

## X. REPERE ÎN PSIHOSEXOLOGIE

- X. 1. **PROBLEMA SEXUALITĂȚII ÎN LUMEA CONTEMPORANĂ**
- X. 2. **MEDICUL ȘI SEXUALITATEA – O SITUAȚIE INEDITĂ**
- X. 3. **ANAMNEZA ÎN SEXOLOGIE**
- X. 4. **DISFUNȚIILE SEXUALE PSIHOGENE**
- X. 5. **DISFUNȚIILE SEXUALE MASCULINE**
- X. 6. **DISFUNȚIA ERECTILĂ ȘI DEPRESIA**
- X. 7. **MITURI ȘI PREJUDECĂȚI CARE ÎMPIEDICĂ PACIENTUL CU DISFUNȚIE ERECTILĂ SĂ SE PREZINTE LA PSIHIATRU**
- X. 8. **MODALITĂȚI DE ABORDARE A DISFUNȚIEI ERECTILE PSIHOGENE**
- X. 9. **VAGINISMUL**
- X. 10. **ORGASMUL ȘI FRIGIDITATEA**
- X. 11. **CICLUL RĂSPUNSULUI SEXUAL FEMININ**
- X. 12. **ORGASMUL – VAGINAL /CLITORIDIAN**
- X. 13. **FRIGIDITATEA**
  - Frigiditate Vs. Hipogineism*
  - Frigiditate ca sexism*
  - Frigiditatea ca disfuncție sexuală*
  - Clasificare frigiditate*
  - Incidență și pronostic*
  - Consultul în frigiditate*
  - Considerații psihodinamice în frigiditate*
  - Frigiditatea ca apărare*
  - Amenințarea externă*
  - Homosexualitatea latentă*
  - Frica de graviditate și boli venerice*
  - Negarea plăcerii*
  - Stimularea inadecvată*
  - Depresia*
  - Tulburări de personalitate*
  - Medicația*
- X. 14. **TRATAMENTUL ANORGASMIEI**
- X. 15. **DISFUNȚIILE SEXUALE ALE CUPLULUI**
- X. 16. **CALITĂȚILE SEXOLOGULUI**

## X.1. PROBLEMA SEXUALITĂȚII ÎN LUMEA CONTEMPORANĂ

Cunoașterea dezvoltării sexuale și comportamentului sexual a devenit progresiv importantă pentru îngrijirea sănătății, pe măsură ce s-au schimbat standardele și exigențele publicului.

Sexualitatea este un continuum care se dezvoltă în timp, în etape al căror conținut biologic, psihologic și social este distinct.

Tabelul 1

ETAPELE DEZVOLTĂRII SEXUALITĂȚII		
Sugarul	18 luni	Experiențe autoerotice centrate pe sfera orală
Copilul mic	1,5 – 5 ani	Devine conștient de genitalitate centrat pe sfera anală
Copilăria târzie	5 – 11 ani	Complexul Oedip Sexualitatea ca joc
Adolescența timpurie	12 – 15 ani	Apariția caracterelor sexuale secundare Activitate sexuală cu sentimentul de vinovăție
Adolescența târzie	16 – 18 ani	Apariția autonomiei față de adulți Dorința de independență Primele experiențe sexuale
Tineretea	18 – 23 ani	Trecerea către vârsta adultă Pregătiri pentru propria familie
Adultul tânăr	24 – 30 ani	Încheierea căsătoriei Viața sexuală legitimă și regulată Dispariția anxietății și sentimentului de vinovăție
Adultul mediu	31 – 45 ani	Atenția se deplasează spre preocupările profesionale și sociale Ușor declin al frecvenței raporturilor sexuale
Maturitatea deplină	46 – 60 ani	Nevoile biologice descresc Interesul pentru activitatea sexuală se reduce
Bătrânețea	61 – .....	Declin general în toate planurile Ieșirea din cadrul circuitului socio-profesional

Comportamentul care era odată considerat pervers este, probabil, privit acum ca deviant și poate că în viitor va fi considerat o alternativă la activitatea sexuală „normală”. Comportamentul sexual este un factor important în determinarea valorii individuale, existând un interes continuu în actele publice și intime. În general, oamenii sunt mai capabili să-și accepte sexualitatea, recunoscând că este una dintre fețele personalității lor.

Deoarece nu există date privind comportamentele sexuale din România, prezentăm rezultatul studiului făcut de Universitatea din Chicago pe un lot reprezentativ pentru populația SUA, în vârstă de 18-59 ani. Este cel mai mare și mai semnificativ studiu de acest fel făcut vreodată. Prezentarea acestui studiu dorește înlăturarea unor fantasme și prejudecăți care există la mulți din specialiștii din domeniul medicinei și psihologiei din România.

Tabelul 2

<b>Date privind comportamentul sexual</b>	<b>Frecvențe și caracteristici</b>
Fidelitate	85% dintre femeile căsătorite sunt fidele partenerului lor
	75% dintre bărbații căsătoriți sunt fideli partenerii lor
Raporturi sexuale: 2 sau mai multe pe săptămână	41% dintre cuplurile căsătorite
	23% dintre persoanele necăsătorite
Numărul mediu de parteneri sexuali de-a lungul vieții	6 pentru bărbați
	2 pentru femei
Orientarea homosexuală	2,8% la bărbați
	1,4% la femei
Cel puțin o experiență homosexuală după pubertate	9% din bărbați
	5% din femei
Intromisiunea vaginală – cel mai atractiv tip de experiență sexuală	83% dintre bărbați
	78% dintre femei
Partenerii conjugali	93% sunt de aceeași rasă
	82% sunt similari ca nivel educațional
	78% sunt la o diferență de vârstă de până la 5 ani
	72% sunt de aceeași religie
Abuzul în timpul copilăriei de către un adult	Atât bărbații cât și femeile, în perioada adultă, ajung să aibă mai mult de 10 parteneri, să participe la sex în grup, să raporteze o identificare homosexuală sau bisexuală și să fie nefericiți
Frecvența raporturilor sexuale	Mai puțin de 8% – mai mult de 4 ori pe săptămână
	Aproximativ două treimi – de câteva ori pe lună sau mai puțin
	3 din 10 – de câteva ori pe an sau mai puțin
Masturbarea – cel puțin o dată pe săptămână	1 bărbat din 4
	1 femeie din 10
Masturbarea și vârsta	Mai puțin frecventă la cei între 18-24 de ani
	Cel mai frecvent la cei între 24-34 de ani
Orgasm în timpul actului sexual	Trei pătrimi dintre femeile măritate
	62% din femeile necăsătorite
	95% au afirmat că au, de obicei sau întotdeauna, orgasm
Preocuparea pentru sex	Mai mult de jumătate dintre bărbați au afirmat că se gândesc la sex aproape în fiecare zi sau de câteva ori într-o zi
	Doar 19% dintre femei se gândesc zilnic la sex

## X.2. MEDICUL ȘI SEXUALITATEA – O SITUAȚIE INEDITĂ

Pentru medicul de orice specialitate – și am inclus aici și psihiatrul – ca și pentru psiholog, va fi dificil să abordeze pacientul cu tulburări de sexualitate și, paradoxal, mai ales pe cel cu disfuncție erectilă.

Fără îndoială, există o problemă de comunicare, dar și una legată de cunoștințele profesionale propriu-zise atunci când medicul trebuie să abordeze problemele legate de

sexualitate sau de zonele genitale, ca regiune anatomofuncțională. Căutarea unei explicații legate de această deficiență ar necesita o discuție mult prea amplă, care depășește sensibil limitele acestei lucrări și ale cărei coordonate cultural-istorice se cantonează curent în zona prejudecăților.

Desigur, o astfel de situație reprezintă o barieră majoră în calea atitudinilor și practicilor medicale, fie ca este vorba de prevenție sau de terapie. De partea cealaltă a binomului, în atitudinea pacientului problemele legate de genitalitate și sexualitate vor fi mereu lăsate pe ultimul plan, patologia fiind adesea considerată o pedeapsă sau o stigmatizare. Comunicarea involuntară a unui dublu mesaj, în același timp pozitiv și negativ are un efect catastrofal asupra receptorului: în cazul nostru pacienții.

**Tabelul 3**

<b>DOMENIUL SEXUALITĂȚII</b>	
<b>Sexul biologic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cromozomi,</li> <li>- hormoni</li> <li>- sex biologic – intersexualitate</li> </ul>
<b>Identitatea sexuală</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- polaritate: masculinitate, feminitate</li> <li>- influența hormonală</li> <li>- influența familială</li> <li>- ambiguitatea sexuală</li> <li>- ecuație în care intră formula cromozomială + structura gonadelor + natura hormonilor sexuali + organele sexuale interne + organele sexuale externe + diferențierea sexuală a creierului + sexul recunoscut și acceptat la naștere + conștiința propriei identități sexuale</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Bancroft J, 1983)</i></p>
<b>Identitatea ca partener</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- primează factorii psihologici</li> <li>- este legată doar într-o oarecare măsură de identitatea sexuală</li> <li>- este sub influență culturală</li> <li>- se poate schimba în cursul vieții</li> </ul>

Activitatea sexuală este strâns legată de starea de sănătate. Există o asociere între sex, sănătate și starea generală de bine (*wellness*) (Laumann și colab., 2002).

Majoritatea pacienților care n-au avut parteneri sexuali în ultimele 12 luni aveau o stare de sănătate proastă. Astfel, activitatea sexuală și starea de bine au fost corelate.

Dintre cei care se consideră „extrem sau foarte fericiți” (comparat cu cei care se simt „satisfăcuți în general” sau „nefericiți”) s-au remarcat trei grupe de respondenți:

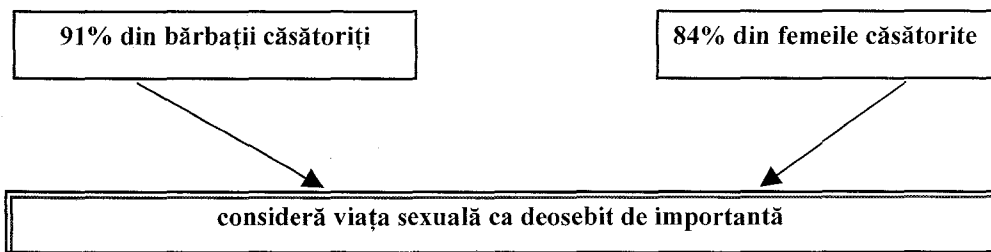
- cei care au avut un partener sexual;
- cei care au făcut sex de două sau trei ori pe săptămână;
- femeii care au „întotdeauna sau de obicei” orgasm cu partenerii.

S-a analizat asocierea dintre sex, satisfacție emoțională și plăcere fizică. Cei care și-au considerat relațiile „extrem sau foarte” plăcute erau, cel mai adesea, cei care au avut un singur partener (față de cei care au avut mai mulți), mai ales dacă partenerul era soțul sau dacă se aflau într-o relație de conviețuire.

„Calitatea sexului și abilitatea în obținerea satisfacției și plăcerii sunt mai mari atunci când capacitatea limitată a unei persoane este concentrată pe un partener, în contextul unei relații monogame de lungă durată.”

La întrebarea „cât de importantă este absența vieții sexuale?” și prin ce influențează ea, cele mai multe studii au adus următoarele răspunsuri:

- reduce calitatea vieții,
- provoacă stres emoțional,
- afectează grav relațiile dintre parteneri.



Tabelul 4

CONSECINȚELE ABSENȚEI VIEȚII SEXUALE	
ASUPRA BĂRBATULUI	ASUPRA FEMEII
Compromite imaginea de sine	Diminuează imaginea de sine
Scade autostima	Creează anxietate
Produce o scădere a capacității de decizie	Conduce la apariția unor sentimente contradictorii
Diminuează sentimentul de siguranță	Poate produce modificarea stării de sănătate
Reduce inițiativa și calitatea comunicării	Modifică abilitățile de comunicare
Are efect asupra întregii stări de sănătate	

Sexologia, domeniu interdisciplinar în care biologia, medicina, psihologia și alte științe ale omului realizează o perspectivă complexă asupra comportamentului sexual uman. **William H. Masters** a fost pionierul studiilor despre comportamentul sexual uman și inițiatorul unor dezbateri fără prejudecăți asupra obiceiurilor și credințelor americanilor în acest domeniu. Prin studiile făcute împreună cu soția și colaboratoarea sa **Virginia Johnson** a realizat o adevărată revoluție în sexologie, atât în plan teoretic, cât și în cel al intervenției practice.

„A fost probabil cea mai importantă figură din ultima sută de ani în ceea ce privește schimbarea concepției americanilor despre comportamentul sexual și, prin ei, schimbarea viziunii mondiale asupra acestuia. Și-a folosit influența științifică pentru a îndemna oamenii să vorbească deschis și liber despre comportamentul lor sexual. Opera lui a condus la variate schimbări culturale și sociale, a schimbat în bine viața oamenilor.” (Schwartz M, 1999)

Sexualitatea asociază instinctualitatea cu spiritul în exprimarea dezvoltării, descoperirii, creșterii și expansiunii vieții (Antoniou F.). Sexologia nu poate fi concepută decât ca psihosexologie.

Tabelul 5

ASPECTE MODERNE ÎN ABORDAREA SEXUALITĂȚII
Influența modelului socio-cultural privind deschiderea, respectiv restricția problemei sexualității în sfera comunicării, artei, educației
Schimbarea mentalității sociale privind opțiunile sexuale (homosexualitate, lesbianism) și extragerea opțiunilor sexuale diferite din sfera patologiei
Creșterea masivă a înțelesului pentru cercetările privind sexualitatea normală și patologia, cu apariția unor metode terapeutice noi și eficiente
Apariția unor grupuri și organizații profesionale care au drept țintă educația sexuală, psihoprofilaxia și terapia
Acceptarea sexualității ca un domeniu de investigație și terapie medicală și recunoașterea sexologiei ca specialitate

### X.3. ANAMNEZA ÎN SEXOLOGIE

În abordarea anamnezei și istoricului problemelor sexuale medicul va vorbi întotdeauna și absolut cu toți pacienții despre evoluția sexualității lor și eventualele probleme din acest domeniu. De asemenea, va pune întrebări privind sănătatea sexuală a pacientului, în completarea relațiilor acestuia. Ori de câte ori este posibil va folosi teste de *screening* privitoare la disfuncția erectilă, pentru a reuși o înțelegere cât mai completă a eventualelor probleme.

Medicul va da pacientului ocazia de a discuta și despre evoluția actualelor probleme sexuale sau despre posibilitatea apariției în viitor a unor probleme sexuale. Întotdeauna se va discuta și despre bolile cu transmitere sexuală și despre prevenirea acestora.

Atunci când medicul examinează un pacient cu disfuncție sexuală se pune problema felului în care dialogul este condus.

Prezentăm pe scurt, în următorul tabel, felul în care acest dialog trebuie dirijat.

Tabelul 6

CUM SĂ ÎNTREBĂM?	CE SĂ ÎNTREBĂM?
Nu ezitați niciodată să întrebați până la clarificarea oricăror probleme privind disfuncția erectilă sau alte probleme de sexualitate	Dacă există tulburări psihiatrice asociate (în special, depresie și anxietate cronică)
Cât de severă este problema?	Dacă se semnalează probleme de relaționare
Ce cauzează problema în opinia pacientului?	Cât de mare este consumul de alcool sau droguri și care sunt acestea
De când există probleme?	Care sunt medicamentele pe care pacientul le folosește și ce prescrieri medicamentoase i s-au făcut pentru disfuncția erectilă
Ce probleme suplimentare au apărut în cuplu în urma dificultăților pe care pacientul le are?	
Ce a întreprins pacientul până în momentul discuției?	
<i>Va fi evidențiată lipsa de educație sau înțelegere a pacientului sau a partenerului său cu privire la o funcționare sexuală normală.</i>	

Un studiu făcut pe studenți la medicină, rezidenți în practica medicinei de familie și terapeuți practicanți privind modul de realizare a anamnezei a evidențiat următorii factori ca fiind importanți în procesul de desfășurare corectă a acesteia:

1. Să mai fi vorbit în trecut cu pacienții pe teme sexuale
2. Să fi avut el însuși o problemă sexuală și să fi discutat despre aceasta cu un specialist
3. Orientările sexuale ale pacientului
4. Existența unui prieten homosexual
5. Credința că interviuarea referitoare la probleme sexuale este relevantă pentru preocupările pacientului
6. Să fi primit o instruire adecvată

În abordarea discuției privind tulburările de sexualitate medicul trebuie să respecte câteva reguli care vor facilita nu doar diagnosticul curent, ci și terapia:

- Luați inițiativa pentru a depăși jena firească a pacientului
- Folosiți un limbaj simplu și direct
- Mențineți o atmosferă de intimitate și confidențialitate
- Păstrați o atitudine încurajatoare, protectivă și înțelegătoare față de suferința bolnavului și nu faceți aprecieri defavorabile
- Dați explicații și încurajați pacientul să vă pună întrebări
- Cereți lămuriri suplimentare și arătați că înțelegeți răspunsurile pacientului
- Mențineți o atitudine optimistă

O comunicare interpersonală eficientă este obținută de persoanele care sunt buni comunicatori și care tind spre realizarea unei atitudini prin care

- arată interes interlocutorului
- îi inspiră acestuia încredere
- își exprimă ideile clar și simplu
- se exprimă într-un mod politicos

Printre situațiile care duc la evitarea discutării problemelor sexuale sunt, alături de lipsa de cunoștințe, o serie de factori cu determinare socio-culturală.

**Tabelul 7**

<b>DE CE ÎNTREBĂRILE DESPRE SEX NU SUNT PUSE</b>
Neclaritatea în a ști cum să se procedeze cu răspunsurile
Teama de a nu jigni pacientul
Lipsa unei justificări evidente
Obstacole legate de diferența dintre generații
Teama de îndrumare sexuală greșită
Sexul privit ca irelevant
Necunoașterea optimă a unor practici sexuale

#### **X.4. DISFUNȚIILE SEXUALE PSIHOGENE**

În cele ce urmează ne vom referi la principalele disfuncții sexuale având cauze psihogene. Acestea sunt, pe de o parte, cele mai frecvente și cele mai incomplet diagnosticate și tratate, iar pe de altă parte, sunt cele în care aportul psihologiei medicale și abordării psihosomatice poate fi hotărâtor.

Tabelul 8

FACTORI PSIHOLOGICI ÎN DISFUNCTIILE SEXUALE (Hawton, 1995)		
FACTORI PREDISPOZANȚI	FACTORI PRECIPITANȚI	FACTORI DE MENȚINERE
Rigiditate/restrictivitate educațională (atitudine parentală față de sex)	Conflict recent în relația de cuplu	Teama de eșec
Relații familiale perturbate (relație parentală slab, lipsă de afectivitate)	Nașterea unui copil	Comunicare dificilă în cuplu
Experiențe sexuale traumatice (abuz sexual, incest în copilărie)	Infidelitatea	Culpabilitate
Educație sexuală insuficientă	Disfuncția sexuală a partenerului	Pierderea atractivității
	Eșecuri repetate	Relație de cuplu conflictuală
	Depresie/anxietate	Teama de intimitate emoțională
	Experiență sexuală traumatică	Informare sexuală inadecvată
	Înaintarea în vârstă	Preludiu insuficient
	Reacția psihologică la factori organici	Depresie/anxietate

Disfuncțiile sexuale constituie un important capitol în cea de-a 10-a clasificare internațională a bolilor. Lucrarea elaborată de OMS dedică capitolul F52 acestor tulburări.

#### F 52 – CLASIFICAREA DISFUNCTIILOR SEXUALE ÎN PSIHIATRIE

- F 52.0 Absența sau pierderea dorinței sexuale
- F 52.1 Aversiunea sexuală și lipsa plăcerii sexuale
- F 52.2 Eșecul răspunsului genital
- F 52.3 Disfuncția orgasmică
- F 52.4 Ejacularea precoce
- F 52.5 Vaginismul non organic
- F 52.6 Dispareunia non organică
- F 52.7 Activitatea sexuală excesivă
- F 52.8 Alte disfuncții sexuale nedatorate unei tulburări sau unei boli organice
- F 52.9 Disfuncția sexuală nedatorată unei tulburări sau unei boli organice, fără precizare

#### X.5. DISFUNCTIILE SEXUALE MASCULINE

Am încercat să facem această prezentare polarizată a tulburărilor de sexualitate, deoarece ea face mai accesibilă înțelegerea unor mecanisme psihopatogene și creează abilități de abordare.

În analiza tulburărilor de sexualitate masculine se vor avea întotdeauna în vedere particularitățile sexualității masculine despre care **Hanganu O (1980)** arăta:

- Bărbatul este un erotic episodic, periodic, ciclic, pe când femeia este o erotică permanentă
- Capacitatea de erecție începe la naștere și se termină la moarte
- „Potența” depinde de capacitatea erectilă și de durata erecției
- Inteligența nu inhibă potența
- Constituția somatică joacă un rol minor în capacitatea de erecție și ejaculare
- Masturbarea nu este o cauză a impotenței psihogene



De asemenea, nu vor fi ignorate regulile formulate de psihanalistul **Stekel W.**, care, deși simple, pot orienta asupra climatului psihologic în care se desfășoară viața sexuală a subiectului:

- Potență sexuală înseamnă să știi să aștepti
- Maturizarea biologică se realizează cu mult înaintea celei morale
- Psihosexualitatea apare mult mai târziu și are o semnificație socială stând

la baza întemeierii unei familii

- Fazele în care se dezvoltă potența sunt:

- Libido
- Volutate
- Ereția
- Orgasmul

#### *Postludiumul*

Medicina modernă pune accentul pe stilul de viață și pe reflectarea acestuia în comportament, ca o componentă majoră în instalarea unor tulburări. Dintre acestea disfuncția erectilă și tulburările de sexualitate nu fac excepție.

De aceea medicul va face o evaluare psihologică și va căuta caracteristicile comportamentale și de stil de viață care pot să contribuie la intensitatea, durata sau frecvența tulburărilor de erecție. În evaluarea problemelor psihologice va căuta să pună în evidență prezența depresiei cu întrebări de tipul: „Sunteți deseori trist? Vă simțiți prăbușit sau abătut adesea?”, evitând formularea directă „Sunteți depresiv?”, care nu are un înțeles prea clar pentru pacient. De asemenea, medicul va insista în scopul evidențierii și altor tulburări psihiatrice, în special anxietatea sub toate formele ei. În ceea ce privește stilul de viață, medicul se va interesa și de dificultățile de relaționare pe care pacientul le are, dacă face eforturi profesionale deosebite și dacă lucrează tot timpul sub presiune. Raportul în care pacientul se află cu alcoolul, tutunul și drogurile va fi investigat cu atenție, iar dacă bolnavul este un sedentar, medicul se va interesa cu atenție și de bolile cardiovasculare de care suferă.

