANTROPOLOGIE ȘI SOMATIZARE

VIII.1. DEFINIȚII ȘI 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 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. Cei mai mulți autori afirmă că acest concept, care grupează situații diferite, are drept numitor comun disconfortul corporal neexplicat, generat de probleme psihiatrice, psihologice sau sociale. Prin numeroasele sale aspecte, somatizarea este problema comună a unui

număr mare de probleme medicale (Ford, 1983). În mod cu totul paradoxal, somatizarea este o problemă majoră de sănătate publică, simptomele funcționale fiind printre primele cauze de incapacitate de muncă și incapacitate socială. Tot în sfera sănătății publice intră și faptul că pacienții cu simptome somatice neexplicate, recurente, sunt adesea investigați în extenso, spitalizați, supuși unor proceduri de diagnostic invazive, unor tratamente medicale în care polipragmazia se împletește cu metode recuperatorii costisitoare și care creează boli iatrogene adeseori mai grave decât presupusele boli somatoforme.

VIII.2. SOMATIZAREA ÎNTRE PSIHANALIZĂ ȘI NEUROBIOLOGIE

Problema somatizării i-a determinat cu mai bine de un secol în urmă pe **Freud S.** și **Breuer** să dezvolte conceptele de inconștient, conflict, apărare și rezistență.

În epoca victoriană, simptomele somatice neexplicabile erau considerate semne exterioare ale unor tulburări psihologice subiacente (bazale). Insistența permanentă a pacienților, care cereau recunoașterea naturii somatice a simptomelor lor, a fost considerată un mecanism de apărare împotriva cauzelor psihice care stau de fapt la originea lor. Psihanaliza, ca și restul psihiatriei, au mutat în cele din urmă accentul pe tulburările psihiatrice presupuse a determina isteria și somatizarea. Deși în următoarea sută de ani au intervenit schimbări dramatice în înțelegerea mecanismelor și a tratamentului bolilor mintale, înțelegerea procesului de somatizare a făcut doar pași minori față de nivelul atins în secolul trecut. Mai mult, pacienții cu tulburări de somatizare păstrează aceeași reticență, scepticism și sentimente de frustrare față de explicațiile psihologice care li se dau.

VIII.3. SOMATIZARE ȘI MEDICINĂ PSIHOSOMATICĂ

Încercarea medicului de înțelegere a simptomelor somatice neexplicate ca manifestări ale conflictelor inconștiente, ale modelelor comportamentale sau disfuncționalităților familiale, se lovește de sentimentul că nu este înțeles din partea pacientului, ca și în cazul în care aceste tulburări corporale sunt puse pe seama perturbării neurotransmițătorilor (**Simon G.E., 1993**). Ca și în vremea încercărilor lui **Freud S.** de a explica isteria, pacienții actuali cu simptome somatice neexplicate privesc eforturile clinice și științifice drept nefolositoare, iar publicațiile unor organizații de suport ale bolnavilor cu astfel de tulburări (encefalită mialgică, sindrom de oboseală cronică) sunt vehement critice la adresa celor care îndrăznesc să lege aceste condiții de depresie sau suferință psihologică (**Jackson, 1988**). Majoritatea definițiilor somatizării includ presupunerea că simptomele somatice neexplicate ar rezulta dintr-un disconfort (suferință psihologică latentă), (**Kaplan H.I. și Shadock B.J., 1989**). Este evidentă și încurcătura manualelor „ateoretice” DSM-III-R și DSM-IV care, lucru fără precedent, admit „prezumția clară că simptomele sunt legate de factori sau conflicte psihologice”, deci fac referiri la procese psihodinamice.

Dacă momentul actual pare să fie cel al unei extensii neobișnuite în ceea ce privește conceptul de somatizare, el își poate găsi explicația nu doar în buna încercare

de circumscriere a acestei realități, ci și revenirii psihiatriei în spitalele cu profil general și renașterii, drept consecință a psihiatriei, în consultața interdisciplinară, ca și unei reintegrări a psihiatriei la un nivel acceptabil în echipa medicală sau, chiar mai mult, în cea medico-chirurgicală.

Somatizarea pare să ia locul medicinei psihosomatice care se ocupă prin tradiție de investigarea și tratarea determinantilor psihologici ai bolii. Încercând să studieze rolul conflictelor psihologice specifice și a dimensiunilor personalității în boală, teoria psihodinamică a supraviețuit cu greu (după unii, chiar a sucombat) aspirațiilor și veleităților sale, și chiar mai mult, a avut efectul nefericit de a orienta anumiți clinicieni spre a considera unele boli ca fiind în mod esențial psihosomatice. La pierderea de viteză a psihosomaticii au contribuit datele contemporane de epidemiologie și psihofiziologie care au evidențiat rolul stresului asupra cauzelor și cursului bolii, ca și prezența ubicuitară a acestuia. Mai mult, DSM-III a trebuit să recunoască faptul inexistenței unei clase unice de tulburări psihosomatice, admitând, în cazuri clinice particulare, rolul jucat de factorii psihosociali în determinarea sau agravarea stării pacientului. **Kirmayer J.L.** și **Robins J.L.** consideră că termenul de psihosomatic ar putea fi aplicat mai degrabă unor situații clinice decât unor anumite categorii de boală, în acest fel, medicii fiind încurajați să ia în discuție procesul psihosomatic ca o dimensiune specifică a bolii. Saltul de la teoria psihosomatică, centrată pe cauza bolii, la somatizare, preocupată de expresia bolii și de trăirea bolii, se materializează în reformularea definiției originale a lui **Lipowski (1988)**.

VIII.4. GRUPA TULBURĂRI SOMATOFORME ÎN DSM-IV ȘI ICD 10

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 polisimptomatică 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 sugerează o situație neurologică sau alte situații 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.

Tabelul 1

Clasificarea internațională a bolilor, în ultima sa ediție, stabilește următoarele criterii pentru diagnosticarea afecțiunilor somatizate:

CRITERIILE ICD-10			
<p>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.</p> <p><i>Dacă unele simptome se datorează unor factori autonomi, ele nu reprezintă trăsături majore ale bolii, pentru că nu sunt persistente și nu deranjează bolnavul.</i></p>			
<p>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-și 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.</p>			
<p>C) Un total de șase sau mai multe simptome din lista următoare:</p>			
<p>Simptome gastro-intestinale</p> <ul style="list-style-type: none"> - dureri abdominale - greață - abdomen meteorizat - vărsături sau regurgități - tranzit haotic, frecvent sau secreții fluide eliminate din anus 	<p>Simptome cardio-vasculare</p> <ul style="list-style-type: none"> - dispnee fără efort fizic - dureri precordiale 	<p>Simptome genito-urinare</p> <ul style="list-style-type: none"> - disurie sau polakiurie - senzație neplăcută în sfera genitală 	<p>Simptome cutanate și dureroase</p> <ul style="list-style-type: none"> - dureri ale membrilor la nivelul extremităților sau ale articulațiilor - senzații de furnicături sau senzație neplăcută de amorțeală.

VIII.5. TULBURĂRI SOMATOFORME ȘI NORMATIVITATE

Chiar dacă s-au făcut eforturi de definire nenormativă a tulburărilor somatoforme, conceptele somatizării rămân sub semnul normativității, astfel hipocondria va fi teama disproporționată de boală, dar aceasta după standardele sociale ale unui loc sau altuia. Valori ca stoicismul, autocontrolul, ingenuitatea, negarea, joacă un rol evident. Același lucru este valabil și în ceea ce privește dismorfofobia. Un luptător sumo este cu totul altceva, ca termen de referință socio-culturală, decât top modelele societății occidentale.

Judecarea clinică a faptului că un pacient somatizează sau nu este, de asemenea, deschisă unei largi categorii de factori sociali fără nici o legătură evidentă cu boala, între care se înscriu interferențele legate de atitudinea și concepția medicală și a instituțiilor de asistență. În sfârșit, numeroase studii se referă la conceperea somatizării ca un comportament față de boală direcționat spre exterior, către procese interpersonale și factori structurali sociali. O serie de cercetători în domeniul antropologiei medicale au evidențiat într-o manieră clară modurile în care limbajul (idiomul) corporal de suferință servește drept mijloc simbolic atât în reglarea unor situații sociale, cât și ca protest sau contestație (Scherper-Huyges și Lock, 1987).

VIII.6. AFECTIVITATEA NEGATIVĂ ȘI SOMATIZAREA

Un mare număr de lucrări au fost consacrate bazelor dispoziționale ale somatizării și rolului afectivității negative. Cercetările lui **Costa și McCraie (1987)** și **Watson și Pennebaker (1989)**, au fost centrate pe o stare sufletească considerată de autor ca „afectivitate negativă” (A.N.). Subiecții cu A.N. au nivel înalt de disconfort și insatisfacție, sunt introspectivi, stăruie asupra eșecurilor și greșelilor lor, tind să fie negativiști, concentrându-se asupra aspectelor negative ale celorlalți și ale lor. Afectivitatea negativă are trăsături similare cu alte tipologii dispoziționale, cum ar fi nevroticismul, anxietatea, pesimismul, maladaptativitatea. Afectivitatea pozitivă ar fi contrariul celei negative, asociată cu extraversia, nivelul energetic crescut, nivelul de activitate superior. O serie de scale pot evalua afectivitatea negativă: scala de emotivitate negativă (*Negative Emotionality Scale-NEM*), din chestionarul de personalitate **Tellegen (Tellegen's Multiple Personality Questionnaire)**, scala N.A. din scalele de afectivitate pozitivă și negativă (*Positive and Negative Affectivity Scales-PANAS*). Cercetări foarte recente arată că indivizii cu afectivitate negativă intensă par să fie hipervigilenți în privința propriului corp și au un prag redus în ceea ce privește sesizarea și raportarea senzațiilor somatice discrete. Viziunea pesimistă asupra lumii îi face să fie mai îngrijorați în privința implicațiilor situațiilor percepute și par să aibă un risc mai mare de somatizare și hipocondrie. Acești indivizi sunt mai predispuși să raporteze simptome în cursul tuturor situațiilor și 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.

VIII.7. SOMATIZARE ȘI CONȘTIINȚĂ

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 apare, este pe cât de dificil, pe atât de complex. O serie de autori (**Pennebaker J., Watson D., Robbins J., Gibson J.J., 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 Kyrmyer, 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 factori ca mediul exterior și tensiunea afectivă (**Gibson, 1979**), competiția stimulilor senzoriali pentru câștigarea atenției (**Pennebaker, 1982; Duval și Vicklund, 1992**), căutarea selectivă a 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 stimulatoare (**Filingin și Fine, 1986; Pennebaker, 1980**). Studii epidemiologice arată faptul că raportarea unor simptome somatoforme este mai frecventă la indivizii singuratici, din mediul rural, care lucrează în instituții nepretențioase sau nestimulative (**Wan, 1976; Moos și Vandort, 1977**). Căutarea selectivă a informației este direcționată de convingeri sau construcții mentale care orientează modul în care informația este căutată și în final găsită. Convingerile legate de sănătate sunt strâns corelate cu modul în care indivizii se preocupă și își interpretează senzațiile corporale (**Pennebaker, Skelton, Watson, 1988**). Importanța convingerilor despre sănătate și a schemelor de căutare selectivă este bine ilustrată de „boala studentului medicinist” (**Woods și colab., 1978**) și psihozele în masă (**Colligan și colab., 1982**).

