

FLORIN TUDOSE

FUNDAMENTE ÎN PSIHOLOGIA MEDICALĂ

Psihologie clinică și medicală în practica psihologului

Ediția a III-a

© Editura Fundației *România de Mâine*, 2007

Editură acreditată de Ministerul Educației și Cercetării
prin Consiliul Național al Cercetării Științifice
din Învățământul Superior

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

TUDOSE, FLORIN

Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului/Florin Tudose, Ediția a III-a,
București: Editura Fundației *România de Mâine*, 2007

Bibliogr.

ISBN 978-973-725-931-8

159.9:61(075.8)

Reproducerea integrală sau fragmentară, prin orice formă
și prin orice mijloace tehnice, este strict interzisă și se pedepsește conform legii.

*Răspunderea pentru conținutul și originalitatea textului
revine exclusiv autorului/autorilor.*

Ilustrația copertei: *Leonardo Da Vinci – Mona Lisa*, de Paul Laffoley

Redactor: Octavian CHEȚAN

Tehnoredactor: Laurențiu Cozma TUDOSE

Coperta: După o idee de Florin TUDOSE

Bun de tipar: 10.10.2007; Coli de tipar: 17,5

Format: 16/70x100

Editura Fundației *România de Mâine*

Bulevardul Timișoara, nr. 58, sector 6, București

Telefon, fax: (021)444 20 91; www.spiruharet.ro

UNIVERSITATEA *SPIRU HARET*
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE-PSIHOLOGIE

FLORIN TUDOSE

FUNDAMENTE
ÎN PSIHOLOGIA MEDICALĂ

Psihologie clinică și medicală în practica psihologului

Ediția a III-a

EDITURA FUNDAȚIEI *ROMÂNIA DE MÂINE*
București, 2007

ARGUMENT

Psihologia medicală este un domeniu de interferență a două mari practici care privesc individul uman în stările lui fundamentale de sănătate și boală. Evoluția extraordinar de rapidă a medicinei ultimilor 50 de ani nu a fost dublată, din păcate, de o dezvoltare la fel de importantă a psihologiei medicale și acest lucru a însemnat o pierdere în calitate a actului medical și nu rareori o îndepărtare sau o nepotrivită plasare a psihologului în echipa terapeutică.

Momentul actual este cel al unei recuperări a unei dimensiuni fundamentale a practicii medicale, și anume, dimensiunea psihologică, dimensiune fără de care relația medic-pacient ar fi mereu incompletă, iar comunicarea ar fi distorsionată sau insuficientă.

Paradoxul medicinei moderne este acela că pe măsură ce medicul se consideră mai obiectiv, mai despovărat de subiectivitatea aprecierilor sale și ale pacientului, cu atât ea devine o știință, dar mai ales o practică, care își pierde conținuturile umane, iese din propriul domeniu de acțiune pentru a deveni o practică sterilă pe care individul în suferință o va respinge.

Printre nevoile fundamentale ale pacientului nu se află nici cea de savanți și cu atât mai puțin cea de roboți. Cel în suferință are nevoie de remedii, atunci când ele există, și întotdeauna de alinare, empatie și simpatie. Prima nevoie a oricărui suflet omenesc este aceea de a împărtăși cu cineva bucuria, dar mai ales suferința și teama. Iar dacă medicul nu este acest interlocutor, dacă nici un membru al echipei terapeutice nu are deprinsă arta și știința de a asculta pacientul, acesta va căuta cu siguranță alți parteneri, iar rezultatul este că viața și sănătatea îi vor fi puse în pericol de nepriceperea acestora, care se va împleni de minune cu indiferența primilor.

Psihologia medicală este partea cea mai subtilă a artei terapeutice, este cea care va da prilej de imagine și analiză, dar și de autodezvoltare oricărui specialist. Psihologia oferă medicului și psihologului un adevărat tablou axiologic cu ajutorul căruia să-și poată evalua demersul terapeutic. Ea oferă și explicațiile, adeseori ignorate, ale unor atitudini și comportamente patogene, ba chiar și complexul multifactorial care generează nu o dată sindroame și boli, care limitează ființa umană în libertatea de mișcare, de acțiune și de a se bucura.

Tot psihologia medicală este aceea care arată de ce medicina își păstrează limitele ei empirice, în sensul cel mai bun al cuvântului, fiind obligată să abordeze caz cu caz sau, altfel spus, personalitate cu personalitate, pe cei aflați în suferință. Nici un pacient nu este un reper statistic decât în momentul în care nu mai este în fața medicului sau a echipei terapeutice, fie pentru că a reușit să depășească boala, fie pentru că a fost depășit de aceasta.

Practică multimilenară, medicina renaște în mileniul al treilea ca o veritabilă pasăre Phoenix, înnoindu-se mereu prin dimensiunea ei cea mai stabilă, dimensiunea psihologică. Iată de ce o carte de psihologie medicală nouă este mereu diferită și iată de ce rămâne un instrument de lucru de neînlocuit și de nelipsit din activitatea oricărui psiholog și medic și mai ales a studentului în aceste domenii.

CUPRINS

I. OBIECTUL ȘI RELAȚIILE PSIHOLOGIEI MEDICALE	13
I.1. PSIHOLOGIA MEDICALĂ, PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII	13
I.2. PSIHOLOGIA MEDICALĂ: DEFINIȚIE, OBIECT, CONȚINUT, INTERRELAȚII	14
I.3. PSIHOLOGIE MEDICALĂ, PSIHOLOGIA MEDICINEI, PSIHOLOGIE CLINICĂ – O FALSĂ DILEMĂ	16
I.4. RAPORTUL PSIHOLOGIE MEDICALĂ ȘI CLINICĂ – PSIHOLOGIE	18
I.5. RELAȚII CU DOMENIUL ȘTIINȚELOR MEDICALE ȘI BIOLOGICE	18
I.6. RELAȚIA CU PSIHOPATOLOGIA	19
I.7. RELAȚIA CU PSIHOSOMATICA	20
I.8. PROLEGOMENE ÎN APARIȚIA PSIHOLOGIEI MEDICALE	22
I.9. PSIHOLOGIA MEDICALĂ ÎN ROMÂNIA	30
II. NORMAL ȘI PATOLOGIC ÎN BIOLOGIE, MEDICINĂ ȘI VIAȚA PSIHICĂ	31
II.1. ACCEPȚIUNILE TERMENULUI DE NORMALITATE ȘI DEZVOLTARE A CONCEPTULUI	31
II.2. NORMALITATE ȘI SĂNĂTATE	33
II.3. NORMALITATEA CA VALOARE MEDIE	34
II.4. NORMALITATEA CA UTOPIE	35
<i>Concepții psihanalitice despre normalitate</i>	37
<i>15 valori fundamentale ale societății americane contemporane</i>	38
II.5. NORMALITATEA CA PROCES	39
II.6. NORMALITATE ȘI COMUNICARE	39
II.7. NORMALITATE ȘI ADAPTARE	40
III. SĂNĂTATE ȘI BOALĂ, ADAPTARE ȘI STRES	43
III.1. CONCEPTELE DE SĂNĂTATE ȘI SĂNĂTATE MINTALĂ	43
III.2. ANORMALITATE ȘI BOALĂ	46
III.3. COMPORTAMENTELE ANORMALE	48
III.4. CONCEPTUL DE BOALĂ PSIHICĂ	51
III.5. DIMENSIUNI EXISTENȚIALE ALE BOLII PSIHICE	53
III.6. DESPRE CONCEPTUL DE ADAPTARE	53
III.7. STAREA DE SĂNĂTATE ȘI ADAPTAREA	58
III.8. CONCEPTUL DE STRES	59
III.9. COMPORTAMENTE ADAPTATIVE	66
IV. TRĂSĂTURI DE PERSONALITATE ÎN DETERMINAREA BOLILOR	68
IV.1. CONCEPTUL DE PERSONALITATE	68
<i>Teorii neobehavioriste</i>	69

<i>Teorii psihodinamice</i>	69
<i>Teorii sociale</i>	70
IV.2. PERSONALITATEA ȘI CICLURILE VIEȚII	73
ETAPELE CICLULUI VIEȚII	77
<i>Perioada copilăriei</i>	78
ETAPA I: Încredere bazală/Neîncredere bazală (de la naștere la un an)	78
ETAPA a II-a: Autonomie/ Rușine și îndoială (1 – 3 ani)	79
ETAPA a III-a: Inițiativă/Vinovăție (3 la 5 ani)	80
ETAPA a-IV-a: Hărnicie, perseverență/Inferioritate (6 la 11 ani)	81
ETAPA a-V-a: Identitate/ Confuzie de rol (de la 11 la 20 de ani)	83
<i>Perioada adultă</i>	84
ETAPA a-VI-a: Intimitate/ Izolare (20 – 40 de ani)	84
ETAPA a-VII-a: (Pro) Creație/Stagnare (40 – 65 de ani)	84
<i>Perioada bătrâneții</i>	85
ETAPA a-VIII-a: Integritate/ Disperare și izolare (peste 65 de ani)	85
IV.3. TEREN PREMORBID ȘI VÂRSTA	87
IV.4. „SENSUL PERSONAL AL VIEȚII”	87
IV.5. CONȘTIINȚA IDENTITĂȚII PERSONALE	88
IV.6. BOALA ȘI PERSONALITATEA	89
IV.7. MODALITĂȚI DE ABORDARE A PACIENTULUI CU TULBURARE DE PERSONALITATE INTERNAT	92
IV.8. MANAGEMENTUL MEDICAL AL PACIENȚILOR CU TULBURĂRI DE PERSONALITATE	92
IV.9. PERSONALITATE ȘI ADAPTARE	94
<i>Scala de evaluare globală a funcționării (GAF – Global Assessment of Functioning</i>	95
V. VULNERABILITATE, EVENIMENT DE VIAȚĂ, CONFLICT ȘI CRIZĂ	97
V.1. EVENIMENTUL DE VIAȚĂ – O ABORDARE CONTEMPORANĂ	97
V.2. NATURA EVENIMENTULUI	97
V.3. ÎMPORTANȚA EVENIMENTELOR	98
V.4. CONTEXTUL EVENIMENTULUI	101
V.5. TRACASĂRILE ȘI MOMENTELE BUNE COTIDIENE	102
V.6. CONSTRÂNGERILE ROLULUI ȘI NATURA LOR	103
V.7. ABORDAREA SOCIOCLINICĂ (BROWN ȘI HARRIS)	104
<i>Scala Evenimențială după Holmes și Rahe (Social Readjustment Scale, 1967)</i>	105
V.8. ÎMPORTANȚA INTERACȚIUNILOR	108
V.9. PRINCIPIUL SUMĂRII	108
V.10. VULNERABILITATE ȘI AGENȚI DECLANȘATORI	109
V.11. SUPORT SOCIAL	111
V.12. SCALA VULNERABILITĂȚII PSIHLOGICE (SVP)	111
V.13. CLASA SOCIALĂ	112
V.14. SEXUL	112
V.15. LISTA EVENIMENȚIALĂ DUPĂ PAYKEL	113
V.16. CHESTIONARUL EVE	115
VI. MECANISMELE DE APĂRARE	118
VI.1. DEFINIȚIA ȘI ROLUL MECANISMELOR DE APĂRARE	118
<i>Cele 10 mecanisme de apărare clasice</i>	121
VI.2. O ABORDARE COGNITIVĂ A MECANISMELOR DE APĂRARE	121

<i>Locul mecanismelor cognitive de apărare în tipologia mecanismelor de coping</i>	122
VI.3. MECANISME DE APĂRARE, PERSONALITATE ȘI BOALĂ	124
<i>Niveluri de apărare a Eului în situația de a fi bolnav</i>	124
VI.4. GLOSAR DE MECANISME SPECIFICE DE APĂRARE	125
VI.5. INTERACȚIUNE SOCIALĂ ȘI MECANISME DE APĂRARE	127
VI.6. RESURSELE SOCIALE	129
VI.7. PERSONALITATEA MEDICULUI ȘI DIAGNOSTICUL	130
VII. ASPECTE ALE COMUNICĂRII CU PACIENTUL	132
VII.1. CARACTERISTICILE COMUNICĂRII MEDICALE	132
VII.2. FEREASTRA DE COMUNICARE DONA	133
VII.3. FACTORI PERTURBATORI AI COMUNICĂRII	135
VII.4. STABILIREA RELAȚIEI DE COMUNICARE	136
VII.5. RELAȚIA MEDIC – PACIENT ȘI MODELUL BIOPSIHOSOCIAL	137
VII.6. COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE BOALĂ	137
VII.7. CALITĂȚI TERAPEUTICE ESENȚIALE	138
<i>Respectul</i>	139
<i>Autenticitatea</i>	139
<i>Empatia</i>	140
VII.8. CUVINTE CARE IDENTIFICĂ SINTOME ȘI SENTIMENTE	141
VII.9. COMUNICAREA NONVERBALĂ MEDIC-PACIENT	142
VII.10. MODELE ALE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT	144
VII.11. ASPECTE ALE DINAMICII RELAȚIEI MEDIC-PACIENT	146
VII.12. TRANSFER ȘI CONTRATRANSFER ÎN RELAȚIA MEDICALĂ	147
VII.13. MEDICII CA PACIENȚI	148
VII.14. MEDICUL ȘI PATOLOGIA PSIHOLÓGICĂ PROFESIONALĂ (<i>SINDROMUL DE BURNOUT</i>)	149
VII.15. CÂTEVA IPOSTAZE SPECIALE ALE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT	150
VII.16. COMUNICARE ȘI CONFIDENȚIALITATE	153
VII.17. O SITUAȚIE CU TOTUL SPECIALĂ – COMUNICAREA CU ADOLESCENȚII	154
VII.18. CUM SĂ COMUNICI ÎN MEDICINĂ VEȘTILE RELE	157
VII.19. PROBLEME DE COMUNICARE LA BOLNAVII CU TULBURĂRI COGNITIVE	159
VII.20. O ÎNCERCARE DE EVALUARE A CAPACITĂȚII DE COMUNICARE	160
VIII. MEDICINĂ PSIHOLÓGICĂ ȘI PSIHOSOMATICĂ	163
VIII.1. DEFINIȚII ȘI CADRU CONCEPTUAL	163
VIII.2. SOMATIZAREA ÎNTRE PSIHANALIZĂ ȘI NEUROBIOLOGIE	164
VIII.3. SOMATIZARE ȘI MEDICINĂ PSIHOSOMATICĂ	164
VIII.4. GRUPA TULBURĂRI SOMATOFORME ÎN DSM-IV ȘI ICD 10	165
VIII.5. TULBURĂRI SOMATOFORME ȘI NORMATIVITATE	166
VIII.6. AFECTIVITATEA NEGATIVĂ ȘI SOMATIZAREA	167
VIII.7. SOMATIZARE ȘI CONȘTIINȚĂ	167
VIII.8. SOMATIZAREA – UN COMPORTAMENT ÎN FAȚA BOLII	168
VIII.9. GENETICĂ ȘI SOMATIZARE	169
VIII.10. SOMATIZARE ȘI PERSONALITATE	169
VIII.11. POSIBILE MODELE ALE SOMATIZĂRII	170
<i>Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic</i>	170
<i>Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinței</i>	171
<i>Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale</i>	172
<i>Somatizarea ca o consecință a suprautilizării asistenței medicale</i>	173
VIII.12. ETIOLOGIE ȘI ONTOLOGIE ÎN SOMATIZARE	174

VIII.13. FIZIOLOGIE ȘI PSIHIATRIE ÎN DETERMINAREA SIMPTOMELOR FUNCȚIONALE	175
VIII.14. FACTORII PSIHOSOCIALI ȘI SOMATIZAREA	175
VIII.15. COMORBIDITATE ȘI SOMATIZARE	176
VIII.16. NOSOGRAFIE ȘI SOMATIZARE	176
VIII.17. ANTROPOLOGIE ȘI SOMATIZARE	177
IX. CONDIȚII PSIHOPATOLOGICE FRECVENTE CU EXPRIMARE CORPORALĂ	179
IX.1. DISMORFOFOBIA	179
<i>Automutilarea ca o consecință a dismorfofobiei</i>	181
IX.2. HIPOCONDRIA – SEMANTICĂ ȘI SEMIOLOGIE	184
IX.3. HIPOCONDRIA ȘI PSIHANALIZA	184
IX.4. ORGANODINAMISMUL ȘI HIPOCONDRIA	186
IX.5. MODELUL COGNITIV AL HIPOCONDRIEI	188
IX.6. FENOMENOLOGIE ȘI HIPOCONDRIE	189
IX.7. MEDICUL ȘI HIPOCONDRIACUL – UN CUPLU INSEPARABIL	189
IX.8. HIPOCONDRIA – O VIZIUNE PSIHOPATOLOGICĂ ROMÂNEASCĂ	190
IX.9. REPERE SOMATICE ȘI PSIHICE ÎN PSIHOPATOLOGIA HIPOCONDRIEI	191
IX.10. EPIDEMIOLOGIA HIPOCONDRIEI	192
IX.11. ÎN CĂUTAREA UNEI STRATEGII ÎN TERAPIA HIPOCONDRIEI	193
<i>Tratamentul medicamentos</i>	194
<i>Psihoterapiile</i>	195
IX.12. HIPOCONDRIA ȘI ANXIETATEA PENTRU SĂNĂTATE LA VÂRSTNICI	196
X. REPERE ÎN PSIHOSEXOLOGIE	201
X.1. PROBLEMA SEXUALITĂȚII ÎN LUMEA CONTEMPORANĂ	202
X.2. MEDICUL ȘI SEXUALITATEA – O SITUAȚIE INEDITĂ	203
X.3. ANAMNEZA ÎN SEXOLOGIE	206
X.4. DISFUNCȚIILE SEXUALE PSIHOGENE	207
X.5. DISFUNCȚIILE SEXUALE MASCULINE	208
X.6. DISFUNCȚIA ERECTILĂ ȘI DEPRESIA	211
X.7. MITURI ȘI PREJUDECĂȚI CARE ÎMPIEDICĂ PACIENTUL CU DISFUNCȚIE ERECTILĂ SĂ SE PREZINTE LA PSIHIATRU	212
X.8. MODALITĂȚI DE ABORDARE A DISFUNCȚIEI ERECTILE PSIHOGENE	214
X.9. VAGINISMUL	214
X.10. ORGASMUL ȘI FRIGIDITATEA	217
X.11. CICLUL RĂSPUNSULUI SEXUAL FEMININ	217
X.12. ORGASMUL – VAGINAL /CLITORIDIAN	218
X.13. FRIGIDITATEA	219
<i>Frigiditatea Vs. Hipogineism</i>	219
<i>Frigiditatea ca sexism</i>	220
<i>Frigiditatea ca disfuncție sexuală</i>	220
<i>Clasificare frigiditate</i>	220
<i>Incidență și pronostic</i>	220
<i>Consultul în frigiditate</i>	221
<i>Considerații psihodinamice în frigiditate</i>	221
<i>Frigiditatea ca apărare</i>	221
<i>Amenințarea externă</i>	222
<i>Homosexualitatea latentă</i>	222
<i>Frica de graviditate și boli venerice</i>	223
<i>Negarea plăcerii</i>	223