Manualul american DSM-IV stabilește următoarele criterii de diagnostic pentru tulburările de erecție (impotență psihogenă)

- există o incapacitate persistentă sau recurentă de a obține o erecție adecvată sau de a o menține până la sfârșitul actului sexual;
- tulburarea poate cauza un accentuat *distres* sau dificultăți interpersonale;
- tulburarea de erecție nu este legată de o altă tulburare psihică majoră și nu este datorată unei afecțiuni medicale sau efectelor unor medicamente sau droguri
- o durată de minim 6 luni este obligatorie pentru diagnostic.
- Tulburarea este subclasificată în subtipuri în raport cu:
  - modul de apariție (permanentă sau dobândită);
  - contextul (generalizată sau situațională);
  - etiologia (cauzată de factori psihologici sau de o combinație de factori psihologici sau factori somatici).

Criteriile de diagnostic al *eșecului răspunsului genital* sunt după ICD-10 următoarele:

- Există o dificultate în dezvoltarea sau menținerea unei erecții potrivite pentru un contact sexual satisfăcător.
- Tulburarea face parte din disfuncția sexuală necauzată de o boală sau o tulburare organică.

- Dacă erecția nu mai apare în nici o situație, diagnosticul corect al eșecului erectil nonorganic se face cu ajutorul unor investigații speciale sau în funcție de răspunsul la tratamentul psihologic.

- Dacă nu se poate face o identificare neechivocă a etiologiei psihogene este bine să categorisim starea ca pe o disfuncție erectilă de etiologie nesigură sau mixtă.

Așa cum am arătat, există o serie largă de circumstanțe psihiatrice în care disfuncția erectilă este o cauză, o comorbiditate sau o consecință a unei tulburări psihiatrice.

**Tabelul 9**

<b>PRINCIPALELE CAUZE PSIHIATRICE ALE DISFUNȚIEI ERECTILE</b>
Tulburări de anxietate
Depresia de diferite intensități
Teama de a avea o slabă funcționalitate sexuală
Experiențe traumatice sexuale în trecut
Iatrogenoze
Anumite medicații
Abuzul de droguri incluzând fumatul excesiv

Pe de altă parte, multe din medicațiile folosite în psihiatrie sunt responsabile de disfuncția erectilă. Printre acestea: antidepresivele triciclice (*clomipramina*), beta-blocantele (*clonidina*, *metildopa*, *reserpina*), antipsihoticele (*clorpromazina*, *flufenazina*, *tioridazina*, *levomepromazina*), antimaniacalele (*litiu*), narcoticele (*metadona*), tranchilizantele, barbituricele, anticonvulsivantele (*carbamazepina*, *fenobarbital*, *fenitoina*, *primidona*)

Dintre mecanismele prin care medicația psihotropă acționează în disfuncțiile sexuale pot fi enumerate:

- Efecte nespecifice asupra SNC (ex: sedare, tulburări cognitive)
- Efecte asupra neurotransmițătorilor
- Efecte periferice ale medicației asupra neurotransmițătorilor și funcțiilor unor organe

- Efecte hormonale

Incidența tulburărilor sexuale în tratamentul cu antidepresive este destul de ridicată și diferă după tipul de antidepresiv. Procentajul în care aceste tulburări se întâlnesc

**Tabelul 10**

Antidepresive	Procent
Triciclice	30%
IMAO	40%
SSRI	30-50%
Venlafaxină	15%
Nefazodonă	10% (?)
Moclobemidă	= Placebo

Pentru a se putea face delimitarea dintre cauzele organice și cele psihogene în disfuncția erectilă există posibilitatea unei orientări rapide în ceea ce privește etiologia.

Această delimitare nu este una absolută, deseori existând o întrepătrundere între cele două tipuri de cauzalități, precum și posibilitatea ca starea psihologică să fie în strânsă legătură cu unele tulburări organice.

**Tabelul 11**

<b>ORGANICE</b>	<b>PSIHOGENE</b>
Debut insidios sau cu excepția cazurilor care apar după o boală	Debut brusc în afara unei boli
Disfuncție constantă	Disfuncție situațională legată de anumite probleme
Nu există erecții matinale sau nocturne	Erecțiile matinale sau nocturne sunt normale
Vârsta > 60 ani	Vârsta < 60 ani
Orgasmul și ejacularea în mod obișnuit păstrate	Orgasmul și ejacularea pot fi pierdute
Factorii de risc pentru disfuncția erectilă prezenți	Nu sunt factori de risc relevanți pentru DE

## **X.6. DISFUNCȚIA ERECTILĂ ȘI DEPRESIA**

La capitolul funcției sexuale masculine, modificările legate de vârstă includ scăderea libidoului și dificultate în obținerea erecției și a orgasmului.

Cu toate acestea, majoritatea bărbaților peste 50 de ani susțin că manifestă un puternic interes sexual și că obțin satisfacție în urma actului sexual.

Disfuncția erectilă a fost cea mai studiată formă a disfuncției sexuale masculine, și asocierea sa cu avansarea în vârstă a fost clar stabilită.

S-a stabilit de asemenea că disfuncția erectilă și depresia sunt frecvent comorbide și relația dintre aceste două tulburări poate avea multe forme. Au fost elaborate ipoteze de modele diferite, nu exclusive reciproc, cu privire la relația cauzală între depresie și disfuncția erectilă.

În primul rând, disfuncția erectilă poate fi un simptom al depresiei – tulburarea depresivă majoră este asociată cu scăderea libidoului și diminuarea activității sexuale. Un număr de studii au documentat un subgrup de bărbați cu o tulburare depresivă majoră care prezentau o pierdere reversibilă a tumescenței peniene nocturne, care se rezolvă cu tratament pentru depresie, sugerând că boala depresiei poate interfera cu neuropsihologia erectilă.

În al doilea rând, depresia se poate manifesta la indivizii vulnerabili consecutiv distresului social care aparține invariabil disfuncției erectile.

În al treilea rând, disfuncția erectilă a fost raportată ca efect secundar al medicației antidepressive la bărbați (administrată bărbaților), cu toate că ejacularea întârziată poate fi mai des întâlnită și relația sa cauzală cu inhibitorii selectivi ai recaptării de serotonină (SSRI) este mai bine stabilită. În al patrulea rând, și probabil mai important, datorită faptului că ambele boli sunt prevalente în cazul bărbaților mai în vârstă, apare un factor comun, cum ar fi boala vasculară, care poate fi etiologia care stă la baza ambelor tulburări.

Cu toate că natura relației cauzale între disfuncția erectilă și depresie poate fi necunoscută și poate într-adevăr varia de la pacient la pacient, s-a stabilit că bărbații care s-au prezentat la cabinetul urologului cu disfuncție erectilă prezintă niveluri de depresie mai mari decât cei care vin cu alte probleme. Anterior, practicarea unor tratamente cum ar fi instrumente pentru erecția *vacuum*, chirurgie pentru disfuncția *cavernous veno-occlusive*, sau implantarea protezei pentru penis în cazul disfuncției erectile s-au dovedit a avea eficiență limitată și au fost chiar inoportune.

Tabelul 12

<b>RELAȚIA DINTRE AXUL HIPOTALAMO-HIPO-FIZI-GONADAL (HPG), DEPRESIE ȘI VÂRSTĂ</b>
La aproximativ 25% dintre bărbați apare hipogonadism, de la ușor la moderat, începând cu a doua jumătate a vieții.
Relația dintre descreșterea normală asociată vârstei a activității HPG și simptomele psihiatrice nu este pe deplin lămurită; cele mai puternice argumente sunt aduse în favoarea unei relații între nivelurile scăzute de testosteron și pierderea libidoului, oboseală și iritabilitate.
Datele preliminare sugerează că nivelurile de testosteron scăzute pot fi asociate cu distimia la bărbații peste 60 de ani.
Deși înlocuirea testosteronului este asociată cu efecte de creștere a nivelului dispoziției, informațiile din studiile clinice nu au susținut o eficiență specifică pentru substituția testosteronului la bărbații hipogonadali cu tulburare de tip depresie majoră.
Studiile care evaluează eficiența substituției de testosteron la bărbații în vârstă, cu simptome mai ușoare de depresie, sunt în lucru.

Depresia este cel mai frecvent asociată cu boli cronice sau în stadii terminale (ex: cancer, IHD) și, prin urmare, nu a fost posibilă testarea ipotezei că o depresie „reactivă” poate scădea în intensitate în urma unui tratament eficient al condiției medicale primare.

Cu toate acestea, prevalența depresiei la bărbații cu disfuncție erectilă și disponibilitatea sildenafil-ului, care are un efect terapeutic important, permite testarea viabilității paradigmei depresiei reactive.

Un studiu realizat recent asupra pacienților depresivi cu disfuncție erectilă sugerează că tratarea eficientă a disfuncției erectile are ca rezultat remisia bolii depresive comorbide (depresiei comorbide). Astfel, rezolvarea unei probleme medicale importante a fost asociată cu tratarea depresiei, susținând astfel ipoteza că depresia poate apărea ca reacție la o boală care afectează în mod semnificativ calitatea vieții.

#### **X.7. MITURI ȘI PREJUDECĂȚI CARE ÎMPIEDICĂ PACIENTUL CU DISFUNCȚIE ERECTILĂ SĂ SE PREZINTE LA PSIHIATRU**

Deși există numeroase cauze psihogene ale disfuncției erectile sunt la fel de numeroase miturile și prejudecățile. Acestea fac pacientul să refuze determinarea psihogenă și, implicit, ca acesta să se prezinte la psihiatru. Vom trece în revistă câteva dintre acestea:

- Orice disfuncție erectilă este o problemă organică. Conform unor modele tradiționale acceptate de bolnavi și cultivate de medici, tulburările somatice nu ar putea să aibă o cauză psihogenă. Pacientul se consideră „tare” din punct de vedere psihologic și sănătos psihic și, în consecință, disfuncția erectilă este doar un simptom organic, provocat evident de o tulburare somatică.
- Doar un bolnav psihic grav are disfuncție erectilă. Este cunoscut în masa de pacienți că medicația psihotropă recomandată în doze mari – evident în bolile psihice grave – poate produce o disfuncție erectilă prelungită. De aici se face raționamentul invers că doar un bolnav psihic grav poate avea disfuncție erectilă și, deci, doar aceasta ar fi împrejurarea în care un pacient cu disfuncție erectilă ar putea ajunge la psihiatru.
- Tratatamentul psihiatric provoacă. Publicul cunoaște faptul că medicația psihotropă, în special cea sedativă și anxiolitică are ca efect advers disfuncția erectilă. În acest sens, celebrul mit al ceaiului cu bromură din armată este o legendă perenă. Întrucât publicul nu cunoaște nici pe departe medicația psihiatrică, precum și faptul că psihoterapia este o alternativă terapeutică, va considera că în nici un caz psihiatrul nu este acela care poate să recomande un tratament pentru disfuncția erectilă.
- Psihiatrul te-ar putea considera nebun că vrei să ai erecție la vârsta a III-a. Tulburările sexuale pot să rezulte și din afecțiuni medicale sau proceduri chirurgicale inerente unei patologii a vârstei a III-a. Cei mai mulți pacienți sunt dezinteresați de activitatea sexuală în cazul unor afecțiuni acute, dar poate fi îngrijorat de ceea ce i-ar putea rezerva viitorul.
- Multe persoane se tem că personalul medical îi va refuza dacă vor vorbi despre problemele sexuale. Este de asemenea important de anticipat astfel de griji și de a le aduce la suprafață. Atitudinea psihiatrului este deseori asimilată de pacienți cu cea a celorlalți specialiști, deși evident că nu există o astfel de similitudine.
- Psihoterapiile sunt bune doar în bolile psihice. Publicul nu cunoaște deloc sau foarte puțin eficiența psihoterapiei în tulburări de sexualitate. De aceea consideră că doar bolnavii psihici ar putea beneficia de suport psihoterapeutic.
- Dacă partenera insistă să mergi la psihiatru înseamnă că ea te consideră bolnav psihic. Uneori refuzul de a merge la psihiatru este generat de faptul că inițiativa este luată de parteneră, cunoscut fiind faptul că femeile se documentează mai mult în ceea ce privește sănătatea și uneori exagerat în ceea ce privește sexualitatea din revistele de popularizare. Aplicând prejudecata că doar nebunii merg la psihiatru, pacienții cu disfuncție erectilă vor refuza contactul cu psihiatrul.
- Doar tulburările de orgasm se tratează la psihiatrie. Există larg răspândită prejudecata că doar orgasmul – senzație de plăcere deosebită – ar putea interesa psihiatria. De aici excluderea disfuncției erectile de pe lista psihiatrului.
- Doar femeile trebuie să meargă la psihiatru pentru o tulburare din sfera sexuală. Această prejudecată este legată de mitul hipocratic al isteriei – boală psihică cu presupusă determinare genitală.
- Viagra poate rezolva orice problemă în disfuncția erectilă. Imaginea deosebită pe care acest tratament „omnipotent” în disfuncția erectilă o are face ca pacienții să recurgă direct la tratament, cerând medicului de familie recomandarea acestuia, fără să mai caute etiologia precisă a bolii.
- Dacă nu mai ești interesat de sex va fi mai bine și vei putea rezolva alte lucruri. În sfârșit unele persoane împărtășesc credința reziduală, rezultată din diferite

- practici orientale sau oculte, după care sexualitatea consumă energia psihică și doar abținerea este benefică. Disfuncția erectilă este văzută, în aceste cazuri, ca o adevărată binefacere.
- Psihiatrul s-ar putea să afle niște lucruri neconvenabile despre persoana ta.
  - Datorită faptului că anamneza psihiatrică este mult mai amănunțită precum și credinței că psihiatrul ar avea metode speciale disfuncție erectile a afla anumite lucruri pe care individul le ține ascunse, o serie disfuncție erectile pacienți preferă să meargă la medicii somaticieni care au o abordare simplă, simptomatică pentru a-și putea păstra nealterată imaginea de sine.

## X.8. MODALITĂȚI DE ABORDARE A DISFUNCȚIEI ERECTILE PSIHOGENE

Principiile fundamentale ale tratamentului vor fi aceleași ca pentru orice altă disfuncție sexuală:

- Responsabilitate mutuală
- Informare și educație
- Schimbarea atitudinală și comportamentală
- Eliminarea anxietății legată de actul sexual
- Creșterea nivelului de comunicare
- Schimbări în definirea sex-rolurilor și a stilului de viață.

Modurile de abordare tradiționale ale impotenței psihogene se referă la:

- reducerea anxietății
- proceduri de desusceptibilizare
- intervenții cognitiv-comportamentale
- tehnici de stimulare sexuală asistată
- consiliere de cuplu sau de relație.

Recent, combinarea intervențiilor psihosociale cu terapia medicamentoasă este recomandată.

Stabilirea rolului intervențiilor psihosociale în tratamentul disfuncției erectile este încă insuficient situată. Disfuncția erectilă este și trebuie tratată întotdeauna ca o patologie de cuplu. Oricâte progrese ar face medicația disfuncției erectile, această patologie nu este una care se tratează cu o pilulă ci doar printr-o sensibilă abordare complexă. Pentru a fi eficace, sexologii trebuie să meargă dincolo de reactivarea funcției erectile, în a-și ajuta pacienții să devină persoane active, care fac dragoste.

## X.9. VAGINISMUL

Vaginismul este o disfuncție sexuală feminină relativ rară, dar cu potențial invalidant important. Vaginismul poate fi definit ca spasme involuntare a mușchilor care înconjură orificiul vaginal. Această contracție vaginală face ca orice încercare de penetrare vaginală să fie extrem de dureroasă sau imposibilă. Deși actul sexual este dureros, femeile care suferă de vaginism se pot excita sexual, se pot lubrefia și pot chiar ajunge la orgasm prin alte tipuri de stimulare. Vaginismul este o reacție de frică la penetrare, este un sentiment al femeii, indiferent de educație sau nivelul de inteligență. Procentele din studiile americane arată că: 78% au terminat liceul sau facultatea, 11% sunt studente, 11% sunt casnice.

Dintre consecințele vaginismului menționăm următoarele: căsătoria poate rămâne neconsumată (acest fapt poate constitui motiv de divorț), soțul va fi mai înclinat spre infidelitate conjugală, viața de familie va fi nefericită, relațiile sexuale nu vor reprezenta o sursă de plăcere, inabilitatea de a avea o viață sexuală va avea drept consecință un cuplu fără copii.

Vaginismul poate fi clasificat ca fiind primar sau secundar.

- Vaginismul primar se referă la cazurile în care femeile afectate nu au mai avut un act sexual cu penetrare datorită contracțiilor involuntare ale mușchilor vaginali. Vaginismul primar mai este numit uneori și „mariaj neconsumat”.

- Vaginismul secundar se referă la o femeie care a putut avea acte sexuale normale la un moment dat, dar care nu mai poate fi penetrată din cauza apariției spasmelor musculare vaginale involuntare.

Dintre cauzele vaginismului secundar, pot fi menționate:

- abuzul sexual,
- proceduri medicale agresive în copilărie,
- durerea din timpul primului act sexual,
- problemele din cadrul relației cu partenerul,
- inhibiția sexuală
- frica de graviditate.

Adesea, cauza care determină spasmul vaginal este psihologică. Adolescentelor li s-a prezentat viața sexuală de către părinți ca un păcat și ca un pericol de care trebuie să se ferească. Mai mult, chiar curiozitatea legată de propria sexualitate a fost sancționată sau reprimată.

Aceste fete vor crește cu convingerea că sexul este ceva devalorizant, un păcat, ceva amenințător sau rușinos. Experiențele sexuale inițiale, neplăcute sau dureroase, pot fi, de asemenea, cauze ale vaginismului.

Femeile au diferite motive pentru a refuza penetrarea vaginală, mergând de la inhibiții religioase la restricții culturale, de la necunoașterea propriului corp la frica de pericole sexuale imaginare. De asemenea, experiențele traumatice anterioare, ca violul, abuzul sexual sau participarea la o astfel de situație în calitate de martor, reprezintă un alt grup de cauze pentru vaginism.

Primul pas pentru orice femeie care se suspectează de vaginism este să se programeze pentru o examinare pelvină completă, pentru a exclude o cauză somatică.

Vaginismul este cel mai adesea conceptualizat ca o tulburare psihosomatică, o manifestare fizică a unor probleme psihologice mai profunde.

Există câteva teorii asupra cauzelor psihologice dar majoritatea lor se centrează în jurul următoarelor trei aspecte:

- Probleme de control în cadrul relației de cuplu
- Traume sexuale anterioare
- O asociere condiționantă de durere/frică cu penetrarea vaginală (o reacție fobică la ideea penetrării).

Indiferent de cauza specifică, există două trăsături caracteristice vaginismului: incapacitatea de a avea o penetrare vaginală și stresul emoțional.

Severitatea vaginismului și formele de manifestare pot varia de la femeie la femeie, ceea ce explică diferențele în simptomatologie.

Tabelul 13

<b>FORME DE MANIFESTARE ÎN VAGINISM</b>
Inabilitatea de a avea penetrare se poate manifesta în oricare sau în toate felurile de mai jos:
Inabilitatea de a folosi tampoane;
Inabilitatea de a suporta o examinare pelvină;
Inabilitatea de a-și introduce un deget sau un supozitor în vagin;
Inabilitatea de a avea un act sexual cu penetrare;

Stresul emoțional asociat poate varia de la simpla neliniște, care poate fi ușor depășită prin asigurări și explicații, până la anxietate și atacuri de panică severe.

Stresul mai sever se manifestă prin reacții corporale, ca refuzul de a fi atinsă, strângerea coapselor și încordarea picioarelor, transpirații abundente, tahicardie, împingerea partenerului când acesta încearcă să se apropie.

Vaginismul primar este diagnosticat la femeile care nu au mai avut o penetrare vaginală, în timp ce vaginismul secundar denotă o penetrare vaginală anterioară reușită. Simptomele pot varia în severitate, până când femeia ajunge să evite toate formele de intimitate și atingere sexuală. Adeseori, pacientele din această categorie nu pot suporta examinarea ginecologică, au dificultăți în folosirea tampoanelor și nu se prezintă la testările Papanicolau.

Tabelul 14

<b>MODALITĂȚI DE EVALUARE A SEVERITĂȚII VAGINISMULUI</b>
Capabilă să suporte un act sexual, în ciuda durerii și inconfortului extrem dat de penetrare.
Sunt capabile să folosească tampoane și să suporte o examinare pelvină, dar nu pot avea penetrare. Orice încercare de a întreține o relație sexuală este întâmpinată cu un grad de anxietate.
Capabilă de a suporta o examinare pelvină, în ciuda durerii și anxietății, dar incapabilă să suporte tampoanele sau penetrarea.
Incapabilă de a suporta penetrarea de orice tip. Încercarea este întâmpinată cu o panică extremă.
Rezistență la orice atingere în zona pelvină, incluzând partea internă a coapselor și părul pubian.

Managementul dispareuniei și vaginismului presupune o serie de condiții dintre care menționăm:

- Tratamentul cognitiv al dispareuniei
- Educație sexuală în cazul vaginismului
- Controlul activității musculare vaginale
- Autoexplorarea anatomiei sexuale
- Antrenament de control al relaxării
- Împărțirea controlului cu partenerul
- Intromisiunea penisului sub controlul femeii
- Transferarea controlului intromisiunii partenerului
- Explorarea fobiilor (dacă sunt prezente)



Durata medie de tratament este de 20 de ședințe, dar dacă ședințele nu sunt săptămânale, durata tratamentului se poate dubla.

Frecvența ședințelor de terapie variază de la una, la patru ore pe săptămână, în funcție de nevoile individuale ale pacientelor. Intervalele dintre ședințele de tratament sunt necesare pentru a se obișnui și a integra schimbările petrecute.

Cea mai importantă variabilă în determinarea unui evoluții pozitive este, totuși, suportul pe care îl are femeia în timpul tratamentului, pentru a se putea controla anxietatea produsă de momentul penetrării.

Pacienta se află în dilema de a urma un tratament care să o facă să accepte lucrul de care se teme cel mai mult, adică penetrarea.