VIII.8. SOMATIZAREA – UN COMPORTAMENT ÎN FAȚA BOLII

Somatizarea nu se referă doar la simptome sau la sindroame precis definite, asupra cărora vom reveni, ci și la un anumit comportament față de boală. Acest termen de „*comportament de boală*” („*illness behaviour*”) a fost introdus de **David Mechanic** în 1962 și se referă la căile prin care simptome date pot fi diferit percepute, evaluate, și permit sau nu, să se acționeze asupra lor. Acest concept a fost extins la situațiile clinice problematice de către **Pilowsky (1969, 1990)**, care a numit somatizarea, exagerarea sau negarea bolii drept „comportament anormal față de boală” (1978). **Mayer** aduce obiecția că în definiția inițială conceptul era descriptiv și deci nenormativ (1989). El se întreabă care sunt acele norme stabile care să justifice decizia că gândurile sau acțiunile unui pacient sunt anormale. Alți autori subliniază că etichetând drept anormal comportamentul unui pacient, factorii contextului social vor fi ignorați sau mult estompați (interacțiunea doctor-pacient, exigențele sistemelor de asigurări pentru sănătate etc.). O serie de încercări au fost făcute pentru a diminua riscul unei defineri arbitrare a comportamentului anormal față de boală, mai ales cu ajutorul chestionarelor de răspuns individual și interviurilor normate (**Turket și Pettygrew, 1983; Costa și McCraie, 1985; Zonderman și colab., 1985; Kellner, 1987**).

Relatarea simptomelor poate fi exagerată sau diminuată prin recompense sau pedepse, prin orice formă de beneficiu primar sau secundar (**Mechanic, 1978**).

Diferențe semnificative în ceea ce privește remarcarea, definierea 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 definierea 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 este identică cu a indivizilor sănătoși.

VIII.9. GENETICĂ ȘI SOMATIZARE

Argumentele genetice sunt legate atât de presupunerea comună în privința bazelor fenotipice ale funcțiilor fiziologice, cât și de descoperiri recente în ceea ce privește moștenirea tipului emoțional și perceptual. Sesizarea și raportarea simptomelor somatice depinde de modul de prelucrare zonală a informației în creier. Abilitatea de raportare a simptomelor depinde la rândul ei, după **Luria (1980)**, de buna funcționare a centrilor limbajului în lobii temporali și parietali. Structura și funcționalitatea sistemului nervos central este determinată genetic atât la nivelul structurilor corticale ale activității neurotransmițătorilor, al activității electro-encefalografice și al sistemului nervos autonom. Comparațiile făcute între gemenii mono și dizigoți 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 cercetărilor viitoare asupra raporturilor dintre comportamentul legat de boala trăsăturilor de personalitate cu afectivitate predominant negativă și tulburările de somatizare vor clarifica probabil zona confuză care mai există prin suprapunerea unor descrieri comune și prin imposibilitatea stabilirii unor raporturi de precesiune. Clarificarea unor constante genetice ar fi, de asemenea, utilă în descrierea simptomatologică.

VIII.10. SOMATIZARE ȘI PERSONALITATE

Studii corelative s-au făcut nu doar la nivelul unor trăsături de personalitate, ci și a asocierii dintre tulburările de somatizare și alte tulburări psihiatrice. Cum era și de așteptat, multe studii arată o relație strânsă între somatizare și depresie.

Dintre tulburările personalității, cele mai frecvent implicate sunt tulburarea histrionică, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea dependentă.

O serie de studii făcute în anul 1988 demonstrează că somatizarea este mai puternic asociată cu antecedentele de depresie ale individului, decât cu diagnosticul curent de depresie (**Cornier și colab.; Sullivan și colab.; Walter și colab.**). Alte studii au demonstrat asocieri asemănătoare cu tulburările de anxietate, dar nu există studii care să includă suficienți subiecți pentru a putea trage concluzii privitoare la diagnosticele psihiatrice mai rare.

VIII.11. POSIBILE MODELE ALE SOMATIZĂRII

Diverse corelații au făcut obiectul stabilirii unor posibile modele de relație care nu se exclud reciproc și care propun ipoteze cauzale.

Dintre aceste modele le vom discuta pe următoarele:

Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic

Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic – corespunde unui model tradițional care consideră raportarea simptomelor somatice și recurgerea la asistență medicală nonpsihiatrică drept rezultat al prezentării modificate a unor tulburări psihice. Deci somatizarea ar fi o expresie „mascată” a bolii psihice.

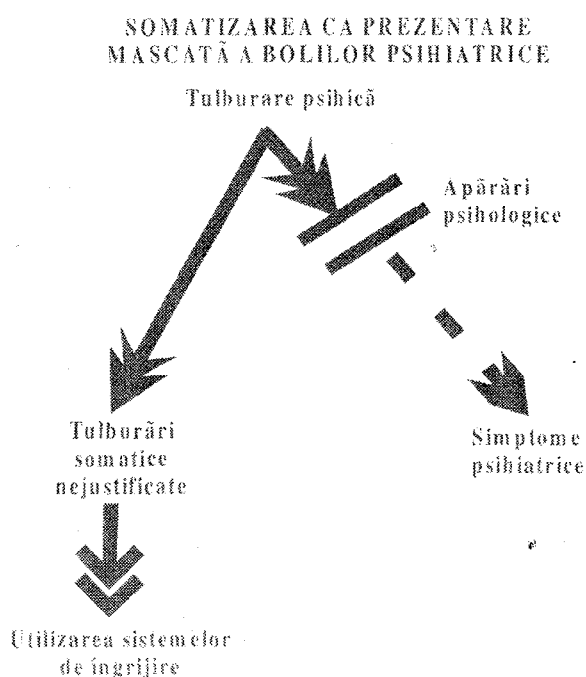


Figura 1

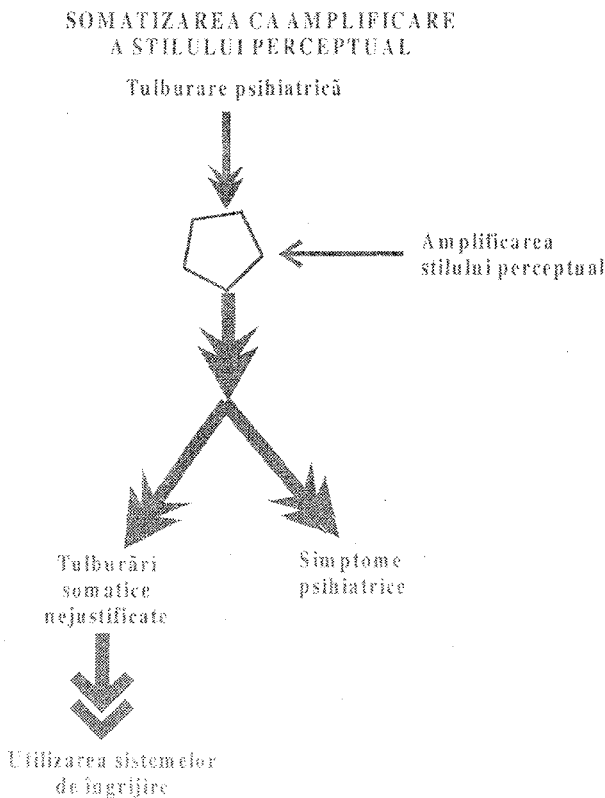
Acest model își are sorgintea în noțiunile de început ale psihanalizei care considerau simptomele isteriei ca versiuni puternic modificate sau transformate ale unor impulsuri inconștiente interzise. Astfel, simptomele somatice aveau funcție de apărare, permițând o anumită exprimare a suferinței și ținând în același timp în afara câmpului conștiinței dorințele inacceptabile. Versiunea modernă a acestei abordări consideră că simptomele somatice funcționează ca mecanisme de apărare, servind drept expresie a suferinței, pentru a permite depresiei sau anxietății subiacente să rămână în afara conștiinței. Se spune adesea că acești pacienți își exprimă suferința psihologică preferențial prin „canale” fizice (Katon, 1982). Nemiah și Zifenos au dezvoltat chiar conceptul de alexitimie pentru a descrie grupuri de pacienți care par „să nu aibă cuvinte pentru exprimarea sentimentelor” (1977). Totuși, numeroase studii sugerează că simptomele somatice și cele psihogene nu sunt canale alternative pentru exprimarea suferinței, ci canale para-

lele care apar împreună (Clancy și Noyes, 1976; Costa și McCrae, 1980, 1985; Sherii și colab., 1988; Simon G.E. și Katon W., 1989; Tudose F. și Iorgulescu M., 1994)

Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinței

Acest model este legat de stilul perceptual presupunând că pacienții tind să perceapă și să raporteze niveluri înalte din toate tipurile de simptome. Această tendință de a trăi stări emoționale neplăcute a fost descrisă de Watson și alții (1984, 1985) drept afectivitate negativă. Studii făcute pe voluntari sănătoși au arătat o rată înaltă a raportării de simptome la cei cu stări de afectivitate negativă.

Figura 2



Investigațiile făcute de **Balint (1957)** asupra disconfortului emoțional în clinicile de asistență medicală primară au condus la concluzii similare: el a descris termenul de „efect bazal” care ar determina la pacienți trăirea unui disconfort generalizat sau nespecific și prezentarea la medic atât pentru simptome somatice, cât și emoționale. Aceste ipoteze consideră mecanismele de amplificare somato-senzorială ca trăsături stabile de personalitate care ar influența prelucrarea tuturor stimulilor senzoriali, iar în consecință, somatizarea ar rezulta din acest stil de amplificare somatică, mai degrabă decât dintr-un diagnostic psihiatric specific. Bazându-se pe o serie de lucrări ale anilor '70 (Byrne, 1964; Bushaun și Silverman, 1968; Raine și colab., 1971; Hauback și Revelle, 1978), colectivul condus de Barsky (1988) elaborează conceptul de „amplificare somato-senzitivă” pentru a explica procesul prin care suferința psihologică duce

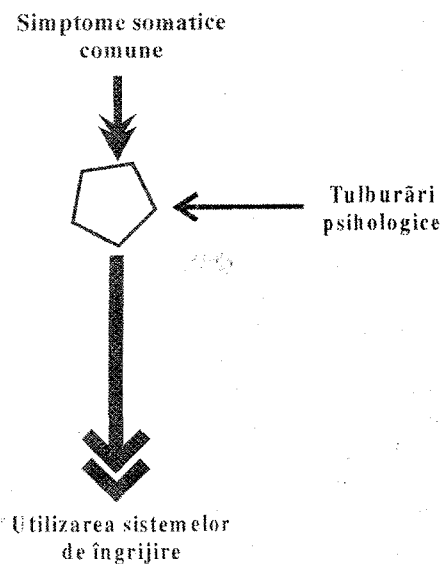
la sensibilitatea manifestată prin simptome somatice. Simptomele sunt considerate ca începând cu senzația periferică care conduce la o elaborare corticală sau componenta reactivă care, la rândul ei, poate amplifica sau reduce senzația inițială. Stări psihologice negative afectează acest sistem, crescând excitabilitatea și vigilența, scăzând pragul percepției și raportării senzațiilor fizice. Prin această concentrare selectivă pe senzațiile nocive, disconfortul nespecific se canalizează în simptome somatice. O variantă a ipotezei amplificării consideră somatizarea ca o consecință a anormalităților din neuropsihologia prelucrării informațiilor. Studiind diferite răspunsuri fiziologice la stimulare sau nivelurile diferiților metaboliți ai neurotransmițătorilor, acești cercetători leagă fenomenele de somatizare de anomalii sau tulburări biologice și biochimice. Modelul conform căruia pacienții cu somatizare amplifică atât suferința psihică, cât și pe cea psihologică, implică ipoteze privind consecințele clinice și semnificația diagnostică a acestor simptome care se pot corela cu modelul următor.