<i>Stimularea inadecvată</i>	223
<i>Depresia</i>	223
<i>Tulburări de personalitate</i>	223
<i>Medicația</i>	223
X.14. TRATAMENTUL ANORGASMIEI	224
X.15. DISFUNCȚIILE SEXUALE ALE CUPLULUI	225
X.16. CALITĂȚILE SEXOLOGULUI	227
XI. PSIHOLOGIA INTERVENȚIEI TERAPEUTICE	229
XI.1. PSIHOTERAPIILE	229
XI.1.1. PSIHOTERAPIA ȘI MEDICINA – O SINGURĂ ISTORIE	229
XI.1.2. O CLASIFICARE SCOLASTICĂ	231
<i>Psihoterapiile de încurajare</i>	232
<i>Psihoterapiile de susținere</i>	232
<i>Sugestia</i>	232
<i>Autosugestia</i>	233
<i>Hipnoza</i>	233
<i>Reveria dirijată</i>	234
<i>Reeducarea individuală</i>	234
<i>Biofeedbackul</i>	234
<i>Artterapia</i>	235
<i>Meloterapia</i>	236
<i>Cromoterapia</i>	237
<i>Psihoterapiile scurte</i>	237
<i>Psihoterapia nondirectivă de tip rogersian</i>	238
<i>Logoterapia</i>	239
<i>Analiza existențială (Daseinsanalyse)</i>	239
<i>Psihanaliza</i>	239
<i>Psihoterapia jungiană</i>	240
<i>Psihoterapia adleriană</i>	240
<i>Terapiile de grup</i>	240
<i>Psihodrama</i>	241
<i>Terapiile familiale</i>	241
XI.1.2. EVALUARE ȘI EFICIENȚĂ ÎN PSIHOTERAPIE	242
XI.1.2. INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII ALE PSIHOTERAPIEI	243
XI.2. LUMEA MEDICAMENTULUI	244
XI.2.1. MEDICAMENTUL – ISTORIE ȘI CONTEMPORANEITATE	244
XI.2.2. IMAGINI ALE MEDICAMENTULUI	245
<i>Imaginea externă și reclama medicamentului</i>	246
<i>Imaginile interne ale medicamentului</i>	247
XI.2.3. EFECTUL PLACEBO	248
XI.2.4. COMPLIANȚĂ, NON-COMPLIANȚĂ, ACCEPTANȚĂ	252
XI.2.5. IATROGENII	258
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ	261

I. OBIECTUL ȘI RELAȚIILE PSIHOLOGIEI MEDICALE

- I.1. PSIHOLOGIA MEDICALĂ, PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII
- I.2. PSIHOLOGIA MEDICALĂ: DEFINIȚIE, OBIECT, CONȚINUT, INTERRELAȚII
- I.3. PSIHOLOGIE MEDICALĂ, PSIHOLOGIA MEDICINEI, PSIHOLOGIE CLINICĂ – O FALSĂ DILEMĂ
- I.4. RAPORTUL PSIHOLOGIE MEDICALĂ ȘI CLINICĂ – PSIHOLOGIE
- I.5. RELAȚII CU DOMENIUL ȘTIINȚELOR MEDICALE ȘI BIOLOGICE
- I.6. RELAȚIA CU PSIHOPATOLOGIA
- I.7. RELAȚIA CU PSIHOSOMATICA
- I.8. PROLEGOMENE ÎN APARIȚIA PSIHOLOGIEI MEDICALE
- I.9. PSIHOLOGIA MEDICALĂ ÎN ROMÂNIA

I.1. PSIHOLOGIA MEDICALĂ, PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII

Psihologia medicală este și va rămâne, atâta timp cât arta medicală va dăinui, fundalul de stabilitate și umanitate în care aceasta își desfășoară demersul pragmatic, adică nobila înfruntare a suferinței și morții.

Vita brevis, ars longa – rămâne motto-ul care conține adevărul superb, dar și implacabil al unei meserii milenare în schimbare tot mai rapidă, schimbare ajungând la accelerații amețitoare în ultimele decenii.

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

Așa cum a arătat părintele medicinei – Hipocrate: medicul tratează bolnavi, nu boli. El este singurul care îl poate ajuta într-adevăr pe cel în suferință. În plus, medicul trebuie să știe să responsabilizeze pacientul în ceea ce privește comportamentul pentru sănătate, să împartă cu acesta laurii victoriei atunci când suferința este îndepărtată. Este o altă viziune și un alt mod de a înțelege lucrurile.

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

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

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

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

Gaston Berger spunea că *viitorul nu este numai ceea ce se poate întâmpla sau numai ceea ce are cele mai multe șanse să se producă. El este de asemenea ceea ce*

vom voi să fie. Psihologia medicală contribuie din plin la umanizarea medicinei, iar aceasta nu este decât o reîntoarcere în viitor.

Atâta timp cât actul medical implică întotdeauna relație și comunicare, se poate spune că medicina nu se poate practica fără psihologie, chiar dacă cunoștințele de psihologie au apărut ca „o *determinare inconștientă, acumulată în decursul practicii*” (Nayrac P, 1962).

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

Factorul psihic poate fi privit într-o dublă perspectivă: ca agent etiologic în majoritatea bolilor somatice plurifactoriale, cât și agent „furnizor de sănătate” – exclusiv ca în cazul psihoterapiei sau adjuvant la terapia medicamentoasă ori de altă factură (Bradu Iamandescu I și Luban-Plozza, 2002).

Unii situează medicina, prin practica și prin obiectul său, la polul opus psihologiei, văzând-o ca pe o antipsihologie (Tignol J). El adaugă că ne aflăm actualmente în fața unei științe medicale riguroase a cărei antipsihologie fundamentală este fondatoare și perfect justificată. Dimpotrivă, aceeași antipsihologie aplicată în cazul solicitării de îngrijiri, distinctă față de boală și definitorie dintotdeauna pentru condiția umană, este nu numai antiștiințifică ci și un eșec.

Delahousse este frapat de faptul că în spitalul general există o inadecvare din ce în ce mai evidentă între extraordinarul perfecționism tehnic cu împărțirea sarcinilor și depersonalizarea intervenanților pe care aceasta o impune și persistența unei mișcări masive ce împinge spre spital o masivă populație heterogenă care ridică probleme umane, sociale, psihice, care trăiește momente de criză, care utilizează diferite registre de exprimare somatică a cărei organicitate reprezintă doar un aspect și a cărei luare în grijă este total incompletă, aleatorie. O serie de autori americani atrag atenție că medicina ar trebui să aibă grijă să răspundă corect solicitărilor reale ale bolnavilor, deoarece aceștia încep să o evite îndreptându-se către practici non-medicale (vindecători, bioenergeticieni, vrăjitori).

I.2. PSIHOLOGIA MEDICALĂ: DEFINIȚIE, OBIECT, CONȚINUT, INTERRELAȚII

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

Dacă, în conformitate cu definiția lui Popescu Neveanu P. – obiectul psihologiei generale tratează procesele, sistemele și însușirile psihice integrând și problematica generică a personalității, studiul psihologiei medicale se poate restrânge la domeniile relațiilor interpersonale și ale grupurilor mici (Golu P.) și are ca obiect de studiu al psihologiei bolnavului și al relațiilor sale cu ambianța,

legăturile sale subiective cu personalul medico-sanitar (în mod predominant cu medicul) și cu familia.

Ea studiază și reacția psihică a bolnavului față de agresiunea somatică și/sau psihică (posibilă generatoare de boală) și mijloacele psihice de tratament. **Veil Cl.** adaugă ca aparținătoare de conținutul psihologiei medicale atitudinea în fața morții fenomenele de transfer și contratransfer, beneficiul secundar, relațiile umane de la nivelul spitalului.

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

Săhleanu V. și Athanasiu A. adaugă în sfera de preocupări a psihologiei medicale și problematica psihologică a profesiei medicale, separat de problematica relației interpersonale medic-pacient. Acești autori consideră că psihologia medicală trebuie să fie psihologia care are în centrul ei „drama” persoanei umane, punând accentul atât pe datele obiective, cât și pe cele subiective, în primul rând introspecția bolnavului și intuiția medicală.

SUBIECTE MAJORE ÎN STUDIUL PSIHOLOGIEI MEDICALE (după <i>British Psychological Society</i>)
funcțiile psihice elementare
psihologia socială
psihologia dezvoltării
diferențele individuale
psihologia în relațiile cu medicina (efectele psihologice ale bolii, relațiile medic-bolnav)

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

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

Această extensie către psihologia sănătății este legată strâns de noțiunea de sănătate mintală, valoare fundamentală a societății contemporane care a căpătat o

pondere deosebită în interesul opiniei publice. De altfel, chiar sănătatea a fost redefinită de Organizația Mondială a Sănătății ca fiind nu doar absența bolii, ci existența unei stări de bine și confort psihologic, somatic și social al individului.

I.3. PSIHLOGIE MEDICALĂ, PSIHLOGIA MEDICINEI, PSIHLOGIE CLINICĂ – O FALSĂ DILEMĂ

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

Dicționarul LAROUSSE definește *psihologia clinică* drept „*metodă specifică de înțelegere a conduitei umane care urmărește să determine simultan ceea ce este tipic și ceea ce este individual la un subiect considerat ca o ființă care trăiește o situație definită.*” (Sillamy N., 1995).

DOMENIILE DIN CARE PSIHLOGIA MEDICALĂ ÎȘI EXTRAGE DATELE
ancheta socială
tehnici experimentale
observare comportamentală
convorbirea de la om la om
date de biotipologie
date psihanalitice.

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

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

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

Psihologia clinică este văzută ca acționistă și, evident, legată de caz fără ca în unele situații să poată fi vorba de vreo legătură cu medicina.

Considerăm că despărțirea artificială psihologiei clinice – psihologiei medicală nu poate fi făcută, psihologia medicală având drept instrument de lucru metoda clinică. De asemenea, despărțirea psihologiei medicale de psihologia medicinei ni se pare un demers inutil care ar crea artificial un domeniu care nu ar avea unele specifice. Psihologia medicală se referă la atitudinea față de bolnav și boală, față de sistemele de îngrijire a sănătății, atât ale individului bolnav cât și ale celui sănătos, acest lucru incluzând logic și atitudinea medicului și a celor ce lucrează în domeniul medical față de propria profesiune.

ZONELE DE INTERVENȚIE ALE PSIHOLOGIEI CLINICE – după Mayer și colab. (1991)
psihologia transportului
psihologia muncii și organizațiilor
prevenția
handicapul mintal
psihologia judiciară
depistarea precoce
case de copii și adolescenți
spitale generale
gerontologie psihiatrică
foniatrie
centre de consultație și psihologie școlară
clinici psihosomatice și clinici de reabilitare
clinici și cabinete de consultații psihiatrice
cabinete private de psihoterapie și reinsertie

Nu vom putea fi niciodată în acord cu cei ce vorbesc despre o medicină psihologică, pentru că, așa cum am arătat anterior, obiectul medicinei este **individul uman care nu poate fi dezatribuit niciodată de dimensiunea sa psihologică în nici una din ipostazele sale.**

Argumente în favoarea folosirii termenului de „psihologie medicală” – Ionescu G (1995)
prezintă un domeniu mai vast decât psihologia clinică prin cuprinderea problematicii psihologice adiacente bolnavului,
fără a renunța la caracterul aplicativ psihologia medicală prezintă mari posibilități de esențializare și teoretizare a datelor, faptelor și observațiilor izvorâte din analiza clinică,
păstrând ca aspect fundamental elanul relațional interpersonal depășește aria observației imediate directe și individuale,
păstrează relații mai ample cu alte ramuri ale psihologiei, afirmându-se ca un domeniu aplicativ al psihologiei, spre deosebire de psihologia clinică care este ferm axată asupra pacientului.

I.4. RAPORTUL PSIHOLOGIE MEDICALĂ ȘI CLINICĂ – PSIHOLOGIE

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

Psihologia medicală este legată de *psihologia socială* în cele mai diverse moduri, de la relația sociologică medic-pacient, la *impactul profesiei medicale cu alte profesii conexe – medici, farmaciști, biologi, chimiști*, de la modelul biopsihosocial al bolii la modelele terapeutice privind *lumea medicamentului (psihologia reclamei, marketing)*, la calitatea vieții ca indicator modern de apreciere a intervenției terapeutice și a activității medicale, de la interrelațiile existente în interiorul instituțiilor de asistență, la atitudinea mass-mediei față de boală și suferință.

De asemenea, este legată de domeniul *psihologiei diferențiale*, care, folosind metodele psihometrice, testologia și psihodiagnoza se încadrează în principiile generale de evaluare, etalonare și diagnoză.

O interesantă și fundamentală legătură a psihologiei medicale ni se pare cea care se poate stabili cu *psihologia morală*. Aceasta are, în viziunea lui **Enăchescu C. (2002)**, ca obiect atât Eul cât și SupraEul și își concentrează studiul său asupra cunoașterii valorilor morale prin care persoana își construiește propriile sentimente morale, fiind complementară în acest fel psihanalizei. Psihologia morală caută să înțeleagă natura individului din punct de vedere sufletească și morală și să-i răspundă dilemelor legate de sensul vital și destin. Ea reface unitatea dintre prezența corporală ca exterioritate și interioritatea reprezentată de conștiință și sentimentul moral. Căutând să înțeleagă persoana aflată în suferință, psihologia morală oferă salvarea nu doar ca reparație ci și ca psihoterapie. A-l sprijini pe cel aflat în suferință are nu doar semnificația unui ajutor și a unui suport moral, ci este și o contribuție la restaurarea sa.

I.5. RELAȚII CU DOMENIUL ȘTIINȚELOR MEDICALE ȘI BIOLOGICE

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

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

I.6. RELAȚIA CU PSIHOPATOLOGIA

Ca și în cazul psihologiei medicale, definirea noțiunii de psihopatologie rămâne încă supusă disputelor cu atât mai mult cu cât folosirea unor sinonime de tipul patopsihologiei sau psihologiei patologice dispune la confuzia cu psihologia clinică. Astfel, dicționarul Larousse consideră că există o sinonimie între psihopatologie și psihologia patologică, care ar fi *disciplina având drept obiect studiul tulburărilor de comportament, de conștiință și de comunicare* (**Sillamy N., 1995**). Ea este plasată, în opinia acestui autor, la jumătatea drumului dintre psihologie și psihiatrie și completează abordarea clinică prin metode experimentale, teste și statistică.

Există uneori chiar tendința de a suprapune domeniul psihopatologiei peste cel al psihologiei medicale și a o prezenta pe aceasta ca forma în care medicul ia cunoștință de tulburările psihice.

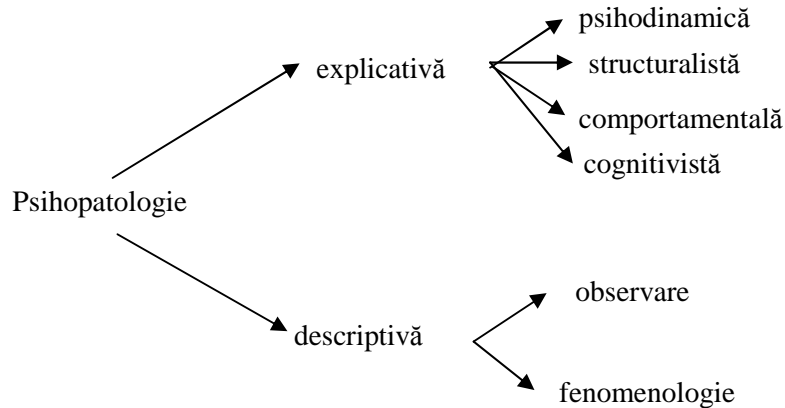
Psihopatologia nu abordează simptomele dintr-o perspectivă organică încercând să răspundă la întrebarea „de ce?”, ci se referă la desfășurarea acestora în comportamente anormale răspunzând la întrebarea „cum?”. Ea își propune să pătrundă în *universul morbid al subiectului* (**Sillamy N., 1965**) pentru a cunoaște viața psihică anormală în realitatea sa, mijloacele sale de exprimare, raporturile sale de ansamblu (**Jaspers K., 1928**). **Minkowski E. (1966)** precizează că psihopatologia este în raport cu psihologia, ceea ce patologia este în raport cu fiziologia, iar în raport cu clinica psihiatrică are statutul unei surori mai mici.