În mod ideal, această anxietate trebuie abordată în timpul terapiei de cuplu pentru ca anxietatea să nu conducă la întreruperea tratamentului sau la refuzul în continuare al femeii de a accepta posibilitatea penetrației. Tratamentul curent se adresează cauzelor profunde ale vaginismului și includ:

- o combinație de terapie de cuplu
- exerciții individuale de relaxare pentru femeie,
- exerciții de cuplu orientate pe creșterea sensibilității,

Folosirea progresivă a unui dilator de plastic sau a degetului care se inseră intravaginal pentru a alungi progresiv deschiderea mușchilor contractați.

Deoarece cauzele vaginismului sunt predominant psihologice, principiul abordării terapeutice va viza relaxarea pacientei în vederea îndepărtării anxietății.

Rata de vindecare este de 80-100%, iar abordarea psihosomatică este cea care asigură acest succes terapeutic ridicat.

După ce a fost vindecat vaginismul nu poate reveni, vindecarea fiind definitivă.

## X.10. ORGASMUL ȘI FRIGIDITATEA

Termenul de orgasm definește, în sexologie, momentul în care se produce descărcarea tensiunilor sexuale și trăirea plăcerii sexuale. Satisfacerea erotică presupune fenomene fiziologice și psihologice, produse ca urmare a unei stimulări fizice (tactile) și/sau psihice (fantasmatic).

Este o trăire feminină de tipul extazului care presupune o modificare a stării de conștiință. Dintotdeauna a existat o încercare de a găsi termeni potriviți cu intensitatea orgasmului. S-a încercat diferențierea tipurilor de orgasm după implicarea psihologică, vorbindu-se despre „marele și micul orgasm”. Aceasta ar fi diferența dintre sexul cu dragoste și afecțiune, față de sexul pur fizic.

Femeia mai prezintă, spre deosebire de bărbat, și o dublă particularitate sexuală, din punct de vedere anatomic și emoțional.

Zonele erogene care participă la realizarea satisfacerii sexuale sunt situate în regiunea clitoridiană și în cea vaginală; după cum predomină una sau ambele zone erogene, orgasmul se produce prin stimularea acesteia sau, consecutiv, prin stimularea clitoridiană urmată de cea vaginală.

## X.11. CICLUL RĂSPUNSULUI SEXUAL FEMININ\*

Dorința din **FAZA I** se distinge de celelalte identificate exclusiv prin fiziologie și reflectă motivațiile psihologice, pulsunile și personalitatea.

Aceasta este caracterizată prin fantasme sexuale și dorința de a avea activitate sexuală.

Tabelul 15

ORGAN	FAZA EXCITĂRII II	FAZA ORGASMICA III	FAZA REVENIRE IV
Piele	Chiar înainte de orgasm: apare înconstant o înroșire; eritemul maculopapular apare inițial pe abdomen și se întinde pe perețele toracic anterior, față și gât; poate include umerii și brațele	3 până la 15 secunde înroșire puternică	Înroșirea dispare în ordinea inversă apariției; înconstant transpirații fine pe tălpi și palme
Sâni	Erecția mameloanelor la două treimi din femeii, congestie venoasă și mărirea areolelor; dimensiunea crește cu până la o pătrime peste normal.	Poate apărea tremurul sânilor	Revenirea la normal până la ½ de oră
Clitoris	Mărirea diametrului glandelor și axului; chiar înainte de orgasm se retrage în prepuț	Nici o modificare	Axul revine la normal în 5 – 10 secunde; detumescentă în 5 – 30 minute; dacă nu apare orgasm, detumescenta durează câteva ore
Labiile mari	La nulpire: se înalță și se turtesc de perineu LA MULTIPARE: CONGESTIE ȘI EDEM	Nici o modificare	La nulpire: crește la mărime normală în 1-2 minute La multipare: scade la dimensiunea normală în 10-15 minute
Labiile mici	Dimensiunile cresc de două până la trei ori peste normal; devine roz și își schimbă culoarea, apoi roșu și roșu aprins înainte de orgasm	Contractii ale labiei minore proximale	Revine la normal în decurs de 5 minute
Vagin	Culoarea se modifică în purpuriu închis; apare un transudat 10 – 30 secunde după excitație; elongație și lărgire; treimea inferioară se contractă înainte de orgasm	3 până la 15 contractii în treimea profundă la intervale de 0,8 secunde	Lichidul ejaculat formează un bazin seminal în cele două treimi superioare; congestia dispare în secunde sau, în cazul lipsei orgasmului, în 20-30 min.
Uter	Se ridică în pelvisul fals; contractii asemănătoare celor din travaliu încep când excitația este maximă chiar înainte de orgasm	Contractii în timpul orgasmului	Contractiile încetează, și uterul coboară în poziția normală
Altele	Miotonie Câteva picături de secreție mucoasă din glandele Bartholine în timpul excitației maxime Colul se umflă ușor și este pasiv ridicat împreună cu uterul	Pierderea controlului muscular voluntar Rect: contractii ritmice ale sfincterului Hiperventilație și tahicardie	Revine la statusul de bază în secunde până la minute Culoarea și dimensiunea colului revin la normal și colul coboară în bazinul seminal
DURATA	<i>Durează câteva minute până la câteva ore; excitația maximă dinaintea orgasmului, 30 secunde până la 3 minute</i>	<i>3 până la 15 secunde</i>	<i>10-15 minute; în absența orgasmului, ½ până la o zi</i>

### X.12. ORGASMUL – VAGINAL /CLITORIDIAN

Psihanaliștii au diferențiat, în teoria tradițională, orgasmul ca fiind clitoridian (cel mai redus) și vaginal.

Bazele pentru această terminologie sunt date de faptul că este mult mai ușor de obținut un orgasm elitoridian prin automanipulare, în timp ce un orgasm intens se obține în prezența unui partener.

Punctul modern de vedere arată că diferența dintre orgasmul clitoridian și cel vaginal este una metaforică și nu una anatomică, atât timp cât orgasmul poate fi declanșat și de stimularea altor zone ca, de exemplu, mameloanele.

Mai rar, poate să nu existe nici măcar o zonă erotică senzitivă, iar orgasmul să fie declanșat pur și simplu de imageria mentală (imagini mintale).

Importanța orgasmului diferă la femei. Unele femei îl consideră o parte extrem de importantă a actului sexual, în timp ce alte femei se mulțumesc fără el.

Inhibiția involuntară a reflexului orgasmic la femeile interesate să aibă orgasm se numește **anorgasmie**. Această acțiune inhibitorie este adesea legată de cauze emoționale, dar trebuie explorată și posibilitatea unor cauze fizice.

Raportul Kinsey afirmă că 50% din femei au avut primul orgasm în adolescența târzie, iar celelalte au avut experiențe orgasmice mult mai târziu. Tulburările de orgasm sunt mai frecvente la femeile necăsătorite, decât la cele căsătorite: 39% din femeile necăsătorite până la 35 de ani nu au avut niciodată orgasm. După 35 de ani, potențialul orgasmic al femeii crește, pe de o parte prin scăderea inhibiției psihologice, iar pe de altă parte prin creșterea experienței sexuale.

În studiul Universității din Chicago, 75% din femeile căsătorite au frecvent orgasm sau întotdeauna când fac sex, față de 66% din cele necăsătorite.

O femeie din 10 se plânge că are dificultăți majore în atingerea orgasmului.

### X.13. FRIGIDITATEA

În mod curent, termenul de frigiditate se referă la incapacitatea atingerii plăcerii orgasmice feminine. În sens mai larg, termenul se referă la „răceala” (indiferență până la aversiune) a unor femei față de actul sexual și la incapacitatea femeii de a elabora răspunsuri adecvate la stimulii sexuali. Este cazul în care sexualitatea este reprimată printr-un mecanism nevrotic (conflict intra-, interpersonal între dorință și satisfacție), având drept rezultat imposibilitatea obținerii orgasmului. Acest tip de tulburare este caracteristic personalităților dizarmonice isterice, psihozelor schizofrenice, maniacodepresive, oligofreniilor grave. Este forma de frigiditate care are cel mai pronunțat fundament psihopatologic. Se mai vorbește de hiposexualitate – în sensul absenței dorinței și obținerii dificile a excitației sexuale, trăsătură care, alături de alte „insuficiențe” emoționale, marchează întreaga personalitate a femeii.

**Frigiditate Vs. Hipogineism** Tradițional, în special în sexologia psihiatrică orgasmul clitoridian este asimilat cu frigiditatea, deoarece este considerat un surogat orgasmic, o ratare a unui răspuns sexual adecvat. La ora actuală, această abordare este considerată drept eronată.

Ratarea obținerii unui răspuns sexual, calificată ca frigiditate, reprezintă incapacitatea de a obține orgasm chiar dacă se simte o anumită plăcere erotică.

#### *Criterii diagnostice pentru tulburarea dorinței sexuale la femeie (după DSM IV)*

A. Persistența sau recurența incapacității de a atinge sau de a menține în timpul activității sexuale o lubrificație corespunzătoare crescută, ca urmare a excitației sexuale

B. Tulburarea cauzează un *disstres* important sau dificultăți interpersonale.

Există diferite tipuri de eșec erotic. Termenul de frigiditate este considerat în zilele noastre prea larg și general și, de asemenea, prea stigmatizant. De aceea este preferat termenul de hipogineism.

### ***Frigiditate ca sexism***

Frigiditatea în trecut se referea la o disfuncție sexuală în rândul femeilor, în același fel în care termenul de impotență se referea la același fenomen, pe larg, în rândul bărbaților.

Mulți clinicieni privesc acum frigiditatea ca fiind un termen sexist care plasează vina mai degrabă asupra femeii, decât asupra mediului ei sociocultural, experiențelor emoționale, stării de sănătate, toate acestea putând contribui la lipsa ei de responsivitate sexuală.

Termenul de frigiditate continuă să fie folosit în limbajul de zi cu zi ca pe o insultă sau un termen derogatoriu pentru femeile neafectuoase sau care sunt privite ca neresponsive sexual. Cel mai frecvent, termenul este folosit pentru a explica lipsa de interes sau respingerea din partea unei femei care inițial era interesată de persoana care adresează insulta.

### ***Frigiditatea ca disfuncție sexuală***

Termenul de disfuncție sexuală a femeii – care a înlocuit frigiditatea, ca fiind o categorie de diagnostic în psihiatrie și psihologie – se referă la incapacitatea unei femei de a funcționa adecvat în termenii dorinței sexuale, excitației sexuale, orgasmului sau în timpul actului sexual propriu-zis.

Criterii de diagnostic pentru tulburarea dorinței sexuale (hipoactivitate) (după DSM IV):

A. Persistența sau recurența absenței fanteziilor sexuale sau sărăcia acestora sau absența dorinței pentru activitatea sexuală. Aprecierea deficienței sau absenței este făcută de clinician, luând în considerare factori care afectează funcționarea sexuală ca vârstă și contextul vieții personale.

B. Tulburarea cauzează un *distres* important sau dificultăți interpersonale

Disfuncția sexuală nu este clar legată de o tulburare psihică precisă cu excepția altei disfuncții sexuale și nu este datorată exclusiv efectelor fiziologice ale unor medicamente sau droguri sau unei afecțiuni medicale.

Se va specifica dacă este vorba de: tipul constituțional sau tipul dobândit, tipul permanent sau cel situațional, dacă afecțiunea este datorată unor factori psihologici sau unor combinații de factori.

***Clasificare frigiditate.*** Criteriul etiologic împarte frigiditatea în:

- Primară totală (absența întregii game a senzațiilor de satisfacție sexuală)
- Primară parțială;
- Secundară (datorită unor factori organici locali sau psihogeni).

Există opinia că termenul de frigiditate ar fi similar cu cel de anorgasmie propriu-zisă – prin analogie cu impotența masculină (punct de vedere criticabil, datorită absenței unei similitudini între cele două modalități de satisfacție orgasmică).

Discutabilă este și delimitarea frigidității în: frigiditate totală (imposibilitatea realizării plăcerii sexuale, indiferent de partener, tehnică, de completitudinea actului sexual etc.) și frigiditate relativă (prezența dorinței, a interesului sexual, dar incapacitatea de a ajunge la orgasm), criteriile de apreciere rămânând în sfera unei considerabile subiectivități.

***Incidență și pronostic.*** Având în vedere incidența remarcabilă a frigidității în rândul populației feminine (majoritatea autorilor dau cifre de aproximativ 50%, dar sunt unii care o apreciază la 90%) și faptul că frecvența ei este mult mai crescută în raport cu impotența, simptomul implică abordări psihiatrice, psihoterapeutice și

sexologice. Brautigam apreciază că, în primul an de căsătorie, 25% din femei nu au niciodată orgasm, în următorii 5 ani de căsătorie – 17%, iar în 20 ani acest procentaj se reduce la 11%.

Deși rezultatele intervenției terapeutice sunt apreciate de cele mai multe ori ca „decepcionante” (Poinso), frigiditatea nu împieteză în mod direct sau semnificativ asupra fenomenului reproducerii sau înțelegerii conjugale.

**Consultul în frigiditate.** Se va face examinarea fizică și psihologică și se va face un istoric. Consilierea făcută de un specialist poate fi recomandată.

Întrebările pot include detalii despre relații, atitudini față de sex, simptome fizice prezente în timpul unei relații sexuale și multe altele. Examinarea fizică poate include o examinare pelvină.

Disfuncția sexuală este de obicei o problemă psihologică și ea poate avea cauze dintre cele mai diverse.

**Tabelul 16**

CAUZE COMUNE:
Un partener neexperimentat sau nepăsător
Probleme de comunicare cu partenerul
Anxietate
Depresie
Frica de sarcină
Sentimente de vină și jenă în legătură cu sexul
Frica de durere, infecții sau de sarcină
Boală genitală
Probleme psihologice profunde

**Considerații psihodinamice în frigiditate.** Dificultăți similare celor legate de definirea frigidității apar atunci când se încearcă delimitarea fundalului emoțional din psihoginologie.

Punctul de vedere psihanalitic clasic asupra frigidității, rezumat de **Abraham (1920)** în lucrarea sa despre complexul feminin de castrare, postulează că persistența conflictului oedipian, nerezolvarea lui, conduc la o dorință de răzbunare pe tată prin castrarea lui cu cavitatea corpului în care își află sălaș ostilitatea ei mușcătoare. El subliniază că vaginismul, dintr-un punct practic de vedere, reprezintă expresia fantasmelor reprimite nu numai de castrare, ci și dorința de a-i fura bărbatului penisul prin reținerea lui în vagin.

Frecvent, în psihanaliza femeilor care își identifică soțul cu figura parentală, se observă că amintirile precece se leagă de episoade în care penisul este privit ca amenințător și înspăimântător. Sentimentul că penisul este amenințător sau că, luându-l în interiorul ei, ea îl poate distruge sau vătăma, este generat de fantasmele dobândite în mica copilărie în raport cu mama și reîntărit mai târziu de o relație de dragoste nesatisfăcută cu tatăl.

**Frigiditatea ca apărare.** Unele femei sunt anesteziate sexual, deoarece nu sunt în stare să facă față sentimentelor experimentate de *ego*, care sunt resimțite ca fiind copleșitoare, aproape similare celor de negare a suferinței după o pierdere în

mod special dureroasă. În acest caz, frigiditatea devine o apărare împotriva unor asemenea sentimente.

O pacientă cu vaginism și dispareunie a simțit că penetrarea nu putea să aibă loc pentru că, spunea ea, „simte ca și cum ar avea ceva în vagin tare și imobil, ca un bloc de beton”. A fost ușor de demonstrat că nu este așa, deoarece a putut în cele din urmă să-și introducă un dilatator mare. Totuși, ideea de a avea în interiorul ei o bucată de piatră în loc de sentimente, se lega de atitudinile de „inimă împietrită” învățate în timpul copilăriei sale nefericite, cu o mamă rece și cu un tată care a murit când avea 9 ani. Aceste atitudini trebuiau să fie menținute pentru a o proteja de ceea ce ea își imagina ca fiind sentimente incontrollabile față de alții, în special față de bărbați. „Blocul ei de beton”, frigiditatea ei era modul de a se apăra pe sine însăși de emoții care nu au fost niciodată împărtășite.

**Amenințarea externă.** Majoritatea pacientelor care se plâng de frigiditate nu realizează că factorii responsabili de starea lor vin din trecutul lor. Ele afirmă că, din motive care le scapă, abordarea sexuală de către partenerul lor le creează o anxietate extremă.

Ele încearcă să raționalizeze această situație, legând-o de căsătorie, nașteri, durere, creșterea responsabilității casnice și a oboseții sau de faptul că nu-și mai iubește partenerul.

Chiar dacă aceste femei încearcă o relație extraconjugală, ele vor avea aceeași experiență nesatisfăcătoare. Urmează o nouă raționalizare în care femeia crede că, datorită sentimentului de vinovăție, lucrurile nu se îndreaptă, și dacă ar divorța lucrurile ar fi mai bune.

Preludiul poate fi plăcut pentru unele femei, dar nu și penetrarea. Altele se excită abia după ce a avut loc ejacularea, astfel încât penetrarea nu mai este posibilă, penisul detumescent nemaifiind amenințător.

Aspectul penisului poate cauza repulsie și femeia evită să îl privească. El nu va fi atins și intromisiunea va fi posibilă doar dacă bărbatul este cel care inițiază și susține preludiul. Sentimentele de plăcere pot apărea, dar se sting rapid dacă bărbatul solicită participarea activă.

Plăcerea poate fi obținută prin diminuarea și devalorizarea sexualității partenerului lor, fie prin a-i cere lucruri pe care nu le poate satisface și a nu răspunde, fie prin exprimarea unor fantasme sado-masochiste.

**Homosexualitatea latentă.** O legătură ostilă față de mamă, privită ca fiind neafectuoasă și de aceea dispensabilă, poate conduce la un potențial homosexual, pe măsură ce adultul caută să își reînnoiască relația cu ea, de vreme ce relația primară a fost nesatisfăcătoare. În același timp, ea își exprimă ostilitatea față de partenerul pe care l-a ales, negând și respingând ce are el de oferit.

Dependența ostilă este exprimată prin trăsături homosexuale. Uneori, excitația apare când partenerul are un act sexual cu o altă femeie în prezența ei, permițându-i astfel să își satisfacă curiozitatea care este legată de concepția fantezistă a copilului față de actul sexual al părinților.

Homosexualitatea exprimată poate fi absentă, dar fantasmele din timpul masturbării sunt legate de sexualitate orală sau de acte de lesbianism cu pacienta, jucând câteodată rolul de spectator. Asemenea fantasme reprezintă o dorință de a se întoarce la prima relație homosexuală, adică cea cu mama. Ocazional, actul sexual satisfăcător poate avea loc cu partenerul, dacă o altă femeie este prezentă. În mod clar, cealaltă femeie este „lăsată pe dinafară”.

Pacienta se răzbună în acest fel pe mama ei, care, în trecut, „a lăsat-o pe dinafară”.

Pot exista și alte cauze ale frigidității. Cauzele acestui simptom pot include anumite boli și medicamente. Mai mult, cauzele pot varia în funcție de vârstă și sex și pot avea diferite caracteristici, precum: durata, factorii agravanți, factorii amelioranți și acuze asociate.

**Frica de graviditate și boli venerice.** Anxietatea cauzată de frica unei sarcini nedorite, la o femeie care are puțină încredere în contracepție sau la care interdicțiile religioase se referă la prohibiția contraceptivelor, conduce la frigiditate exprimată prin evitarea actului sexual. Aceasta poate fi întâlnită la fetele tinere înainte de căsătorie sau la femeile mai vârstnice a căror nevoie de procreare a fost fie satisfăcută, fie inexistentă.

O altă cauză de frigiditate, mai frecvent evocată, este teama de boli cu transmitere sexuală, a căror incidență a crescut în populația generală.

**Negarea plăcerii.** Un punct de vedere în care relațiile sexuale sunt privite ca „murdare” în afara scopului procreerii, provenit din aplicarea strictă a textului biblic „tu vei fi fertilă și te vei înmulți” poate provoca neplăcere față de actul sexual în afara perioadei de ovulație.

Pacienta este de obicei inconștientă de acest fapt. Comportamentul ei seamănă cu cel al femelelor din lumea animală, unde coitul se face doar în perioada estrală, deci doar în cea fertilă.

**Stimularea inadecvată.** Lipsa răspunsului sexual poate fi secundară unei tehnici contraceptive prost aplicate, precum *coitus interruptus* sau incapacitatea partenerului de a sesiza nevoile femeii.

Mai mult, scăderea potenței bărbatului, datorată unei dificultăți de erecție sau de ejaculare, poate conduce la dezamăgire, așa încât nu se mai pot aștepta răspunsuri sexuale până când impotența nu va fi tratată corespunzător. Trebuie să ne gândim și la faptul că partenera poate, conștient sau nu, să mențină impotența partenerului, caz în care statusul său sexual este improbabil să crească răspunsul sexual al femeii.

**Depresia.** Depresia conduce, de obicei, la pierderea interesului în activitatea sexuală. Linford Rees (1967) sumarizează simptomele și afirmă că boala depresivă afectează întregul organism: sentimente, elan vital, gândire, funcțiile corpului, personalitate și interese.

S-ar aștepta ca energia sexuală și sentimentele să fie reduse direct proporțional cu gradul depresiei. Dacă depresia va rămâne netratată pot frecvent apărea tulburări de menstruație incluzând amenoree.

**Tulburări de personalitate.** Incapacitatea de a trăi sentimente calde poate fi o trăsătură din cadrul unei personalități schizoide antisociale sau histrionice.

Deseori performanța sexuală poate fi normală, dar nici un sentiment nu îi este arătat partenerului. Sunt făcute cerințe multiple, exagerate, care conduc la promiscuitate și infidelitate. Personalitatea histrionică este labilă, sugestivă, seductivă și, de obicei, ostilă cu bărbații.

**Medicația.** Unele medicamente folosite în psihiatrie inhibă orgasmul feminin prin mecanisme directe sedative sau anticolinergice:

Antidepresivele triciclice (imipramina, clomipramina, nortriptilina)

IMAO (Tranilcipromina, Fenezinul, Isocarboxazidul)

Antagoniștii receptorilor dopaminergici (Tioridazinul și Trifluoperazinul)

Inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei (SSRIs)(Fluoxetină, Paroxetină, Sertralină, Fluvoxamină, Citalopram)

Efecte asemănătoare, dar prin mecanisme diferite, au clordiazepoxidul și amfetaminele. (Atenție și la medicația anorexigenă!)

Alcoolul în cantități mici este considerat tradițional un afrodisiac ușor (probabil și prin efectul anxiolitic pe care îl are la aceste doze și prin vasodilatația pe care o provoacă). La doze mari orgasmul nu mai apare.