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 indivizi 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 depășesc fără ajutor medical. Anchete active ale stării de sănătate au arătat că majoritatea oamenilor normali care se consideră sănătoși au în mod frecvent simptome ușoare, variabile, pentru care nu apelează la ajutor medical.

SOMATIZAREA CA TENDINȚĂ DE ÎNGRIJIRE A UNOR SIMPTOME COMUNE

Figura 3



Studiile lui **Tessler și Mechanic (1978)** au sugerat existența unui mod dobândit de adaptare la suferința emoțională prin focalizare asupra simptomelor somatice și recurgere la ajutor medical.

Mai recent, **Drossman și colab.(1988)**, asociază morbiditatea psihiatrică mai degrabă cu cererea de ajutor medical pentru diverse simptome, decât cu simptomul în sine. Același lucru îl arată și studiul făcut de **Lipscomb (1990)** asupra sindromului premenstrual, constatând că morbiditatea psihiatrică este mai puternic legată de decizia de a apela la asistența medicală, decât de prezența simptomelor în sine.

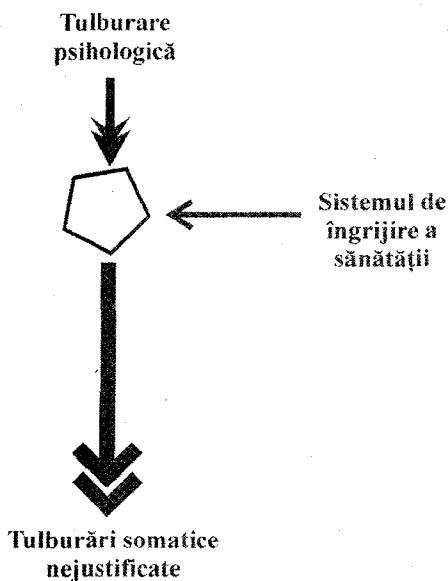
Somatizarea ca o consecință a suprautilizării asistenței medicale

Acest model consideră somatizarea ca răspuns la stimularea realizată de sistemul de asistență medicală. El consideră utilizarea serviciilor medicale mai degrabă o cauză a raportării simptomelor decât o consecință a acestora.

Această ipoteză accentuează asupra tendinței factorului cultural și a corpului medical de a întări comportamentul de boală și raportarea simptomelor. Cu cât sistemul de îngrijire medicală și instituțiile medicale au în vedere în special simptomele corporale, somatizarea iatrogenică are șanse deosebite de a se afirma. Exemplul somatizării frecvente printre studenții medici ilustrează modul în care expunerea la sistemul de îngrijire medicală determină creșterea raportării suferințelor somatice.

Figura 4

SOMATIZAREA CA RĂSPUNS LA FACILITĂȚILE SISTEMULUI DE ÎNGRIJIRE



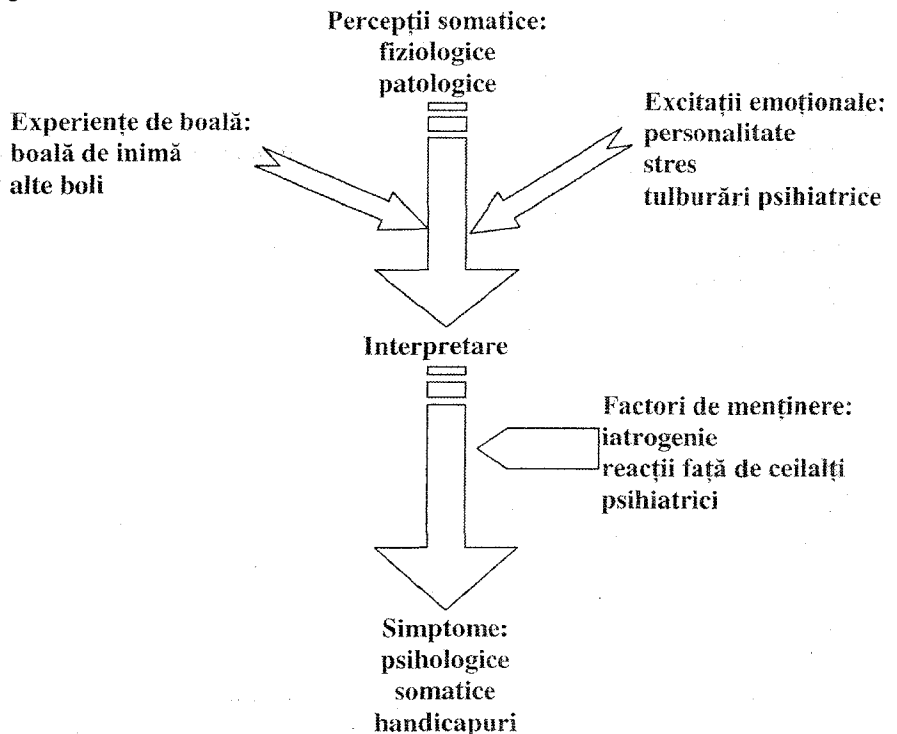
Trecerea în revistă a modelelor arată că tulburările psihice pot avea roluri extrem de variate în geneza simptomelor somatice neexplicate. Tranziția se face de la modelul tradițional al somatizării ca prezentare atipică a tulburării psihice până la modelul amplificării, care pune în discuție chiar validitatea diagnosticelor psihiatrice tradiționale. În sfârșit, o serie de autori au încercat evidențierea unor markeri biolo-

gici 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.

VIII.12. ETIOLOGIE ȘI ONTOLOGIE ÎN SOMATIZARE

O serie de cercetări au căutat să delimiteze etiologiile ale așa-ziselor tulburări funcționale. Subliniem faptul că distincția între funcțional și organic își are rădăcinile în ontologia biomedicală dualistă, anumite boli fiind considerate mai reale decât altele, aceasta datorită faptului că însași existența conceptului de somatizare își are rădăcinile în epistemologia dualistă, profund ancorată în istoria teoriei și practicii medicinei europene. Această epistemologie se referă la un model de boală care stabilește cum ar trebui să se comporte o persoană în contextul unor modificări specifice măsurabile, care țin de o afectare a organismului.

Figura 5



Acest model include durerea, suferința fizică, disfuncții fiziologice, precum și grade și forme adecvate de neliniște, modele de funcționare socială și de solicitare a ajutorului medical. Acest model normativ al suferinței permite aprecierea răspunsului unei persoane la modificări fizio-patologice sau anatomo-patologice, dar și aducerea în discuție a conceptului de somatizare, atunci când răspunsurile deviază de la normele culturale acceptate. Deci această abordare este în același timp funcțională și ontologică (aceasta însemnând că bolile sunt ca niște obiecte cu o evoluție distinctă

sau cu o istorie naturală independentă de persoană). Este postulată o corespondență între suferință și boală (**Jennings, 1986**), dar în timp ce corespondența poate însemna doar corelație, deci nu o determinare sau o direcționalitate, frecvent logica medicală presupune o direcționalitate: boala duce la suferință. Această legătură suferință-boală poate fi observată atunci când se legitimează sau se autentifică statusul de incapacitate, aplicarea sistemului de verificare ce stă la baza diagnosticului se face strict, admitându-se implicit că anumiți suferinzi nu sunt bolnavi. Pe de altă parte, pentru a menține autenticitatea și credibilitatea indivizilor ca ființe sociale și pentru a se ieși din dilema afirmării continue de către individ a suferinței sale în absența bolii, psihologia de tip occidental a găsit explicații în termeni ca: fenomene mintale inconștiente, mediere psihosomatică și, mai recent, somatizarea (**Fabrega H., 1991**).

VIII.13. FIZIOLOGIE ȘI PSIHIATRIE ÎN DETERMINAREA 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.

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 ignorată 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 arbitrară.

Pentru evitarea unor astfel de atitudini arbitrare, unii autori (**Escobar J, Rubio-Stipec M, Swartz M, Manu P**) preferă termeni mai generici ca „simptome fizice 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**).

VIII.14. FACTORII PSIHO-SOCIALI ȘI 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, ca și unei reduse înclinații pentru probleme psihologice (**Escobar și colab., 1989**). Persoanele necăsătorite 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 părinților 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 la vârsta adultă și încurajarea adoptării rolului de bolnav de către copil (**Pilowsky, 1982; Whitehead, 1986**). Familiile pot să respingă somatizarea sau să o încurajeze, învățarea 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 șomaj a arătat o asociere semnificativă, dar fără să se poată spune care din factori determină cauzal această legătură.

VIII.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 precum 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 devine tot mai puțin convins că suferința lor este reală și că ei doresc într-adevăr să se vindece.

VIII.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 „neokraepeliniană” de căutări ale unor tulburări discrete caracterizate prin patternuri simptomatologice distincte (**Kirmayer și Robbins**). Aceasta deoarece, deși diagnosticele distincte plasează psihiatria în tradiția biomedicinei, ele se dovedesc nesatisfăcătoare atât în studiile epidemiologice, cât și în studierea unor fenomene psihopatologice la nivel individual și/sau populațional. Definițiile tulburărilor somatoforme par să se înscrie mai repede într-o dimensiune de continuitate a comportamentului uman, ca tulburări discontinue, fiind greu încadrabile într-un concept unitar de boală mintală. În cadrul subiectului de care ne ocupăm în această lucrare, metaforic am putea spune că tulburările somatoforme sunt partea direct vizibilă

și identificabilă ca atare a tulburărilor strict corporalizate din tulburările psihiatrice legate de corp. Altfel spus, ele se exprimă direct și nemediat în coduri somatice, fără să-și piardă însă semnificația de tulburări psihice. Așa cum arătam, diverse teorii luate în discuție, consideră somatizarea fie o apărare intrapsihică, fie o expresie a unor tulburări neurobiologice, fie o modificare a sistemului perceptual și cognitiv, fie un set de comportamente socio-culturale. Așa cum am arătat, există dovezi pentru toate acestea și de aceea credem că ele ar putea să semnifice și mozaicul realizat de toate aceste situații la un loc. Credem împreună cu **Simon G. (1991)** că înțelegerea mai bună a procesului de somatizare va conduce la înțelegerea altor sindroame psihiatrice și va reflecta în același timp gradul în care cunoștințele privind geneza unor tulburări psihice progresa.