Psihopatologia este un studiu sistematic al trăirilor anormale, cunoașterii și comportamentului; studiul manifestărilor tulburărilor mintale (**Sims A., 1995**). Acest autor subliniază cele două direcții importante ale psihopatologiei: cea explicativă – aflată în raport cu construcțiile teoretice și cea descriptivă – care descrie și clasifică experiențele anormale relatate de pacient sau observate în comportamentul său.

Abordările domeniului psihopatologiei făcute din aceste două direcții au condus la o multiplicare a unghiurilor din care domeniul a fost analizat. Într-o lucrare recentă a lui **Ionescu Ș. (1995)** sunt inventariate nu mai puțin de 14 perspective diferite. Acestea sunt, în ordine alfabetică, abordarea ateoretică, behavioristă, biologică, cognitivă, din perspectiva dezvoltării, ecosistemică, etnopsihologică, etologică, existențialistă, experimentală, fenomenologică, psihanalitică, socială și structuralistă.

Este evidentă legătura psihopatologiei cu psihologia medicală căreia îi oferă mijloacele de abordare a unor situații decurgând din cunoașterea topografiei și

dinamicii unor situații patologice. Noțiuni de psihopatologie vor face întotdeauna parte structurală din corpul psihologiei medicale.



I.7. RELAȚIA CU PSIHO-SOMATICA

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

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

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

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

Această nouă fațetă, psihosomatică, a medicinei moderne (de fapt, o reactualizare susținută cu argumente științifice pluri- și interdisciplinare a viziunii medicale hipocratice) este generată de mutațiile survenite în planul asistenței medicale și în cel al educației medicale. În prima categorie este de menționat includerea psihologului în echipa de îngrijire a bolnavilor psihiatrici și somatici sau înființarea unor clinici de psihosomatică în cadrul unor unități spitalicești (**Luban-Plozza B., Iamandescu B.I., 2002**).

Psihosomatica contemporană a investigat și a acceptat diferite mecanisme de sorginte psihanalitică, cognitivă sau adaptativă ca generatoare ale suferințelor psihosomatice.

O mare varietate de acuze somatice care antrenează convingerea pacienților că ei sunt suferinzi din punct de vedere corporal, în ciuda unor probleme emoționale sau psihosociale demonstrabile, rămân în afara unei posibilități de definire clare. Disconfortul somatic nu își are explicație sau are una parțială, în ciuda convingerii cvasiunanime a pacientului că suferințele lui își au originea într-o boală definibilă care îl determină să ceară ajutor medical și care îi determină incapacitatea și handicapul (**Lipowski, 1968; Kleinman, 1977; Katon, 1982; Kirmayer, 1984; Kellner, 1990**).

În contrast cu simularea, simptomele somatice nu sunt sub control voluntar. Tulburările somatoforme diferă și de simptomele psihice consecutive unei afecțiuni medicale prin aceea că nu există nici o situație medicală care să poată fi considerată ca pe deplin responsabilă pentru simptomele somatice. Cei mai mulți autori afirmă că acest concept, care grupează situații diferite, are drept numitor comun disconfortul corporal neexplicat, generat de probleme psihiatrice, psihologice sau sociale. Prin numeroasele sale aspecte, somatizarea este problema comună a unui număr mare de probleme medicale (**Ford, 1983**). În mod cu totul paradoxal, somatizarea este o problemă majoră de sănătate publică, simptomele funcționale fiind printre primele cauze de incapacitate de muncă și incapacitate socială. Tot în sfera sănătății publice intră și faptul că pacienții cu simptome somatice neexplicate, recurente, sunt adesea investigați în *extenso*, spitalizați, supuși unor proceduri de diagnostic invazive, unor tratamente medicale în care polipragmazia se împletește cu metode recuperatorii costisitoare și care creează boli iatrogene adeseori mai grave decât presupusele boli somatoforme.

O abordare din direcția psiho-somatică permite după **Iamandescu (1998)** realizarea următoarelor obiective:

OBIECTIVE REALIZATE DE DIRECȚIA PSIHO-SOMATICĂ (după Iamandescu I.B., 1998)	
<i>Stabilirea ponderii factorului psihic</i>	<i>în apariția bolii psihosomatice (factor de risc asociat)</i>
	<i>în ritmarea evoluției bolii psihosomatice (trigger-declanșant)</i>
	<i>ierarhizarea participării sale etiologice în contextul plurifactorial al bolii psihosomatice</i>

<i>Impactul bolii psihosomatice asupra psihicului bolnavului</i>	<i>reculul somato-psihic generat de disconfortul simptomelor;</i>
	<i>afectarea indicilor de calitate a vieții și a inserției socio-profesionale</i>
	<i>așteptarea anxioasă a recidivelor bolii</i>
<i>Personalitatea bolnavului</i>	<i>premorbidă („primară”) ← (factor genetic + factori de risc biografici)</i>
	<i>secundară bolii</i>
<i>Tulburări neuro-psihice induse de boală psihosomatică (sau coexistente ori precedând boala psihosomatică)</i>	
<i>Psihoterapia bolii psihosomatice – obiective</i>	<i>strategia de prevenire sau atenuare a stresului psihic (SP)</i>
	<i>modalități de antrenament pentru confruntare cu SSP</i>
	<i>influențarea efectivă a simptomelor bolii psihosomatice</i>
	<i>prioritatea pentru formule de relaxare și participare în grup</i>
<i>Asigurarea unei bune complianțe terapeutice</i>	<i>parteneriatul pentru sănătate dintre medic și pacient (asigurarea monito-rizării tratamentului, combaterea facto-rilor psihici perturbanți)</i>
	<i>implicarea familiei ± personalului medico-sanitar auxiliar în echipa terapeutică (Luban Plozza)</i>
<i>Programe educaționale și inițiative organizatorice pentru diverse categorii de pacienți (diabetici, cardiaci, reumatici etc.)</i>	

I.8. PROLEGOMENE ÎN APARIȚIA PSIHOLOGIEI MEDICALE

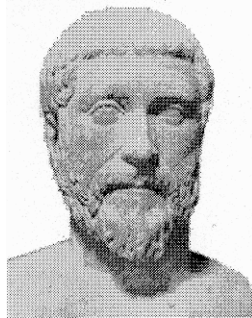
Se poate spune că este imposibil de separat momentul apariției psihologiei medicale de cel al apariției medicinei.

Acest lucru ține de o problemă fundamentală a medicinei și anume aceea a unității funcționale soma-psyche. Problema este apărută de la începuturile medicinei ca artă și știință în spațiul cultural european, respectiv o dată cu începutul filosofiei antice grecești. Înțelegerea unei simptomatologii și integrarea ei într-un model psihopatologic își găsesc explicații și, uneori, chiar sensibile răspunsuri în felul în care o abordare sau alta a transpus în timp, mai mult sau mai puțin complex, **un mod filosofic de a da perspectivă demersului logic.**

Vom marca câteva reperi din pasionanta istorie a apariției psihologiei medicale. Datele pe care le vom prezenta vin să confirme o dată în plus aserțiunea lui **Ebbinghaus** conform căreia *psihologia are un lung trecut, dar o scurtă istorie*, aserțiune care se potrivește cu atât mai mult psihologiei medicale.

- Nașterea medicinei a fost simultană cu cea a filosofiei, iar **miracolul hipocratic** nu poate fi în nici un fel separat de miracolul civilizației grecești.
„În ziua pe care o plănuise pentru a da o formă artei medicale, Dumnezeu a făcut să se nască un om provenit dintr-o veche familie de medici, la mare cinste în Grecia. L-a făcut să se nască în secolul cel mai luminat al antichității, astfel că a fost contemporan cu Socrate și maestru al lui Platon.” **Cayol J.B.**
- Înrudirea dintre formulările operelor hipocratice și ideile dezvoltate în diferite fragmente filosofice este indubitabilă, „întreaga Colecție hipocratică este legată printr-o mulțime de fire cu întreaga filosofie presocratică și socratică”. (**Dies A., 1927**).
- Școlile medicale, de la Knidos și Kos – cele mai importante școli de medicină ale antichității, s-au dezvoltat și au atins maxima înflorire în apropierea Miletului, unul din principalele centre comerciale, metropolă a sute de așezări și patrie a unor personalități proeminente ale filosofiei presocratice: **Thales, Anaximene, Anaximandru**.
- **Homer**, care nu poate fi considerat un filosof în sensul obișnuit al cuvântului, pune în poemele sale problema raportului dintre *psyche* (sufnul vieții care continuă să trăiască și după moarte într-o formă atenuată) și *soma* (cadavru nemișcat, ceea ce rămâne din agregatul mobil de mădule din care a dispărut *psyche*). **Homer** este cel care face prima legătură dintre cap și suflet, afirmând că sufletul eroilor iese pe gură, dar desparte *psyche* de *thimos*-spiritul, care ar fi localizat în diafragma (*phrenes*) cu care omul gândește și simte.
- **Thales** este reprezentantul cel mai important al școlii din Milet. El afirmă că substanța care stă la baza tuturor lucrurilor și se transformă în toate lucrurile este apa. El și școala ionică vor afirma derivarea lumii dintr-un principiu unic material.
- **Heraclit din Efes** va gândi ca element primordial focul în permanentă schimbare, ca și întregul Univers în care nimic nu rămâne imobil: „Lumea a existat întotdeauna, ea este și va fi mereu un foc viu”.
- Școala eleată, al cărui principal reprezentant a fost **Parmenide**, afirmă cu vigoare principiul identității pe care îl instalează în ființa însăși. Ființa este, după **Parmenide**, ceva profund divin, fără nici o personificare. Ființa este un tot perfect. Această concepție despre ființă va fi unul din filoanele care se va regăsi de-a lungul întregii istorii a gândirii occidentale. Lumea sensibilă percepută prin inter-mediul simțurilor este considerată doar aparentă, iar lumea aparențelor ar fi condusă de o divinitate situată în centrul ei căreia îi aparțin timpul și spațiul.
- Atomiștii (**Democrit, Leucip, Anaxagora**) propun o reprezentare a ființei printr-o multitudine de mici unități indivizibile, imuabile, indestructibile, care constituie fondul permanent al realului, care se alătură unul altuia în mii de feluri provizorii pentru a alcătui lumea schimbării. Atomiștii au făcut o încercare serioasă de a distinge între *psyche* și *nous* atât ca funcție, cât și ca localizare. *Nous-ul*, inteligența, intelectul, spiritul ființează separat de masa asupra căreia acționează.

- **Diogenes din Apolonia** consideră că legătura psyche-aer este evidentă pentru că de acesta din urmă depinde viața. În secolul al VI-lea psyche ajunge să absoarbă funcțiile *thimosului* homeric și termenul va fi folosit pentru totalitatea psihică a omului, în timp ce, în paralel, agregatul fizic al mădulelor și părților corporale va ceda locul lui soma, care nu mai înseamnă acum cadavrul, ci unitatea fizică corelată cu ceea ce psihic este psyche.
- **Pitagora** este primul gânditor grec care a căutat în structurile corp-orale suportul material al fenomenelor psihice, realizând la nivelul cunoștințelor epocii și în cadrul concepției cosmologice proprii interrelația suflet-corp. El a considerat sufletul (*pneuma*) o formă materială care se mișcă prin corp și este constituit dintr-un principiu cosmic – eterul. El reia modelul orfic privitor la suflet, dar îl extinde escatologic susținând natura cosmică a sufletului care se întoarce în spațiile siderale după moartea care îl eliberează din corp.



HIPPOCRATE DIN COS (460-356 a I.C.)

Medic și filosof grec. *Părintele medicinei*

- **Alcmenon din Crotona**, discipol al lui **Pitagora**, a fost o proeminentă personalitate medicală a timpului. El va fi cel care spune: „*Omul înțelege, în timp ce animalele celelalte percep, dar nu înțeleg ... Toate percepțiile ajung la creier și aici se pun de acord.*” În contrast cu ideile epocii, medicul filosof din Crotona încearcă să descopere relația sănătate-boală și să explice aceste stări fundamentale prin prezența unor factori naturali de origine internă sau externă. „*Izonomia forțelor umede, uscate, reci, calde, amare, dulci, este născătoare de sănătate, pe când monarhia lor provoacă boala; într-adevăr, monarhia oricăreia este un lucru primejdios.*”
- Opera lui **Socrate** este greu de separat de cea a lui **Platon**, ea fiind transmisă în mare parte prin conținutul dialogurilor platoniciene. Originile delfice ale gândirii sale îl vor îndemna spre cunoașterea de sine, spre o înțelegere profundă a naturii umane sub toate aspectele; nu a scris nimic și nu a lăsat nici o mărturie personală despre el însuși. Opera platoniciană, în totalitatea ei și în devenirea ei temporală, poate fi definită ca una în care ființa umană este prezența absolută, ca un discurs filosofic care își asumă omul ca element esențial.
- Concepția lui **Platon**, care vedea omul ca structură duală, în același timp trup și suflet, relevată în toate dialogurile referitoare la om, va marca întreaga cultură ulterioară (antică, medievală și modernă). În opera lui **Platon**, problematica corpului și a sufletului, care este inseparabilă,

constituie un fel de linie de creastă în continuitatea având, pe de-o parte, contextul arhaic în care filosofia a luat naștere, iar de cealaltă, tot ceea ce îi va succede de la **Aristotel** la epicurieni. Calea de rezolvare a conflictului este, așa cum o indica **Platon**, boala, care poate tot atât de bine să fie corporală, excesul de probleme cu care individul se confruntă evidențiind de o manieră mai generală un destin nefast sau malefic. **Platon** consideră sufletul „*uman și divin deopotrivă, luând în seamă înrâuririle și faptele ce îi sunt proprii*”. Sufletul este definit ca nemuritor prin faptul că se mișcă de la sine și este sursă și principiu al mișcării pentru toate câte se mișcă. Iar acest principiu este el însuși neînnăscut. Influența concepțiilor orfico-pitagoreice este evidentă: *psyche* – o unitate nemuritoare supusă renașterii ciclice într-un corp care este sursa tuturor relelor. Scopul vieții devenea astfel purificarea (*catharsis*) pregătirea pentru moarte și revenirea sufletului în mediul său natural – cosmosul. Din aceleași surse provine și doctrina reamintirii: nu ne reamintim detalii dintr-o viață anterioară, ci doar recunoașterea formelor (*eide*); *psyche* este facultatea prin care cunoaștem *eide*-le, pentru că sufletul este înrudit cu ele fiind nemuritor, invizibil și imaterial. **Platon** va reveni asupra acestor idei admitând că anumite funcții somatice aparțin și ele sufletului (care în *Phaidon* era considerat ca acționând independent de simțuri).

- **Aristotel**, fiu al unui important medic al vremii, elev și dizident al școlii platoniciene, considerat al doilea părinte al filosofiei, a abordat într-o manieră complet diferită problema sufletului și a corpului în partea a doua a tratatului despre suflet (*Peri psyches*). **Aristotel** considera corpurile vii realități „*care se hrănesc, cresc și dispar prin sine însăși*”, compuse din materie și din formă. El rupe dualismul metafizic corp-suflet, afirmând că realitatea formală a corpului nu este altceva decât sufletul „*entelechia*”. Deși în cursul perioadei platoniciene tratase sufletul ca pe o substanță completă care nu are nevoie de corp, în *De Anima* el precizează: „*Corpul viu și însuflețit (soma empsychon) este compus din hyle (principiul material) și eidos (principiul formal)*”. Studiind părțile sufletului, el alege calea funcțională, numindu-le facultăți (*dynameis*) și pornește de la cea fundamentală, cea nutritivă, până la facultatea distinctivă, *noetika*. Definind trei grade ale sufletului vegetativ, senzitiv și intelectual, ca trei forme ale unei unități indisolubile, **Aristotel** neagă teza despre imortalitatea sufletului, „*sufletul fiind cauza finală și formală a unui corp, nu poate supraviețui desfacerii unității acelui corp*” (*De Anima* 2, 415b). Pe de altă parte, unele considerații ale lui **Aristotel** despre suflet se extind în domeniul psihologiei, atât în ceea ce privește funcțiile perceptivă, cât și în cele cognitive. Pe lângă cele cinci simțuri, el concepe și un organ de simț comun care deosebește între percepțiile unor simțuri diferite. **Aristotel** vorbește despre imaginație ca producătoare de imagini independente de simțuri și despre opinii, care sunt produse ale imaginației supuse controlului intelectual. El consideră *pneuma* drept materie imediată a activităților psihice, fără să o considere și un principiu vital. De asemenea, consideră că manifestările sufletești de ordin emoțional și afectiv sunt posibile numai la nivelul cordului care este și

sediul către care converg informațiile de la nivelul receptorilor. De remarcat că, datorită prestigiului extraordinar de care s-a bucurat **Aristotel** (biserica catolică îl consideră „*precursor Christi în rebus naturalibus*”), modelele propuse de el au rezistat mai bine de două milenii. **Aristotel** va fi considerat cea mai prestigioasă personalitate științifică în tot Evul Mediu.