Deși despre benzodiazepine se știe că scad libidoul, în multe cazuri scăderea anxietății pe care aceste medicamente o provoacă cresc funcționarea sexuală.

#### X.14. TRATAMENTUL ANORGASMIEI

Tratamentul anorgasmiei implică lucrul individual cu pacientul și a cuplului, rezolvarea conflictelor și creșterea stimulării.

Primul pas al terapiei este definirea cauzei principale cât mai exact; aceasta necesită o înțelegere psihologică a femeii și a cuplului. În același timp, este important să nu se negligeze aspectele ginecologice, ca nici un factor somatic să nu agraveze aspectele psihologice.

Interviu cu partenerul sexual; uneori o singură consultație poate fi necesară, altădată se va începe terapia de cuplu.

În general, dacă patologia sexuală este doar reactivă, psihoterapia suportivă va fi suficientă.

Terapiile de tip psihanalitic vor fi rezervate pentru acele cazuri în care disfuncțiile sexuale postpartum depind de psihopatologia adiacentă.

Trebuie să abordeze global problemele pacientei, nu doar pe cele sexuale, pentru reducerea și altor surse de insatisfacție.

Autoexplorarea, masturbarea, rezolvarea fricii inconștiente de orgasm, exerciții pentru creșterea excitației sexuale și conștientizarea mai intensă a plăcerii, sunt modalități utile în atingerea orgasmului în timpul activității sexuale.

Dintre metodele psihoterapeutice, în afara psihoterapiei suportive, se mai folosesc hipnoterapia, terapia comportamentală, terapia de grup, sexterapia integrativă.

Tabelul 17

<b>POSTULATE COGNITIVE DISFUNCȚIONALE PREZENTE ÎN TULBURĂRILE SEXUALE FEMININE (COTTRAUX, 2000)</b>
• Orgasmul vaginal este singurul orgasm valabil
• Orgasmul trebuie să fie întotdeauna simultan cu cel al partenerului
• Atitudinea sexuală feminină trebuie să fie pasivă, iar cea masculină activă
• Sexualitatea este în întregime înnăscută și nu necesită învățare
• Fantasmele sexuale sunt interzise, mai ales dacă se referă la un partener diferit
• Dificultățile sexuale reprezintă o fatalitate biologică inconvertibilă
• Dificultățile sexuale au cauze psihologice atât de profunde încât necesită o psihoterapie de lungă durată
• Masturbarea este o practică rușinoasă și periculoasă
• Viața sexuală se aranjează de la sine dacă viața relațională sau profesională a cuplului se ameliorează.
• Corpul nu trebuie arătat pentru că are aspecte inestetice sau șocante



Farmacoterapia specifică este rareori folosită, nici un produs neputându-se bucura de această circumscriere. Trebuie notată aici folosirea sildenafilului și la femei, cu rezultate discutabile.

Farmacoterapia nespecifică se referă la folosirea metodelor naturiste: aromaterapie, băi de plante, homeopatie, dușuri vaginale, masaj cu uleiuri aromatice etc., metode a căror eficacitate este practic imposibil de apreciat.

### X.15. DISFUNCTIILE SEXUALE ALE CUPLULUI

În prezentarea anterioară, separarea disfuncțiilor sexuale masculine și feminine nu a ținut seama, din motive didactice, de realitatea clinică, care arată că în foarte multe cazuri este vorba de fapt de disfuncții sexuale ale cuplului, în care „vina”, de fapt responsabilitatea, aparține ambilor parteneri.

Tabelul 18

<b>FACTORI IMPLICAȚI ÎN DISFUNCTIILE SEXUALE ALE CUPLULUI</b>	
<b>VÂRSTA</b>	Vârsta foarte tânără a membrilor cuplului
	Vârsta ridicată a cuplului
	Diferențele mari de vârstă între parteneri (de regulă în defavoarea bărbatului)
	Perioade de vârstă critice la unul din parteneri
<b>VECHIMEA CUPLULUI</b>	Cuplul nerodat
	Cuplul prea uzat
	Cuplul super-integrat
<b>ISTORIA CUPLULUI</b>	Felul cum s-a constituit cuplul
	Furtunile care s-au abătut de-a lungul timpului asupra lui
	Existența unor perioade de separație
	Existența unor relații paralele
	Tensiunile sexuale neîmpărtășite
	Existența unor disfuncții privind comunicarea
<b>EXISTENȚA COPIILOR</b>	Existența unor disfuncții în planul strict al sexualității
	Problemele cuplului infertil
	Reacțiile la apariția copiilor
	Sindromul de cuib gol
<b>STAREA DE SĂNĂTATE</b>	Dificultăți cu copiii nevrotici care dorm în camera părinților
	Sănătatea genitală a celor doi parteneri
	Existența unor afecțiuni cronice
	Existența unor tratamente permanente
	Apariția unor boli de stres
	Existența unor boli psihice
	Intervenții chirurgicale mutilante
Repetate intervenții chirurgicale estetice	
<b>EXISTENȚA SEXOLOGULUI</b>	Nivelul de instrucție al medicului de familie
	Existența unui specialist specializat în sexologie
	Relația sexologului cu ceilalți specialiști
	Capacitatea cuplului de a depăși prejudecățile curente

<b>NIVELUL ECONOMIC</b>	Capacitatea cuplului de a-și asuma material costurile tratamentului
	Absența/prezența unor probleme economice care afectează stabilitatea cuplului sau bugetul de timp al acestuia
	Modelul cuplului de la un anumit nivel economic
<b>CUTUMELE GRUPULUI SOCIAL</b>	Valoarea sexualității în comunitate
	Modelul de abordare a disfuncției sexuale de către comunitate
	Mitologia sexuală a grupului
	Valoarea geloziei în grup
	Factori centrifugi și centripeți în stabilitatea cuplului

Regulile terapeutice în tratamentul disfuncțiilor sexuale vor fi aceleași din terapiile de cuplu, iar succesul tratamentului va fi influențat de numeroși factori psihologici. De altfel, în terapiile disfuncțiilor sexuale psihogene participarea ambilor membri ai cuplului este o condiție a succesului.

**Tabelul 19**

<b>TIPURI DE PSIHOTERAPIE FOLOSITE ÎN TRATAMENTUL DISFUNCȚIILOR SEXUALE</b>	
Disfuncția sexuală ca un comportament învățat maladadaptativ, ca o fobie a sexului cu situații anxiogene de intensitate progresiv mai mare, până la dispariția răspunsului anxiogen)	→ tehnici comportamentale de desensibilizare sistematică (confruntare gradată, sub relaxare),
Distorsiunile cognitive legate de performanța și norme în sexualitate mențin anxietatea legată de sex și mecanismele de evitare	→ tehnici de restructurare cognitive
Importanța relației de cuplu, necesitatea cooperării partenerului	→ tehnici de asertivitate și joc de rol, terapie cognitivă de cuplu

**Indicațiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale în disfuncțiile sexuale (Hawton, 1995) :**

- problema sexuală durează de peste 6 luni
- eforturile cuplului de a-și rezolva singur problema au eșuat
- există factori psihologici care generează sau perpetuează problema (atitudinea de spectator, anxietatea de performanță)
- problema sexuală riscă să distrugă relația în totalitate

**Tabelul 20**

<b>FACTORII RESPONSABILI DE SUCCESUL TRATAMENTULUI</b>
lungimea perioadei în care cuplul a fost asexuat înainte de a căuta tratament;
modul de abordare al bărbatului în a relua relația sexuală cu partenera;
așteptările bărbatului referitoare la felul cum tratamentul îi va schimba viața;
pregătirea fizică și emoțională a partenerei în a relua activitatea sexuală;
motivul pentru care fiecare partener folosește intervenția medicală pentru a relua activitatea sexuală;
calitatea relațiilor non-sexuale;
modelele de excitație sexuală neconvenționale ale bărbatului.

## X.16. CALITĂȚILE SEXOLOGULUI

Sexologia este în România o supraspecializare foarte recentă (după anul 2000), iar numărul specialiștilor în acest domeniu foarte restrâns. Atracția pe care o exercită domeniul respectiv, faptul că sexologia ar putea fi introdusă cu titlu facultativ în curriculum universitar și experiența noastră în acest domeniu ne-a îndemnat să prezentăm câteva din calitățile pe care un medic sau psiholog ar trebui să le aibă, atunci când ar dori să lucreze în acest domeniu.

### **Curaj**

- Curajul de a-și depăși propriile complexe
- Curajul de a se expune ironiilor și atacurilor unor ignoranți sau rău intenționați
- Curajul de a lucra într-un domeniu de avangardă
- Curajul de a spune lucrurilor pe nume și atunci când sunt neconvenabile
- Curajul de a recunoaște că uneori nu există soluții
- Curajul de a se confrunta cu situații din cele mai inedite
- Curajul de a înfrunta contratransferul masiv pe care pacientul îl dezvoltă datorită domeniului specialității
- Curajul de a recunoaște și latura agresivă a sexualității

### **Modestia**

- Modestia de a nu-și face o reclamă din succese
- Modestia de a nu-și compara propria experiență, atunci când este pozitivă, cu aceea a pacienților
- Modestia de a cere ajutorul altor specialiști ori de câte ori e necesar
- Modestia de a recunoaște că există situații inedite în sexologie pentru care trebuie să încerce să găsească noi soluții
- Modestia de a recunoaște eforturile celorlalți terapeuți în rezolvarea cazurilor
- Modestia de a recunoaște că specialitatea este încă la început și că nu se poate compara încă cu alte specialități cu tradiție

### **Perseverență**

- Niciodată nu este prea târziu pentru un demers de specialitate la o persoană cu dificultăți sexuale
- Sexologul va căuta toate cauzele care pot produce o anumită tulburare, chiar dacă i se pare că a descoperit cauza de la începutul explorărilor
- Perseverența de a menține la cel mai înalt nivel dialogul și comunicarea cu pacientul pe tot parcursul terapiei
- Tratamentul trebuie să continue până la o rezolvare a problemelor, chiar dacă există unele perioade de recul
- Perseverența de a nu renunța la această specialitate atunci când numărul de solicitări pare să fie redus

### **Cunoștințe tehnice**

- Sexologul este obligat să-și sporească mereu bagajul informațional în domenii dintre cele mai diferite și să aibă solide cunoștințe medicale
- Să aibă cunoștințe de antropologie culturală, fiind un cunoscător al cutumelor din comunitatea în care practică
- Să aibă cunoștințe privind obiceiurile sexuale și practicile din zone culturale din cele mai diferite
- Să fie la curent cu „modele” din sexologie

### ***Autocontrol***

- A-și păstra calmul în ciuda dificultăților de relatare și de evidențiere a problemelor pe care pacienții le au de fapt
- A nu se arăta surprins de situațiile bizare pe care pacienții le relatează, a-și păstra calmul până la sfârșitul relatărilor
- A-și controla atitudinile și sentimentele păstrând distanța profesională, indiferent cât de facilă sau de tentantă ar fi oferta sexuală pe care pacientul o face
- A controla transferul și a participa la grupuri de tip Balint pentru a îmbunătăți acest control

### ***Umor***

- A folosi umorul și ironia cu îndemânare și sensibilitate ori de câte ori este posibil
- A folosi autoironia fără prejudecăți
- A practica un optimism bine temperat în toate situațiile terapeutice cu care se confruntă
- A ieși din situațiile dificile în care practica îl poate aduce frecvent, cu ajutorul unor glume
- A avea pregătită o adevărată colecție de vorbe de duh, glume și bancuri de bună calitate care să poată fi folosite în orice situație
- A recunoaște umorul drept cel mai bun mecanism de apărare

### ***Incertitudini și responsabilități***

- Considerați ca ireductibilă, dar întotdeauna benefică, diferențierea sexuală
- Nu restrângeți din rațiuni extrabiologice manifestările dorinței sexuale, exercițiul plăcerii
  - Lăsați întreaga libertate producțiilor culturale erotice
  - Amintiți-vă că ființa umană este foarte diferită față de funcția sa erotică, la vârste diferite
    - Considerați cuplul adult care unește un bărbat și o femeie cel mai convenabil mod pentru exercitarea unei sexualități normale
    - Lăsați întreaga libertate de a alege un partener legal
    - Considerați structurile sociale ale căsătoriei ca facilități rituale asigurate, dar contractuale
    - Considerați homosexualitatea pe cât de ireductibilă, pe atât de inofensivă social
    - Puneți la locul lor excentricitățile și alte deviații sexuale, considerându-le rarități
    - Amintiți-vă că dorința umană de libertate de viață personală individualizată rămâne de neînțeles pentru cei care decid socio-politic

Nu uitați niciodată că sexualitatea umană este o aventură și principala consolare față de condiția de ființă trecătoare a indivizilor umani: ea oferă minutele de eternitate ale plăcerii împărtășite muritorilor

## XI. PSIHOLOGIA INTERVENȚIEI TERAPEUTICE

### XI.1. PSIHOTERAPIILE

XI.1.1. PSIHOTERAPIA ȘI MEDICINA – O SINGURĂ ISTORIE

XI.1.2. O CLASIFICARE SCOLASTICĂ

*Psihoterapiile de încurajare*

*Psihoterapiile de susținere*

*Sugestia*

*Autosugestia*

*Hipnoza*

*Reveria dirijată*

*Reeducarea individuală*

*Bio-feed-back-ul*

*Artterapia*

*Meloterapia*

*Cromoterapia*

*Psihoterapiile scurte.*

*Psihoterapia nondirectivă de tip rogersian*

*Logoterapia,*

*Analiza existențială (Daseinsanalyse)*

*Psihanaliza*

*Psihoterapia jungiană,*

*Psihoterapia adleriană*

*Terapiile de grup*

*Psihodrama*

*Terapiile familiale*

XI.1.3. EVALUARE ȘI EFICIENȚĂ ÎN PSIHOTERAPIE

XI.1.4. INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII ALE PSIHOTERAPIEI

### XI.2. LUMEA MEDICAMENTULUI

XI.2.1. MEDICAMENTUL – ISTORIE ȘI CONTEMPORANEITATE

XI.2.2. IMAGINI ALE MEDICAMENTULUI

*Imaginea externă și reclama medicamentului*

*Imaginile interne ale medicamentului*

XI.2.3. EFECTUL PLACEBO

XI.2.4. COMPLIANȚĂ, NON-COMPLIANȚĂ, ACCEPTANȚĂ

XI.2.5. IATROGENII

## XI.1. PSIHOTERAPIILE

### XI.1.1. PSIHOTERAPIA ȘI MEDICINA – O SINGURĂ ISTORIE

Istoria psihoterapiei se confundă cu istoria terapiei și cu istoria ființei umane. Ea este, desigur, cea mai veche și cea mai „naturală” din toate remediile, începând o dată cu comunicarea interumană, cu posibilitatea unei ființe de a participa activ la suferința alteia, de a alina prin intervenția spiritului.

În practica medicală, psihoterapia, așa cum este ea adesea definită, ca *ansamblul mijloacelor psihologice de acțiune prin care se intervine asupra bolii în scopul obținerii unei vindecări sau ameliorări a acesteia*, este o cvasiconstructantă,

care, singură sau împreună cu alte mijloace, realizează demersul terapeutic. Definiția anterioară și-a modificat într-o asemenea măsură gradul de generalitate, încât din funcțională a devenit istorică, cu atât mai mult cu cât deschiderea evantaiului problemelor și problematicii pe care o definiție ideală referitoare la psihoterapie ar trebui să le cuprindă va necesita să fie în permanență lărgit pentru a putea acoperi întregul modul numit generic psihoterapie.

Vom propune ca definiție de lucru a psihoterapiei *stabilirea unei relații de comunicare de tip special (mai ales verbală) în virtutea unor teorii ale psihologiei normale, patologice și sociale, care pot fi utilizate în influențarea sistematică a unui bolnav (sau grup mic de bolnavi) pentru tratarea unor tulburări sau boli în etiologia cărora pot fi presupuși sau recunoscuți factori psihosociali.*

Neputând fi în nici un fel disociată de actul medical, așa cum nu poate fi socotită ca legată de vreo specialitate anume sau de vreun specialist nominalizat **psihoterapia este un numitor comun.**

De altfel, în prezent, este unanim acceptată ideea că între terapiile „organice” și cele „psihologice” nu se poate stabili o linie de riguroasă demarcație sau o evidentă dihotomizare. Oricum, este bine cunoscut și demonstrat, fără posibilitate de contestare, că în orice act terapeutic, oricât ar părea acesta de standardizat sau de tehnicizat, coeficientul psihoterapeutic nu poate și nu trebuie să fie ignorat.

Subliniem însă că relația psihoterapeutică nu poate fi o relație întâmplătoare și că ea cuprinde nu numai tehnicile standardizate pe care le vom prezenta în spațiul limitat al acestei lucrări, ci și întregul ansamblu de relații pe care îl constituie triada medic-pacient-boală. Dinamica acestei ecuații, complexul atitudinal pe care cei doi parteneri, terapeutul și pacientul, îl adoptă în scopul comun (dar cu implicații deosebite pentru cei doi) de vindecare creează o mișcare de forțe afective, a căror corectă dirijare are desigur un efect salutar.

Treptele pe care gândirea medicului le urmărește în rezolvarea cazului trebuie să țină seama totodată de gradul de „psihogenie” din etiologia fiecărei boli.

În fapt, psihoterapia începe o dată cu anamneza, atunci când bolnavul își prezintă nu boala ci suferința, „boala autogenă” (Balint), pe care, lucru repetat cu insistență, medicul trebuie să știe să o asculte ca gest primar terapeutic îngemănat într-o singură atitudine. Pentru bolnav, anamneza nu este o depănare abstractă de suferință, ci o cedare a propriei intimități unei persoane până atunci practic necunoscută, străină, care devine părtaș la această mărturisire.

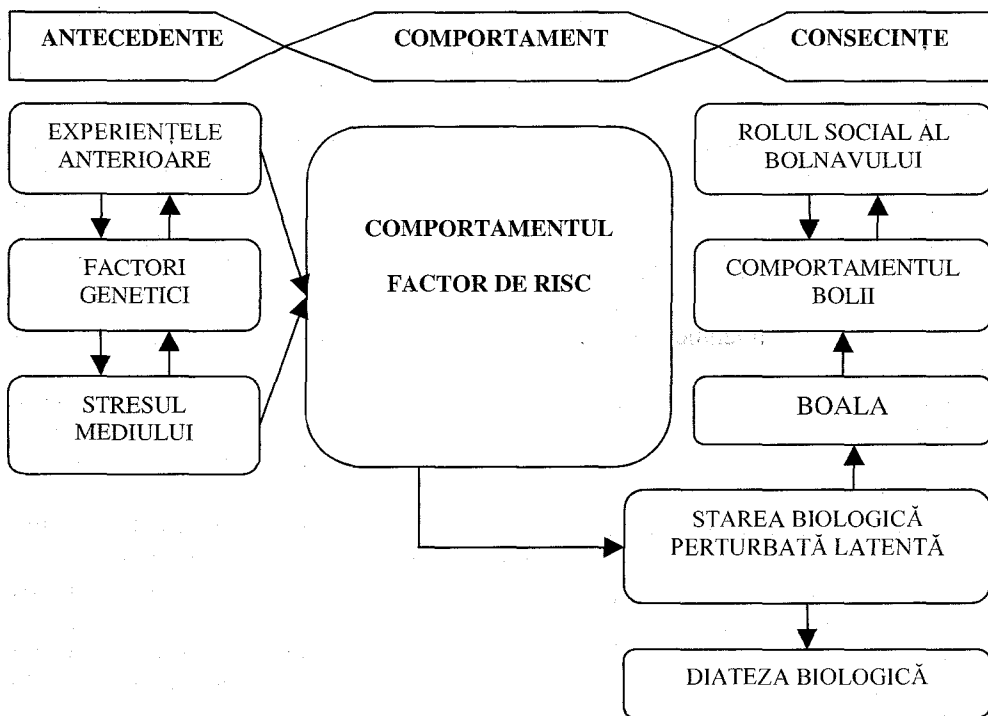
La rândul său, medicul organizează simptomele într-o ordine coerentă, creând modelul științific al bolii, pe care **Balint** îl numește „*boală iatrogenă*”. Numai tratarea „ambelor „boli și rezolvarea lor duce la succesul terapeutic.

Relația dintre psihic și somatic în continuarea bolii nu este și dacă ea era cunoscută în filosofia indiană antică sau în cea chineză, pentru cultura europeană este bine cunoscut principiul „*mens sana în corpore sano*”, cu reciproca lui. În secolul al XIII-lea, A. de Villeneuve recomanda ca remedii împotriva durerii „excitarea pasiunilor care sunt cele mai puternice în caracterul lor”.

Trei secole mai târziu, Montaigne vorbea despre spiritul uman ca despre „cel mai mare făcător de minuni”. Legătura dintre trăirile psihice și apariția unor suferințe somatice a preocupat în permanență numeroși gânditori, filosofi sau medici, care sesizau această legătură și încercau să o explice sau să o folosească (Malebranche, M. de Brain, Mesmer, Braid, Liebault).

O dată cu experiențele de hipnoză ale școlii din Nancy, în primul rând o dată cu lucrările lui Bernheim și cu experimentele și studiile asupra isteriei făcute de Charcot, această legătură devine evidentă și demonstrabilă, iar terapia hipnotică încearcă restaurarea funcțională drept cale spre restaurarea organică.

Mulți autori vorbesc deja de o „*medicină comportamentală*”, care face tentativa de a explica bolile somatice din punct de vedere biopsihosocial și de a încerca înțelegerea mai amplă, în cadrul comportamentului uman, a sănătății și bolii cu ajutorul neurobiologiei, imunologiei și psihologiei cognitive. Desigur, o astfel de abordare a noțiunii de boală a bolnavului deschide larg poarta abordării psihoterapeutice.



**J. Cottraux** propune un model ipotetic al bolii, în care, cum se poate observa, prin influențarea într-un sens dorit a diversilor factori de la cele trei niveluri, poate fi influențată evoluția bolii și chiar modul ei de manifestare.

Un astfel de model are implicații practice importante asupra alegerii unei serii largi de metode psihoterapeutice, la care ne vom referi ulterior.

#### XI.1.2. O CLASIFICARE SCOLASTICĂ

A prezenta într-o clasificare precisă, bazată pe o criteriologie suficient de obiectivă, tehnicile psihoterapeutice, ar fi o încercare hazardată, deoarece numărul lor depășise în urmă cu două decenii respectabila cifră de patru sute.