Desigur, se poate spera că toate aceste progrese teoretice privind diagnosticul, clasificarea sau psihopatologia nu vor avea alt rezultat decât o abordare terapeutică mai adecvată a celui în suferință.

VIII.17. ANTROPOLOGIE ȘI SOMATIZARE

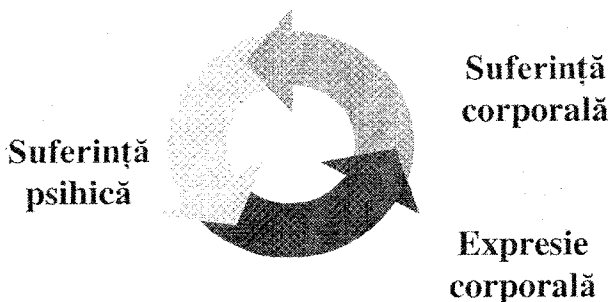
Dimensiunea antropologică a somatizării este legată de o posibilă modalitate de exprimare a suferinței care se impune atenției, întrucât reflectă o dificultate deosebită ce interferează cu rolurile sociale de bază și amenință viața. Corpul asigură simboluri naturale pentru relații sociale și alte aspecte caracteristice ale culturii. Suferința somatică poate reprezenta un mod de a obține concesiile sau îngrijirile și ajutorul din partea unor instituții sociale. Chiar atunci când indivizii nu sunt inițial conștienți de semnificația simbolică a simptomelor lor, ei pot fi modelați de interacțiunea simbolică socială și pot participa la discursul simbolic social (**Kleinman, 1988**).

În plan antropologic, tulburările somatoforme ilustrează unitatea psyche-soma în expresia ei de suferință-patică, în care suferința psihică se „încarnează” în corp pentru a se exprima din nou ca suferință psihică.

Figura 6

O VIZIUNE ANTROPOLOGICĂ ASUPRA SOMATIZĂRII

Tulburările somatoforme ilustrează unitatea psyche-soma în expresia ei de suferință patică în care suferința psihică se încarnează în corp pentru a se exprima din nou ca suferință psihică.



Nivelul individual include țesătura fină și complicată a relațiilor dintre cererile pacientului, modelul său explicativ pentru boală și abordarea negociată a îngrijirii cazului (**Oană C.S., 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 aparține. 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 somatoformă ilustrează în expresia ei, dar și în abordarea terapeutică, cât se poate de elocvent dimensiunea antropologică a practicii medicale.

IX. CONDIȚII PSIHOPATOLOGICE FRECVENTE CU EXPRIMARE CORPORALĂ

IX. 1. DISMORFOFOBIA

Automutilarea ca o consecință a dismorfofobiei

IX. 2. HIPOCONDRIA – SEMANTICĂ ȘI SEMIOLOGIE

IX. 3. HIPOCONDRIA ȘI PSIHANALIZA

IX. 4. ORGANODINAMISMUL ȘI HIPOCONDRIA

IX. 5. MODELUL COGNITIV AL HIPOCONDRIEI

IX. 6. FENOMENOLOGIE ȘI HIPOCONDRIE

IX. 7. MEDICUL ȘI HIPOCONDRIACUL – UN CUPLU INSEPARABIL

IX. 8. HIPOCONDRIA – O VIZIUNE PSIHOPATOLOGICĂ ROMÂNEASCĂ

IX. 9. REPERE SOMATICE ȘI PSIHICE ÎN PSIHOPATOLOGIA HIPOCONDRIEI

IX. 10. EPIDEMIOLOGIA HIPOCONDRIEI

IX. 11. ÎN CĂUTAREA UNEI STRATEGII ÎN TERAPIA HIPOCONDRIEI

Tratamentul medicamentos

Psihoterapiile

IX. 12. HIPOCONDRIA ȘI ANXIETATEA PENTRU SĂNĂTATE LA VÂRSTNICI

IX.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 nedignificată, 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 părul, 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 permanent și majoritatea prezintă idei delirante. Pacienții au deseori idei obsesive, iar depresia este des întâlnită. Întotdeauna este prezent riscul suicidului la acești pacienți.

Deși majoritatea pacienților cu (BDS) caută frecvent tratamente nonpsihiatrice costisitoare – cel mai des chirurgicale sau dermatologice – ele sunt adeseori fără succes.

Termenul de dismorfofobie a fost introdus de **Morselli**, în 1886, pentru a descrie „o senzație subiectivă de urâtenie 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.

Cu toate că, într-un sens restrâns, nu există o deficiență psihică în dismorfofobie, acest termen este de asemenea folosit la pacienții care au o urâtenie minimă și o reacție disproporționată la ea. Această circumstanță a simptomelor somatice minime poate fi de asemenea prezentă și în alte tulburări somatice.

Britchnell descrie vag simptomele tipice ale pacienților cu dismorfofobie: acestea fiind întâlnite și în alte tulburări somatice. Boala se referă mai frecvent la nas, urechi, față sau organe genitale, dar, din păcate, nu este studiată sistematic ca subiect.

Termenul de dismorfofobie a fost folosit în sens larg în Europa. **Finkelstein** a prezentat pentru prima dată termenul în SUA, dar acesta a fost neglijat până de curând, când **Andreasen** și **Bardach** l-au reintrodus. Pacienții dismorfofobici au fost descriși în această țară (SUA) fără a utiliza acest termen.

Dismorfofobia este și un simptom nespecific care poate apare în anumite tulburări psihiatrice; în special în schizofrenie și depresie majoră. A fost descris de asemenea un caz de tulburare organică delirantă. Poate fi considerat ca un sindrom cu mai multe etiologii posibile. Termenul poate fi de asemenea folosit în punerea unui diagnostic la pacienții fără un alt diagnostic și la cei la care acest simptom își are originea într-o tulburare de personalitate. Această dismorfofobie „primară” a fost considerată ca o tulburare nervoasă. De obicei, apare în adolescență sau la adulții tineri și cu timpul se agravează. Senzația de urătenie este comună în adolescență, dar de obicei este trecătoare. De fapt, aproape toți adolescenții au distorsiuni ale imaginii proprii. Imaginea corpului este importantă la această vârstă; prin urmare, nu este de mirare că dismorfofobia și anorexia nervoasă sunt frecvente în adolescență. 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 este, probabil, tulburarea de personalitate evitantă. **Andreasen** și **Bardach** își 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 foarte predispuși să dea vina pe „defectele lor fizice” (corporale) pentru dificultățile pe care le au în relațiile interpersonale.

Hardy descrie bolnavii dismorfofobici ca fiind nemulțumiți cu felul lor de a fi, la fel ca și de 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 dismorfofobie primară este dată de faptul că simptomele depresive sunt frecvente la bolnavii cu dismorfofobie primară indusă 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 văzuți 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 dismorfofobic. 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.

Convingerea de a avea un corp urât mirositor poate fi considerată ca o halucinație sau o idee prevalentă. **Pryse-Ph** descrie aceasta ca o halucinație, dar el nu exclude alte posibilități.

Din analiza fenomenologică și cercetarea ideilor delirante menționată în literatură, este evident că experiențele dismorfofobice nu pot fi împărțite în categorii de idei delirante și non delirante.

Aspectele psihosociale trebuie luate serios în considerare. În evaluarea răspunsului la tratament, însănătoșirile spontane și răspunsurile nespecifice trebuie de asemenea a fi luate în considerație.

În opinia noastră, dismorfofobia și hipocondria nu ar trebui separate până când nu există un criteriu clar pentru a face acest lucru; până atunci ele ar trebui incluse în tulburările somatoforme. Literatura este mult mai consistentă în includerea delirului de parazitoză și a ideilor delirante (sau halucinațiilor) referitoare la mirosul propriului corp ca tulburări paranoide. Dar epidemiologia acestor două tulburări este diferită. Rolul organicității și defectelor cerebrale în ideile delirante de parazitoză necesită studii suplimentare. Examinările clinice și paraclinice nu par să dea răspunsul dorit. Pentru halucinațiile haptice intrinseci, organicitatea nu pare să fie importantă. Epilepsia lobului temporal poate produce halucinații olfactive neplăcute, dar ele nu sunt de natură extrinsecă.

Dismorfofobia este una dintre cele mai greu abordabile afecțiuni, dar la care o proporție 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.

Automutilarea ca o consecință a dismorfofobiei

Abordarea cadrului mai puțin delimitat al automutilării în raport cu dismorfofobia este justificată, deoarece – mărturisită sau nu – aceasta stă la originea actului autoagresiv.

Automutilarea, alterarea deliberată sau distrucția țesuturilor organismului, fără intenție conștientă de suicid – a fost examinată atât ca simptom al bolilor mintale, dar și ca simptom distinct.

Comportamentul de automutilare e privit atât ca simptom al altor afecțiuni, dar și ca sindrom distinct, cu evoluție autonomă.

Comportamentele ce duc la automutilare patologică au fost incluse în 3 grupe de bază:

1) Acte accidentale, ce duc la alterări majore ale țesuturilor, asociate în general cu psihoze și intoxicații acute;

2) Comportamente stereotipe fixe, ritmice, ce par fără semnificație, asociate cu retardul mintal;

3) Comportamente superficiale sau moderate – tăierea pielii, arderea, zgârierea, asociate cu o varietate de tulburări mintale.

Unii autorii sugerează că sindromul format din automutilări superficiale, moderate și repetitive să fie privit ca o tulburare impulsivă. Sindromul coexistă cu alterări ale caracterului, în multe cazuri.

Conceptul comportamentului de autodistrugere fizică include o gamă largă de situații: încercări de suicid de bună credință, gesturi suicidare, întreruperea unui tratament medical vital: dializă, îndeletniciri foarte riscante și hobby-uri ca: parașutismul, curse de viteză; intoxicații acute, alcoolism cronic, obezitate severă, tabagismul exagerat și automutilarea, aceasta din urmă fiind o formă directă de comportament autodistructiv, ce poate apărea o singură dată, sporadic sau repetat, ducând la diferite grade de distrucție tisulară.

Pentru a descrie automutilarea s-au folosit mai mulți termeni: autoagresiune, rănirea intenționată, masochism, rănirea simbolică, sindrom Münchhausen, încercări de suicid, autovătămare deliberată, a se preface bolnav, autotăierea ușoară, parasuicidul. Folosirea unei multitudini de termeni pentru a descrie comportamente similare indică un grad de confuzie. Pentru că automutilarea nu e un comportament suicidar, credem că trebuie evitați termenii ce sugerează suicidul.

De asemenea, automutilarea nu ar trebui să includă comportamente ce vatămă organismul indirect.