- Filosofii stoici, modifică radical viziunea asupra raportului suflet-corp. Stoicismul, materialism și monism în același timp, afirmă că **totul** este corporal cu excepția gândirii logice, vidului care înconjoară lumea și timpului și spațiului. Sufletul (*psyche*) este un corp (*soma*). Lumea însăși este un corp și o ființă pe care un divin corporal o străbate până în cele mai mici dintre bucățile sale, într-o manieră fizică. Natura este deci divină, putere demiurgică dar anonimă, intim legată de corpul lumii tot așa cum corpul uman este intim legat de sufletul său. De aici rezultă că viața lumii este una, așa cum unică este viața omului. Filosofia stoică este o filosofie a omului continuu într-o lume continuă. Nimic nu este mai puternic decât Natura, iar cel înțelept își va realiza natura sa. Accesul la înțelepciune era potrivit stoicilor condiționat de o adevărată cultură a corpului, mergând de la exerciții de respirație până la reprimări dure, legate de „*un symbolism macabru, un soi de canibalism metaforic*” (**Daraki M., 1993**). Dorința de stăpânire perfectă a corpului este legată de conceptul de *ataraxie* – absența tulburării, care ar conduce corpul la adevărata sa unitate cu sufletul, care la rândul lui, prin asceză, îl poate face să intre în unitate cu cosmosul. Adevărata înțelepciune constă în a accepta inevitabilul, care, de altminteri, se înscrie în ordinea universală perfectă. Omul trebuie să-și elimine din suflet orice fel de pasiuni, patimi, poftă, dorințe, pentru a putea rămâne astfel impasibil și tare în fața vicisitudinilor vieții. Stoicii spuneau că omul care dorește ceea ce nu depinde de el este un sclav.
- Școala epicureană este, ca și stoicismul, un monism și un materialism, dar foarte diferit de cel stoic. Această școală, ilustrată de **Epicur** și poetul latin **Lucretius**, afirmă că sufletul este la fel, ca și restul universului, alcătuit din atomi, fiecare din aceștia fiind insecabili, imuabili și inalterabili, deoarece sunt simpli, necompuși. Atomii sufletești sunt într-o stare mai puțin densă și deci sunt mai rapizi și mai liberi și sunt intim legați de corp, pe care îl însoțesc în toate fazele existenței sale, de la creșterea juvenilă până la îmbătrânirea sa și, în final, în moarte. Sufletul va fi deci afectat de bolile corpului și, în momentul morții, se va risipi în aer, se va dispersa. Sufletul cunoaște lumea exterioară prin simțurile corporale cărora le e martor sigur întotdeauna. Din toate corpurile sunt emanate imagini sau simulacre de origine materială, care vin și lovesc simțurile, impresionându-le. Toate problemele omului vin din faptul că adesea noi interpretăm greșit, cu erori de judecată, iluziile noastre și visele. Omul trebuie să trăiască pentru a evita necazurile, el trebuie să se elibereze de falsele temeri și să se bucure în liniște de plăcerile vieții.
- Creștinismul nu este o doctrină filosofică, dar doctrina creștină poate fi luată în considerație în ceea ce privește subiectul care ne interesează,

deoarece ea a pus într-un mod cu totul neașteptat problema raportului corp-suflet vorbind despre *încarnare*, adică de a deveni om al lui Dumnezeu, spirit în corp muritor. Isus suferă în corpul său și prin corpul său. Încarnarea lui Dumnezeu în Fiul Său uman semnifică unitatea cărnii ca unitate intimă a sufletului și corpului. Mai mult, chiar *reînvierea* este însoțită de dispariția corpului din mormântul sfânt, ea fiind o regenerare prin reîncarnare, subliniindu-se faptul că spiritul nu poate exista (coexista) decât în și prin corp. Așa cum arată opera Sfântului Augustin, creștinismul a reprezentat deschiderea spre o veritabilă cultură a elaborării interiorității umane. Dacă la greci sufletul păstra ceva fundamental impersonal, în creștinism sufletul este esențialmente individual, centrat pe un sine care în virtutea încarnării este chiar sinele divin. Caracterul său ascuns și misterios face să trăiască în profunzimi sinele individual, care, atunci când ajunge să se deschidă, iluminează și transfigurează totul, inclusiv corpul. Sufletul este diferit de orice realitate materială, el nu mai este un fel de materie mai fluidă ca la epicurieni, ci altfel de substanță, e o realitate de același ordin ca și adevărul. Moartea sufletului ar însemna separarea dintre el și adevăr, lucru imposibil deoarece există cosubstanțialitate. Dar adevărul este și *Dumnezeu* „*Eu sunt calea, adevărul, ...*”. În felul acesta, Dumnezeu este în suflet. El este interior și nu exterior sufletului. Este „*interior intimo meo*”. Dumnezeu se află astfel în adâncurile sufletului.

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



SF. THOMAS D’AQUINO (1225-1274)

Cel mai important teolog al Renașterii, canonizat în 1323, a fost supranumit „doctorul angelic”

- Evul Mediu și perioada renescentistă au fost dominate succesiv de gândirea aristoteliană și, ulterior, de cea platoniciană, neoplatonicismul apărând ca o reacție împotriva scolasticii medievale după secolul XIII. În problema corp-suflet ar putea fi luată în considerare contribuția lui **Muhammad ibn Rosd** cunoscut ca **Averroes**, stea de primă mărime, nu doar între arabi și nici doar în Evul Mediu (**Vlăduțescu G., 1973**). **Averroes** respinge ideea de miracol, ideea primordialității formei asupra materiei, ideea nemuririi sufletului, precum și teoria creației lumii

ex-nihil. Medic, jurist și filosof, el spune despre destinul final al omului că ar consta din eliberarea omului din închisoarea existenței sale corporale și intrarea sa într-o stare de euforie intelectuală obținută prin conjuncția intelectului material sau „posibil” cu intelectul „activ” supraindividual. „*Această conjuncție este un fel de perfecțiune divină a omului, unul din darurile lui Dumnezeu făcute acestuia*”. **Averroes**, comentând *De Anima*, afirmă că intelectul în stare potențială, pe care el în numește „intelect material”, unic și incoruptibil, este o substanță separată, identică pentru toți oamenii – el este inteligența speciei umane nemuritoare și eternă spre deosebire de indivizi și suflete.

- **René Descartes**, în opera lui, aduce o viziune nouă care va revoluționa gândirea filosofică creând noi temelii ideilor filosofice. În tratatul asupra pasiunilor, autorul încearcă să stabilească explicații fenomenelor sufletești și caută o modalitate de a exprima legătura dintre corp și suflet, care lucrează unul asupra altuia. Legătura dintre corp și suflet, credea **Descartes**, se face prin glanda pineală, glanda pe care, în ciuda a numeroase încercări, nu a reușit să o pună în evidență. El este conștient de faptul că orice gândire a sufletului, adică orice act al său, trebuie să aibă un răspuns într-o mișcare a corpului și, în mod contrar, orice mișcare a corpului se repercutează într-un fel oarecare asupra sufletului. Aceasta nu înseamnă că fiecare nu și-ar avea natura proprie, iar în ceea ce privește sufletul și simțirile sale primitive încearcă să facă o trecere în revistă a acestora. Filosofia lui **Descartes** este în mod categoric dualistă: tot ce există se reduce la două realități fundamentale ireductibile una la alta: întinderea și gândirea, *res extensa* și *res cogitans*. Gândirea este activă, se pune singură în mod spontan în mișcare. Iar întinderea e pasivă, fiecare mișcare transmițându-se din afară. Pasiunile primitive erau după **Descartes** tristețea, bucuria, dorința, ura și dragostea, admirația. Pasiunile acestea nu sunt, în opinia lui **Descartes**, apariții nefirești în sânul vieții noastre. Ele nu sunt rele sau bune, ci doar întrebuințarea pe care omul le-o dă nu este întotdeauna cea bună. În *Meditații*, **René Descartes** accentuează la maxim dihotomia corp-spirit, insistând asupra faptului că și corpul omenesc este de natură mecanică. Totuși, în dorința deosebită de a-și afirma existența cugetătoare, **Descartes** nu va reuși să înlăture confuzia pe care fuziunea sufletului și corpului o provoacă în experiența intimă a certitudinii factice de a exista (**Richir M, 1993**). Sistemul cartezian ar fi trebuit să răspundă dublei cerințe de a da o explicație mecanicistă pentru *substanța întinsă* (corpul) și o responsabilitate absolută *substanței gânditoare* (sufletul). Acest sistem salvgardează posibilitatea unui suflet nemuritor, corpul aparținând întinderii se putea dizolva în ea. Sufletul, interioritate pură a gândirii, își păstra autonomia. Cu tot efortul pe care l-a făcut, **Descartes** nu a putut rezolva problema. Trebuie remarcat însă, că în epocă, cerința sa de a nu admite decât explicații mecaniciste a avut un efect enorm asupra științei, înlăturând balastul reprezentat de pretensele explicații medievale.
- Secolul XVII este dominat de figura lui **Thomas Sydenham (1624-1689)** care reia și insistă asupra rolului etiologiei psihogene în întreaga patologie, meritându-și întru totul, și din acest motiv, supranumele de *Hipocrate al Angliei*.

- Două nume de referință marchează secolul al XVIII-lea: **Phillipe Pinel (1745-1826)** fondatorul psihiatriei franceze și cel al lui **Benjamin Rush** – părintele psihiatriei americane, personalități care, deși au acționat independent, au introdus concepte și metode cvasisimilare: o mai bună observare a bolnavilor, o atitudine mai umană față de aceștia și propunerea unui *tratament moral*.
- Secolul XIX deschide, prin ideile exprimate de **Heinroth Johann Christian (1773-1843)**, **Jacobi Karl-Wigand (1775-1858)**, **I.B.Friedrich, Charcot Jean Martin (1825-1893)**, **Lasegue Ernest-Charles (1816-1883)**, **Lotze, Tuke Daniel Hack (1827-1895)**, **Bechtereov Vladimir (1857-1927)**, calea spre delimitarea conceptului de psihologie medicală și chiar spre aplicarea în clinică a ideilor acesteia. Lor li se datorează termeni ca *psihosomatică*, *psihologie medicală*, *somatopsihic*, primele cărți și tratate în materie, apariția unor reviste ca *Annales Medico-Psychologiques*.
- **Ribot Th. (1839-1916)** este o figură remarcabilă prin extraordinara sa creativitate, care, atât prin studiile sale asupra memoriei, voinței și tulburărilor afective, cât și în lucrările sale privind psihologia sentimentelor și problemele psihologiei afective, deschide importante direcții în studiul psihologiei medicale.
- **Lightner W (1867-1956)**, fondatorul în 1896 a primei clinici de psihologie din Statele Unite ale Americii și a revistei *Psychological Clinic*. El este primul care folosește activitatea în echipă în examinarea, evaluarea și terapia psihologică a cazurilor.
- Secolul XX va fi influențat de lucrările lui **Freud S.** și ale școlilor de psihanaliză dezvoltate pornind de la acestea care vor avea un impact profund asupra medicinei și psihologiei. Psihanaliza va oferi psihologiei medicale nu doar un cadru teoretic privind personalitatea, ci și un model în ceea ce privește transferul și contratransferul, precum și explicații în ceea ce privește fenomenul nevrotic. În spațiul creat de psihanaliză și-au făcut loc ulterior alte concepte, precum stresul, behaviorismul, teoriile învățării. În 1913, în Tratatul său de psihopatologie, **Jaspers K.** introduce termenii de *psihologie comprehensivă* și de *fenomenologie*.
- Lucrările de psihologie medicală lui **Schilder P.** și **Janet P.** vor schimba întreaga perspectivă a primei jumătăți a secolului XX. Tot în această perioadă trebuie menționată opinia lui **Ernst K. (1888-1964)**, după care psihologia medicală trebuie considerată ca o psihologie a nevrozelor, ca expresie a psihologiei sufletului omenesc în general. *Cel care înțelege nevrozele cunoaște și ființa umană și devine mai bine format pentru alte exigențe ale profesiunii medicale.*



PIERRE JANET (1859-1947)

Celebru psiholog, psihiatru și filosof francez, introduce noțiunea de subconștient și pe cea de psihastenie, este un adept al psihologiei conduitei și un critic fervent al psihanalizei freudiene.

- După 1950 psihologia clinică va redeveni obiect de studiu în Franța și în Statele Unite, numeroși psihiatri și psihologi de marcă îndreptându-și interesul spre acest domeniu: **Jean Delay, Pierre Pichot, Pierre Sivadon, Philippe Jeammet, E.Stern, Daniel Lagache, Dollard și Miller, Eysenck H.S.**
- Un loc aparte trebuie consacrat lucrărilor **Școlii de la Tavistok Clinic** reprezentată strălucit prin lucrările lui **Michael Balint**, care în lucrarea sa „*Medicul, bolnavul și boala*” își propune descrierea procesului privind relația medic-bolnav, cu efectele secundare neprevăzute sau nedorite de remediile medicale, descripția semnelor de diagnostic care să permită recunoașterea în timp util a procesului patologic și modelul corespunzător de psihoterapie în cadrul acestor relații complexe. El a subliniat importanța transferului și a încărcăturii afective negative pe care medicul în continuă confruntare cu boala o capătă, nevoia acestuia de a se descărca de trăirile de acest tip.

I.9. PSIHOLOGIA MEDICALĂ ÎN ROMÂNIA

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

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

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

În țara noastră, psihologia medicală este ilustrată de lucrările și activitatea unor personalități ca: **Eduard Pamfil, Nicolae Mărgineanu, Ion Biberi, Victor Săhleanu, Mircea Lăzărescu, Andrei Atanasiu, Ioan Bradu Iamandescu, Constantin Daniel, George Ionescu, Constantin Enăchescu, Virgil Enătescu, Adrian Restian, Tadeusz Pirozynski, Gavril Cornuțiu.**

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

II.1. ACCEPȚIUNILE TERMENULUI DE NORMALITATE ȘI DEZVOLTAREA CONCEPTULUI

II.2. NORMALITATE ȘI SĂNĂTATE

II.3. NORMALITATEA CA VALOARE MEDIE

II.4. NORMALITATEA CA UTOPIE

TABEL: CONCEPȚII PSIHANALITICE DESPRE NORMALITATE

15 VALORI FUNDAMENTALE ALE SOCIETĂȚII AMERICANE CONTEMPORANE

II.5. NORMALITATEA CA PROCES

II.6. NORMALITATE ȘI COMUNICARE

II.7. NORMALITATE ȘI ADAPTARE

II.1. ACCEPȚIUNILE TERMENULUI DE NORMALITATE ȘI DEZVOLTAREA CONCEPTULUI

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

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

Anomalie provine din cuvântul grec „*omalos*” care înseamnă egal, regulat, netEditura El este opus regularității.

O normă este o regulă, ceea ce servește la a face dreptate, a dresa și a redresa, a norma, a normaliza înseamnă a impune o exigență unei existențe, unui dat, a cărei varietate și lipsă de legătură este oferită unei priviri atente ca o nedeterminare ostilă sau chiar stranie.

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

Orice demers psihologic și medical va rămâne sub semnul unei periculoase incertitudini în absența definirii normalității, sarcină pe cât de utilă pe atât de ingrată.

La dificultățile de circumscriere ale normalului din alte domenii de studiu ale medicinei se adaugă, atunci când este vorba de sănătatea mintală, o serie de criterii exterioare sferei biologicului, aici fiind mai adevărată ca oriunde în altă parte părerea că acest atribut al omului nu se poate cuantifica precis.

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

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

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

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

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

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

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

Unii autori consideră că psihiatria este centrată pe anormalitate, această imagine deformată fiind de fapt o răsturnare pesimistă a perspectivei medicale, care și-a propus întotdeauna o revenire în cadrul normalului; normalul nu pare o limită, deși, din perspectiva bolii, el este una.

Patru perspective par să înglobeze majoritatea numeroaselor concepte clinice și/sau teoretice care se referă la normalitate, dar, deși acestea sunt unice, au domenii de definiție și de descriere, de fapt ele se completează una pe cealaltă și numai sumarea lor poate da imaginea cea mai apropiată de real.

II.2. NORMALITATE ȘI SĂNĂTATE

Prima perspectivă, cea a normalității ca sănătate, este una tradițională, cei mai mulți medici și, printre aceștia, și psihiatri echivalând normalitatea cu starea de sănătate căreia i se atribuie caracterul unui fenomen universal.

Dacă toate comportamentele ar fi înscrise pe o scală, normalitatea ar trebui să cuprindă porțiunea majoritară dintr-un continuum, iar anormalitatea să reprezinte mica porțiune rămasă.

Normalitatea, adică sănătatea, în cazul nostru cea mintală, pare a fi o vastă sinteză, o rezultantă complexă a unei mulțimi de parametri ai vieții organice și sociale, aflați în echilibru dinamic, ce se proiectează pe modelul genetic al existenței individuale, nealterat funcțional și morfologic, în istoria sa vitală.

Manifestarea acestei stări de sănătate ar fi existența unei judecăți și a unei viziuni realist-logice asupra lumii, dublate de existența unei discipline psihologice și sociale, pe fundalul bucuriei de a trăi și al echilibrului introversie-extroversie.

Desigur, limita normal-patologic este extrem de complicată, interferențele și imixtiunile celor două domenii fiind un imprezibil labirint. Nici un univers nu este mai greu de analizat decât psihismul și nici o nebuloasă mai complicată decât individul, orice încercare de standardizare, așa cum arătăm, lovindu-se de un previzibil eșec. Ne aflăm în prezența unor nisipuri mișcătoare pe care este schițată fragila graniță dintre două sisteme, unul căutând să-și crească, celălalt să-și scadă în permanență nivelul organizațional sau, poate, entropia informațională.