Prezentând principalele orientări psihoterapeutice, Papadima E., încearcă o clasificare generală a tipurilor principale și consacrate de psihoterapie, sintetizând studiul lui Freedheim K.D. 1992.

## Principalele orientări psihoterapeutice ( după Papadima E.)

CATEGORII PRINCIPALE	TIPURI DE PSIHOTERAPII
<b>Psihoterapii psihanalitice</b> („aplicații” ale teoriei psihanalitice în domeniul psihoterapeutic)	
Psihoterapii comportamentale (bazate pe teoria condiționării și învățării)	Condiționarea operantă (Thorndike și Skinner)
	Învățarea socială (Bandura)
	Cognitiv comportamentală (Ellis A., Beck T., Mahoney și Meichenbaum H.)
<b>Psihoterapiile umaniste</b> (originale în gândirea filosofică a lui Kierkegaard, Husserl, Heidegger, Jaspers)	Psihoterapiile rogersiene (Carl Rogers)
	Psihoterapia gestaltistă (Frederick Perls,)
	Psihoterapiile existențiale (Biswanger Boss)
	Logoterapia Frankl V.
<b>Psihoterapiile sistemice și de grup</b> (derivate din doctrine psihologice dintre cele mai diverse, au ca obiect de intervenție familia sau grupul abordate ca sisteme dinamice interacționale)	Psihoterapii familiale
	Psihoterapia cuplului
	Psihoterapii de grup
	Psihodrama

Făcând distincția dintre psihoterapiile individuale și cele de grup (care se deosebesc, totuși, și ca tehnică) le vom expune în această ordine, fără nici o pretenție doctrinară sau de exhaustivitate

**Psihoterapiile de încurajare** sunt cele mai frecvente și nu cer o pregătire deosebită din partea medicului care le practică de obicei. Menționăm însă, că un optimism prea brutal exprimat sau prea devreme, când contactul dintre medic și pacient nu este destul de strâns, poate părea acestuia din urmă artificial și forțat și poate compromite „*d’emblemă*” relația terapeutică.

De asemenea, atitudinea de indiferență față de relatarea bolnavului sau de starea sa clinică, atunci când aceasta nu este prea gravă, îl vor face să fie bănuitor și suspicios, să se considere neînțeleș și să se încarce afectiv împotriva medicului.

Încurajarea și încrederea în forțele proprii vor duce la destinderea organismului pacientului, la mobilizarea unor resurse pe care anxietatea le putea paraliza. Încurajarea medicului trebuie să fie fermă, fără echivoc, constantă din momentul primului contact cu bolnavul și până la despărțirea de acesta.

**Psihoterapiile de susținere** sunt asemănătoare cu cele anterioare, dar sunt centrate pe momentul de impas sau criză prin care trece bolnavul aflat în situația de boală și care îi provoacă un impas existențial. Un rol important îl joacă aceste psihoterapii în practica de urgență, în momentul precizării unui diagnostic mai grav sau de afecțiune cronică, a luării deciziei chirurgicale deosebite etc.

Pentru persoanele handicapate motor sau senzorial, pentru cei ce suferă de afecțiuni grave, neoplazii, hepatite cronice, boli endocrine, boli degenerative, susținerea morală este extrem de importantă și are rolul unui factor de protecție major.

**Sugestia** însoțește cea mai mare parte a psihoterapiilor. Ea este asemănată cu încurajarea, dar are un caracter persuasiv. Este una din metodele care, fără să afecteze starea mentală subiacentă, face ca unele simptome să dispară. Unii consideră că metoda



ar fi un compromis între medicină, literatură, psihologie și morală și nu ar fi destul de științifică. Sugestia poate fi „armată” cu manevre care să întărească convingerea bolnavului în vindecare.

La rândul lor, deși criticate de unii autori, acestea pot spori eficacitatea metodei. Folosită în patologia digestivă, în obstetrică, în mica chirurgie, dermatologie și neuropsihiatrie, sugestia rămâne una din metodele simptomatice cu efect incontestabil și la îndemâna oricărui terapeut.

**Autosugestia** pune în situație de terapeut chiar persoana pacientului. Metoda a fost larg dezvoltată prin lucrările lui **Cove** în deceniul al 3-lea. Terapiile comportamentale revin asupra ei, elaborând tehnici de autocontrol, pe care îl consideră ca posibilitatea ca subiectul să răspundă improbabil în situații anterioare identice și în absența constrângerilor exterioare evidente (**Mahoney**, 1974).

Autocontrolul va fi cu atât mai important, cu cât cere subiectului un efort mai mare pentru a efectua schimbarea. Mai depinde și de valorizarea socială acordată comportamentului controlat.

Autosugestia nu poate avea, practic, contraindicații, fiind a cale de abordare a oricărei afecțiuni și mai ales a celor din categoria psihosomatică. Evident, ca și în alte afecțiuni, starea terenului psihologic defavorabil (tristețe, neliniște, neîncredere) poate să aibă efecte negative.

Pornind de la această constatare, orientarea pacientului (sau, preventiv, a omului sănătos) către valorile pozitive: optimism, încredere în sine, voință de vindecare, curaj, va avea un efect deosebit. De altfel, afirmația unui celebru chirurg medieval care spunea că soldații victorioși se vindecă mai repede decât cei învinși, rămâne la fel de valabilă și azi.

Exerciții de relaxare, de afirmare pozitivă a stării de sănătate și a încrederii în sine, în propriul organism și a posibilității de a se simți din ce în ce mai bine, au efecte nete. În situația de boală, refuzarea acesteia și încrederea în vindecarea cât mai rapidă este urmată de dispoziția acestei situații. Refuzarea durerii, minimalizarea ei, au efecte nete atât asupra intensității, cât și asupra duratei acesteia.

În scrisoarea LXXVIII-către Lucilius, Seneca spunea: *Ferește-te să-ți agravezi tu însuși răul și să-ți înrăutățești poziția prin plângeri. Durerea este mai ușoară când părerea despre ea nu o exagerează deloc și dacă te încurajezi, zicând: „nu-i nimic” sau cel puțin „e prea puțin”. Să știm să îndurăm și acestea se vor sfârși, durerea va deveni mai ușoară cu cât vei avea forța să crezi aceasta.*

Capacitatea de reprezentare mintală a unor procese fiziologice ca „vizualizarea” bătailor inimii, contracția musculară, cicatrizarea, excreția, digestia pot duce la normalizarea funcțiilor aparatelor corespunzătoare. Expunerea clară a dorinței de vindecare este urmată adesea de aceasta, dacă bineînțeles procesul de autosugestie durează o perioadă suficientă de timp.

**Hipnoza** a fost demitizată de aureola ei de mistere și privită ca o stare particulară a nivelului de conștiință prin care se pot influența funcțiile neurovegetative ale organismului. Fără a intra în amănunte tehnice, subliniem că, în general, tehnicile de hipnoză și hipnoterapie sunt relativ simple și pot fi deprinse de oricare medic. De asemenea, în ceea ce privește bolnavii, există o largă categorie de subiecți hipnotizabili.

Această metodă psihoterapeutică poate fi folosită cu succes în controlul durerii, în tratarea unor afecțiuni cardiovasculare, a hipertensiunii arteriale, în tulburările funcționale ale tubului digestiv, în astmă, afecțiuni dermatologice, tulburări sexuale,

tulburări ale somnului, spasme musculare. Un domeniu deosebit îl reprezintă și recuperarea după afecțiuni neuromotorii sau accidente vasculare cerebrale. Precizăm că metoda este departe de a fi un panaceu universal, cum au încercat unii să o reprezinte, dar are avantaje nete și poate rezolva major multe suferințe.

**Reveria dirijată** este o metodă derivată din hipnoză, în care autorul ei, R. Desoilles, urmărește dezvoltarea prin antrenament a forței imaginativ-mnezice a subiectului. Fără să introducă în relația medic-pacient teama care există de obicei față de hipnoză (dar și fără să introducă factorul de suprainvestitură terapeutică cu care aceasta este creditată), reveria dirijată se desfășoară într-o atmosferă de calm și relaxare, în care terapeutul analizează materialul inconștient prezentat de bolnav. Se poate aplica în majoritatea bolilor de tip psihosomatic, în tulburările de dinamică sexuală și în tulburările adolescenței.

**Reeducarea individuală** implică o relație terapeutică în care reeducatorul iese din cadrul tehnic strict, pentru a deveni și psihoterapeut. Folosind, mai mult sau mai puțin conștient, sugestia și încurajarea în procesul de recuperare, se obține nu numai o ameliorare a funcției afectate, ci a întregii stări a bolnavului. Ortofonia, kineziterapia, reeducarea psihomotorie sunt câteva din formele acestei metode.

Psihoterapiile de relaxare sunt, potrivit părerii unor autori, înrudite cu reeducarea psihomotorie, după alții cu terapiile sugestive. În principiu, se bazează pe raportul care există între starea de confort psihic și de confort somatic, subliniind rolul pe care îl au tonusul muscular și relaxarea acestuia. Din cele mai cunoscute metode de acest tip amintim, în primul rând, antrenamentul autogen Schultz, constituit dintr-o suită de exerciții standardizate în funcție de gradul de dificultate. Acestea au drept scop, ca, punând în joc sistemul muscular, vascular și respirator, să provoace a schimbare a „zonelor de atenție”, ca și un control mai „individualizat” al funcționării organice.

Metoda poate fi folosită pentru a rupe ciclul vicios „neliniște-depresiune-tensiune psihică-hipertonie musculară-manifestări vegetative-tulburări ale ritmului somn/veghe-neliniște” (**Kielholz**), care stă la baza tulburărilor psihosomatice.

Alte metode de relaxare cunoscute sunt metodele Iacobsohn, Ajuriaguerra, Clotz, în care, exercițiile de relaxare diferă. Indicațiile sunt aceleași ca și în metodele Schultz.

**Bio-feed-back-ul** oferă posibilitatea controlării și supravegherii activității viscerale și somatomotorii cu ajutorul unor mijloace tehnice relativ la îndemână și cu sprijinul nemijlocit al psihoterapeutului, care prin mijloace pe care sugestia i le pune la îndemână, poate determina subiectul la însușirea autocontrolului.

Au fost luați în studiu și folosiți ca indicatori parametri biologici ca EMG (electro-mio-feedback) în torticolis spasmodic, blefarospasm, cefalee, HTA, tremor, polimieliță, sechele postaccidente vasculare, temperatură (termofeedback), în migrene, boala Raynaud, *ritmul cardiac* (în tahicardii, ca și în extrasistole și chiar în aritmiile postinfarct), *tensiunea arterială* în tratamentul hipertensiunii și tensiunii oscilante, EEG, pentru prevenirea crizelor comițiale prin întărirea voluntară a ritmului  $\alpha$  (12-14 c/o)

Se mai experimentează posibilitatea folosirii bio-feed-back-ului în controlul erecției și vasodilației labiilor mici, al acidității gastrice, al controlului sfincterian, al pătrunderii aerului în bronhii.

În 1975 Benson a căutat „invariantele” tuturor terapiilor de relaxare în scopul sistematizării acestora. Le prezentăm în tabelul următor:

STRES	RELAXARE
CREȘTEREA ACTH ȘI CATECOLAMINELOR	SCĂDEREA AFECTIVITĂȚII SIMPATICULUI
creșterea TA creșterea ritmului cardiac creșterea ritmului respirator creșterea catecolaminelor creșterea debitului sanguin muscular	scăderea TA- scăderea consumului de O <sub>2</sub> scăderea ritmului cardiac scăderea ritmului respirator scăderea lactațiilor arteriali scăderea debitului sanguin în antebrățe creșterea debitului sanguin în antebrățe creșterea de unde alfa și apariția de unde teta pe EEG

Condițiile de apariție a relaxării sunt: ambianța calmă, atitudinea pasivă, concentrarea asupra unui cuvânt, sunet, imagine vizuală și diminuarea tonusului muscular. Putem considera, împreună cu Cottraux (1981), că metodele de relaxare au o cale finală comună, răspunsul la relaxare, opus, așa cum am văzut, celui de stres.

Terapiile comportamentale sunt apropiate într-o oarecare măsură de bio-feedback prin faptul că nu au la bază principiile condiționării și motorii, iar ca obiectiv înlocuirea comportamentelor neadecvate cu unele corespunzătoare.

Bazele științifice ale acestei terapii se află în lucrările reflexologiei pavloviene, la care se adaugă cele ale lui Skinner și în teoriile învățării sociale și ale psihologiei cognitive.

Cu numeroasele ei tehnici, în a căror descriere detaliată nu vom intra (inhibiția condiționată, aversiunea condiționată, decon condiționarea, imersia etc.), psihoterapia comportamentală dă rezultate deosebite în patologia sexuală, obezitate, toxicomanii, tulburări cu caracter somatic sau fobii.

Menționăm ca și în cazul altor psihoterapii că aceste metode sunt relativ standardizate, deci ușor de învățat și aplicat de orice medic. Fără a intra în amănunte, acest tip de psihoterapie se delimitează ca simptomatic și pragmatic, îndeplinind cu eficiență deosebită obiectivele, potrivit majorității studiilor. Iată, spre exemplificare, programul conceput de Lazarus, sub numele de *Basic Idea*, care face analiza comportamentală în tratamentul impotenței:

PROGRAMUL LAZARUS		
<b>B</b>	(Behavior)	comportament
<b>A</b>	(Affect)	afectivitate
<b>S</b>	(Sensation)	senzorialitate
<b>I</b>	(Imagination)	imaginație
<b>C</b>	(Cognition)	cogniție
<b>I</b>	(Interpersonal Relationship)	relații interpersonale
<b>D</b>	(Drog)	toxicomanii și probleme somatice
<b>E</b>	(Expectation)	așteptările pacientului
<b>A</b>	(Atitude)	atitudinea terapeutului

*Artterapia* este posibilitatea de a influența starea de sănătate a pacientului folosind mijloacele artei: muzica, pictura, dansul etc.

Desigur, faptul de a veni în contact cu o operă de artă are adesea în sine un efect terapeutic, încă din antichitate vorbindu-se de funcția „catartică” (de curățire și purificare) a artei. În psihoterapie această relație subiect-operă este însă mediată de psihoterapeut, care investește lucrarea, pentru bolnav, cu valențe deosebite.

**Meloterapia** este cunoscută încă din vremea Egiptului antic, de unde se pare că a fost preluată de civilizația elenă. O relatare inedită de utilizare a meloterapiei a fost făcută de Homer.

În Iliada, Ulise, rănit, beneficiază de efectul acesteia în momentul în care este încurajat de soldații săi, care, cântând, reușesc să-i oprească hemoragia. Vechi scrieri ebraice povestesc despre modul în care David, cântând la harpă și psalmodiind, tratează depresiunea regelui Saul. Pindar și Galileo folosesc instrumentele muzicale și vocea în așa numitele „Cantatio morborum” cu efect terapeutic.

Unele relatări susțin că Pitagora folosea bucăți melodice în modul dorian pentru tratarea stărilor de excitație. Muzica a fost întrebuințată, în Sicilia secolului XVII, în încercarea de a trata convulsiile provocate de păianjenul deosebit de veninos numit Tarantula. Lietaud pomenește muzica drept factor sedativ în tratatul său de *Materie Medica* (1776), iar Pinel, părintele psihiatriei moderne, va căuta același efect în cantinele. Aceste considerații istorice sunt departe de a epuiza amplitudinea subiectului. Relația efectivitate-muzică a fost subliniată adesea, existența unui „cântec de dor” fiind semnificativă în majoritatea culturilor. Nimeni nu poate nega faptul că fiecare individ este beneficiarul meloterapiei din primele zile de viață, efectul sedativ al cântecelor de leagăn fiind universal recunoscut.

Efectele remarcabile ale muzicii au fost observate în boli cardiovasculare, în special în HTA, dar și în alte boli digestive și endocrine.

Introducerea meloterapiei într-o secție de terapie intensivă a scăzut mortalitatea cu 25%.

În patologia psihiatrică rolul benefic al muzicii se poate înregistra în psihozele autistice, în psihozele halucinatorii cronice, în psihozele afective, nevroze etc.

Meloterapia se remarcă printr-o inocuitate absolută, prin absența practică a contracandidaților, mai ales dacă bucățile muzicale sunt corect alese. Semnalăm o listă orientativă de bucăți muzicale, care pot fi folosite în scopul dorit.

INFLUENȚA	BUCATA MUZICALĂ ALEASĂ	AUTORUL
Relaxantă	Lacul lebedelor	Ceaikovski
	Vis de dragoste	Liszt
	Fantezia în sol minor	Bach
	Serenada	Schubert
	Simfonia pastorală	Beethoven
	Voci de primăvară	J. Strauss
Tonică	Marele vals din Tannhauser	R. Wagner
	Rapsodia maghiară	Liszt
	Aida	Verdi
	Faust (actul V)	Gounod
Calmantă	Concertul imperial	Beethoven
	Anotimpurile	Vivaldi
	Din lumea nouă	D. Dvorak
	Ave Maria	F. Schubert
	Preludiile	Bach
	Valsurile	Chopin

Desigur, lista poate fi mult lărgită, mai ales dacă se iau în considerație lucrările muzicale contemporane care nu aparțin genului clasic.

Meloterapia, folosind „sufletul îmbrăcat în sunet” (M. Proust) ca mijloc de influențare terapeutică, rămâne una din terapiile de cea mai mare valoare, care, în orice caz, grăbește procesul de vindecare și obține ambianța psihologică optimă pentru rezolvarea unor tulburări fiziologice.

**Cromoterapia** se bazează pe efectul direct al culorilor asupra psihicului, efect constatat în cazul multor lucrări. Amintim și încărcătura simbolică pe care fiecare individ în parte o atribuie culorilor. Folosirea corespunzătoare a modulației cromatice face parte din cadrul mai larg al unei posibile terapii ambiante.

Notăm, pe scurt, câteva din efectele diferitelor culori: galbenul-stimulant, roșul-excitant, verdele-liniștitor, albastrul și cenușiul-calmant, portocaliul și maroul-echilibrate.

Menționăm, în încheierea prezentării artterapiilor, că folosirea unor așa-numite terapii ale creativității, ca pictura, interpretarea de piese muzicale, dansul, are potență terapeutică, pusă deja în evidență nu numai în bolile psihice, ci și cu ocazia ședințelor psihoterapeutice aplicate bolnavului pentru a-l descărca de tensiuni.

**Psihoterapiile scurte** sunt terapii de intervenție simptomatică, având drept scop tratarea bolnavului aflat în criză. Susținerea bolnavului pe perioada de dezechilibru se face pe principiul efectului maxim cu minimum de intervenție.

Noțiunea de criză, văzută ca un echilibru al forțelor psihologice ale individului sau/și al economiei adecvate oferă terapeutului punctul – cheie de intervenție.

Potrivit opiniei lui Haynal, existența individuală poate fi considerată și ca o serie de crize: criza de inserție în lume după naștere, criza de creștere, criza pubertară, alegerea biologică a sexului, conflictele psihoafective. Criza poate însemna și dorința de a participa la toate etapele psihoafective. Criza poate însemna și dorința de a participa la toate etapele biologice ale existenței, încercând să le stăpânim, de a alege între soluțiile oferite participativ, reprogramând repere care păreau fixate. În teoria sa asupra ciclurilor vieții, Erikson susține, de altfel, remanierea succesive, care permit delimitarea trăsăturilor specifice fiecărei etape de viață.

Fenomenul crizei nu poate fi redus numai la manifestările exterioare, chiar dacă acestea impresionează și neliniștesc prin aspectul lor spectacular, deoarece dimensiunile ascunse ale crizei sunt schimbări în profunzime.

Momentul declanșator al crizei este legat adesea de un context de pierderi: a părinților, a soțului, a copiilor, a iluziilor, a capacității de adaptare, a tinereții. Aceste pierderi provoacă „rănirea narcisistă” a subiectului, adică ceea ce în literatura de specialitate definește reacția subiectului față de situațiile prea dificile în care se simte rănit, abandonat, având pierdute speranțele profesionale, conjugale sau de altă natură și, în final, renunțarea la luptă. Pierderea satisfacțiilor este trăită, în acest context, ca un dat și imuabil.

În acest sens, sunt citate studii care arată, pe grupuri de bolnave cu neoplazii uterine avansate, că o dată cu renunțarea la luptă prognosticul a fost, ca și evoluția, net diferit decât la bolnavele care au continuat să speră și să se mobilizeze.

Studiile standardizate asupra „Unităților de evenimente de viață” (L.C.U. „Life Change Units”) au arătat că depășirea unui coeficient de 300 LCU împinge subiectul către o zonă maximă de risc de apariție a bolii. Studii făcute pe pacienți cu accident ischemic coronarian acut au arătat, în anul care a precedat acest

eveniment, o creștere netă a numărului de LCU față de loturile martor, iar valorile acestuia au fost și mai ridicate la bolnavii care au decedat în urma infarctului, decât la cei care au supraviețuit.

S-au putut face chiar predicții asupra stării de sănătate a unui grup, bazate pe evidențierea depresiei și a disperării în care concordanțele pe 10 ani au putut atinge impresionanta proporție de 97%. Rezistența deosebită a simptomelor față de tratamentul medical pune în discuție sensul lor special pentru subiectul care le manifestă. Sindroamele polimorfe, atipice trebuie să determine participantul să întrezărească printre diagnosticurile sale diferențiale pe cel de criză existențială. Un astfel de sindrom se poate manifesta (**Steichen**) cu următoarele simptome: disconfort general cu oboseală mintală, atribuit insomniei sau agitației nocturne, moleșeală diurnă, dureri vagi profunde, modificări de apetit și greutate. Tulburările circulatorii cu amețeli, frisoane, transpirații, migrene recidivate, parastezii, răceala extremităților, tahicardie și/sau tahiaritmie. Tulburări sexuale de tipul de pierderii sau scăderii libidoului, impotență relativă.

Descrierea de către pacient a acestei simptomatologii este deosebit de variată, iar extragerea și orientarea ei într-o ordine semnificativă este grevată de unele dificultăți. „Răul”, „tensiunea”, „încordarea”, ca și scăderea forței care face ca subiectul să se considere cu suflul la „gură” și că „nu numai poate face nimic”, nu trebuie să înșele medicul, orientându-l spre remedii sedative, în prima ipostază, sau tonifiante, în a doua.

Aceasta nu va rezolva nimic, complianța terapeutică a acestor bolnavi fiind oricum redusă.