Winchel și Stanley au clasificat automutilarea după contextul clinic în care apare: retard mintal, psihoze, pedeapsire penală, tulburări primare de personalitate borderline, dar această 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 apare ca trăsături asociate. Ele apar în general brusc, au un grad ridicat de distrucție, cu excepția autocastrării transsexuale ce e 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 schizoidă, retardul mintal, faza reziduală a schizofreniei și 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, boală psihotică cu preocupări religioase, sexuale, sau care își schimbă brusc înfățișarea 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.: enuclearea ochiului pentru ispășirea păcatelor, ori castrarea pentru a căpăta o înfățișare 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 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 idei suicidare la femei.

Sindromul e asociat cu depresia și psihoza.

Trăsătura caracteristică a sindromului de automutilare repetată este eșecul 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, înțeparea, zgârierea, ruperea oaselor, lovirea capului, intervenția în vindecarea rănilor.

Acest sindrom este frecvent asociat tulburărilor de personalitate 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 alimentația, au în antecedente sau pot dezvolta o anorexie nervoasă, bulimie nervoasă sau ambele. O mică parte pot prezenta episoade de alcoolism, cleptomanie sau ambele.

Acești bolnavi încearcă să exploateze efectele pe care automutilarea lor o produce asupra celorlalți (de ex.: să obțină o atenție sporită, să-i facă pe alții să se simtă vinovați sau pentru cei internați, pentru a obține transferul într-un loc mai bun).

Tulburarea începe la sfârșitul copilăriei sau la începutul adolescenței, crește, descrește și se poate croniciza. La mulți, afecțiunea ia sfârșit după 10-15 ani, deși mai pot persista acte izolate de automutilare. Când apare o tulburare de alimentație, sau un abuz de alcool, comportamentul automutilant diminuează, dar revine după ce acestea s-au ameliorat. La unii, aceste comportamente pot apărea simultan.

Desfigurarea fizică prin cicatrici sau răni infectate, poate duce la izolare și respingere socială (unii sunt atât de jenați de aspectul lor, încât rar apar în public), alții evită să poarte cămăși cu mânecă scurtă, haine decoltate sau costume de baie. Sunt frecvente încercările de suicid de „bună credință”, ca rezultat al demoralizării adăugate incapacității de a-și controla afecțiunea; totuși, actele de suicid se produc prin metode, altele decât automutilarea: cum ar fi depășirea dozelor de medicamente.

Deși afecțiunea e considerată „multifactorială”, debutul ei a fost legat de anumite situații stresante. Factorii predispozanți pot fi: abuzul fizic, sexual, în copilărie, diverse proceduri chirurgicale sau afecțiuni medicale ce necesită internarea, alcoolismul sau depresia părinților, sau conviețuirea într-un institut ce asigură o îngrijire completă.

Alți factori favorizanți posibili: înclinația spre accidente, tendințe perfecționiste, insatisfacția privind forma corpului sau organele genitale și incapacitatea de a tolera și exprima sentimentele. Cele mai frecvente fenomene favorizante precipitante sunt: respingerea reală sau percepută și situațiile ce produc sentimente de: furie, neajutorare sau vinovăție.

Deși automutilarea ocazională apare a fi mai frecventă în special în adolescență și aparent mai frecvent la femei, adevărata ei prevalență e necunoscută.

Tabelul 1

CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU AUTOMUTILAREA REPETATĂ:
Preocuparea pentru auto-vătămare fizică
Incapacitatea de a rezista impulsurilor de autovătămare fizică, ducând la alterarea și distrucția țesuturilor organismului
O senzație crescândă de tensiune înaintea actului vătămător
O senzație de ușurare după comiterea autovătămării
Actul de autovătămare nu e asociat cu intenția conștientă de suicid și nu se datorează halucinațiilor, ideilor fixe de transsexualitate, sau retardului mintal

Automutilarea este un comportament ce nu poate fi înțeles fără referiri la comportamentele biologice, psihologice, sociale și culturale.

Un comportament automutilant deviant diferă ca gravitate, ca grad de afectare tisulară și ca număr de episoade. Clasificarea în cele 3 tipuri: major, stereotipic, super-

ficial/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.

IX.2. HIPOCONDRIA – SEMANTICĂ ȘI SEMIOLOGIE

Termenul *hipocondria* 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 făcut epocă și a transferat sau a absorbit și înțelesul 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 nemaiaivând decât importanță istorică:

- nebun, lipsit de minte;
- boală datorată unei tulburări a tractului digestiv;
- înșelătorie;
- în sens general, preocupare privitoare la corp sau la starea de funcționare a organismului sau la sănătatea mintală;
- trăsătură sau atribut de personalitate;
- mecanism de apărare;
- manifestare nevrotică, în special în păturile sociale inferioare și cu nivel economic redus;
- un substitut al anxietății sau un echivalent afectiv;
- o nevroză actuală;
- o intricare sau o manifestare a neurasteniei sau depersonalizării;
- ceva asemănător cu isteria, numai la bărbat;
- o stare tranzitorie între isterie și psihoză;
- o entitate gnosologică, hipocondrie primară sau esențială;
- un simptom printre atâtea altele, recunoscut în sindroame psihiatrice comune, în special în depresie;
- o stare prodromală a unei alte boli psihice;
- o formă de schizofrenie;
- o tulburare a imaginii corporale sau o formă de cenesteziopatie;
- o parte a unei psihoze simptomatice sau a unei reacții exogene.

Nenumărate sunt definițiile pe care literatura le-a dat simptomului hipocondriac (Place, 1986).

IX.3. HIPOCONDRIA ȘI PSIHANALIZA

Freud definește hipocondria ca angoasă legată de corp, dar se poate pune întrebarea: „*Ce se poate înțelege prin „legată de corp” atunci când, în contextul primei teorii a angoasei, era vorba, în nevroza actuală (așa cum este nevroza de angoasă), de-o excitație sexuală strict somatică, care neputând să se lege de reprezentări psihice, prin acumulare, conducea la o descărcare esențial somatică caracteristică pentru angoasă?*”. **Freud** evocă și o posibilă legătură între nevroza de angoasă și isterie, considerând angoasa „*un fel de conversie cu polii inversați*” (1894).

În 1895 **Freud** vorbește de fobia hipocondriacă, referindu-se la o pacientă căreia îi era teamă că va deveni 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 nevroză actuale, hipocondria (1912). El va afirma și faptul că nucleul de simptome psihonevrotice este asemănător grăuntelui de nisip în jurul căruia se centrează perla. Introducerea conceptului de narcisism constituie cel de-al doilea timp al noțiunii 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 câștiga, de asemenea, prin intermediul durerii hipocondriace o calitate erogenă. Rezultă 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 (**MacBrunswick 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 pulsionii, rezultat al presupunerii inițiale a lui **Freud** că procesul psihic este întotdeauna paralel cu procesul fiziologic, îl va conduce la ideea că pulsionea este expresia psihică a unei excitații somatice. Din acest impas nu va putea să iasă decât elaborând un concept metapsihologic din a cărui perspectivă pulsionea 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 maniera în care câștigăm, 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 sadic-anală și o regresivitate narcisică, antrenând recurgerea la gândirea magică. Luând în considerație desimbolizarea corpului și componenta sado-masochistă, **Freud S.** afirmă că limbajul hipocondriac este un limbaj de organ. Această mișcare poate antrena o detașare de organul dureros care poate fi trăit ca străin sinelui și trebuie să fie expulzat. Această mișcare de expulzie poate merge până la negarea organului dureros, așa cum se întâmplă în sindromul Cotard.

Freud S. notează: „*Hipocondriacul gândește că limbajul îi este prea sărac pentru a-i permite să-și descrie senzațiile; senzațiile sale sunt ceva unic, nemaivăzut încă, pentru care nu găsește o cale de descriere perfectă*”. **Hipocondriacul** dă impresia că el rămâne întotdeauna neînțeles și pare absorbit complet de suferințele sale corporale, spre deosebire de isteric, care afișează o „*belle indifference*” față de simptomele sale somatice, părând în descrierile sale să pară mai interesat de gândurile legate de aceste dureri, decât de durerile propriu-zise.

Green afirmă că în somatizări asistăm la o represiune drastică a afectelor, contrar hipocondriei, care nu face decât să le exhibe.

Recurgerea la calea hipocondriacă, capătă întreaga sa valoare de soluție dinamică în explicarea funcției progrediente a masochismului în viața psihică. Investirea narcisiacă 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 e capabil să prefigureze debutul unor suferințe corporale și diferitele necazuri corporale care apar în vis mai devreme și mai clar decât în stare de veghe. Regresiunea narcisiacă, care este visul, conjugată cu narcisismul visătorului, provoacă o situație inedită și insolită: toate senzațiile corporale ale momentului sunt percepute mărit, la o scară gigantică. În 1977, **Stolorow** propune ipoteza angoasei hipocondriace ca un semnal de alarmă față de un pericol care ar amenința sfera narcisiacă. 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.

IX.4. 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 căutare continuă a durerilor și senzațiilor anormale în toate sau în oricare din regiunile corpului*”. Această căutare neliniștită a unei localizări ar exprima neliniștea 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 vie emoție 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 organodinamice, încercând să depășească atât concepțiile neurologice, cât și pe cele psihogenice, 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 a corpului nostru la „lumea” noastră, structura sa este aceea a unei structuri psihopatologice a existenței. Un defect de organizare somatică sau o dezorganizare provoacă o regresie a vieții psihice. „*Organicitatea hipocondriei este aceea a condiționării nevrozei sau psihozei cu formă hipocondriacă, și nu cea a simptomului hipocondriac*”. Hipocondria este o boală care alterează în mod real ființa și se exprimă în imaginar.

Clasificările lui H.Ey

Conform clasificărilor propuse de **Ey**, în practică se întâlnesc următoarele forme clinice:

- hipocondriacul anxios constituțional;
- hipocondriacul obsedat;
- hipocondriacul isteric;
- hipocondriacul paranoic.

Tabelul 2
Conținuturi psihopatologice în hipocondrie

CLASIFICAREA HIPOCONDRIEI DUPĂ EY H	
TIPUL DE HIPOCONDRIAC	DESCRIERE FENOMENOLOGICĂ
Anxios constituțional	<ul style="list-style-type: none"> • Anxios, • Hiperemotiv, • Impresionabil, • Sumbrou. • Abstinent, • Urmează cu ardoare regimuri (alimentare, de viață) cu care se persecută, • Își face din igienă rațiunea existenței, o existență aservită prescripțiilor dietetice și medicamentoase, • Terorizează anturajul familial care trebuie să participe la anxietatea acestuia, • Caută să-și facă din medic un complice și un responsabil al hipocondriei, • Poate prezenta crize de anxietate paroxistică cu ocazia cărora nozofilia bolnavului se cristalizează.
Obsedat	<ul style="list-style-type: none"> • Obsesii de natură hipocondriacă, • Nozofobie, • Obsesii și fobii legate de activitatea genitală, • Funcții organice, tuberculoză, sifilis, microbi, cancer. În nevroza hipocondriacă, • Personalitatea psihastenică formează fundalul caracteristic al acestor manifestări (meticulozitate, scrupulozitate, autoagresivitate).
Isteric	<ul style="list-style-type: none"> • Isteria pune în mișcare un mecanism hipocondriac de conversie; ea trece, putem spune, dincolo de hipocondrie, fabricând boli care scad angoasa inerentă delirului hipocondriac, • Mecanismul de conversie se oprește uneori la mijlocul drumului, realizând un fel de politică a bolii – o hipocondrie ostentativă. Ficțiunea morbidă este trăită cu izbucniri pitorești, un mare efort de imaginație ca un debușeu de exagerări, minciuni și manifestări asurzitoare.
Paranoic	<ul style="list-style-type: none"> • Agresiv, • Tiranic, • Disprețuitor, • Revendicativ, • Se plânge întotdeauna împotriva cuiva, • Are cel mai adesea o hipocondrie viscero-abdominală cu tulburări digestive, • Preocupările pentru alimentație și defecație ocupând central tabloul clinic, • O localizare 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.