Dacă boala este „*viața îngrădită în libertatea ei*”, (**Marx K.**) înțelegând prin aceasta nu numai aspectele strict biologice, ci și pe cele sociale și existențiale, acest lucru își găsește o ilustrație particulară în psihiatrie, magistral formulată de **Henri Ey**, care arată că *bolnavul mintal este privat atât de libertatea exterioară, cât și de cea internă.*

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

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

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

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

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

Boala psihică se obiectivează prin fizionomii tipice ale anumitor tipuri de existențe, conduite, idei, credințe, ce contrastează cu uniformitatea și conformismul

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

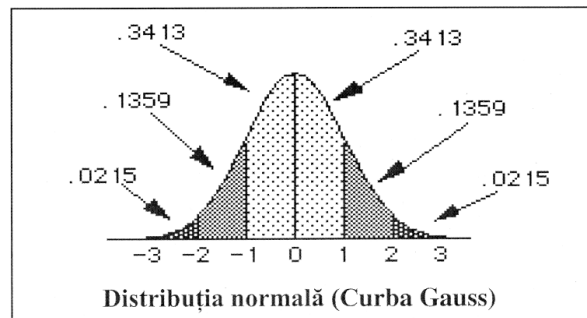
II.3. NORMALITATEA CA VALOARE MEDIE

Un mod obișnuit de a concepe normalitatea, folosit în studiile normative de tratament, se bazează pe descrierea statistică a fenomenelor biologice, psihologice și sociale conform repartiției *gaussiene* a curbei în formă de clopot.



CARL FRIEDL GAUSS (1777 – 1855)
Genial matematician german

Această abordare concepe porțiunea mediană cea mai importantă ca dimensiune drept corespunzătoare normalului, iar ambele extreme, ca deviate.



Conform acestei abordări un fenomen cu cât este mai frecvent cu atât poate fi considerat mai „normal” iar cu cât este mai rar, mai îndepărtat de media statistică, cu atât apare ca fiind mai anormal. Deși acest tip de normă creează impresia că este foarte „obiectiv”, nu este suficient de operant pentru medicină. Abordarea normativă bazată pe principiul statistic descrie fiecare individ în termenii evaluării generale și al unui scor total. În anumite contexte fenomenele morbide pot fi frecvent înregistrate,

chiar „endemică” (de exemplu caria dentară, unele infecții etc.), fără ca prin aceasta ele să poată fi considerate normale, după cum urmând aceeași regulă a frecvențelor unele fenomene absolut normale pot căpăta aspectul anormalității (de exemplu: persoanele care au grupa sangvină AB (IV), RH negativ).

Acceptarea normalității ca fenomen natural (și nu este greu de admis acest lucru, atâta timp cât afirmăm „cu tărie” că boala este un astfel de „fenomen”) are implicații metodologice și funcționale majore. Rezultă deci că acceptarea normalului mediu, noțiune cu care operează întreaga medicină, este logică și constructivă, înlăturând în mare parte arbitrarul și „judecățile de valoare”.

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

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

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

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

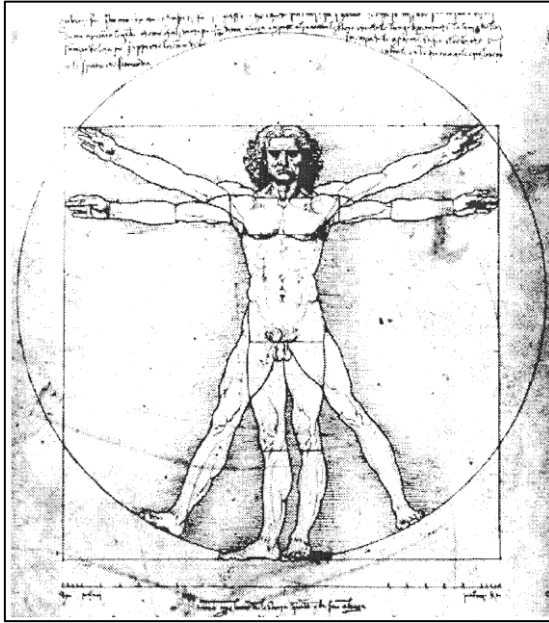
Henri Ey s-a opus întotdeauna cu putere ideii unei normalități statistice făcând din nivelul maturității corpului psihic o medie abstractă. El consideră că norma nu este exterioară ci înscrisă în arhitectura corpului psihic. În vârful piramidei funcționale a corpului psihic domnește o activitate psihică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

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

II.4. NORMALITATEA CA UTOPIE

În această perspectivă se stabilește o normă ideală (valorică) referitoare la un ideal de normalitate atât din punct de vedere individual, cât și comunitar. Acesta poate fi exemplificat prin unele „tipuri ideale” pe care le descrie, le invocă și le promovează o anumită cultură și care se exprimă în formulări normative, prescriptive.

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



Leonardo da Vinci
Studiul proporțiilor corpului
omenesc – Omul vitruvian

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

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

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

Cloutier F. afirmă despre *conceptul de sănătate mintală că nu poate fi înțeles decât prin sistemul de valori al unei colectivități*.

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

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

Colectivitățile umane concrete își organizează existența în raport cu idealuri comunitare în care transpar legi, modele educaționale, legende și epepei, mitologia și mistica, istoria respectivului grup.

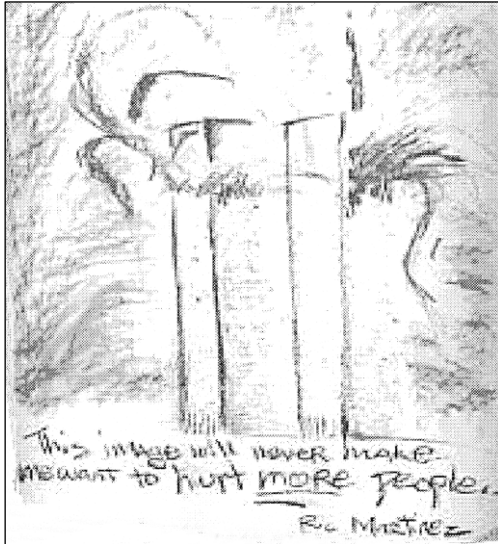
Normalitatea ideală definește felul în care individul și comunitatea consideră că persoana **ar trebui să fie**. Desigur, normativitatea ideală nu este și nici nu poate fi niciodată atinsă efectiv cu atât mai mult cu cât ea variază mult în funcție de contextul socio-cultural istoric și geografic (etnic, comunitar, statal, religios, ș.a.).

CONCEPȚII PSIHANALITICE DESPRE NORMALITATE

S. FREUD	Normalitatea este o ficțiune ideală; fiecare ego este psihotic într-un anumit moment într-o măsură mai mare sau mai mică;
K. EISSLER	Normalitatea absolută nu poate fi obținută, deoarece persoana normală trebuie să fie pe deplin conștientă de gândurile și sentimentele sale;
M. KLEIN	Normalitatea este caracterizată prin tărie de caracter, capacitatea de a face față emoțiilor conflictuale, capacitatea de a trăi plăcerea fără a provoca conflicte și capacitatea de a iubi;
E.ERIKSON	Normalitatea este capacitatea de a fi stăpân pe perioadele vieții: încredere/neîncredere; autonomie/îndoială; inițiativă/vinovăție; activitate, producție/inferioritate; identitate/confuzie de rol; creație/stagnare; integritatea ego-ului/disperare.
L. KUBIE	Normalitatea este capacitatea de a învăța din experiență, de a fi flexibil și de a te adapta la schimbările din mediu;
H. HARTMANN	Funcțiile libere de conflicte ale ego-ului reprezintă potențialul persoanei pentru normalitate; măsura în care ego-ul se poate adapta la realitate și poate să fie autonom sunt asociate sănătății mintale;
K.MENNINGER	Normalitatea este capacitatea de a se adapta lumii exterioare cu mulțumire și cu capacitatea de a stăpâni fenomenul de aculturație;
A. ADLER	Capacitatea persoanei de a dezvolta sentimente sociale și de a fi productiv/creativ sunt legate de sănătatea mintală; capacitatea de a munci crește stima de sine și face persoana capabilă de a se adapta.
R. E. MONEY-KRYLE	Normalitatea este capacitatea de a atinge deplina conștiință de sine care, de fapt, nu este niciodată pe deplin obținută.
O. RANK	Normalitatea este capacitatea de a trăi fără teamă, vinovăție sau anxietate și aceea de a avea responsabilitatea propriilor acțiuni.

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

Oricât ar părea de neobișnuit, se poate spune că nu există valori generale acceptate simultan de toți membrii unei societăți sau într-un proces sincron de toate societățile care își desfășoară existența la un moment dat. Recentele atentate sinucigașe din septembrie 2001 în marile metropole americane au făcut o demonstrație spectaculoasă a acestei aserțiuni.



„Această imagine nu mă va face niciodată să rănesc mai mulți oameni.”

RIC MARTINEZ

Desen lipit pe un zid din Washington Square Park, New York City, în 14 septembrie, 2001

15 VALORI FUNDAMENTALE ALE SOCIETĂȚII AMERICANE CONTEMPORANE
(Williams, 1970)

- succesul,
- munca disciplinată,
- orientarea morală,
- moravuri umaniste,
- eficiența și pragmatismul,
- progresul,
- confortul material,
- egalitatea șanselor,
- libertatea,
- conformismul la norme (care nu exclude individualismul),
- naționalismul științific,
- patriotismul și naționalismul („*American way of life*”),
- democrația,
- individualismul,
- temele superiorității grupurilor (etnice, rasiale, de clasă, religioase).

Lacan se întreabă dacă diferența între inconștientul unui sănătos și inconștientul unui bolnav este importantă, radicală. Sănătatea conține boala, așa cum conștientul conține inconștientul.

Sunt autori care consideră că marea eroare care se face în întreaga psihopatologie contemporană sau, mai exact, în psihopatologia timpurilor moderne este ideea că inconștientul fiind patogen și omul fiind condus de inconștientul propriu, toți oamenii pot fi în mod egal și arbitrar considerați normali și anormali. O psihologie a inconștientului care ar reduce întreaga activitate psihică la inconștient este la fel de puțin corectă (valabilă) ca o psihologie a conștiinței care ar reduce întreaga activitate psihică doar la cea conștientă.

Totuși, o astfel de perspectivă este absolut necesară atunci când psihiatrții, psihanaliztii sau alți psihoterapeuți încearcă să discute criteriile de evaluare ale succesului unui tratament.

II..5. NORMALITATEA CA PROCES

Este o a patra perspectivă asupra normalității care pune accentul pe faptul că un comportament normal este o rezultată finală a subsistemelor care interacționează între ele.

Ea operează cu așa numita normă responsivă sau funcțională (**Kolle K.**) care reflectă măsura în care un organism, o persoană, un subiect își împlinește rolul funcțional pentru care există în economia sistemului supraiacent din care face parte. Luând în considerare această definiție, schimbările temporale devin esențiale pentru completa definiție a normalității. Cu alte cuvinte, normalitatea – ca proces – consideră esențiale schimbările și procesele mai mult decât o definire transversală a normalității.

Din păcate, deși această normă pare să fie cea care ne interesează, ea este fixistă și deterministă. Nu se poate răspunde la întrebarea – care este rolul funcțional pentru care o persoană există? Ba mai mult, în sistemele supraiacente din care individul face parte, în câte trebuie să fie eficient, pentru a fi considerat normal?

Cercetătorii care subscriu acestei abordări pot fi recunoscuți printre reprezentanții tuturor științelor comportamentale și sociale. Cel mai tipic dintre conceptele acestei perspective este conceptualizarea epigenezei în dezvoltarea personalității și cele opt stadii de dezvoltare esențiale în atingerea funcționalității adulte mature.

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

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

II.6. NORMALITATE ȘI COMUNICARE

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

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

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

II.7. NORMALITATE ȘI ADAPTARE

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

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

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

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

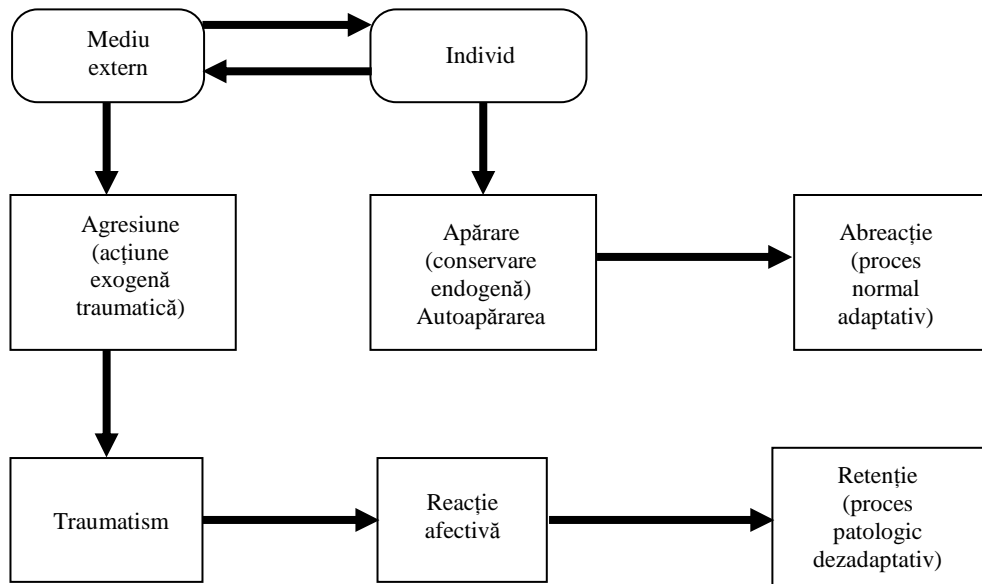
Starobinski J. descrie procesul de inadaptare în următoarea secvențialitate:

- în reacții, între răspuns și stimul nu există nici o adecvare, primul fiind mult mai intens decât ar trebui să fie în mod normal sau inadecvat. Același lucru este valabil și pentru dezvoltări în care acest proces se amplifică atât vertical (în dimensiunea temporală), cât și longitudinal, ca intensitate și nespecificitate.
- în nevroze există o slabă capacitate adaptativă la lume și la problemele personale, resimțite dureros de subiectul care rămâne în restul timpului „în afara jocului” .

După **Enăchescu C.**, nevrozele ar apărea ca un conflict între acțiunea practică și rezultatele acesteia.

- în procesele organice și în endogenii nu se mai poate vorbi despre adaptare ca mecanism fundamental declanșator sau patoplastic. Exagerările în acest sens au fost sancționate cu respingerea de către majoritatea psihiatrilor.

Dezadaptarea este aici un efect, și nu o cauză a bolii.



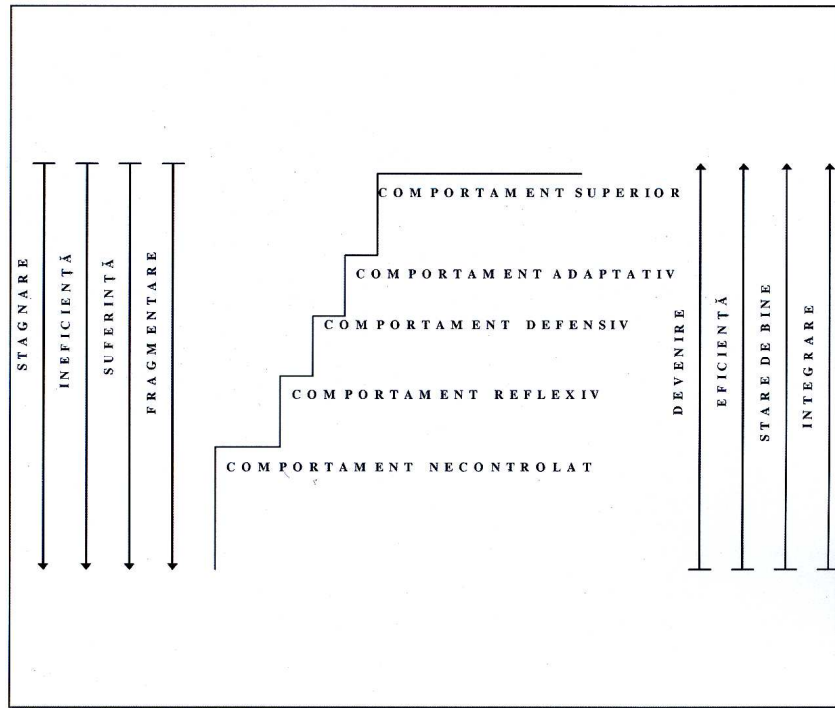
Adaptarea oferă celor care evaluează starea de sănătate și specialiștilor un nou și contrastant aspect al conceptualizării stării de sănătate și bolilor. Mai mult decât atât, focalizându-se pe tulburări, dureri, stres, destabilizări și alte dereglări ale funcțiilor umane, adaptarea ne permite să căutăm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

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

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

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

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



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

Problema este dacă psihiatrul, definind modelul normalității și scăpând de confuzionism nu cade în cursa idealizării sau standardizării. Etiologia bolii psihice rămâne eclectică, scrie **Lanteri Laura G. (1968)**, amestecând împrejurările, sexul, temperamentul, intoxicațiile, singurătatea, emoțiile, circumstanțele organice și multe altele într-un ansamblu care poate să pară omogen.

A compara individul cu el însuși în logica conduitelor sale, contradicțiilor și conflictelor sale, în alegerile sale, în propriile sale norme este cea mai fecundă perspectivă în comparație cu a-l confrunta cu o normă externă (Zaguri D., 1998).

Pentru psihiatru, anormalitatea nu este doar o variație, o „îndepărtare” pur cantitativă de normalitate ca *medie statistică*: un individ nu poate fi categorisit ca bolnav psihic doar pentru că este vehement în apărarea ideilor proprii, exaltat prin convingerile sale, genial prin creativitatea sa, răufăcător prin comportamentul său delictual sau scandalos, prin perversiunile sale (**Ey H., 1979**).

Se poate rezuma că modelul normalității este reprezentat prin primatul unei conștiințe clare, „conținând” inconștientul și dând în acest fel posibilitatea dezvoltării activităților superioare care garantează libertatea umană. Norma este înscrisă în interioritatea corpului psihic normal, boala determinată organo-genetic este o alterare a ordinii normative de o destructurare a câmpului conștiinței.