Evitarea complicității la refugiul în boală al pacientului, ca și traducerea conflictului din limbajul somatic în cel vorbit sunt primele două victorii în drumul pe care terapeutul trebuie să-l parcurgă în astfel de cazuri. Îndrumarea bolnavului de acest fel către un terapeut cu experiență psihoterapeutică va rezolva, în mod natural, o astfel de suferință, care, așa cum arătam anterior, este rebelă la alt tip de remedii.

Respectând principiile de bază ale acestui tip de psihoterapie: *delimitarea* (timpului și frecvenței, a *scopului*, a focarului țintit și a nivelului de interpretare), *principiul realității* (este o psihoterapie *face to face*), *respingerea nevrozii* de transfer și *activitatea* psihoterapeutului (canalizarea discuției pe problematica actuală). Psihoterapia va urmări, nu numai evidențierea punctelor critice din modul de reacție al subiectului, ci și găsirea unor posibilități de clarificare, a unor soluții metodologice, pentru ca subiectul să poată evita crizele ulterioare. Metoda pune în valoare toate resursele afectiv-intelectuale ale medicului angajat cu toate mijloacele, de la sugestie și direcționare până la interpretarea complexă de tip analitic, în descoperirea căilor și mijloacelor de terapie. Indicată în toate situațiile în care individul este obligat să facă față mecanismelor de apărare ale eului, psihoterapiile scurte sunt larg folosite, la ora actuală, în situații vitale mai mult sau mai puțin complicate (nereușite școlare, conflicte diverse, eșecuri sentimentale sau sexuale), care au un răsunet direct asupra stării de sănătate.

*Psihoterapia nondirectivă de tip rogersian* se aseamănă, într-o oarecare măsură, ca indicații și desfășurare cu psihoterapiile scurte.

Trecând peste considerente teoretice și tehnice deosebite, Carol Rogers a imaginat, la începutul deceniului șase, o metodă bazată pe interrelația care se creează între terapeut și pacient în cadrul discursului pe care ultimul îl ține despre el însuși și prezent. Experiențe afective actuale sunt tratate cu comprehensiune de terapeut, care se angajează afectiv împreună cu pacientul în restructurarea eului și consolidarea dimensiunilor pozitive ale acestuia.

Pacientul își recapătă, astfel, capacitatea de adaptare și autocontrol, își regăsește capacitatea de valorizare și autovalidare.

Înțelegerea, respectul, neintervenția sunt principiile care guvernează atitudinea terapeutului.

Indicațiile acestei metode sunt tulburările nevrotice și tulburările integrativ adaptative ale individului.

**Logoterapia**, metodă datorată lui Victor Frankl, redefinește noțiunea de suferință și sensul acesteia. De asemenea, autorul delimitează dimensiunile libertății pe care individul bolnav o poate lua pe plan atitudinal (acceptare, respingere, luptă împotriva bolii etc.). Planul psihofizic este delimitat de cel psihonoetic, adică cel care valorizează.

Psihoterapeutul îl va ajuta în acest sens pe bolnav să se desprindă și să se îndepărteze de simptom, să se înalțe peste condiția de bolnav, să accepte suferința, găsindu-i un sens, fără să o exagereze.

Eliberarea de servituțurile acesteia, pacientul se va reorienta către acțiunea care îl va ajuta să umple golul existențial, întărindu-i voința cu sens și semnificație a ființării. Deși dă dimensiuni deosebite demersului medical, care devine antipatogen prin modificarea coordonatelor existențiale ale pacientului, a posibilităților acestuia de a avea acces la valoare, logoterapia nu poate fi practică pe scară largă, cerând un efort deosebit din partea terapeutului.

**Analiza existențială (Daseinsanalyse)** este o metodă complexă de analiză a trăirilor și problematicii existenței prin analiza materialului simbolic pe care subiectul îl expune.

Inspirată din lucrările lui Binswagner, această terapie, bazată pe comprehensibilitatea trăirilor celuilalt, nu poate fi practică pe scară largă ca și logoterapia, fiind rezervată unor cazuri particulare.

**Psihanaliza** face parte din grupul psihoterapiilor „dialectice” (Delay), având drept scop restructurarea personalității pacientului și înlăturarea barierelor care au oprit evoluția normală a acesteia. Readaptarea la realitate cu reconstrucția sistemului relațional prin înlăturarea rezistențelor este direcția în care se desfășoară acest tip de terapie. Imaginată de Freud, metoda psihanalitică își propune o analiză longitudinală a vieții pacientului, cu pătrunderea în straturile profunde ale personalității, pentru a găsi rădăcinile ascunse ale con-flictelor afective și legăturile care le unesc cu simptomele morbide. Aducerea planului inconștient la nivelul clasificărilor al conștiinței, dezvăluirea mecanismelor de apărare se face pe fondul puternicei relații stabilită între terapeut și pacient, fond pe care se proiectează tensiunile și conflictele bolnavului. Această relație în care vin să se integreze mecanisme cunoscute de terapeut (transferul și contratransferul), mecanisme care sunt stăpânite de acesta, îl ajută pe pacient să se redescopere, să învingă tensiunile în care se macină în nevroză.

Interpretarea materialului scos la iveală în timpul curei analitice „are drept scop să asigure o mai mare suplețe a activității mentale, a subiectului, o mai mare libertate de a gândi”. (**Widlocher**). După 1952 s-au efectuat numeroase anchete în scopul de a evalua validitatea curelor psihanalitice și a altor psihoterapii inspirate de acestea, dar nici una dintre ele nu a putut dovedi, statistic, superioritatea sau inferioritatea psihanalizei față de alte tratamente (**Rudinesco E. 2002**).

Deși inițial metoda a fost rezervată cadrului mai restrâns al nevrozelor, tendințele actuale orientează psihanaliza către aplicarea într-o patologie mai variată și nu numai psihiatrică. Totuși, metoda psihanalitică cere o investiție mare de timp și formarea unor specialiști cu pregătire deosebită, ceea ce face, la ora actuală, să nu poată fi aplicată pe scară largă.

Derivate direct din psihanaliză, metodele celor doi elevi desprinși de maestrul lor, Jung și Adler, au modificări metodologice importante.

**Psihoterapia jungiană**, analiza constructivă, folosește drept cale de acces spre fantasmalele inconștientului, visul, care este interpretat. Într-o aparentă relație de egalitate cu pacientul, terapeutul mobilizează capacitatea de devenire și aspirație a acestuia, deblocând procesul de dezvoltare și maturizare a personalității. Transferul este redus și nu mai este socotit un mijloc terapeutic.

**Psihoterapia adleriană** pornește de la fundamentarea conceptului de complex de inferioritate privit ca sursă de insatisfacție și generator de agresivitate interrelațională. Metoda, apropiată de psihopedagogie, analizează discursul bolnavului, care povestește liber evenimente din viața sa.

Terapeutul face analiza amintirilor, viselor, ideilor asociative, încercând, împreună cu bolnavul, să descopere „stilul de viață” al acestuia.

Corectarea sistemului axiologic, adaptarea concretă la valorile lumii, minimalizarea decepțiilor fantasmatică sunt scopurile unei terapii dovedită, adesea, ca foarte eficientă. Nici în această terapie transferul nu este considerat că are un rol deosebit.

Aceste două metode de inspirație analitică vizează nevrozele, tulburările de adaptare, dificultățile sexuale, tulburările de integrare.

Psihoterapiile descrise până acum angajează în relație directă terapeutul cu subiectul. Așa cum am arătat, terapiile individuale își propun să obțină suprimarea simptomelor prin acțiunea nemediată a medicului. Dacă acest lucru este posibil și pare deosebit de important, nu putem să nu arătăm că el cere de obicei foarte mult timp. Cu toate că, aparent, raportul cantitate-calitate ar trebui să fie totdeauna subunitar, în practică factorul eficiență are importanța sa particulară.

**Terapiile de grup** au fost adoptate nu numai pentru motivul arătat anterior, ci și pentru acțiunea terapeutică particulară pe care o are grupul. Modelarea individului uman în dezvoltarea sa pentru a deveni personalitate umană se face social și socializat prin relațiile succesive pe care orice subiect la stabilește.

Confruntarea cu membrii individuali ai societății modelează personalitatea, acționează ca factor psihopatologic asupra trăsăturilor intelectuale și caracteriale ale individului. Această acțiune se desfășoară totdeauna prin intermediul grupurilor, înțelegând prin aceasta un număr de indivizi cu preocupări, scopuri și o „cultură”, comună, având un grad de coerență internă.

Grupul terapeutic este alcătuit pe modelul grupului uman normal, dar este limitat în dimensiuni și are un grad de libertate și spontaneitate mai ridicat.

Terapeutul își pierde statutul de unicat, iar poziția sa, „privilegiată” este atacată și amenințată din toate părțile. Grupul este cel care vindecă prin membrii săi, care-și pot exercita acțiunea asupra celorlalți membri.

Grupul acționează remodelând relațiile adaptative și de integrare ale individului cu manifestări ale personalității subiectului.

Din punct de vedere istoric, mulți autori consideră că psihoterapiile de grup sunt cele mai vechi forme de psihoterapie, precum „sfatul bătrânilor”, dansurile rituale etc.

În 1905, Pratt folosește prima oară grupul în tratamentul bolnavilor atinși de tuberculoză, iar Buck o introduce în tratamentul hipertensiunii arteriale. Choppel o va încerca la bolnavii de ulcer, iar ceva mai târziu, Haden va considera utilă terapia de grup în tratamentul diabetului. Aceste schimbări nu erau bazate pe o tehnică anume, dar favorizau în mare măsură schimbul de informații, scăderea tensiunii și anxietății generate de situația de bolnav, deculpabilizarea etc.



În perioada 1920-1950 apar lucrări care completează noțiunile operaționale ale terapiei, definind procesele notabile în spiritul psihologiei dinamice și microsociologiei. Aici trebuie să amintim, în primul rând, pe Kurt Lewin, care pune în evidență dinamica grupurilor.

Toate modelele de inspirație analitică, precum și terapiile de susținere, pot fi aplicate la nivelul grupului. De fapt, terapia rămâne orientată tot spre individ, dar prin medierea modelatoare a grupului.



### **JACOB LEVI MORENO (1892-1974)**

Celebru medic și psiholog american de origine română (născut la București).

Inițiatorul metodei psihodramei, sociodramei, sociometriei.

**Psihodrama** este una din formele psihoterapiei de grup, în care investigația și tratamentul se face prin metodele artei dramatice. Imaginată de Moreno în deceniul patru, metoda pune accentul pe dramatizarea de către subiect a propriei problematice –, care va fi „pusă în scenă” cu ajutorul grupului. Spontaneitatea expresiei are rol dinamic, reînnoind în permanență rolurile subiectului cu ceilalți.

Membrii grupului își asumă pe rând rolurile sau devin observatori și spectatori. Întreaga producție dramatică este interpretată de terapeut și discutată cu grupul.

Numeroase metode s-au dezvoltat pornind de la această terapie: jocul în oglindă, hipnodrama, psihodrama analitică, răscumpărarea rolurilor.

**Terapiile familiale** joacă, în cadrul terapiilor de grup, un rol care nu poate fi negat, fiind de fapt niște metode adresate microgrupului familial și care folosesc potențialul sanogenetic al acestuia.

**Pattison** (citat de Aurelia Ionescu) consideră că schimbarea sistemului structural și funcțional al familiei se face în sensul ca „aceasta să devină o matrice mai sănătoasă de existență și un factor sanogenetic”. Caracterizarea sistemului terapeutic familial cuprinde următoarele coordonate:

- abordarea familiei ca unitate de tratament individuală, ca subsistem al unor relații interpersonale și grupele supraordonate;

- exercitarea unei influențe focalizate asupra grupului familial, conceput ca entitate guvernată de legi sistemice;

- modificarea terapeutică a disfuncțiilor și fenomenelor psihopatologice familiale cu rol decisiv în etiologia și evoluția bolii.

**Foley** arată că dispariția comportamentului simptomatic este sarcina și obiectivul principal al terapeutului, care se deplasează în acțiunea sa către mediul obișnuit al membrilor grupului, în care interacțiunile și schimbările sunt considerate însăși matricea lor.

<b>MODALITĂȚI ALE INTERVENȚIEI ÎN TERAPIILE FAMILIALE (după ACKERMAN)</b>
„counseling” conjugal,
modificarea sistemelor de comunicare intrafamiliale,
reorganizarea ierarhică a familiei,
terapia vieții emoționale a familiei,
abordarea ecologică
terapia în rețea

Psihoterapiile „cuprind cea mai mare semnificație etic-deontologică pe care o poate avea profesiunea medicală”, arată Belciugățeanu. Ele nu pot fi o terapie alternativă sau doar o alternativă terapeutică, ci trebuie să se integreze organic în orice demers pe care-l face medicul în scopul vindecării.

### XI.1.3. EVALUARE ȘI EFICIENȚĂ ÎN PSIHOTERAPIE

Ca și sănătatea, boala este doar rezultatul interrelației biopsihosociale, privită ca o ecuație ale cărei valori se modifică în timp. Psihoterapia face să se schimbe nu numai bolile, în a căror determinare factorul psihogen este major și identificabil, ci toate bolile pentru care fundalul de normalitate psihică acționează ca sanogenetic.

În orice explicație, chiar sumare, a atitudinilor și conduitelor sale omul poate găsi mijlocul de reconstrucție a unității sale sau cel puțin sentimentul acestei unități, de recucerire plenară a capacității de a trăi și a iubi și, de aici, sănătatea sa mintală.

Alegerea unei metode sau a alteia de terapie se înscrie într-un tablou complex în care se întrepătrund patologia actuală, personalitatea pacientului, disponibilitatea terapeutului, precum și pregătirea teoretică a acestuia.

În psihoterapie contează, desigur, scala de finețe cu care se operează. Îl vom cita pe Berger, care arată că o hartă la scara 1/1000 nu seamănă deloc cu una 1/1000.000 în ceea ce privește detaliile și, desigur, în ceea ce privește scopul în care este folosită. Nu toată lumea dispune de hărți de stat major și, totuși, și automobilistul și pietonul se descurcă și se orientează într-o regiune necunoscută, ba chiar ignoră existența unor atât de perfecționate mijloace de orientare.

Nu există și nu vor putea exista rețete universale valabile de alegere a unor terapii, mai ales când trebuie să se țină seama de vechimea patologiei, de inteligența și capacitatea de mobilizare volițională, sistemul axiologic, gradul de structurare al Eului pacientului, ca și de gradul de credibilitate pe care acesta îl acordă terapeutului și de reala sa dorință de însănătoșire. Pe de altă parte, calitatea de terapeut, rezultată a barajului noțional și a personalității medicului, vine să se întrească cu experiența pe care acesta o posedă. Personalitatea profesională în care se întrepătrund cunoștințele de specialitate, modul de apreciere și comprehensiune a fenomenului patologic, intuiția și tactul, capacitatea și stilul decizional, simțul „psihologic”, disponibilitatea afectiv-relațională, precum și echilibrul personal – sunt variabilele „medicului-terapie”, care dau și calitatea de psihoterapeut.

Învățarea de tehnici (criticată de unii autori, cărora ne abținem să le calificăm obtuzitatea) pune la îndemâna medicului instrumentele care, alături de intuiția profesională și experiența clinică, vor asigura pârghiile unei intervenții optime.

„Medicul-medicament”, așa cum a arătat M. Balint (subliniem încă o dată rolul său deosebit în redescoperirea acestui remediu) nu este lipsit de efecte adverse sau reacții alergice din partea pacientului. Printr-o bună evaluare a situației și

posibilităților de care dispune terapeutul, aceste efecte negative pot fi minimalizate și chiar reduse la zero.

Să reamintim că psihoterapia nu este doar simpatia față de cel în suferință, ci și o intervenție calculată și precisă, care trebuie cultivată pentru a avea eficacitate maximă.

Succesul psihoterapiei, oricare ar fi metoda adoptată, depinde de relația terapeutică, relație care (așa cum sunt de acord majoritatea autorilor) trebuie să poată fi descrisă în termeni ca: securitate, toleranță, căldură, acceptabilitate, respect, înțelegere, unificat și structurat organic.

Ea dă totdeauna valoarea medicului și ne face să credem că nu ne putem înșela afirmând că un medic bun este și un psihoterapeut bun, ba mai mult, că numai un bun psihoterapeut poate fi un medic bun.

<b>CRITERII DE APRECIERE ÎN DEMERSUL PSIHOTERAPEUTIC PENTRU MG. (după R. Brande)</b>
Să nu dorească vindecarea „cu orice preț” (această suprainistență poate să ducă la apariția reacției de respingere din partea pacientului);
Să știe că efectul placebo este mai puternic la personalitățile mai echilibrate;
Să nu se angajeze în terapie înainte de stabilirea unui diagnostic (unele recomandări terapeutice se pot dovedi inutile ulterior, ceea ce face ca pacientul să-și piardă din încredere);
Să aibă disponibilitatea de a asculta pacientul, ca și pe aceea de a-și urmări propriile reacții afective;
Să folosească principiul economiei afective în relațiile cu pacientul și să evite desfășurările sub semnul urgenței;
Să știe și să suporte faptul că unii pacienți solicită în mod precis funcția „apostolică” a medicului, încercând ca prin boala lor „deosebită” să pună la îndoială competența și mândria profesională a acestuia, oferindu-se spre salvarea din această situație neplăcută a medicului ajutoare și vindecători într-o inversare de roluri;
Să poată aprecia cât mai corect rolul cu care pacientul își investeste suferința;
Să cunoască bine beneficiile secundare pe care bolnavul le poate avea de la boala sa și să aibă noțiunea de beneficiu primar, adică moralitatea cu care subiectul își privește boala ca sursă de satisfacții directe.

#### **XI.1.4. INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII ALE PSIHOTERAPIEI**

În sens larg, psihoterapia este o componentă a oricărui demers terapeutic al unui specialist în relația terapeutului cu pacientul său. Ea reprezintă o atitudine psihologică care angajează persoana într-o perspectivă sanogenetică, acționând asupra dorinței de vindecare a pacientului și blocând tentațiile acestuia de preservare a situației patologice cu beneficiile ei primare sau secundare. În sens restrâns, psihoterapia este o intervenție terapeutică specifică și controlată, asupra bolii sau unei situații de criză și a personalității bolnavului, folosind tehnici și metode derivate doctrinar și standardizate precis. Ca orice metodă terapeutică, nici psihoterapia nu este un panaceu, ci are indicații și contraindicații precise. Mai mult, ea poate provoca accidente, incidente, respingeri și chiar o patologie iatrogenă. Indicațiile psihoterapiei ca metodă specifică de tratament se referă la o serie de cadre, situații și boli, care, într-o ordine aleatorie, ar putea fi următoarele:

- situații de dezechilibru și criză provocate de circumstanțe stresante sau traumatizante, pentru care persoana nu are resurse sau strategii de a le depăși singură;
- nevroze de diferite tipuri și tulburări nevrotice;
- tulburări de adaptare, în special de integrare socială;
- criza de adolescență și alte crize legate de ciclurile vieții;
- situații de dependență;
- boli psihosomatice;
- tulburări în sfera sexualității;
- psihozele în afara episoadelor acute;

Dintre contraindicațiile absolute ale psihoterapiilor sunt menționate psihozele și tulburările cognitive grave, toxicomaniile cronice, perversiunile sexuale grave, retardul mental sever, iar în funcție de diferitele metode, deci contraindicații relative, tulburările de personalitate, homosexualitatea, vârsta peste 45 ani, lipsa resurselor financiare, tulburările de tip borderline etc. Este deosebit de dificil de finalizat o astfel de listă nuanțată, aceasta neputând să fie întocmită decât în cazul unei foarte precise delimitări a metodei psihoterapeutice.

Dintre „iatrogeniile” provocate de psihoterapie să notăm: analizele fără sfârșit, dependența de terapeut, întreruperea terapiei psihotrope și provocarea, în acest fel, de reacutizări sau recăderi în psihoze și, de ce nu, „irosirea speranțelor” pacientului în capacitatea de vindecare.

## XI.2. LUMEA MEDICAMENTULUI

### XI.2.1. *MEDICAMENTUL – ISTORIE ȘI CONTEMPORANEITATE*

Ca și cea a preotului, funcția medicului de a îngriji, ameliora suferințele bolnavului și uneori de a le vindeca chiar este una din cele mai vechi în istoria umanității.

Antropologul englez **Frazer G.J.** a putut demonstra că anumite practici referitoare la starea de sănătate s-au perpetuat în colectivități din generație în generație și pot fi regăsite în mod universal la toate populațiile umane.

Colectivitatea, având anumite reglementări ale vieții sociale, desemna, din sânul ei, pe cel care era posesorul formulelor curative și furnizorul de produse naturale sau poțiuni considerate ca având valoare terapeutică. Această funcție avea adeseori un caracter sacru, iar cei chemați s-o îndeplinească aparțineau uneori acelorași familii, așa cum se întâmpla în Epidaur.

Prescrierea unui remediu avea drept consecință o schimbare. Medicina hipocratică, egipteană, chineză remarcaseră efectele benefice, uneori specifice ale plantelor asupra unor anumite simptome sau tulburări de comportament.

Încă din antichitate, medicii indieni cunoșteau virtuțile frunzelor de rawolfia ca hipotensiv și sedativ, iar opiumul și derivații săi au o lungă istorie terapeutică.

Medicamentul concretiza schimbarea în bine și constituia garanția continuității actului terapeutic început în momentul consultației. În mod clasic, bolnavul își încredința suferințele medicului în cadrul unei convorbiri apropiate, intime, iar medicul era privit ca vraci și ca mag în același timp, deoarece știa tot ce se petrece în adâncul ființei pacientului, nu doar ascultându-l, ci și palpându-l, ciocănindu-l, ascultându-i inima și pieptul (**Păunescu-Podeanu A.**).

Putem spune, fără teama de a exagera în acest sens, că remediul propus avea o funcție psihoterapeutică (fenomen pe care astăzi îl numim efectul placebo).

Toate aceste lucruri subliniază că încă de la începutul medicinei au existat medicamente active și placebo și că prescrierea medicamentului a ocupat dintotdeauna un loc fundamental în relația medic-bolnav. Un rol important în dezvoltarea medicinei și farmacologiei l-a avut medicul vizionar **Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim** – cea mai importantă figură a Renașterii în medicină – cunoscut și sub numele de **Paracelsus**. Rămâne notabil faptul că a insistat asupra relației medic-bolnav, fiind printre primii doctori și profesori care au refuzat să mai folosească limba latină în descrierea cazurilor și în comunicări. A afirmat că medicul trebuie să se dedice bolnavului său cu toată puterea sa de gândire și tot bunul său simț.



#### **PARACELSYS (1493-1541)**

Alchimist și medic elvețian.