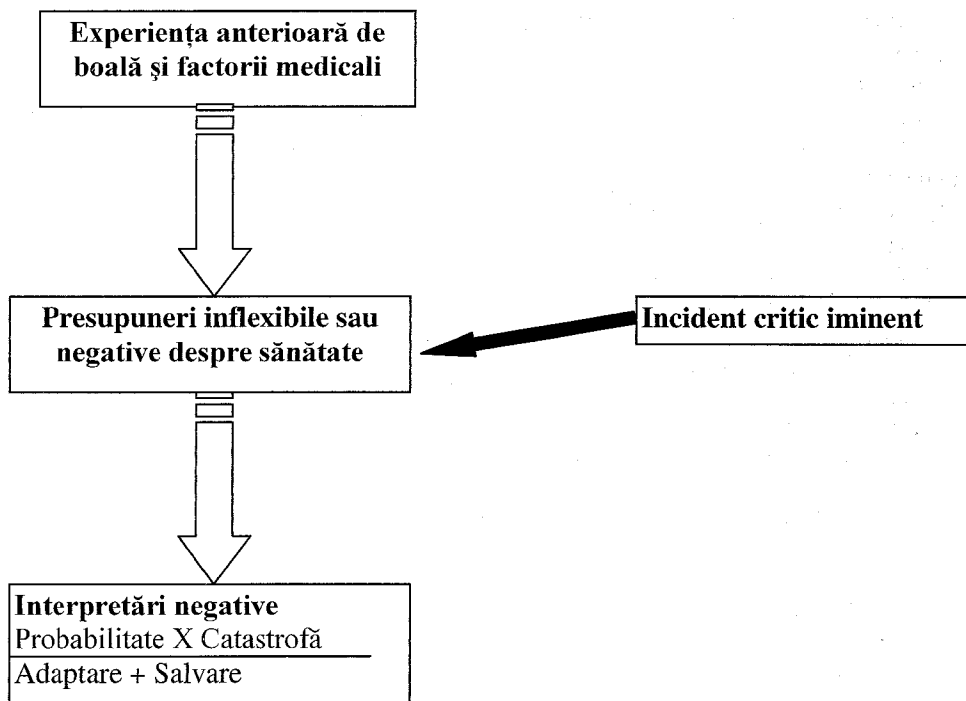
Această clasificare vine să confirme teza heterogenității cadrului hipocondriac, pe care autorul francez caută să o depășească, prezentând tablouri psihopatologice în care factorii de personalitate reprezintă canavaua pe care se țes aspectele concrete ale bolii.

IX.5. 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.

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 singură grijă de ea” la ideea că „poți fi doborâtă de boli grave sau chiar fatale în orice moment, fără a fi prevenită”. 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.

Fig. 1 Modelul cognitiv al dezvoltării anxietății datorate stării de sănătate



După Salkovskis P.M. și Warwick M.C. (2001)

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, informațiile din mass-media.

Multe din supozițiile privitoare la boală sunt universale sau împărtășite și de alți oameni care aparțin aceleiași culturi. Supozițiile relativ rigide și extreme conduc la o anxietate mai gravă și mai îndelungată. De ex., mulți oameni trăiesc cu ideea că „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.

Experiența anterioară în situații de boală-sănătate și în tratamentul medical nesatisfăcător pot fi importante în generarea de presupuneri problematice referitoare la riscurile ce țin de sănătate. 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.

IX.6. FENOMENOLOGIE ȘI HIPOCONDRIE

Punctul de plecare a reflecțiilor fenomenologice despre hipocondrie se găsește la **Jaspers**, care subliniază că „*e normal ca pentru individ corpul să joace un rol. Omul sănătos trăiește corpul său, dar nu se gândește la el și nu-i dă atenție sau, după cum ar spune Sartre, corpul este trecut sub tăcere*”. A doua temă fundamentală este constituită de valoarea ambiguă a corpului (**Merleau-Ponti**), ambiguitate care se desfășoară între a avea un corp și a fi un corp. **Ruffin** extrapolează această contradicție în care corpul este totodată Eu-l lui însuși și o parte a lumii exterioare în percepția pe care individul o are despre propriul corp: „*Corpul este în mod egal suportul existenței mele fiind simultan o încărcătură și o greutate pe care trebuie să o suport*”. **Wulff (1958)** subliniază că hipocondria apare în momentele de criză existențială, atunci când subiectul nu poate să facă față exigențelor vitale. Tipul major de hipocondrie este de aceea cel al vârstei medii, când declinul e gata să înceapă. În comparație cu moartea, hipocondria ar reprezenta o situație relativ tolerabilă prin faptul că banalizează moartea, prezentând-o ca un accident statistic care mai este posibil să fie evitat un timp.

IX.7. MEDICUL ȘI HIPOCONDRIACUL – UN CUPLU INSEPARABIL

Bolnavul hipocondriac trăiește de aceea strâns legat în relația cu medicul sau fugind de moarte prin mici remedii și manipulări diagnostice. **Haffner** și **Denschaar V.** arată că nu vindecarea unei boli imaginare este cerută de bolnav, ci confirmarea că moartea este un accident banal sau întâmplător față de care conduita hipocondriacă ar asigura o oarecare protecție. În acest sens, hipocondria constituie după **Kehrer** „*delirul de a găsi o boală*” pe care hipocondriacul să își reverse necazul și angoasa că viața va continua și fără el.

Fenomenologia opune, într-o anumită măsură, bolnavul somatic și hipocondriacul: primul suferă o transformare exogenă a corpului pe care o integrează în modul său personal, surmontându-se prin adaptare, hipocondriacul din contră, își trăiește corpul ca o lume transformată și străină.

Tot într-un mod metaforic, **Feline (1981)** spune că hipocondria rămâne legată de corpul medicinei, tot așa cum hipocondriacul se agață de bluza albă a medicului. Dar în cazul acestei delimitări nu putem să nu fim de acord cu **Hardy (1989)**, care spune că „*bolnavul intră într-o relație complexă cu medicul somatician, răspunsul terapeutic va trebui să ia în considerație întotdeauna natura psihiatrică a acestei tulburări*”. Aceasta este în consens cu opinia lui **Barsky și colab. (1986)**, care plasează hipocondria într-un teritoriu de tip „*no man's land*” între medicina somatică și psihiatrie.

IX.8. HIPOCONDRIA – O VIZIUNE PSIHPATOLOGICĂ ROMÂNEASCĂ

Școala românească de psihiatrie abordează cu prudență hipocondria, străbătând calea clasică, dar și relativ sigură, de la simptom la sindrom și de la sindrom la entitate nosologică. Astfel, ideile delirante hipocondriace sunt încadrate în grupa ideilor delirante depresive datorită faptului că evoluează pe fondul unei stări afectiv-negative, de obicei depresiv-anxioase. Această încadrare pare a fi justificată și de o serie de cercetări prezentate de noi anterior, privitoare la așa numita afectivitate negativă asupra căreia, în deceniul trecut și-a oprit atenția și și-a multiplicat cercetările școala de psihiatrie din Michigan. Trebuie subliniată însă, dificultatea de clasificare a ideilor hipocondriace, care pot apare și în cadre nosologice puțin specifice (a căror intensitate nu este psihotică). Deși ele se încadrează în tiparele ideii delirante, „nu corespund realității cu care se află în opoziție evidentă și pe care o exprimă deformat, evoluând pe un fond de claritate a conștiinței” și, deși modifică în sens patologic comportamentul, fiind impenetrabilă la contraargumente, s-ar putea spune că ideea hipocondriacă este cea mai fragilă dintre ideile delirante, deoarece realitatea pe care o exprimă este legată de o structură greu perceptibilă de un observator neutru, sau, altfel spus, realitatea corporală a subiectului îi aparține în aproape toate dimensiunile.

Afirmația lui **Jahreiss (1930)** că ideea hipocondriacă poate avea caracterul de idee prevalentă, obsesivă sau delirantă este limitată de faptul că boala sau tulburarea somatică acuzată de bolnav este cel mai frecvent fără obiect sau fără obiect perceptibil în momentul afirmării sale. Manualul de psihiatrie din 1989 (**Predescu V. și colab.**), trece în revistă 4 sindroame hipocondriace: *sindromul asteno-hipocondric, sindromul obsesivo-hipocondric, sindromul depresivo-hipocondric și sindromul paranoiac-hipocondric*. Aceste sindroame evidențiază lipsa de omogenitate a hipocondriei.

Trecerea în revistă a circumstanțelor psihopatologice în care acestea apar: neurastenie, astenii somatogene, schizofrenia la debut sau în remisiune, psihoza maniaco-depresivă, depresii de involuție, depresii organice, dezvoltări paranoiace. susține afirmația anterioară.

Alexandrescu și Predescu (1982) subliniază tendința la dezvoltare hipocondriacă prevalențială a iatrogeniilor, mai ales la personalitățile cu trăsături anancaste. De asemenea, arată că dezvoltările hipocondriace sunt cel mai puternic structurate și mai puțin reversibile, deși asteno-hipocondriace, ele rămân stenice prin peregrinarea

bolnavului de la un medic la altul, prin revendicarea cverulentă față de prețișii vinovați în cazul unor intervenții chirurgicale sau altor tratamente „greșite”.

Acest delir, având un puternic suport catestezic, își suprapune adesea conținutul peste cel al paranoiei hipocondriace descrise de **Schipowenski**. În ceea ce privește **psihozele hipocondriace de dezvoltare**, **Predescu și colab.(1976)** propun o serie de trăsături care ar caracteriza personalitatea premorbidă a hipocondriacului: tendința proiectivă (capacitatea de a investi organele cu rolul unor receptori ai trăirilor sale emoționale: întoarcerea spre „cosmosul somatic”), reactivitatea predominant astenică, gândirea magic-animistă. Esența fenomenului hipocondriac este concepută ca o triadă din care fac parte modificarea cenesteziei (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 cenestopată sau hipocondriacă, care poate aduce bolnavul în secțiile de chirurgie și chiar pe masa de operație, ca și asupra complexelor consecințe pe care intervenția chirurgicală, odată efectuată, le poate avea asupra tablourilor psihopatologice.