III. SĂNĂTATE ȘI BOALĂ, ADAPTARE ȘI STRES

III.1. CONCEPTELE DE SĂNĂTATE ȘI SĂNĂTATE MINTALĂ

III.2. ANORMALITATE ȘI BOALĂ

III.3. COMPORTAMENTELE ANORMALE

III.4. CONCEPTUL DE BOALĂ PSIHICĂ

III.5. DIMENSIUNI EXISTENȚIALE ALE BOLII PSIHICE

III.6. DESPRE CONCEPTUL DE ADAPTARE

III.7. STAREA DE SĂNĂTATE ȘI ADAPTAREA

III.8. CONCEPTUL DE STRES

III.9. COMPORTAMENTE ADAPTATIVE

III.1. CONCEPTELE DE SĂNĂTATE ȘI SĂNĂTATE MINTALĂ

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

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

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

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

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

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

Cornuțiu G. (1998) afirmă că un om sănătos psihic este acela care trăiește și afirmă o stare de confort psihic într-o coerență și globalitate care nu este sesizată nici un moment în mod fragmentar și într-o continuitate care presupune o dominantă a sentimentelor pozitive constructive și optimiste față de cele negative. Omul sănătos psihic este activ și are plăcerea acestei activități, o caută, este voluntar, vrea să se afirme, să se îplinească. El are un set de valori ierarhizate și voluntare pe care le promovează.

După **Lăzărescu M. (1995)** sănătatea presupune o *perspectivă dinamică* prin care se precizează modalitățile normal-sănătoase de structurare și funcționare a individului la diverse vârste, capacitatea sa de dezvoltare, maturare, independentizare,

complexificare, precum și capacitatea de a depăși sintetic diversele situații reactive și stresante. **Fromm E.** leagă conceptul realizării individului în concordanță cu restul indivizilor din comunitatea respectivă, care este în continuă schimbare, în permanent progres, într-o permanentă căutare. Credem că putem adăuga că problema normalității trebuie corelată cu însăși dezvoltarea comunității respective, ținând seama de particularitățile fiecărei etape pe care o parcurge.

O altă corelație trebuie făcută cu etapele de vârstă ale subiectului: copilărie, adolescență, adult, vârstnic, deoarece în fiecare etapă a dezvoltării sale subiectul poate avea o poziție diferită față de unul și același eveniment.

Krafft consideră că un individ reacționează în mod normal, dacă în cursul dezvoltării sale se arată a fi capabil de o adaptare flexibilă față de situațiile conflictuale, când este capabil să suporte frustrările și anxietatea care rezultă din ele.

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

Klinederg o admite ca pe o stare care permite dezvoltarea optimă fizică, intelectuală și emoțională a individului, care să-l facă asemănător cu ceilalți indivizi.

Dar, așa cum arată **Prelipceanu D.** (2000), norma suportă o certă condiționare istorică, reprezentările și convențiile oamenilor despre ei înșiși și despre viața în colectivitatea socială modificându-se (lent, dar sigur) în urma evoluțiilor în utilizarea uneltelor și în arsenalul instrumentelor de expresie culturală. Normele semnifică ritmurile și gradele de evoluție a societății umane, indicând, pentru a forța o metaforă și, dacă se poate spune așa, „starea de sănătate” a societății.

Dificultățile cele mai importante în raport cu dezideratul detectării unei norme a sănătății mintale sunt următoarele:

- tripla ipostaziere și dimensionarea contradictorie a ființei umane în corporalitate, psihic și socialitate,
- terapia disfuncțiilor de expresie corporală să fie guvernată de legile naturii și prin procedee subsumate acestora, în timp ce disfuncțiile vieții psihice și, mai ales cele ale relaționării sociale, să fie depășite prin raportarea la normativitate și prin recuperarea indivizilor în suferință în interiorul normei,
- istoricitatea normelor.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. stimulii care derivă din mediul intern sau extern de-a lungul vieții sunt structurați, predictibili și explicabili,

2. că există resurse disponibile pentru ca el să poată răspunde la solicitările determinate de acest stimul și că

3. aceste solicitări sunt provocatoare, benefice pentru investiția afectivă și angajare”.

Simțul intern al coerenței înseamnă capacitatea de a găsi sensuri lucrurilor, capacitatea de a înțelege semnificația solicitărilor la care individul este supus și capacitatea de control și decizie.

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

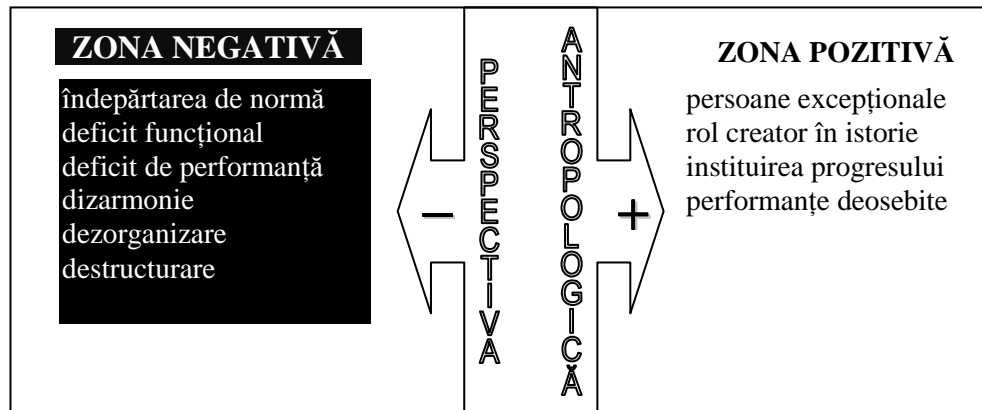
Simțul intern al coerenței este o sinteză a concepției despre lume a persoanei în timp, într-o anumită epocă.

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

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

III.2. ANORMALITATE ȘI BOALĂ

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



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

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

Reacția biologică sub formă de stres este normală între anumite limite, la fel ca reacția psihică la spaime sau pierderi. Modificările bio-psihice din etapele critice ale dezvoltării, cum ar fi cele din pubertate sau climax, pot fi patologice dacă se

întâlnesc la alte vârste ș.a. În definirea stării de sănătate sau de boală joacă un rol parțial, dar foarte important, perspectiva subiectivă, felul în care subiectul se resimte și se autoevaluează. Totuși, nici acest criteriu nu este suficient: de obicei, omul bolnav „nu se simte bine”, are dureri, se autoapreciază deformat, suferă, dar uneori, în psihiatrie, starea de „bine subiectiv” poate fi concomitentă cu o stare de boală așa cum se întâmplă în sindromul maniaco-depresiv. În patologia umană joacă un rol important *dimensiunea interpersonală*, a capacității de iubire și prietenie echilibrată, precum și *perspectiva socială*, nivelul și modul de „funcționare socială” a persoanei și opinia colectivității privitoare la normalitatea și sănătatea psihică a unui individ, la faptul dacă i se pot încredința responsabilități comunitare. Cu toate acestea și aceste criterii sunt relative și insuficiente. Ele depind de incidența obiceiurilor, mentalităților, normelor și ideologiilor, a imaginii pe care sănătatea și boala o au într-o anumită civilizație.

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

Anormalitatea (abatere de la un model comportamental mediu, fie că acesta este statistic, ideal sau procesual, acceptat de membrii unei societăți determinate în timp și spațiu) nu se identifică cu patologicul, deși se poate suprapune cu acesta; este în esență o noțiune mult mai largă, care caracterizează o serie de fapte comportamentale cu aspect contrar așteptărilor și normelor în vigoare. **Delay J.** și **Pichot P.** consideră că anormalul reprezintă o abatere calitativă și funcțională de la valoarea și semnificația generală a modelului uman.

Se poate observa cum domeniul anormalității se constituie ca o zonă de trecere între normal și patologic, reprezentând un proces de continuitate între cei doi termeni. O analiză istorică poate justifica teza menționată mai sus, arătând că sub raportul integrării socio-profesionale, gradul de permisivitate al societății față de abaterile individuale descrește o dată cu trecerea timpului, fără ca acesta să aibă o semnificație asupra frecvenței bolilor mintale.

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

Aparenta creștere a exigenței normative față de individ este generată, într-o mare măsură, de posibilitățile societății contemporane, care, prin multiplele ei

canale de circulație a informației, poate oferi ființei umane o poziție mai clar definibilă și determinabilă în cadrul universului uman. Se poate spune că, în epoci mai vechi, societatea umană a considerat ca normale tulburări comportamentale evidente, sesizabile de oricare dintre membrii comunității. Descrierile acestor comportamente nu au făcut obiectul unor studii științifice, deși au fost adesea înregistrate de fina caligrafie a istoricilor și scriitorilor. Apariția tardivă a psihologiei și psihiatriei a făcut posibilă proliferarea acestui tip de descrieri empirice și nesistematice, care au generat o serie de concepții greșite și de credințe cu largă circulație în rândul celor mai diverse categorii sociale.

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



CESARE LOMBROSO (1836- 1909)
Psihiatru și criminolog italian

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

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

III.3. COMPORTAMENTELE ANORMALE

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

MODELUL	SĂNĂTATEA MINTALĂ	COMPORTAMENT ANORMAL
psihiatric	abilitatea de satisfacere a necesităților instinctuale în limitele impuse de societate	dezvoltarea greșită sau exagerată a măsurilor de apărare, însoțite de anxietate
comportamentalist	adaptare deschisă la stimulii din mediu	adaptare ineficientă prin învățarea unor comportamente inadecvate și incapacitate de corectare
umanistic	împlinirea tendințelor naturale față de orientarea și împlinirea de sine	incapacitatea de dezvoltare pe deplin a personalității prin blocarea sau distorsionarea acestor tendințe către automulțumire
existențial	libertatea de a decide conștient	incapacitatea realizării identității adecvate de sine și a înțelegerii sensului vieții
interpersonal	realizarea de relații interpersonale	rezistența față de relații interpersonale și acomodare de tip patologic

După **Enăchescu C.**, se deosebesc patru tipuri de comportamente anormale:

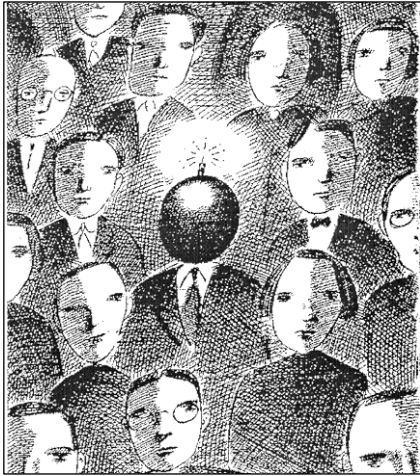
- comportamentul de tip criză biopsihologică de dezvoltare sau involuție (pubertate, adolescență, climax, andropauză), cu caracter pasager și reversibil;
- comportamentul de tip carențial (legat de stări de frustrare afectivă, carențe educaționale, disfuncții familiale și în modul de viață), ce creează dificultăți de adaptare;
- comportamentul de tip sociopatic, constând din conduite delictuale agresive, toxicomane sau de furie, cu caracter recurent sau episodic;
- comportamentul de tip patologic, parțial sau deloc reversibil, de natură exogenă, endogenă sau mixtă, cu intensități și forme variabile (stări reactive, nevroze, psihopatii, psihogenii, endogenii).

Un model pluriaxial de definire a anormalității ar trebui să cuprindă (după

Purushtov):

- criteriul existenței la individ a unor stări de insecuritate, teamă, apatie, anxietate;
- criteriul explicării printr-o patologie fizică a comportamentului dezadaptativ;
- criteriul contextului social (normele și valorile socio-culturale existente la un moment dat) în care se produce comportamentul;
- criteriul diminuării randamentului și eficienței individului.

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



Ilustrație din ziarul Times 1995

Cu atât mai mult, aceste aserțiuni sunt valabile în ceea ce privește sănătatea și boala mintală.

În domeniul evaluării sănătății psihice a adultului au mai fost folosite o serie de criterii care să permită delimitarea de boală:

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

CRITERII FUNCȚIONALE ALE SĂNĂTĂȚII MINTALE (după Hinsie L. și Campbell J.R., 1985)
Independență rezonabilă în relațiile cu ceilalți indivizi
Autodirecționare
Capacitatea de a avea o slujbă și de a lucra împreună cu ceilalți
Capacitatea de a răspunde regulilor și autorității obișnuite
Capacitatea de a depăși dificultăți curente
Abilitatea de a avea relații de prietenie și iubire
Capacitatea de a da și a primi afecțiune
Toleranță la frustrare
Simțul umorului
Abilitatea de a se recrea, de a avea hobby-uri
Capacitatea de a dezvolta sentimente altruiste

III.4. CONCEPTUL DE BOALĂ PSIHICĂ

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

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

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

După **Lăzărescu M.**, *boala psihică constă într-o denivelare (simplificare), dezorganizare (destructurare), dezechilibrare (dizarmonie) a vieții psihice conștiente a persoanei*. Psihismul subiectului se reorganizează la un nivel inferior, prezentând manifestări care nu sunt evidente în starea normală. Această disfuncționalitate se datorează fie absenței instanțelor psihice superioare, fie efortului constituit de încercarea de reechilibrare, de reorganizare în situația deficitară dată.

Ecosistemul uman în care se manifestă sănătatea și boala nu este izolat și nici static. Conținutul conceptului de sănătate mintală este determinat de calitatea raportului personalitate-mediul. În condițiile vieții contemporane, relațiile omului cu factorii de mediu s-au complicat. Ele nu se realizează exclusiv prin mecanisme biologice, ci sunt dependente și de factorii socio-culturali, care se adaugă și mijlocesc relațiile dintre om și natură. Deci socialul nu poate fi separat, dar nici identificat cu naturalul. Nu putem să nu reținem că este caracteristic contemporaneității faptul că dezvoltarea tuturor laturilor vieții sociale a devenit tot mai dependentă de natură, de rezervele ei, de echilibrul ecologic. Relațiile ecologice om-natură-societate, trebuie privite prin interacțiunea lor, cu evidențierea contradicțiilor ce pot apărea în cadrul interacțiunii dintre mediul social și individual.

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

Tabelul INDICATORII AI STĂRII DE SĂNĂTATE ȘI AI STĂRII DE BOALĂ, după Hogrefe C.J. 1986

DOMENIUL		SOMATIC		PSIHIC	
INDICATORI/SEMNE	SĂNĂTATE SOMATICĂ	BOALĂ SOMATICĂ	SĂNĂTATE PSIHICĂ	BOALĂ PSIHICĂ	
Dispoziții emoționale negative vs pozitive	Confort „fizic”, satisfacție privind starea actuală	Durere „fizică”, rău fizic, acuze privind starea actuală	Confort „psihic” frecvență crescută a sentimentelor pozitive; frecvență scăzută a sentimentelor negative, acuze satisfacție privind starea actuală	Stări emoționale negative, anxietate, deprese, iritabilitate, sentimente de culpabilitate etc., acuze privind starea actuală	
Lipsă de energie și de elan vs interes și nivel de energie ridicat	Abundență de energie; vitalitate, forță fizică, perseverență	Pierdere de energie; oboseală, slăbiciune, perseverență scăzută	Activitate, interes, plăcere de a întreprinde ceva, perseverență	Lipsă de elan sau tulburări ale elanului vital, perseverență scăzută	
Defensivă vs expansivitate	Apărare fizică	Ațiudine proiectivă; procese compensatoare și restitutive	Afirmarea sinelui; realizarea sinelui	Mecanismele de apărare patologice sau extreme; tendințe spre evitare	
Tulburări funcționale și ale performanței vs performanță optimală și productivitate	Funcții fizice „optimale” performanță fizică ridicată, capacitate nealterată de a-și îndeplini rolul social productivitate crescută	Tulburări ale unor anume sisteme de organe sau ale unor funcții fizice, alterarea capacității de a-și îndeplini rolul social scăderea productivității	Funcții psihice „optimale”; ex. comportament, contact cu realitatea, puterea de voință, autocontrol, creativitate, capacitate nealterată de a-și juca rolurile sociale, productivitate crescută	Tulburări ale unor funcții psihice (percepție, gândire, memorie, sentimente, alterarea capacității de a-și juca rolul social, scăderea productivității)	
Concentrare pe sine vs transcendența sinelui	Atenție scăzută pentru propriul corp, funcționarea organelor (etc.)	Atenție crescută pentru propriul corp (organe bolnave etc.)	Atenție scăzută pentru propria persoană (comportament, valori, probleme de sens etc.)	Atenție crescută pentru persoana proprie (comportament, experiență trăită, valori, întrebări privind sensul lucrurilor și al vieții)	
Căutarea unui ajutor, dependență vs autonomie	Nu este nevoie de ajutor medical, autonomie, sentimentul de control interior	Impresie de dependență și o căutarea unui ajutor medical, lipsa controlului interior, sentimente de incapacitate	Nu este nevoie de ajutor psihologic, autonomie, sentimentul de control interior	Impresie de dependență și căutarea ajutorului psihologic, lipsa controlului interior, sentimente de incapacitate	
Sentiment al valorii personale scăzute vs ridicat	Acceptarea propriului corp; „mândrie” privind forma sa fizică, încredere în sine	Impresie de „deficiență organică”, respingerea propriului corp, lipsă de încredere în propriile capacități	Acceptarea propriei persoane (caracter etc.), stimă de sine crescută	Impresie de „deficiență psihică”; respingerea propriei persoane, lipsă de încredere în sine, diminuarea stimei de sine	

III.5. DIMENSIUNI EXISTENȚIALE ALE BOLII PSIHICE

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

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

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

III.6. DESPRE CONCEPTUL DE ADAPTARE

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

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

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

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

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

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

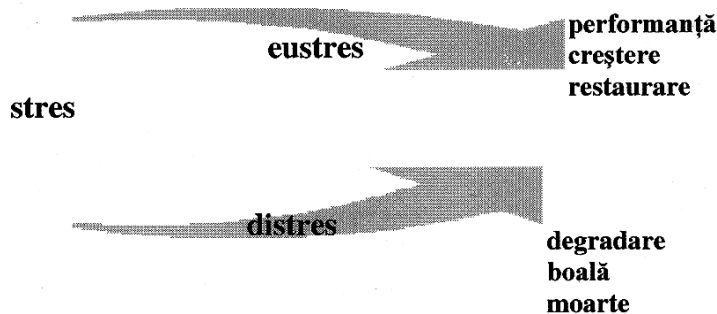
De fapt, în cinci ani, între 1968 și 1973, mai puțin de douăzeci și cinci de apariții au putut fi listate într-o mare revistă de psihologie. Abia anul 1973 este cel al consacrării conceptului de adaptare ca teorie importantă a științei și cercetării medicale (**Schener, 1987**).