Cea mai importantă figură din Renaștere în medicină, a introdus chimia în terapeutică.

Farmacopeea modernă datează de la mijlocul secolului XIX, iar industria farmaceutică este produsul secolului XX. Dezvoltarea acesteia este uriașă, iar conotațiile economico-sociale ale medicamentului în lumea contemporană, în special în cea occidentală, sunt enorme. Dincolo de funcția sa terapeutică, medicamentul a devenit un obiect social și economic considerabil, de care trebuie să ținem cont în mare măsură, în mod egal pe plan psihologic și psihopatologic. Adesea medicamentul a devenit simbolul nivelului de viață dintr-o țară. Cu acest titlu, el poate fi considerat, pe drept cuvânt, un factor de progres. Cu toate acestea, trebuie reținut că populația unei țări mari consumatoare de medicamente nu este și populația cea mai bine îngrijită (**Reynaud P., 1966**). Între mit și realitate, medicamentul în general și, în special, cele de sinteză au schimbat fața lumii (**Percek A., 1985**).

#### *XI.2.2. IMAGINI ALE MEDICAMENTULUI*

După definiția dicționarului Larousse, medicamentul este o substanță administrată ca remediu, destinată combaterii unei tulburări sau leziuni și care, în final, să conducă la obținerea vindecării. Definiției materialiste a medicamentului, la care am făcut referință anterior, trebuie să i se adauge și imaginea medicamentului, o schemă imaginară dobândită cu trimitere la un anumit număr de parametri psihologici, psihodinamici, sociologici și nemaiavănd multe în comun cu dimensiunea fizico-chimică. La om, medicamentul are o acțiune binară, medicamentoasă și psihologică, eficacitatea

sau ineficacitatea substanței chimice fiind clar legată și de ideea că această eficacitate există. Orice medicament este, în același timp, de două ori activ asupra creierului: prin acțiunea sa chimică asupra celulelor nervoase și prin imaginea psihologică care îi corespunde (Chauchard P., 1966). În opinia lui Besançon G. (1999) trebuie evocate: imaginile externe ale medicamentului, imaginile interne ale medicamentului, imaginea medicamentului în relația terapeutică și, bineînțeles, în problema efectului placebo.

### **Imaginea externă și reclama medicamentului**

Imaginile externe ale medicamentului sunt legate în societatea contemporană de necesitatea industriei farmaceutice de a recurge la mijloace publicitare pentru promovarea și difuzarea produselor sale tot mai sofisticate. Ideologia medicamentelor este atât de puternică încât, atunci când pretinde că îi redă unui bărbat atributele virilității sale, ea stârnește un val de nebulie. (Roudinesco E. 2002)

Țintele acestei publicități sunt, pe de o parte, potențialii consumatori, iar pe de altă parte, medicii și este evident că se vor folosi canale diferite prin care să ajungă la destinatar. De regulă, există reglementări stricte în domeniu, care limitează adresabilitatea către consumator doar la așa-numitele medicamente de confort, care nu necesită rețetă medicală.

Totuși, producătorii sunt obligați să precizeze că, în cazul unor incertitudini sau al apariției unor efecte adverse, va trebui consultat neapărat medicul. Mai trebuie menționat efortul uriaș al companiilor producătoare de a inventa noi și noi remedii de acest tip, precum și așa-numitele mijloace de prevenire și substanțe care asigură o superigienă prin care apariția bolii ar fi de la sine prevenită. Pentru publicitatea în domeniul medicamentului se folosesc toate mijloacele media de la ziare și reviste, la televiziune și Internet. Tipul de publicitate este, în general, simplu: cel mai adesea se prezintă un simptom sau un sindrom și remediul său – medicamentul, cu exagerarea expresiei sindromului, ca și a efectelor medicamentului. Schema de prezentare este lini-ară, cauzalitatea fiind elementară. Consumatorului îi este propusă o imagine destinată de a-l face să stabilească o echivalență automată între simptom și tratamentul său.

Folosirea acestor procedee publicitare foarte simple, folosite în promovarea oricărui alt produs de consum oarecare (detergenți, alimente, combustibil etc.), încurajează ideea că medicamentul este un produs ca oricare altul, favorizând tendința răspândită în prezent la automedicație.



### **RECLAMĂ DE MEDICAMENTE PE INTERNET**

O farmacie în care nu trebuie prescripție, aprobări, așteptare, consult medical, o farmacie în care medicamente cu efecte extrem de puternice pot fi cumpărate zi și noapte, precum țigările sau pop-cornul

În ceea ce privește medicul, el este informat și solicitat de mediul publicitar specializat prin reclame direct adresate sau lăsate de agenții medicali după prezentarea produselor farmaceutice. Cu toate că ar putea exista ideea că imaginile medicamentelor oferite medicilor ar încerca să furnizeze o informație științifică a produsului prezentat, clasa medicamentului, modul său de acțiune, indicațiile și contraindicațiile, în realitate lucrurile sunt diferite. Anunțul publicitar este asemănător cu cel adresat tuturor consumatorilor potențiali și vehiculează un mesaj simplu, destinat să fie ușor de memorat și evocat automat atunci când medicul se va afla într-o situație superpozabilă. Medicul trebuie să știe că există un mod simplu și imediat de a înlătura un simptom supărător și că poate găsi cu ușurință, la un preț rezonabil, o modalitate de vindecare.

Imaginile publicitare din domeniul medicamentului sunt uneori în mod clar contestabile pentru că ele antrenează o adevărată dezinformare. De exemplu, un antidepresiv este prezentat într-un decor marin de vis și anunțat drept garant al unei stări afective perfect echilibrate, fără ca în nici un moment să se amintească de posibilele efecte secundare care ar putea însoți medicamentul: uscăciunea mucoaselor, dificultăți de tranzit intestinal, tulburări ale apetitului sexual, creșterea riscului de sinucidere.

Este clar faptul că între imaginea externă a medicamentului, așa cum este ea difuzată în media, așa cum este ea receptată de către utilizator și proprietățile sale farmacologice nu există de fapt nici o legătură, avându-se în vedere că se insistă asupra succesului pe care îl va avea medicamentul în funcție de parametri precum culoarea, prezentarea, modul de utilizare etc.

Publicitatea medicală, ca întreaga publicitate, nu încearcă să se adreseze adulților maturi și responsabili. Ea întreține un stadiu infantil, folosind „o tematică latentă de protecție și gratificație” (**Baudrillard**). Imaginea publicitară solicită destinatarul să facă apel la dorințele și imaginația sa. Mecanismul imaginii publicitare care solicită imaginația creează frustrare și impresia de lipsă a obiectului, de care, în realitate, nu are nevoie.

Imaginile publicitare mobilizează un anumit număr de afecte: sentimentul patern, matern, dependența infantilă, sentiment legat de natură, erotice etc.

Problema imaginii externe a medicamentului interesează în mică măsură medicul, dar într-o importantă măsură psihologul, mai ales pe cel din domeniul reclamei, și sociologul.

### ***Imaginile interne ale medicamentului***

Imaginea internă este o reprezentare inconștientă, cu puternică încărcătură afectivă, elaborată pe parcursul dezvoltării individului prin mecanisme de introiecție și repuncție. Imaginea medicamentului este strâns legată de imaginea medicului, de locul pe care îl are acesta în ierarhia reprezentărilor pacientului. **Balint M. și Israel** ne-au arătat că medicul este un personaj important pentru un copil care îl vede într-un univers real și fantasmatic, care va contribui în mare măsură la viziunea ulterioară asupra bolii și sănătății. Investirea ulterioară a medicamentului de către subiect va fi și în funcție de locul pe care îl plasează la bun început. Astfel, anumite hipocondrii pot fi generate de o excesivă grijă maternă în timpul primilor ani de viață. Individ, iar o boală severă în copilărie și resentimentele tardive pe care le creează are o importanță decisivă în dezvoltare. Pacientul va construi imaginea internă a medicamentului în funcție de experiențele inițiale pe care le va avea. Medicamentul va fi considerat un obiect bun

sau rău, distructiv sau aducător de vindecare. Această imagine va fi modulată de structura personalității pacientului. Recurgerea la medicina naturistă, de exemplu, poate deriva, de asemenea, din aceste experiențe inițiale.

În psihiatrie sunt cunoscute reacțiile paradoxale ale istericului la medicamente, investirea obsesivă a unei terapii (medicament) considerată bună, respingerea oricăror alte forme, chiar dacă ele sunt similare farmacologic. Psihoticii integrează în delirurile lor administrarea de neuroleptice pe care în funcție de mecanismele de apărare le consideră otrăvuri sau responsabile de simptomatologie. O parte din aceste considerații intervin și în ceea ce numim efectul placebo.

### XI.2.3. EFECTUL PLACEBO

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

Termenul de placebo este menționat abia în secolul XVIII, în sensul actual (Kroneberg – 1986).

Efectul placebo se referă la „*modificările obiective sau subiective ale stării unui subiect cărui i se administrează un placebo*” (n.n. substanță-martor folosită în farmacologia clinică) – **Delay J. și Pichot P. (1962)**. Prin extensie, atunci când se administrează un medicament activ, termenul semnalează diferența dintre modificările constatate și cele imputabile acțiunii farmacodinamice a produsului. **Martini (1932)** fundamentează noțiunea de efect placebo dând curs unor producători de medicamente care doreau o evaluare corectă a acțiunii farmacodinamice a noilor preparate medicamentoase – *verum* și delimitarea de influențele sugestiei studiate cu preparate inactice, denumite *placebos*).

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

Autorul face distincție între *fenomenul placebo* și *efectul placebo*, arătând că primul se referă la ansamblul modificărilor psihologice și psihofiziologice pe care bolnavul le prezintă în legătură cu utilizarea unei substanțe placebo.

**Verall și Del Guidice** subliniază complexitatea fenomenului placebo, care nu poate fi redus la un tip de condiționare particulară, la o relație specială medic-bolnav sau la personalitatea subiectului. **Collard (1977)** arată că variabilele socioeconomice și de mediu creează, prin numărul lor extrem de mare, o dificultate sporită în stabilirea adevăratei dimensiuni a efectului placebo.

La fel cum în dezvoltarea inițială a copilului, obiectul este investit înainte de a fi perceput, medicamentul aparține experiențelor primitive a majorității copiilor din lumea occidentală, iar puterile lui terapeutice sunt încărcate cu o greutate fantastică considerabilă. În acest stadiu, procesele de clivaj continuă să funcționeze și medicamentul este acceptat ca fiind în totalitate bun sau respins ca în totalitate rău. Experiențele corective mai apropiate de real nu intervin decât mult mai târziu, fără a



face să dispară în totalitate aceste urme arhaice. **Reynaud și Condert** ne spun că efectul placebo nu datorează nimic acțiunii chimice a medicamentului. Date mai recente evidențiază trei mecanisme majore care ar explica apariția efectului placebo:

Tabelul 1

MODELE EXPLICATIVE ALE EFECTULUI PLACEBO	
modelul opioid.	Analgezia indusă placebo poate fi anihilată de naloxon (antagonist opioid).
modelul condiționării reflexe	Efectul placebo este datorat condiționării reflexe a unor aspecte exterioare ale medicului (inclusiv halatul alb, gesturile sale) și ambianța cunoscută a cabinetului etc. ( <b>Hrobjartsson și Gozsche</b> )
modelul expectanței	Implicația pozitivă a speranțelor pe care și le pune bolnavul într-un medic cu prestigiu sau într-un medicament renumit și a unor așteptări concrete asupra unei presupuse acțiuni a medicamentului.

Proporția în care se înregistrează efectele placebo în populație este, după opinia celor mai mulți autori (**Haas, Jeammet, Reynaud Consoli, Lowinger, Dobie, Pichot, Dolly, G.Ionescu, Wieldemann** etc.) de circa 30-35%, acest procent incluzând atât efectele placebo pozitive, cât și pe cele negative. Această proporție crește sau scade în funcție de vârsta populației (copii și tinerii sunt mai puțin placebo-repondenți, cu circa 15 %, față de bătrâni), ca și de numărul de administratori (de care efectul este legat printr-o relație de inversă proporționalitate) și de durata administrării („fatigabilitate terapeutică” – **Lasagna, Pichot**). În cazul în care încrederea pacientului în medic și medicament este maximă, efectele somatice și psihice ale substanței inactive cu aparență de medicament apar până la 90% din pacienți (Illhardt, 1988).

Tabelul 2

CARACTERELE GENERALE ALE EFECTULUI PLACEBO:
substanța administrată este <b>inertă</b> farmacodinamic
efectul este <b>simptomatic</b>
<b>durata</b> efectului este, de regulă, <b>scurtă</b> ;
instalarea efectului este <b>mai rapidă</b> decât a unei substanțe farmacodinamice active
acțiune <b>nespecifică</b>

Printre factorii care determină efectul placebo au fost incriminați, după **Sprriet și Simon**, mai ales următorii patru:

- \* boală – simptomatologia și sindroamele principale care alcătuiesc tabloul clinic;
- \* bolnavul și personalitatea sa;
- \* placebo-ul propriu-zis (proprietați fizice, organoleptice, mod de administrare);
- \* medicul.

**Batterman (1957)** a creat și termenul de placebo-reactiv

**Tabelul 3**

<i>PLACEBO REACTIV (Janowski și colab.).</i>	<i>PLACEBO- NONREACTIV (Schindel)</i>
îndiferent de sex, vârstă și inteligență	rigizi;
femeile sunt mai des reactive	extravertiți;
cu boli mai ușoare (Müller – Oerlinghausen-1986)	agresivi;
persoanele sugestibile	cei care eliberează anxietatea la exterior
un pacient placebo-reactiv poate deveni placebo-non reactiv și invers;	

**Lange (1987)** consideră că nu este posibil să se contureze un tip de personalitate legat de comportamentul față de efect placebo, ci există o interacțiune dinamică: pacient-medicament-medic prin care se realizează acțiunea placebo-ului.

Unii autori au subliniat o creștere netă a efectelor placebo pozitive în cazul medicilor optimiști, față de sporirea efectelor „nocebo”, în cazul pesimiștilor sau scepticilor. Diferențele dintre rezultatele pe care diverși medici, aplicând același tratament, le obțin, sunt dovada aserțiunii (formulată de **Schaw P** cu un sfert de mileniu în urmă) potrivit căreia „nu este nici o îndoială că subiectul va fi vindecat tot atât de imaginația proprie și de încrederea în sfaturile medicale, cât și de dozele repetate de medicamente”.

**Tabelul 4**

<b>CARACTERISTICILE MEDICULUI IMPLICATE ÎN EFECTUL PLACEBO</b>	
<b>POZITIVE</b>	<b>NEGATIVE (medicul anti- placebo, cf. Schindel)</b>
Prestigiul – ca rezultată a -pregătirii, atestate de titluri care impun respect (profesor, specialist) -funcțiilor administrativ-medicale: director de spital, șef de policlinică, de secție spital etc. (pentru unii pacienți cu un statut socio-cultural mai redus) - rezultatelor practice obținute și vehiculate de pacienții vindecați, care le „popularizează” în fața celor ce urmează să fie tratați de medicul respectiv.	Lipsa de prestigiu ca rezultată a: - faptului că medicul este la începutul carierei - tensiunilor cu personalul mediu sau colegii care îi creează „atmosferă” - insuccese reale sau imaginare „popularizate” de unii pacienți
Optimismul terapeutic, inclusiv încrederea în medicamentul ce urmează a fi administrat.	Pesimismul structural, scepticismul
Calitățile relaționale: „căldura umană”, atitudinea prietenoasă față de bolnav.	Atitudinea rece Lipsa de preocupare față de bolnav.
Comunicarea explicită referitoare la acțiunea medicamentului	Indiferența față de medicamentul pe care îl prescrie
Autoritatea medicului: acceptată liber de către bolnav	Autoritatea medicului neacceptată de bolnavul care se simte agresat

Tabelul 5

CARACTERISTICILE MEDICAMENTULUI IMPLICATE ÎN EFECTUL PLACEBO	
Noutate	Banalitate
Administrare parenterală.	Administrare rectală sau prin injecții
Aspect plăcut, sofisticat	Aspect banal, dimensiuni incomode
Gustul medicamentului, adesea important, mai ales în cazul „țintirii” unor simptome de disconfort psihic.	Gust neplăcut, grețos sau neutru
Mirosul puternic de doctorie sau de plante	Lipsa de miros
Culoarea: în stările anxioase: verdele, mai activ decât roșul; în stările depresive: galbenul; în stările de iritabilitate: bleu-ul și verdele ( <b>Shapiro, 1970</b> )	Culoarea albă sau cenușie

Natura simptomatologiei este în relație directă cu efectul placebo, fără să existe însă o proporționalitate între gravitatea acesteia și responsivitatea la placebo (există dovezi incontestabile ale eficacității unor placebo în unele maladii organice grave).

În psihiatrie, anxietatea reprezintă simptomul cel mai repondent la efectul placebo, ceea ce i-a făcut pe unii autori să susțină că „*placebo este unul din cele mai bune anxiolitice cunoscute*”, deși **Rickels (1971)**, ca și alți autori, au subliniat că numărul de cazuri în care produsele farmacologice active sunt anxiolitice este de 3-4 ori mai mare.

Medicina psihosomatică reprezintă un teren de mare interes pentru studiul efectelor placebo, atât prin numărul mare de subiecți placebo responsivi (mai mult de 2/3), cât și prin diversitatea simptomelor care suferă ameliorări: cefalee, boală ulceroasă, afecțiuni cardio-vasculare, tulburări sexuale, anorexie. Un alt aspect important legat de problema medicinei psihosomatice este cel referitor la existența efectelor negative ale „medicației placebo” (identice, în cele mai multe cazuri, cu cele ale medicației active): somnolență, uscăciunea gurii, alergii, erupții, oboseală, greață, tahicardie, oscilații tensionale.

În nevrozele structurate obsesivo-fobic, ca și în cele cronicizate, eficacitatea medicației placebo este mult mai redusă decât în cele slab structurate sau de dată mai recentă. Ca și în alte circumstanțe, și aici vechimea bolii și abordările ei terapeutice anterioare joacă un rol net asupra efectului placebo.

Apariția de efecte placebo în psihozele afective și mai ales în cele schizofrenice a surprins și a dat naștere la vii discuții, care au subliniat că și în cazul unor substanțe psihoactive trebuie luate în considerație relația efect-doză, ca și inerția terapeutică a unor substanțe (de exemplu, antidepresivele tri- și tetracelice). Studii riguroase arată, totuși, diferențe semnificative între rezultatele medicației active și cele ale medicației placebo în cazul psihozelor (**Davis J., Cole J., 1975**).

Trecerea în revistă a acestor aspecte demonstrează că studiul efectului placebo poate oferi date deosebit de interesante, dar că apariția lui este cvasiconstantă în activitatea terapeutică. Cu toate că în cercetare el devine parazitar, necesitând prezența studiilor „orb” pentru a-l exclude, în practica obișnuită întregeste de multe ori actul terapeutic.

Există situații când placeboterapia poate fi considerată o adevărată terapie care își găsește indicații precise, cu condiția ca bolnavul să fie într-adevăr bine investigat și diagnosticat iar normele etice și morale să fie strict respectate.

**Tabelul 6**

<b>INDICAȚII ALE PLACEBOTERAPIEI</b>
Cazurile care beneficiază de o relație terapeutică excelentă
Simptomele bolii nu pot fi tratate cu medicamente active
Situații în care se urmărește sevrajul unui medicament pentru care s-a instalat o dependență psihică
Situații care necesită scăderea dozelor unui medicament activ, cu efecte secundare importante ( <b>Schreiber</b> )
Dovedirea bazei funcționale a unor simptome „zgomotoase” ( <b>Piechowiak</b> )

după Bradu Iamandescu I și Nica I, 2002

#### XI.2.4. COMPLIANȚĂ, NON-COMPLIANȚĂ, ACCEPTANȚĂ

Noțiune referitoare la adeziunea bolnavului la mijloacele terapeutice necesare ameliorării stării de sănătate, în care pot fi incluse terapiile biologice, regimurile alimentare, modificarea stilului de viață, ca și acceptarea supravegherii medicale și a controlului periodic.

Compliance este definită ca fiind o acțiune ce concordă cu o cerere sau cu o recomandare – este tendința de a se supune ușor.

Această definiție scoate în relief viziunea istorică și interpersonală a relației medic-pacient ca fiind una de natură paternă; este bazată pe premisa că doctorul știe mai bine, iar pacientul trebuie să-i urmeze recomandarea și că, procedând așa, totul va fi bine. În acest model, se presupune că pacientul se supune de bunăvoie autorității și expertizei medicului și acceptă regimul tratamentului. Comportamentul non-compliant este considerat nepotrivit; contravine crezurilor profesionale, normelor și așteptărilor privind rolurile corespunzătoare pacienților și profesioniștilor. Dintr-un punct de referință obiectiv, se pot găsi puține lacune în acest sistem direct, istoric și paternal, dar așteptările doctorilor și reacțiile pacienților la aceste idei pot fi foarte bine diametral opuse.

**Hipocrate** atrăgea atenția că pacientul „minte adesea când afirmă că a luat medicamentele prescrise”. O dată cu sporirea arsenalului terapeutic, ca și cu „creșterea informației medicale libere”, compliance a scăzut, ajungând, după unii autori, doar până la 1/10 din recomandările făcute de medic.

Numeroși factori sunt incriminați în „non-compliance”. Dintre aceștia vom menționa ca principale grupe: factori legați de trăirea bolii și de înțelegerea sa intelectuală de către bolnav; factori legați de relația medic-bolnav; factori legați de tipul tratamentului; factori legați de anturajul bolnavului.

Dintre factorii legați de boală menționăm: diagnosticul, gravitatea, morbiditatea, evoluția, durata, iar dintre cei legați de tratament: existența unor produse cu acțiune prelungită, durata tratamentului, numărul de medicamente, frecvența crizelor și dimensiunea dozelor, prezența efectelor nedorite.

În funcție de natura, severitatea și durata bolii, complianța terapeutică variază într-un mod relativ previzibil.

**Tabelul 7**

FACTORI LEGAȚI DE BOALĂ CARE INFLUENȚEAZĂ COMPLIANȚA TERAPEUTICĂ			
Severitatea bolii	Evoluția		Implicațiile bolii asupra activității bolnavului
Teama de amputații	Bolile acute	Teama de complicații	Boli puțin invalidante
		Disconfortul crescut	
Teama de moarte	Bolile cronice	<i>Prognostic sever – evoluție torpidă</i>	Boli care afectează imaginea de sine
		Faze frecvente de acutizare	Boli care afectează statutul și rolul social
		Evoluție foarte gravă	Boli cu răsunet social negativ

Relația medic-pacient poate fi un factor de creștere a complianței, atunci când există o optimizare a modului de comunicare, anterioară deciziei terapeutice și prezentării ei bolnavului, dar și un factor cu efect opus, ori de câte ori programul terapeutic este prezentat fără o „personalizare”, ca un ordin dat de pe o poziție de superioritate.