IX.9. REPERE SOMATICE ȘI PSIHICE ÎN PSIHOPATOLOGIA HIPOCONDRIEI

O trecere în 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 deliranti hipocondriaci paranoiaci această simptomatologie, care poate îmbrăca un aspect halucinator, rămâne în plan secund, chiar inaparentă 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 fac să ia în considerație 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 cardiovasculare 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, a 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 nosofobică (**Pilowsky, 1967; Bianchi, 1973; Kellner, 1985**). **Hoenig** 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 fi 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 6 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, sudorația, peristaltismul), cu anormalități 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 că le-ar avea, fiind îngrijorată în legătură cu semnificația, autenticitatea și etiologia lor. Îngrijorările se pot rezuma la o singură boală sau un organ (teamă 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.

IX.10. 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 stării 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.

IX.11. ÎN CĂUTAREA UNEI STRATEGII ÎN TERAPIA HIPOCONDRIEI

Trecutul medical este adesea prezentat cu multe detalii și pe largi perioade de timp în hipocondrie. Este relativ comună deteriorarea relației medic-pacient cu frustrare și iritare de ambele părți, ca și fenomenul de *Doctor Shopping* (Târg de doctori). Indivizii cu hipocondrie sunt convinși că nu primesc o îngrijire adecvată și și privesc cu reticență orice aluzie la starea lor de sănătate mintală.

Complicațiile datorate unor proceduri de examinare în scop diagnostic tot mai agresive sunt frecvente ca și dificultățile materiale generate de costul acestor explorări adesea deosebit de ridicat.

Pentru că preocuparea față de starea de sănătate se asociază treptat imaginii de sine, hipocondriacul se așteaptă la tratamente și la o considerație deosebită în directă relație cu presupusa sa stare gravă. Pot apare tulburări în viața de familie, care devine centrată pe starea de sănătate somatică a individului. Uneori preocupările hipocondriace pot să nu afecteze individul în timpul programului de muncă, ci doar să se limiteze la timpul liber sau, mai bine zis, la tot timpul liber al individului. Cel mai adesea însă, preocupările hipocondriace interferează și în timpul de lucru, scăzând performanțele și provocând o reducere a acestuia. În unele cazuri severe, individul cu hipocondrie începe să devină un invalid absolut.

În ceea ce privește evoluția și prognosticul tulburărilor hipocondriace, studiile pe termen lung și catamnestic arată că un sfert din hipocondriaci evoluează lent și aproape două treimi tind spre cronicizare, evoluția fiind variabilă. Cei mai mulți copii hipocondriaci au fost redescoperiți ulterior în adolescență sau maturitate printre pacienții cu hipocondrie. Criteriile favorabile de prognostic sunt prezența concomitentă a anxietății și depresiei, debutul acut, absența tulburărilor de personalitate, statusul socio-economic ridicat, vârsta tânără, absența bolii organice. Tratamentul ajută în proporție semnificativă pacienții și ameliorează evoluția și prognosticul.

Tratamentul hipocondriei rămâne un subiect, pe cât de complex, pe atât de insuficient explorat și, în orice caz, departe de a fi epuizat.

Lipsa de consens și incertitudinile care înconjoară acest subiect își găsește explicația, după cum am văzut, în invariabilitatea definițiilor hipocondriei, ca și în lipsa de omogenitate a acestui concept psihopatologic, care variază după natura primară sau secundară a tulburării determinante pentru evoluția suferinței în discuție.

La pacienții hipocondriaci care sunt anxioși sau deprimați, sau la cei la care există îndoieli asupra faptului că sindromul hipocondriac este primar, atitudinea normală este de a aplica un tratament energetic asupra afecțiunilor sau sindroamelor psihiatrice coexistente.

Pacienții care suferă de anxietate de sănătate persistentă pot fi priviți ca victime ale interpretărilor eronate, în care gândirea a ajuns să fie dominată de un mod negativ și dăunător 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 3

DIRECȚII ÎN TERAPIA COGNITIVĂ A HIPOCONDRIEI
Să stabilească faptul că anumite catastrofe de care se tem, nu se vor întâmpla;
Să descopere importanța factorilor de menținere, identificați în timpul ședinței;
Să descopere importanța gândirii negative;
Să descopere dacă folosirea unei strategii alternative va avea vreo valoare;
Să reconsidere anumite convingeri cu privire la sănătate 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, terapeutul ajută pacienții să identifice orice obstacol ar apărea în modurile de gândire și de acțiune.

Angajarea în tratamentul anxietății severe legate de sănătate trebuie să implice o înțelegere reciprocă cu pacienții referitor la bazele psihologice *posibile* ale problemei lor. Acest lucru este esențial, deoarece, la începutul terapiei, acești pacienți cred că sunt amenințați de o catastrofă corporală teribilă. Dacă această credință este foarte accentuată, este puțin probabil ca pacienții să se angajeze într-un tratament psihologic (sau psihiatric).

Pacientul care crede că are o boală hepatică gravă sau un cancer, va urma un tratament psihologic, lipsit de orice valoare. Pacientul, aflat în acest stadiu, caută să-și rezolve problema acordând o atenție deosebită simptomelor pe care le trăiește, făcând vizite regulate la medic, luând cu rigurozitate tratamente utile sau inutile. Este necesar ca, în primele faze ale tratamentului, pacientul să fie ajutat să vadă că există o explicație alternativă la dificultățile pe care le experimentează.

Pentru ca tratamentul să fie eficient, este crucial ca pacientul să fie de acord ca strategiile terapeutice să fie concentrate, mai degrabă, pe reducerea acestor îngrijorări decât pe încercările de a diminua riscul bolii închipuite.

Tratamentul medicamentos

Olie și colab. stabilesc câteva reguli simple pe care prescripția medicamentoasă trebuie să le urmeze în cazul pacienților hipocondriaci: totdeauna să se prescrie pornindu-se de la o alegere rațională, fără ca pacientul să fie urmat în schimbările sale de atitudine față de tratament; să se prescrie cât mai puțin posibil; să ne asigurăm împotriva efectelor secundare prin alegerea acelor medicamente care vor fi cât mai bine tolerate, știind că hipocondriacul este susceptibil să folosească în mod negativ informațiile furnizate asupra riscurilor tratamentului.

Nu se cunoaște în ce mod medicamentele psihotrope acționează în hipocondria primară. Dar este posibil ca o ameliorare a simptomelor somatice în urma administrării de anxiolitice sau ortotimizante, la pacienții cu hipocondrie secundară, să-i facă pe pacienți mai ușor de convins că nu suferă de o boală somatică. De asemenea, reducerea anxietății prin prescrierea de benzodiazepine la pacienții cu hipocondrie primară (constituțională) pentru perioade de 4-6 săptămâni a dat bune rezultate, mai ales când

tratamentul a coincis cu momentele de anxietate paroxistică. În scop anxiolitic au mai fost propuse betablocantele, sulpiridul și carpipramina. Studii făcute în stări depresive în care a fost căutat sistematic sindromul hipocondriac arată că tratamentele antidepresive „de probă” sunt justificate. De asemenea, răspunsul la imipramină este influențat negativ de asocierea sindromului depresiv cu un sindrom hipocondriac. Așa cum arată **Bielski și Friedel** într-un studiu deja larg cunoscut (1976), tratamentul hipocondriei din psihoze nu prezintă particularități deosebite, însă în schizofrenie Haloperidolul rămâne tratamentul de elecție, fiind un mijloc de luptă activă împotriva cenesteziei delirante. **Murno și Khmara** raportează o eficacitate de 80% la subiecții prezentând psihoze monosimptomatice hipocondriace (în particular, sindromul **Ekbom**). Patru ani mai târziu, **Bourgeois și Nguyen-Lan** (1986) raportează rezultate asemănătoare folosind haloperidolul. **Brotman și Jenike** (1984), **Fernando** (1988) arată că în delirurile monosimptomatice hipocondriace, antidepresivele dau rezultate asemănătoare neurolepticelor. Medicația psihotropă poate fi întreruptă pentru a fi înlocuită cu psihoterapia în momentul în care apar ameliorări (**Brown și Vaillant**).

Psihoterapiile

Nu există studii controlate adecvat asupra psihoterapiei în tratamentul hipocondriei (**Kellner și Sheffield, 1971**), (**Cooper și colab., 1975**). Există o serie întregă de controverse în privința celor mai potrivite tratamente. Totuși, studii necontrolate sugerează că psihoterapiile pot modifica falsele convingeri despre boală, atitudinile, comportamentul și că o proporție importantă de pacienți înregistrează ameliorări sau însănătoșiri (**Pilowsky, 1968; Kellner, 1983**).

Strategiile psihoterapeutice în hipocondrie sunt diverse și, în general, necesită eforturi speciale pentru a-i convinge pe pacienții cu hipocondrie să se angajeze în terapie atunci când hipocondria este primară.

Dacă hipocondria este secundară unei alte tulburări, ca melancolia sau tulburarea de panică, afecțiunea primară trebuie tratată prima (**Noyes, 1986**) și adesea nu mai este necesar alt tratament. Deoarece personalitățile, atitudinile clinice ale pacienților hipocondriaci diferă substanțial, tratamentul care li se poate aplica este foarte individualizat. La pacienții cu reacții hipocondriace recente și ușoare, examinarea și explicarea naturii simptomelor este de obicei suficientă. Într-o serie de cazuri cronice (**La Clee, 1966**), deși grupul a fost selectat în așa fel încât să se evite consolidări iatrogenice anterioare, mai puțin de un sfert au făcut progrese care să merite calificative între satisfăcător și 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 e persistentă la ideea de care se teme bolnavul și 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 educațională au numeroase elemente comune. O parte din 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, reentrenarea 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, „desprinsă 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.

IX.12. HIPOCONDRIA ȘI ANXIETATEA PENTRU SĂNĂTATE 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 ex., 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, modificări 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 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 ex., vârstnicii au o probabilitate mare de a se confrunta cu un număr crescut de evenimente traumatice legate de sănătate, incluzând boala sau decesul soțului/soției sau a unui prieten apropiat, experiența personală a bolii și căderi sau leziuni corporale. În plus, prin natura stării lor de sănătate aflate în declin, bătrânii au mai multe posibilități de a interacționa cu personalul medical, crescând astfel șansele 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 o anxietate severă referitoare la sănătate.

În al treilea rând, adevăratele 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 experiența modificărilor

somatice reale la vârstnici poate fi eronat interpretată ca semn de boală. Teama de o posibilă afecțiune accentuează apoi excitabilitatea fiziologică existentă, rezultând o mai mare atenție acordată răspunsurilor corporale. Acest întreg ciclu poate fi exacerbât de efectele medicației la vârstnici. Dat fiind faptul că adulții mai în vârstă au o mai mare fragilitate fizică și prezintă afecțiuni independente de un diagnostic de hipocondrie, această disfuncție somatică poate servi doar la intensificarea deja existentei anxietăți legate de sănătate sau de recidiva capacității percepute de funcționare în cazul pacienților diagnosticați cu hipocondrie. Acești factori pot contribui la o perturbare funcțională mai accentuată la pacienții vârstnici cu hipocondrie, cu toate că severitatea simptomelor pare să rămână aceeași la toate grupele de vârstă. (Barsky și colab., 1991).