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

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

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

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



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

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

Termenul din limba engleză- *coping* (adaptare) – „*a face față unei situații*” își află originea în vechiul grecesc „*kolaphos*”, care înseamnă „a lovi”. La început, acesta însemna „a se întâlni”, „a se ciocni de”, „a se lovi de”. Azi, înțelesurile

inițiale au evoluat într-o definiție care implică sensul primar, dar la care se adaugă noi conotații. (Ex.: „Dicționarul Webster” – 1979 definește *copingul* ca „a lupta cu succes, a face tot posibilul” sau, în termeni echivalenți, „a fi mai mult decât” .)

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

1. „Adaptarea include întâlnirea a ceva nou, a ceva care n-a mai fost întâlnit: întâlnirea unei situații inedite, unui obstacol sau unui conflict. Adaptarea include elementul mijloc-scop în procesul activității.” (Murphy, 1962).
2. „Adaptarea reprezintă toate activitățile cognitive și motorii pe care o persoană suferindă le folosește pentru a-și menține funcționalitatea fizică, integritatea psihică, pentru a-și redobândi echilibrul funcțional și a compensa, la limita posibilului, pierderile ireversibile” (Lipowski, 1970).
3. „Adaptarea este o unitate de acoperire și un pattern clar de comportament prin care organismul poate preveni activ, ușura sau răspunde la circumstanțele care induc stresul” (Mc.Gath, 1970).
4. „Comportamentul adaptativ este calea conștientă și inconștientă folosită de oameni pentru a se acomoda la cerințele mediului înconjurător, fără să le schimbe scopurile și obiectivele” (Coly, 1973).
5. „Adaptarea se referă la orice răspuns sau la orice provocare externă care servește la prevenirea, evitarea sau controlul perturbărilor emoționale” (Pearlin și Schooler, 1978).
6. „Răspunsurile de adaptare reprezintă unele lucruri pe care oamenii le fac, și anume, eforturile lor concrete de a rezolva provocările externe, asumându-și diverse roluri” (Pearlin și Schooler, 1978).
7. „Adaptarea este efortul, împreună cu acțiunea orientată și acțiunea psihică de a conduce (tolera, reduce, minimaliza) cerințele interne și externe și conflictele care apar o dată cu aceste cerințe și care scad sau epuizează resursele persoanei” (Lazarus și Launier, 1978).
8. „Adaptarea este definită ca un efort cognitiv și comportamental, făcut pentru a stăpâni, tolera sau reduce cerințele interne și externe, și conflictele care apar o dată cu aceste cerințe” (Folkman și Lazarus, 1980).
9. „Adaptarea se referă la comportamentul care protejează oamenii de neplăcerile experiențelor dificile prin care sunt nevoiți să treacă” (Rodin, 1980).
10. „Adaptarea este încercarea de a învinge dificultățile. Este o ciocnire la care oamenii, odată ajunși, folosesc resursele interne și externe pentru a reuși să echilibreze impactul produs de dificultăți” (Haan, 1982).
11. „Adaptarea este o permanentă schimbare a eforturilor cognitive și comportamentale care organizează specific cerințele interne, pentru a administra cererile externe și/sau interne, pentru a preveni scăderea sau epuizarea resurselor persoanei” (Folkman și Lazarus, 1984).
12. „Adaptarea reprezintă acele comportamente și gânduri care sunt conștient utilizate de către individ pentru a conduce sau controla efectele anticipării sau trăirii unor situații stresante” (Stone și Neale, 1984).
13. „Adaptarea reprezintă orice efort sănătos sau nesănătos, conștient sau inconștient de a preveni, elimina sau scădea stresorii sau de a suporta efectele lor cu cât mai puține daune” (Matheny, Aycock, Curlette și Cannella, 1986).

Aceste definiții subliniază câteva elemente cheie:

- folosirea resurselor;
- gândire și/sau comportament activ;
- reducerea nevoilor interne și/sau externe, prin găsirea de soluții și rezolvarea eficientă a problemelor;
- variațiile în ceea ce privește scopul sau ținta adaptării.

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

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

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



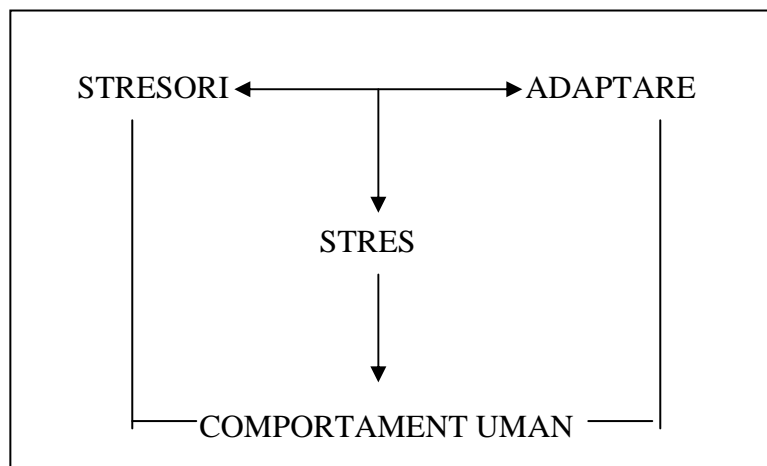
HANS SELYE (1907-1982)

Fiziopatolog canadian, autorul conceptului de „stres”, deschizând un amplu capitol al patologiei de adaptare. Laureat al premiului Nobel.

În 1937, **Selye H.** introduce termenul de sindrom de adaptare în patologia generală, definindu-l ca un ansamblu de reacții prin care organismul răspunde la o acțiune agresivă – stres.

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

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



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

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

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

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

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

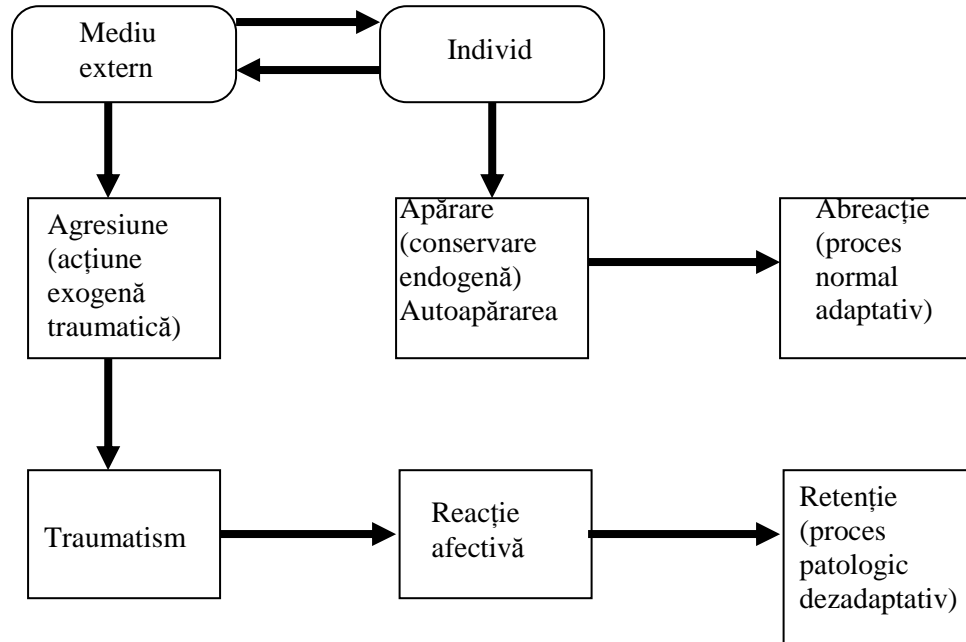
Meyer A. va defini boala mintală ca o adaptare greșită, insuficientă sau inadecvată. Psihanaliza va susține acest punct de vedere, considerând inadecvate acele mecanisme de adaptare care generează boala psihică. Regresia ar fi una dintre aceste inadecvări adaptative, subiectul renunțând la adaptare la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

Starobinski J. descrie procesul de inadaptare în următoarea secvențialitate. Urmărind patologia psihiatrică, se pot nota tulburările de adaptare ca fir al Ariadnei în întreaga nosologie psihogenă. Astfel, în reacții, între răspuns și stimul nu există

nici o adecvare, primul fiind mult mai intens decât ar trebui să fie în mod normal sau inadecvat. Același lucru este valabil și pentru dezvoltări în care acest proces se amplifică atât vertical (în dimensiunea temporală), cât și longitudinal, ca intensitate și nespecificitate.

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

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



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

III.7. STAREA DE SĂNĂTATE ȘI ADAPTAREA

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

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

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

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

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

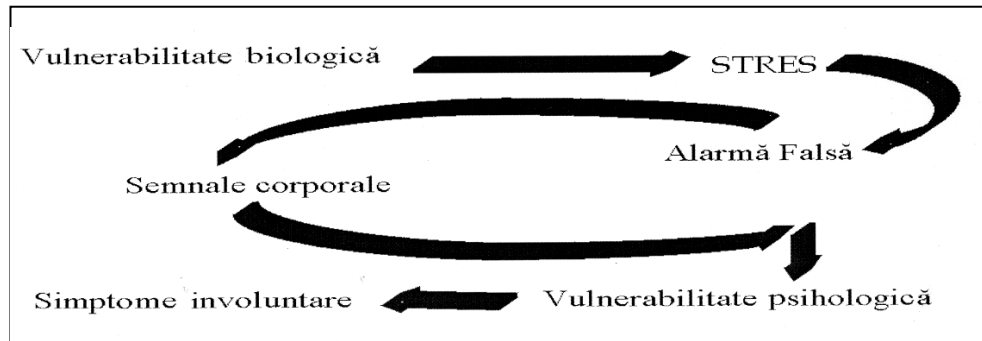
Al treilea aspect este creșterea recunoașterii faptului că indivizii și nu medicii sunt și trebuie să fie responsabili de starea lor de sănătate. Printr-o dietă adecvată, exerciții, managementul stresului și evitarea adicțiilor, indivizii pot promova activ, propria lor sănătate mai mult decât prin pasiva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

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

III.8. CONCEPTUL DE STRES

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

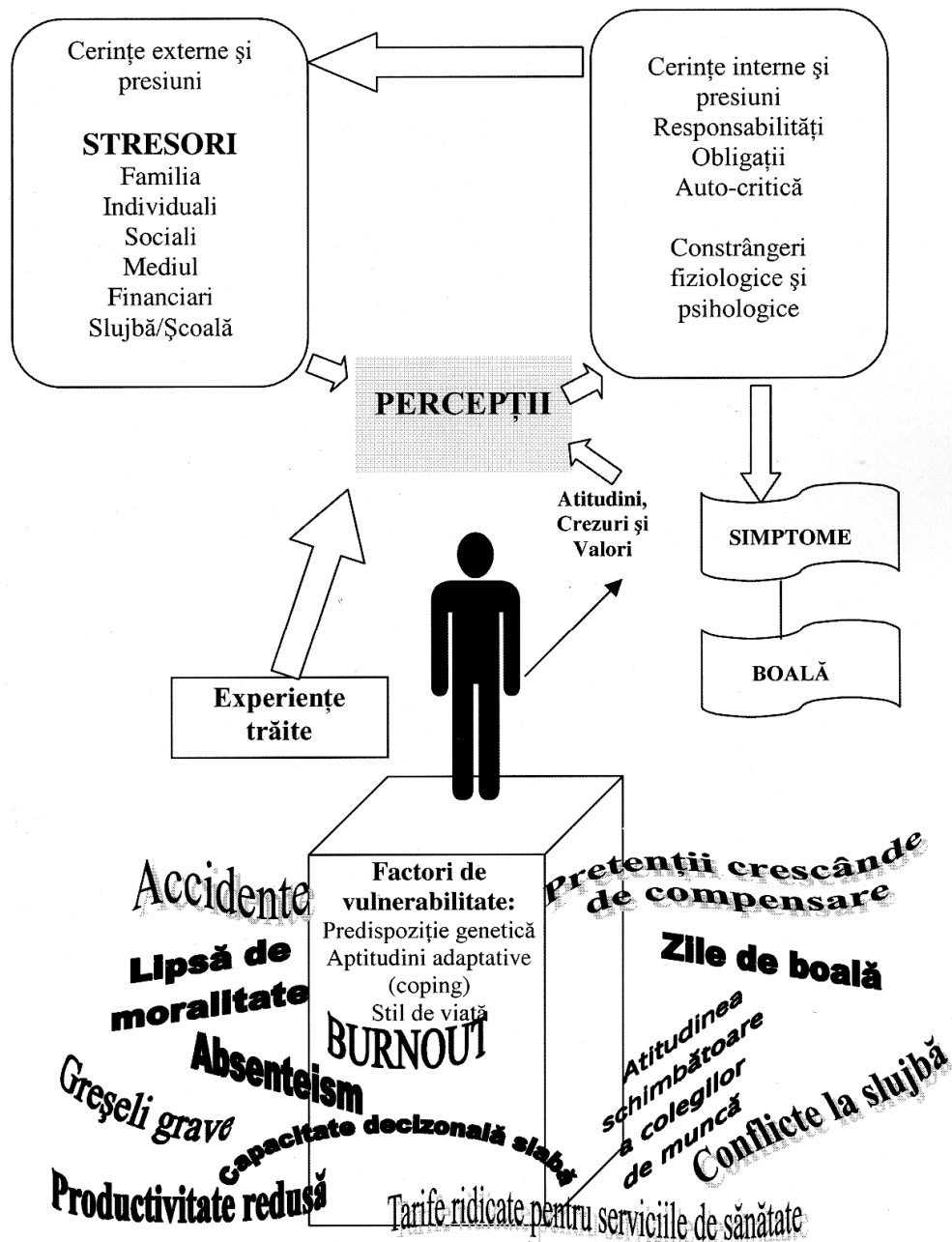
Conceptul de stres, introdus de **Selye H.**, indica inițial o acțiune de suprasolicitare exercitată din exterior asupra organismului, care determina o reacție de adaptare nespecifică a organismului față de agresiunea care-i amenința integritatea. **Roger Guillemin**, pornind de la această definiție,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



Rolul stresului în determinarea atacului de panică (după Forsyth J., 2001)

Conceptul a suferit reconsiderări succesive în care a fost precizată mai clar noțiunea de agent agresor sau stresor și s-a făcut extensia către așa numitul stres psihic. Cea mai largă definiție a agenților de acest tip ni se pare cea dată de **Fraisse P. (1967)** „*totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului, care nu își găsesc soluția*”. Agenții stresori capabili să declanșeze un stres psihic sunt de natură variată, nefiind obligatorii numai stimulii psihici, din această cauză putându-se departaja două tipuri de agenți stresori:

- cei ce sunt reprezentați prin cuvintele, ideile, procesele gândirii. Agenții din această categorie sunt caracterizați sub formă de situații psiho-traumatizante. În stresul psihic, principalii agenți stresori sunt reprezentați de cei cu conținut noțional-ideativ, recepționați de subiect ca indicatori ai unor situații amenințătoare „actuale” sau „în perspectivă” pentru indivizii agresionați.
- cei senzoriali externi. Aceștia pot deveni agenți stresori în două cazuri: atunci când se bombardează scoarța cerebrală timp îndelungat și cu o intensitate crescută sau în cazul când au o semnificație pentru subiect.
- parametri de acțiune ai agenților stresori sunt reprezentați de durată, în funcție de attribute precum „noutatea” și „bruschețea” cu care se acționează.



după Rutner T, 2002

Lucian Alexandrescu (2000) stabilește o clasificare stresului realizată în funcție de următoarele criterii: magnitudinea absolută sau relativă a stresului; raportul său cu etapa de viață a subiectului (ciclul vieții, după **Erikson**, în termeni de concordant, neconcordant, indiferent); nuanțele de expectabilitate-neexpectabilitate și controlabilitate-necontrolabilitate; răspândirea generală a stresorilor și efectul lor asupra omului „obișnuit”.

Clasificarea este aplicabilă pentru orice stresori, la orice vârstă și în conjuncție cu orice sistem de clasificare al bolilor psihice. Ea conține opt grupe mari, notate **A-H**.

Grupa A – Stresul excepțional sau catastrofic – se referă la stresuri masive, acute, de regulă neașteptate, evenimente ieșite din comun, din cotidian, deloc sau puțin influențabile de către subiect și care afectează practic pe oricine într-o mare măsură. Acest tip de stres include dezastre și calamități naturale, dezastre și catastrofe (războaie, poluări, bombardamente); accidente colective; stresul catastrofic individual: violența nesexuală sau sexuală, tortura. Din punct de vedere clinic, (**Predescu** și **Alexandrescu**), patologia ocazionată de stresul catastrofic include reacții psihotice imediate (de șoc și neșoc), reacții mai îndepărtate de tip depresiv și, în mod aproape specific, sechele la distanță, de tipul tulburării de stres posttraumatic.