**Tabelul 8**

CALITĂȚI PRIN CARE MEDICUL INFLUENȚEAZĂ COMPLIANȚA TERAPEUTICĂ			
Exponent al puterii sociale (Raven)	Prestigiul medicului	Calitățile de instructor ale medicului	Calități relaționale față de bolnav
- puterea legitimată (statutul său social)	influențează direct proporțional complianța terapeutică	- răbdare, tact;	- autoritate
- puterea expertă (statutul social, amplificat de gradul și nivelul său de pregătire)		- mod explicit – exemplificări ± seminarizări ale bolnavului;	- apropierea
- puterea informațională (medicul deține soluții terapeutice)		- ordine, ierarhizare;	- răceală, distanță față de pacient
- puterea coercitivă (limitări comportamentale impuse de medic)		- instrucțiuni scrise;	
- puterea recompensivă (mici indulgențe terapeutice în cazul unei bune complianțe)		- avertizare asupra efectelor secundare	

Medicul trebuie să aibă în vedere o serie de calități intelectuale, afective și morale, diferențiază bolnavii nu numai în raport cu problemele diagnostice ci și, mai ales, cu modul de punere în practică a indicațiilor terapeutice.

**Tabelul 9**

<b>FACTORI PRIN CARE BOLNAVUL INFLUENȚEAZĂ COMPLIANȚA</b>			
Nivelul de înțelegere al bolnavului	Tipul de personalitate al bolnavului	Părerii preconceptuate (negative) ale bolnavului despre tratamentul prescris	Noncompliance deliberată sau fortuită
Calități intelective	Cu implicații pozitive (conformiștii, optimiștii)		Recalcitranții
Blocaj emoțional	Cu implicații negative („descurcăreții”, marii anxioși, neîncrezătorii)		Simulanții
			Lipsiții de voință

Chiar factorii sociali și socio-culturali pot fi adesea implicați în complianța terapeutică. Dintre aceștia, tabu-urile, locul și rolul imaginii medicului în ansamblul social, sănătatea ca valoare socială sunt cel mai adesea enumerați.

**Tabelul 10**

<b>FACTORI SOCIALI IMPLICAȚI ÎN COMPLIANȚA TERAPEUTICĂ</b>			
<b>Gândirea de grup (Janis)</b>	<b>Intervenția familiei</b>	<b>Rolul colegilor de muncă</b>	<b>Influența bolnavilor din salon</b>
- atracția individului singular către grup, ca întreg, dar sugerând posibilitatea unui sprijin;	În ansamblul ei, are un statut cumulativ mai important decât al oricărui membru individual	<i>Nu respectă unele interdicții pe care le-a primit bolnavul, deși suferă de aceeași boală</i>	Influență mai puternică prin faptul că suferă, adeseori, de aceeași boală
- presiunea asupra individului pentru impunerea ideilor majorității	Poate antrena bolnavul în aplicarea optimă a indicațiilor terapeutice prin scutirea lui de responsabilități incompatibile cu aceste indicații	<i>Oferă „sfaturi autorizate”, contrar indicațiilor medicale primite de către bolnav</i>	Coexistă cu bolnavul pe o durată amplificată de concentrarea gândurilor și discuțiilor legate de problematica obsedantă a bolii
- autocenzura individului față de propriile temeri (înăbușirea lor) în raport cu ideile grupului	Suportul moral și asistența acordată bolnavului în „crize”, „pusee”	<i>Pentru a nu-și pierde locul de muncă, bolnavul este nevoit să renunțe la unele restricții impuse de medic</i>	Atragerea bolnavului la diferite încălcări ale regimului dietetic (alcool) sau fumatul în grup
- neglijarea sau raționalizarea informațiilor care sunt contrare gândirii grupului.	Impulsionează respectarea unor scheme terapeutice prin procurarea medicamentelor	influențe pozitive se exercită asemănător celor din familie	solidaritatea în suferință, „reclama” făcută personalului medical și medicamentelor recomandate

În psihiatrie, lucrurile sunt cu atât mai complicate cu cât boala are o semnificație mai profundă pentru subiect, creându-i un grad de neliniște reactivă care îl poate depăși pe cel dat de afecțiunea ca atare. Evoluția cronică și existența unei patologii reziduale, uneori imposibil de abordat terapeutic, sunt surse suplimentare de non-complianță. **Davis** relevă existența unui raport pozitiv între gradul de încredere pe care bolnavul îl are în medic și complianța terapeutică. Acest raport este și mai net atunci când terapeutul reușește să scadă tensiunea psihică a bolnavului în timpul con-sultației și să expună unele opinii neechivoce în legătură cu boala pacientului.

După **Haynal A.** și **Schulz P. (1983)** strategiile posibile pentru ameliorarea complianței ar fi următoarele:

**Tabelul 11**

<b>Strategii utilizate pentru ameliorarea complianței</b>	<b>Randamentul strategiilor</b>	<b>Eforturi necesare din partea terapeutului</b>
Verificarea modului de complianță a bolnavului	crescut	puțin importante
Determinarea prospectivă a complianței bolnavului	crescut	puțin importante
Instruirea bolnavului cu privire la boală și tratament	mediu	medii
Modificarea reprezentărilor bolnavului asupra bolii	crescut	medii
Explicarea în detaliu a tratamentului	mediu	puțin importante
Ameliorarea relației medic-bolnav	crescut	medii

Fără să poată fi epuizată, problema complianței rămâne de stringentă actualitate, fapt subliniat și de datele surprinzătoare pe care le oferă studiile experimentale. Astfel, **Taggart, Johnston G.** și **Mc.Devitt O.**, au demonstrat că priza unică este mai greu acceptată (deci non-complianță) decât priza multiplă (trei sau chiar mai multe administrări pe zi), deși aparent lucrurile ar trebui să se petreacă invers.

**Tabelul 12**

<b>FACTORI IMPLICAȚI DE NATURA PRESCRIPTIILOR TERAPEUTICE</b>
Complexitatea prescripțiilor terapeutice
Consecințele negative asupra bolnavului, disconfort fizic și/sau psihic
Eșecul anterior al unor prescripții terapeutice similare.

Complianța medicală este un element esențial în managementul medical efectiv. Doctorii și personalul medical consumă o mare cantitate de energie și timp pentru conștientizarea de către pacienții non-complianți a pericolozității acțiunilor lor. Uneori aceste eforturi sunt foarte mici sau nefolositoare, iar consecințele deosebit de grave. Există o varietate de statistici ale „non-complianței” cuprinse în literatura de specialitate. Studiile asupra acestui aspect variază semnificativ și definițiile intervențiilor de succes variază de la markerii orientați spre rezultat, către evaluatorii orientați spre

proces și de la percepțiile subiective, către cunoaștere. La pacienții tratați de hipertensiune s-a găsit o rată de „non-complianță” în exces (50%), în timp ce la pacienții cu transplant de cord rata a scăzut considerabil – aproape 50% din pacienții bolnavi de inimă întrerup recuperarea cardiacă în decursul primului an. O variație mai mare apare atunci când anumite aspecte ale „non-complianței” (ex. dieta, fumatul, activitatea) sunt analizate individual.

Articolele de specialitate au înregistrat numeroase încercări de a spori complianța prin oferirea de recompense bănești pacienților, folosindu-se de o varietate de tehnici de modificare a comportamentului, oferind strategii cognitive și educaționale, folosirea telefonului și a contactului prin scrisori și multe alte intervenții ce s-au dovedit a fi inconsecvent de victorioase. Studiile empirice au arătat de asemenea că există în pacient un conflict între deteriorarea calității vieții și continuarea tratamentului medical, între atribuții și crezurile legate de sănătate; între credințe, așteptări și reprezentările bolii și tratament; a reieșit că viziunea asupra vieții și a morții este o trăsătură predominantă în a înțelege dacă și cum pacienții răspund la regimul tratamentului. Se speră adesea că ideea de a trăi *versus* ideea de a muri va fi suficientă pentru a motiva un pacient să urmeze o indicație medicală. Acest lucru nu este adevărat în numeroase circumstanțe.

Pare mai puțin dificil pentru medic să înțeleagă dorința de a renunța a acelor pacienți pentru care viața a devenit de nesuportat, dar i se va părea complet de neînțeles să percepem lipsa de complianță a unor pacienți stabiliți, mai ales atunci când aceștia se confruntă cu o deteriorare importantă a stării de sănătate rezultată din noncomplianță.

Cauzele non-complianței sunt multideterminate și pot fi înțelese, în parte, ca un proces fundamental legat de inconștientul individual, a experienței de viață și a interacțiunii cu medicii. Odată confrunțați cu boala, pacienții se bazează pe modele vechi de adaptare în ceea ce privește înțelegerea, integrarea și planificarea de acțiuni viitoare. Unele stiluri adaptative sunt mai eficiente decât altele. Deși poate părea paradoxal, lipsa de complianță, deși este o alegere maladaptativă, reprezintă încercarea unui/unei pacient/e de a face față unei situații pe care o percepe ca fiind copleșitoare și înspăimântătoare. Din cauza acestor sentimente, pacienții au posibilitatea de a experimenta vulnerabilitatea, frica, dubiul, dependența de alții sau pot evita să devină copleșiți prin blocarea experienței emoționale, ceea ce are efecte asupra complianței și a lor înșiși.

Reacțiile pacienților la boală, tratament și rezultat sunt adesea o funcție a modelelor lor tradiționale ce sunt de obicei ascunse atât față de medic, cât și față de ei înșiși. De multe ori, istoria vieții pacienților și cea a familiilor lor are o serie de indicii despre cum au fost trăite boala, rezultatul terapeutic și încrederea în medic.

Interviurile clinice sunt importante în acest domeniu pentru că ele investighează nu numai istoria medicală a pacienților, ci și reacțiile lor la boală și/sau la moartea membrilor familiei. Răspunsurile la întrebări de tipul: *Care au fost cauzele bolilor părinților și rezultatele? Ce a însemnat boala părinților pentru pacient? Cum au făcut părinții față la boală? Au fost luptători și optimiști? Au fost pasivi și cu o mentalitate de eșec? Au vrut să știe toate datele sau probabilitățile? Au vrut să rămână ignoranți? Cum s-au descurcat medicii în timpul crizei? A fost acuzat medicul de rezultatul negativ? Vor împărtăși pacienții același sfârșit? Poate interveni ceva sau sunt ei victime ale destinului? Ei nu au experimentat cu aceste ocazii o realitate obiectivă a*



ceea ce s-a întâmplat cu adevărat cu părinții lor. Experiențele subiective ale pacienților vor determina felul cum ei vor răspunde la boală și la regimul inițiat de medici. Vor aduce o serie de lămuriri în ceea ce privește complianța sau non-complianța pacientului.

Răspunsurile pacienților față de medici sau față de alți profesioniști sunt mai departe influențate de perceperea inițială a persoanelor importante din viața lor. De multe ori aceste percepții guvernează felul în care pacienții se poartă cu medicul sau ceea ce simt față de el, ceea ce devine adevărat și potențial problematic când doctorul seamănă sau este investit cu statutul persoanelor importante pentru pacient (ex. părinți, frați).

Impactul acestor modele cognitive și emoționale este particular omniprezent în relația pacient-medic, deoarece circumstanțele imită modelele comportamentale și sentimentale vechi din relația părinte-copil. Deciziile pe care pacientul le-a luat în viața sa vis-à-vis de conflicte creează modele care promovează fie cooperare fie rezistență.

Pacienții sunt în general inconștienți de impactul acestor modele repetitive și al conflictelor și de felul cum ei își creează o non-complianță autodistructivă, care le amenință viața. Pentru fiecare persoană tratată ar trebui determinat înțelesul care este asociat ideii de „bolnav” sau de „pacient”. Pentru unii oameni, aceste concepte produc confort și familiaritate, în timp ce pentru alții această experiență este cel mai grav necaz. Ce se întâmplă atunci când un pacient cu o boală cronică nu mai vrea să se considere bolnav? Refuzul unui pacient de a-și lua medicamentele, de a respecta vizitele la medic, de a urma o dietă sau de a-și face exercițiile este un mod de a-și crea iluzia că se simte bine.

Modelele de rezistență ce fundamentează non-complianța iau forme de apărare, cum ar fi negarea și raționalizarea și sunt menite să protejeze toate persoanele de lipsa de armonie și de confuzia pe care le experimentează când circumstanțele vieții amenință să-i supere (depresie, frică intensă, panică și anxietate). Mult timp s-a crezut că rezistența face rău unei persoane, dar există puternice dovezi care arată că rezistența are și o parte benefică în încercarea cuiva de a face față circumstanțelor – chiar și atunci când modelul rezistenței este maladaptat. Aceste rezistențe protejează pacientul de trăirea unor reacții cognitive și emoționale considerate a fi mai amenințătoare decât situația în sine în care se află pacientul/a.

Au fost făcute numeroase studii pentru a determina dacă există un profil al pacientului non-compliant. Un chestionar de factori demografici a fost aplicat, incluzând vârsta, sexul, inteligența și educația, depresia și suportul social, statutul socio-economic, multe dintre acestea fiind puțin relevante sau având o legătură minimală cu complianța. Dintr-o mulțime de motive, s-a ajuns la concluzia că nu există, în general, un profil tipic al non-complianței. O problemă importantă în ceea ce privește complianța/noncomplianța este legată de asocierea diferitelor suferințe somatice ale pacientului cu depresia și anxietatea. Prezența acestora conduce la administrarea incorectă a medicației, uitarea sau refuzul urmării regimurilor alimentare, neangajarea în exercițiile fizice prescrise, neatenția față de sfaturile și recomandările medicale, persistența într-un stil de viață periculos pentru sănătate. Studii recente făcute în perioada ultimului deceniu și sintetizate de **DiMatteo M.R., Lepper H., Croghan T. (2002)** arată că non-complianța poate fi de trei ori mai mare în cazul în care există depresie și anxietate. De aici concluzia implicată

este că orice depresie recunoscută de medic va îmbunătăți șansele unui tratament corect și a complianței terapeutice, indiferent care este boala pentru care pacientul s-a adresat medicului.

În ceea ce privește complianța în bolile psihiatrice grave, în special în schizofrenie, există date care arată că mai puțin de 25% din pacienți mențin tratamentul corect de la o internare la alta. Simptomatologia este cel mai bun indice pentru non-complianță (**Donohoe G. și colab., 2001**). Reactivitatea psihologică, răspunsul subiectiv la neuroleptice și vârsta sunt cei mai buni predictorii ai complianței în opinia lui **Moore A, Sellwood W. și Stirling J. (2000)**.

#### XI.2.5. IATROGENII

Termenul de „iatrogenie” vine de la grecescul *iatros* – vindecător, medic, și *genos* – cu sensul de „produs de”, „făcut de”. În opinia lui **Predescu V (1990)** iatrogenia este o stare psihică reactivă determinată de atitudinea greșită a medicilor și a personalului sanitar. În sensul cel mai larg „iatrogenic” înseamnă indus de medic, iar alăturarea paradoxală „boală iatrogenă” se referă la acele boli care rezultă din tratamentul medical profesional și despre care se presupune că nu ar fi apărut dacă aceste terapii nu ar fi fost aplicate. Termenul de „iatrogenie” este extins nu doar la activitățile desfășurate de medic, ci și la cele efectuate de alte persoane calificate ca terapeuți, asistente medicale, tehnicieni, și chiar psihologi.

Există discuții importante dacă termenul de „iatrogenie” nu ar trebui extins și asupra acelor care practică diferite alte modalități de intervenție terapeutică, celor care administrează și întrețin sisteme medicale, asistenților sociali sau celor care administrează tratamente acelor care nu și le pot administra singuri. Astfel, un bunic care administrează greșit antitermice unui nepot poate fi considerat ca un inductor al unei iatrogenii, deși nu are nici o legătură cu sistemul medical.

Dificultăți în definirea termenului „iatrogenie” sunt provocate de extensia nelimitată pe care ideea de terapie a căpătat-o în societatea modernă. Orice acțiune sau inacțiune a unui medic poate fi urmată de o boală iatrogenă cu consecințe dintre cele mai diverse atât în planul manifestărilor clinice, cât și asupra stării de sănătate. Astfel, folosirea unui instrumentar infectat de către chirurg poate conduce la o boală infecțioasă gravă, peritonită sau moarte, dar și folosirea siliconului în chirurgia estetică poate conduce, în cazul unei sarcini, la imposibilitatea de a alăpta pentru pacienta care și-a făcut mamoplastie. Evident că și această situație poate fi considerată tot o iatrogenie. Omniprezența medicului și tratamentului în societatea contemporană i-au determinat pe unii autori să scrie că „durerea, disfuncția, handicapul și chinurile rezultate din intervențiile tehnice medicale rivalizează cu morbiditatea datorată traficului și accidentelor industriale și chiar cu cea rezultată din stări de război, făcând din impactul medicinei una din cele mai răspândite epidemii ale timpului nostru (**Ivan Ilich**). Același autor pretinde că cel puțin 20% din persoanele care intră într-un spital vor contracta o boală iatrogenă. Cele mai multe iatrogenii se datorează evident medicamentelor și reacțiilor adverse ale acestora, mulți autori afirmând chiar că bolile iatrogene produse de medicamente se datorează, în primul rând, supramedicației și exagerării importanței folosirii medicamentelor. Unii autori, ca **Mendelsohn**, au atras atenția asupra fenomenului de supramedicalizare a vieții, adică a faptului că pacienții cer în mod exagerat și inutil sprijinul și asistența medicului pentru fapte sau afecțiuni banale (mici dureri, oboseală, viroze ușoare).

În opinia lui **Jeammet Ph., Reynaud M. și Consoli S.M. (1996)** proasta abordare terapeutică, incompletul abord terapeutic, incapacitatea medicului de a comunica programul terapeutic pe înțelesul bolnavului fără ca acest lucru să îi creeze anxietăți suplimentare sunt tot atâtea surse de tulburări iatrogene. Aceiași autori arată că, în ceea ce privește palierul diagnostic, superficialitatea medicului sau solicitarea exagerată de examene de laborator pot determina pacientul la exagerarea simptomatologiei și la transformarea unor simptome banale în ipostaze patologice: pacientul completează boala până la un nivel la care crede că va fi luat în serios. **Libih S. (1968)** vorbește despre iatrogenie negativă, adică acea iatrogenie generată de lipsa informațiilor pe care medicul le oferă pacienților. Tăcerea sau vorbirea eliptică are un puternic efect psihotraumatizant subliniat de apariția rapidă a unei patologii de dezvoltare. Crearea grupurilor Balint a modificat situația în unele țări.

Marele clinician **Babinski** a sesizat, studiind tulburările senzitive și motorii ale isteriei, posibilitatea inducerii acestora la anumite persoane mai ușor sugestionabile, atunci când medicul „perseverează” în căutarea cu orice preț a simptomelor. Și în zilele noastre, ermetismul sau exprimarea sofisticată a unor medici în fața bolnavilor, absența unui contact corespunzător cu aceștia, necunoașterea psihologiei subiectului și incapacitatea de a-i anticipa reacțiile, pronunțarea unor cuvinte „la întâmplare” de către cadrele medii cu ocazia efectuării unor intervenții banale (hemoleucogramă, electrocardiogramă etc.) reprezintă situații care, pe un teren psihologic predispus, pot genera reacții de amploare nebănuită (nevrotică și psihotică). Se pare că persoanele care prezintă unele tulburări (mai ales funcționale, dar și organice) în sfera cardio-vasculară sunt mai vulnerabile la iatrogenie (**English și Finch, 1964**). De asemenea, teama de actul medical, nivelul intelectual și cultural scăzut pot interfera practic în orice etapă a relației medic-bolnav (anamneză, examen psihic, examen somatic, analiză de laborator, explorări funcționale etc.), la care se adaugă informațiile medicale furnizate de mass-media, mult prea „bine” cunoscutele prospecte și agende medicale.

Rezultatul unor asemenea interferențe cu efect negativ asupra pacientului (sau viitorului pacient) este apariția bolilor iatrogene, afecțiuni cu evident mecanism psihosomatic. Accesibilitatea crescută a populației la actul medical și la unitățile medicale înalt specializate, ca de altfel și numărul mare de prescripții medicamentoase, reprezintă alte premise ale iatrogeniilor. Se poate distinge (după **Rîndașu G.E.**) între: iatrogenii de spital, de explorare, induse, chirurgicale, medicamentoase. În cazul ultimei clase, trebuie făcută deosebirea între reacțiile adverse și posibilele iatrogenii, printr-o alegere terapeutică nejudicioasă (lipsă de informare, neglijență, sub- sau supraapreciere etc. din partea medicului).

În psihiatrie numărul iatrogeniilor este la fel de ridicat ca și în celelalte specialități, deși psihiatrul – bun cunoscător al psihologiei medicale – ar trebui să aibă un potențial iatrogenic minim. În opinia lui **Ey H.** cele patru principii deontologice care ar duce la dispariția iatrogeniei sunt: *a ști, a alege, a trata și a respecta*. Este de menționat numărul relativ mare de stări depresive iatrogene, consecutive unor terapii medicamentoase.

Tabelul 13

MEDICATIA DEPRESOGENĂ			
CARDIO-VASCULARĂ	HORMONI	PSIHOTROPE	ANTIINFLAMATORII
alfa-metildopa(+/-) reserpina(++) propanolol guanetidina clonidina tiazide digitala	contraceptive ACTH anabolizante glucocorticoizi	benzodiazepine neuroleptice amfetamine cocaina	baclofen antiinflamatorii nonsteroidice metoclopramida

După unele opinii, un milion de americani și, aproximativ, zece milioane de pacienți psihiatrici suferă de diskinezie tardivă în urma administrării de neuroleptice, iar acesta poate fi considerat „cel mai mare dezastru din istoria medicinei” (Breggin P., 1991).

De asemenea, mai mult de două milioane și jumătate de britanici au adicție la tranchilizante. Cu siguranță că datele legate de folosirea incorectă sau incompletă a tehnicilor terapeutice ar fi impresionante, dar, cum am mai spus, până acum foarte puțini cercetători au luat inițiativa de a face un astfel de studiu.