În final, rolul incapacității percepute de a se adapta unor situații poate avea un rol central în etiologia și menținerea hipocondriei la adulții mai în vârstă. De fapt, acest factor poate sta la baza lipsei unei aparente creșteri a prevalenței hipocondriei în rândul vârstnicilor în pofida problemelor lor de sănătate din ce în ce mai mari. Cu toate că adulții în vârstă se confruntă cu o fragilitate fizică accentuată și rate mai mari de boală, ei au totodată ani de experiență de viață, oferindu-le posibilități de dezvoltare a unor strategii eficiente de apărare. Ca atare, amenințarea crescândă asociată cu vulnerabilitatea mai mare față de boală apărută cu vârsta poate fi contracarată de prezența unor strategii îmbunătățite în timp. Totuși, evitarea și verificarea simptomelor care, la nivelul redus, pot fi comportamente eficiente de apărare, se asociază cu temeri legate de sănătate la adulții vârstnici și pot influența negativ nivelul anxietății privind sănătatea.

În ansamblu, modelul cognitiv-comportamental al hipocondriei pare să aibă aplicabilitate la pacienții vârstnici cu hipocondrie.

Acei adulți vârstnici care suferă de tulburări anxioase resimt probabil temeri și îngrijorări referitoare la sănătate, boală, tulburare și stare generală de bine. Ca atare, forma de manifestare a anxietății în perioada târzie a vieții e probabil să fie dominată de aspecte legate de sănătate. Această presupunere e susținută de faptul că anxietatea se manifestă adesea printr-o accentuare a simptomelor somatice la bătrâni.

De fapt, s-a observat o tendință semnificativă a grupului de vârstnici de a susține o teamă și o convingere dominante în legătură cu boala. Absența diferențelor legate de vârstă s-a menținut în pofida unor niveluri mai crescute de morbiditate, conform determinărilor efectuate de către medic și în urma evaluărilor fișelor 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 vieții: două variabile, caracterul nevrotic și sensibilitatea la anxietate, sunt abordate pe scurt aici în relație cu hipocondria în perioada târzie a vieții. În primul rând, caracterul nevrotic, o caracteristică a personalității stabilă și durabilă cu vârsta, a fost bănuț ca fiind un factor aflat la baza simptomelor hipocondriace la adulții de toate vârstele.

Niveluri nevrotice mai mari se asociază cu un număr mai mare de acuze somatice indiferent de vârstă. De fapt, preocuparea somatică, de asemenea o trăsătură stabilă, pare să fie o caracteristică individuală durabilă care e un mai bun factor predictiv pentru numărul de acuze somatice decât vârstă. Ca atare, aceste observații asigură o susținere indirectă pentru consecvența trăsăturilor de personalitate asociate cu hipocondria la persoanele tinere sau vârstnice.

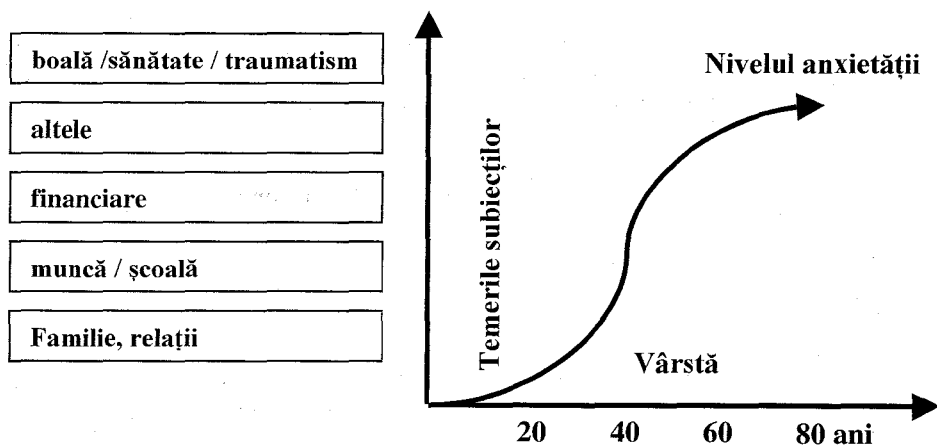
Datorită atenției crescute acordate senzațiilor somatice, caracteristică hipocondriei ca și îmbătrânirii, sensibilitatea pentru anxietate poate fi un alt important aspect al personalității asociat cu anxietatea legată de sănătate la vârstnici. Aceasta este tendința de a crede că simptomele somatice corelate cu anxietatea sunt periculoase sau amenințătoare.

Deși bătrânii se află în fața unor solicitări diferite atât psihologic, cât și fizic, acești factori nu par să aibă drept consecință o variabilitate a prevalenței sau severității temerilor hipocondriace comparativ cu adulții mai tineri. Totuși, unele dovezi sugerează că impactul anxietății severe legate de sănătate la vârsta a treia poate determina o mare incapacitate funcțională.

Anxietatea legată de sănătate este o preocupare clinică semnificativă în perioada târzie a vieții. În mod specific, anxietatea legată de sănătate este un factor important în tulburarea anxioasă generalizată (GAD), fobii, tulburarea de panică (PD) și tulburarea obsesiv-compulsivă (OCD) așa cum se manifestă la vârstnici. În plus, factori asociați cu îmbătrânirea, ca de exemplu, rate crescute ale afecțiunilor medicale, fragilitatea fizică și un simț accentuat al mortalității pot contribui la preocuparea excesivă pentru aspectele legate de starea de sănătate. De fapt, 10% până la 15% dintre adulții vârstnici prezintă o preocupare marcată pentru propria sănătate și își supraestimează nivelul de afectare somatică (Ables, 1997)

Dintre tulburărilor anxioase cea mai frecventă este tulburarea de anxietate generalizată, care se caracterizează printr-o îngrijorare excesivă și anxietate însoțite de simptome somatice incluzând tensiunea musculară, perturbarea somnului, neliniște și oboseală. În plus, comportamentul de evitare și amânare determinat de simptome ale anxietății are adesea ca rezultat o perturbare a funcționalității și o calitate diminuată a vieții.

Figura 2



după Person D și Borkovec T, 1995

Tabelul 3

COMORBIDITATEA HIPOCONDRIEI CU ALTE AFECȚIUNI PSIHICE	
TULBURAREA DE PANICĂ	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 (Fava și colab., 1990).
TULBURAREA OBSESIVO-COMPULSIVĂ	Există similitudini între preocuparea pentru boală și comportamentul de securizare dintre hipocondrie și obsesiile și ritualurile din tulburarea obsesivo-compulsivă.
FOBIILE SPECIFICE	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.
TULBURAREA DE ANXIETATE GENERALIZATĂ	Pacienții vârstnici cu GAD relatează o predominanță a îngrijorărilor legate de sănătate. Această prevalență sugerează o posibilă suprapunere a GAD și hipocondriei în rândul vârstnicilor. Barsky, Wyshak și Klerman (1992) au constatat că GAD este cea mai frecventă afecțiune comorbidă la pacienții hipocondriaci de toate vârstele, cu o prevalență pe durata vieții de 71,4%.
DEPRESIA	Simptomele hipocondriace sunt prevalente în rândul bătrânilor deprimați (Regier și colab., 1988). Preocupări hipocondriace sunt înregistrate la 60% din vârstnicii spitalizați pentru depresie (Kramer-Ginsberg și colab., 1989). Accentuarea simptomelor somatice poate reflecta refuzul multor vârstnici de a-și recunoaște dificultățile psihologice sau emoționale.
TULBURĂRILE SOMATOFORME	Tulburarea somatoformă, ca și hipocondria, este inclusă în categoria tulburărilor somatoforme. Analiza criteriilor de diagnostic pentru SD reflectă diferențieri esențiale de hipocondrie și pune problema unui diagnostic corect în cazul vârstnicilor. În primul rând, după cum s-a menționat deja, un diagnostic de SD necesită prezența unor simptome somatice înainte de vârsta de 30 ani și această condiție de diagnostic solicită pacientului vârstnic să își amintească un debut al simptomatologiei datând cu cel puțin 30 ani în urmă. Nu există nici un criteriu similar legat de vârstă pentru hipocondrie. A doua deosebire între tulburarea somatoformă și hipocondrie este necesitatea să amintim 8 simptome somatice (din 40) existente în cadrul a 4 categorii specifice de tipuri de simptome. În timp ce hipocondria este într-un mod mai caracteristic centrată pe convingerea că individul are o anumită boală, tulburarea somatoformă include o gamă mai largă de acuze somatice. Dată fiind morbiditatea medicală crescută la vârstnici, eforturile de confirmare a faptului că nu există o explicație medicală pentru nici una dintre acuzele somatice sunt esențiale.

Adulții mai în vârstă (peste 65 ani) au relatat îngrijorări mai frecvente legate de sănătate, în timp ce adulții mai tineri (între 25 și 64 ani) erau mai preocupați de familie și aspectele financiare. Aceste date sugerează că bătrânii își fac griji în privința stării de sănătate și de boală chiar în absența unui diagnostic de hipocondrie sau alte tulburări anxioase.

Wisocki (1988) a constatat că grijile primare legate de sănătate includeau teama de pierderea unei funcții senzoriale sau motorii, pierderea memoriei, de boala sau accidentul unui membru al familiei, de pierderea independenței și depresie. Nu s-a observat, în cazul acestor tematici, diferențe în funcție de sex, stare civilă sau statutul socio-economic.

Rate mai mari ale hipocondriei au fost evidențiate în rândul femeilor vârstnice comparativ cu bărbații în vârstă. Se pare că în rândul vârstnicilor, femeile au un risc mai mare pentru problemele legate de anxietate comparativ cu bărbații, la care se adaugă tendința lor mai accentuată de a solicita îngrijiri medicale.

Ca și în cazul multor aspecte legate de sănătatea mintală, hipocondria coexistă adesea cu alte tulburări.

Pentru a evalua anxietatea legată de sănătate la vârstnici, sunt necesare atât testări medicale cât și psihologice.

În evaluarea hipocondriei și anxietății legate de sănătate la bătrâni, alte tulburări anxioase, precum fobiile specifice, tulburarea de panică și tulburarea de anxietate generalizată, trebuie luate în considerare. Medicul trebuie să facă un efort suplimentar pentru a compensa dificultățile senzoriale cu care pacientul vârstnic se confruntă cum ar fi: tulburările de vedere sau de auz și lentoarea sau dificultățile cognitive pe care pacientul le are (hipoprosexie, tulburări mnezice). De asemenea, examinatorul va face necesare pauze în care pacientul să se poată odihni în timpul relatărilor pe care le face.

Intervenția terapeutică în cazul hipocondriei persoanelor vârstnice va viza atât palierul psihofarmacologic, cât în special intervenția psihosocială.