Grupa B – Stresurile vieții – include stresuri concordante sau necontradictorii cu etapa eriksoniană de viață, cu intensitate moderată medie sau mare, care afectează practic pe oricine, dar într-o măsură variabilă. Include șase sub-grupe de:

- 1) stresuri scurte – pierderi reale (cunoștințe, rude), pierderi simbolice;
- 2) stresuri legate de boala tranzitorie;
- 3) stresuri cu post-efecte prelungite – pierderi reale (partener marital, copil), pierderi materiale majore;
- 4) stresuri cu acțiune prelungită – suprasolicitări lungi, boala cronică, conflicte cronice;
- 5) stări stresante – stresul existenței ca handicap sau ca sechelar grav; stresul existenței în condiții precare financiare și/sau de mediu;
- 6) stresuri legate de schimbări majore de statut, mediu, condiție de viață.

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

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

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

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

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

Grupa E₂ – Stresurile condiționate de vulnerabilități individuale particulare:

- a. stresul determinat de psihopatologia preexistentă: stresul determinat de anxietatea fobică, stresul fenomenelor compulsive și cel consecutiv tulburării de control al impulsurilor; stresul resimțit de pacienții cu schizofrenie, cu epilepsie;

- b. stresul consecințelor unor acte psihotice (amintiri crepusculare, confuzie, comportament delirant-halucinator în psihoze majore);
- c. stresul amintirilor, determinat de rețrăirea sau evocarea unor situații stresante anterioare;
- d. stresul sărbătorilor ce evidențiază subiectului singurătatea ori inadecvarea vieții pe care o duce;
- e. stresul determinat sau facilitat de prezența unei patologii somatice care modifică vulnerabilitatea.

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

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

Grupa H – Stresul situațiilor extremale – este stresul experimental sau natural indus în legătură cu existența sau pregătirea pentru existența în medii intens nefavorabile vieții omului.

Viața profesională și viața socială obișnuită sunt sursele cele mai importante ale stresului cotidian, faptul că diverși factori influențează în mod diferit diverși indivizi a creat și creează confuzii și dezbateri dintre cele mai virulente. Unii afirmând chiar că este vorba de o exagerare în ceea ce privește așa-zisul stres al vieții moderne. De fapt, Selye avertizase, „*nu contează ce ți se întâmplă, ci cum reacționezi la ce ți se întâmplă.*”

SURSE DE STRES PROFESIONAL ȘI ORGANIZAȚIONAL
Funcția exercitată
Rolul exercitat în structură
Dezvoltarea carierei profesionale
Structura și climatul organizațional
Relațiile la locul de muncă
Relația familie/muncă

Pentru **Golu M**, stresul psihic reprezintă o stare de tensiune, încordare și disconfort cauzată de afecte negative, de frustrare, de reprimare a unor trebuințe sau aspirații, de imposibilitatea rezolvării unor probleme.

Iamandescu IB afirmă că stresul psihic are caracter primar atunci când este rezultatul unei agresiuni recepționate din sfera psihică și un caracter secundar care ar fi o reacție de însoțire sau de conștientizare a unui stres fizic sau biologic căruia i se acordă o semnificație amenințătoare sau de altă natură. **Huber W. (1992)** afirmă că natura obiectivă a stresorului este mai puțin importantă pentru sănătate ca evaluarea subiectivă pe care o persoană i-o dă.

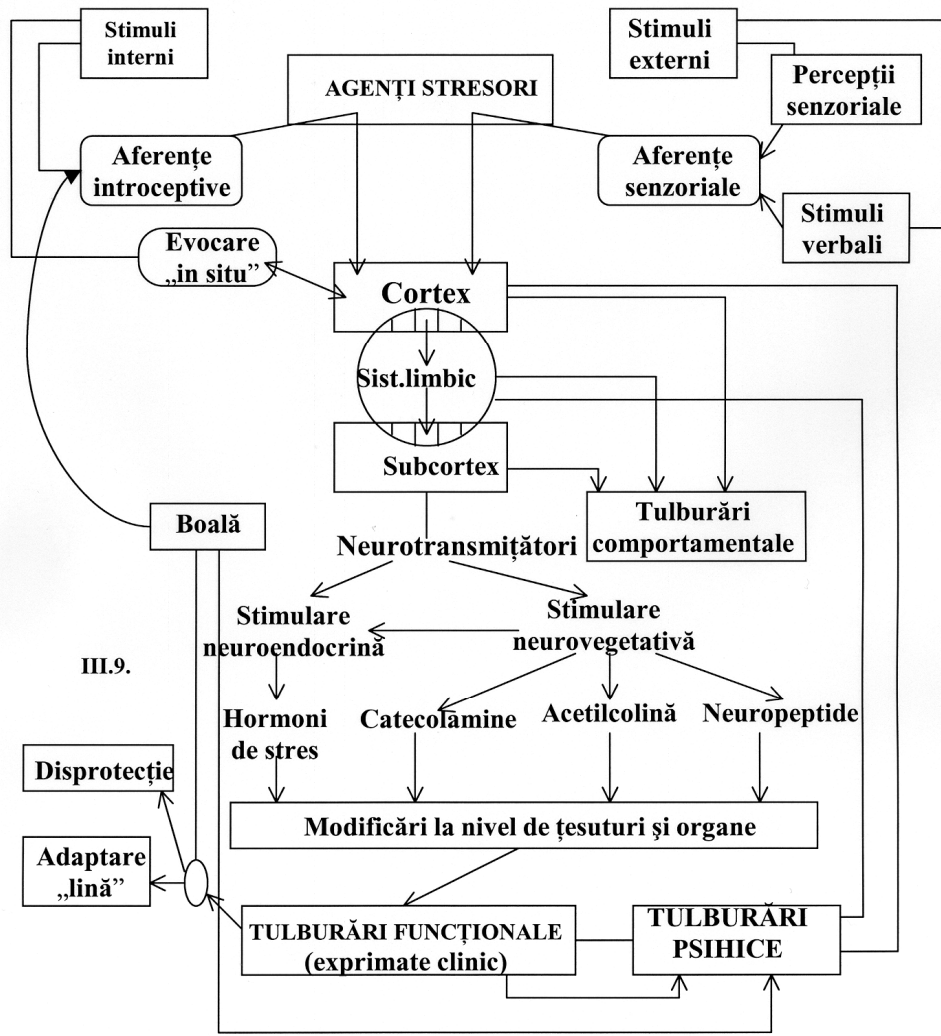
Taylor (1990) arată că evenimentele considerate de către o persoană drept negative, necontrolabile, nepredictibile sau ambigue sunt trăite mult mai stresant de către aceasta. **Kanner și colab. (1981)** au demonstrat că stresorii minori dar care acționează continuu au același efect ca și evenimente cu semnificație stresantă majoră care se petrec punctual. Este un lucru care nu mai trebuie demonstrat faptul

că, pentru mulți indivizi, chiar dacă și-au ales după criterii vocaționale profesiunea, aceasta poate constitui o sursă importantă de stres psihic (**Iamandescu I-B., 2002**).

SURSE ALE STRESULUI	
Stresul la locul de muncă	Surse legate de mediul de lucru
	Surse legate de munca într-un post determinat
	Surse legate de supraîncărcare
	Surse legate de deficiențele în muncă
	Surse legate de pericolul fizic
	Surse legate de insatisfacția muncii
Stresul și organizarea muncii	Ambiguitatea rolului
	Exercitarea responsabilității
	Responsabilitatea față de viața altora
	Stresul relațional
	Stresul legat de etapele carierei
	Frustrările induse de statutul profesional
	Grupurile profesionale
Surse legate de viața cotidiană	Viața de familie
	Dificultățile familiare
	Conflictul obligații familiale/obligații profesionale
	Mobilitatea profesională și internațională
Surse legate de schimbările mediului social	Absența și dezintegrarea structurilor sociale
	Deculturația
	Urbanizarea /informatizarea societății

După **Stora Jean Benjamin 1996**

Stresul psihic antrenează ca orice alt stresor o participare complexă a întregului organism în cele două ipostaze ale, sale *psyche* și *soma*. Interacțiunile generate la nivelul diferitelor componente ale psihismului au fost schematizate de **Iamandescu I-B (1995)** astfel:



III.9. COMPORTAMENTE ADAPTATIVE

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

Formula lor include patru tipuri:

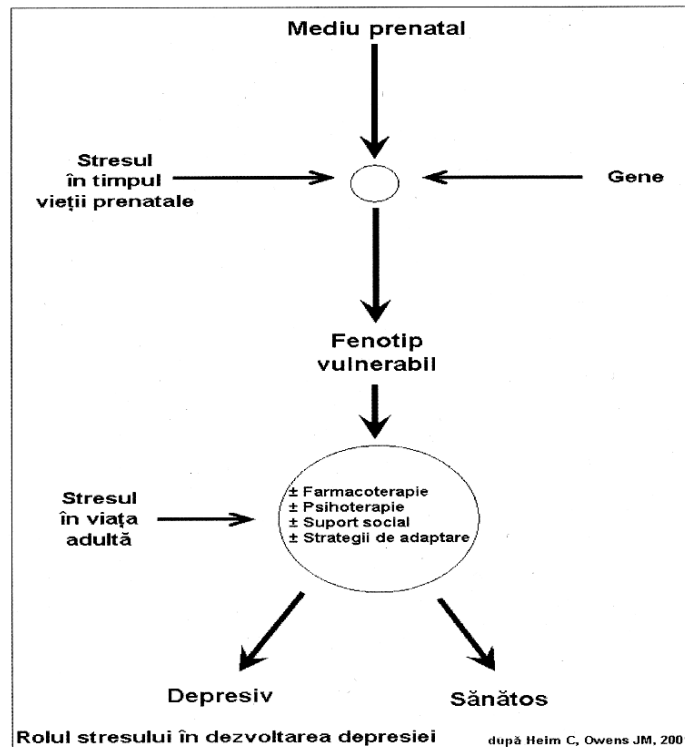
1. evitarea stresorilor prin adaptarea vieții
2. adaptarea nivelului cererii
3. îndepărtarea stresului indus de patternurile comportamentale
4. descoperirea resurselor adaptării.

Categoria stresorilor combativi include cinci tipuri:

1. manifestarea stresului
2. stăpânirea resurselor
3. atacarea stresorilor
4. tolerarea stresorilor
5. scăderea iritabilității.

Comportamentele de adaptare pot fi împărțite în patru dimensiuni independente:

1. activ-pasiv (discutând direct acțiunea, tratând despre stresori sau evitând stresorii)
2. cognitiv-emoțional (controlând stresorii angajați în activitatea cognitivă sau ținând de sfera emoțională, catarsisul și expresia)
3. controlul (menținând în aparență controlul personal asupra stresorilor)
4. acțiunea psihologică/acțiunea socială (sfera autorealizării sau suportul social).



Stresul este incriminat ca fiind unul din factorii cei mai importanți în patogeneza tulburării depresive. În perspectiva psihologiei dezvoltării, factorul „stres”, apărut chiar în mica copilărie, poate avea efecte pe termen lung, contribuind la depresia adultului. Este interesant faptul că psihanaliza a subliniat, încă la începutul secolului XX, rolul experiențelor precoce de viață în psihopatologia adultului. Numeroase studii au arătat că abuzul fizic sau sexual asupra copilului, abandonul, lipsa părinților, separarea precoce de aceștia pot fi enumerate printre factorii generatori de stres precoce și identificați adesea în anamnezele depresivilor majori.

Stresul psihic acut poate induce, prin numeroasele transformări fiziologice pe care le determină, apariția unor simptome sau tulburări organice cu grad diferit de pericol pentru viața individului. Posibilitatea de atenuare a efectelor stresului psihic acut depinde, din punct de vedere psihologic, de diversitatea și plasticitatea mecanismelor de adaptare la mediu pe care le folosește individul. O existență bogată în interese și preocupări nu îl ferește pe individ de trăirea unor stresuri psihice intense, dar îi permite să le depășească în condițiile unor efecte patologice secundare minime.

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

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

IV. TRĂSĂTURI DE PERSONALITATE ÎN DETERMINAREA BOLILOR

IV.1. CONCEPTUL DE PERSONALITATE

Teorii neobehavioriste
Teorii psihodinamice
Teorii sociale

IV.2. PERSONALITATEA ȘI CICLURILE VIEȚII

ETAPELE CICLULUI VIEȚII

Perioada copilăriei

Etapa I: Încredere bazală/Neîncredere bazală (de la naștere la un an)

Etapa a II-a: Autonomie/ Rușine și îndoială (1 – 3 ani)

Etapa a III-a: Inițiativă/Vinovăție (3 la 5 ani)

ETAPA a-IV-a: Hărnicie, perseverență/Inferioritate (6 la 11 ani)

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

Perioada adultă

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

ETAPA a-VII-a: (Pro) Creație/Stagnare (40 – 65 de ani)

Perioada bătrâneții

ETAPA a-VIII-a: Integritate/ Disperare și izolare (peste 65 de ani)

IV.3. TEREN PREMORBID ȘI VÂRSTĂ

IV.4. „SENSUL PERSONAL AL VIEȚII”

IV.5. CONȘTIINȚA IDENTITĂȚII PERSONALE

IV.6. BOALĂ ȘI PERSONALITATE

IV.7. MODALITĂȚI DE ABORDARE A PACIENTULUI CU TULBURARE DE PERSONALITATE INTERNAT

IV.8. MANAGEMENTUL MEDICAL AL PACIENȚILOR CU TULBURĂRI DE PERSONALITATE

IV.9. PERSONALITATE ȘI ADAPTARE

SCALA DE EVALUARE GLOBALĂ A FUNCȚIONĂRII
(GAF-GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING)

VI.1. CONCEPTUL DE PERSONALITATE

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

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

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

Dacă pentru alte domenii această întrebare poate să rămână retorică, pentru psihiatrie, psihopatologie și psihologie clinică, care operează cu modelul medical, ea trebuie cu necesitate să-și găsească un răspuns. Acest răspuns devine extrem de

complex în contextul creșterii vertiginoase a volumului informațiilor științifice, care determină o viziune multidimensională, prin care realitatea nu poate fi cunoscută decât prin interpretările interdisciplinare, sistemice, ale contextelor, ansamblurilor.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Acest fond psihologic comun ar cuprinde:

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

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

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

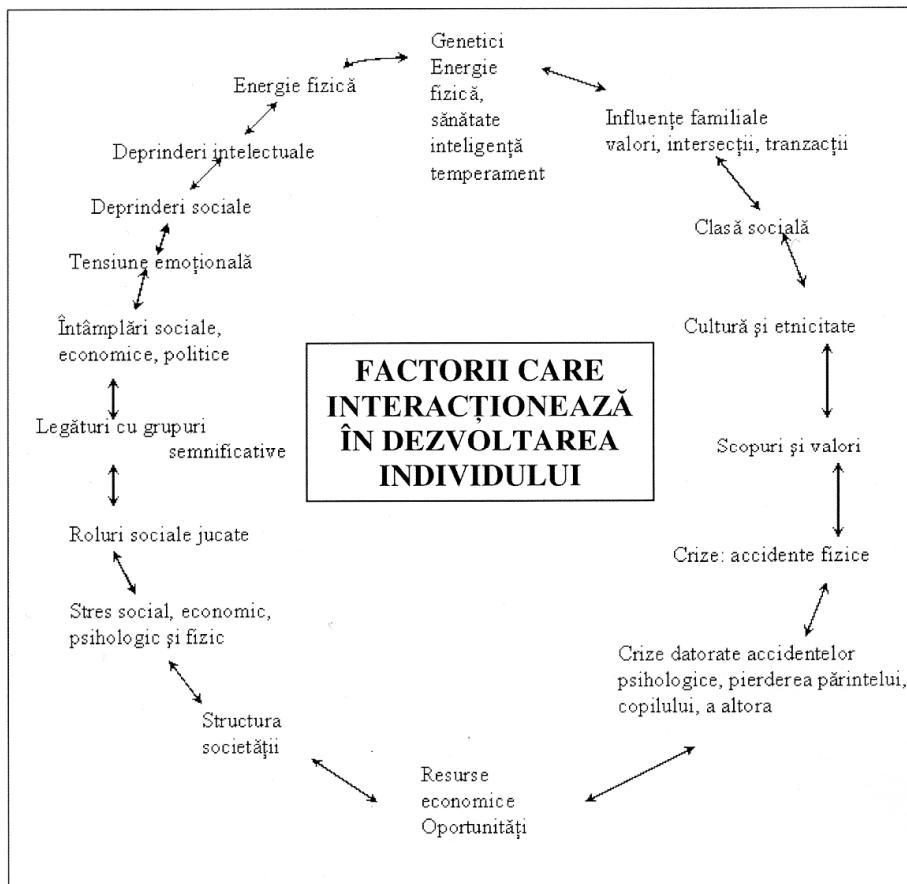
Teoriile moderne asupra personalității părăsesc în primul rând viziunea statică asupra personalității, încercând să o explice prin structurile ei active. Ele abandonează determinismul rigid, biologizant sau socializant, acordând personalității un caracter de sistem biopsihosocial.

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

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

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

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



după Compton BR, Galaway B (Social Work Processes)

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

Diferențierea conținutului de potențialitatea acestuia, a fundalului de imagine, ni se pare logică și întemeiată, deoarece personalitatea este structura de rezistență longitudinală a vieții psihice, actualizată în secțiune transversală de conștiință.

Lăzărescu M. consideră persoana umană ca infinită și insondabilă până la capăt atât în esența, cât și în concretețea ei. Cu toate acestea, ea poate fi circumscrisă folosind diverse perspective în sesizarea unei structuri funcționale organizate. Din această perspectivă, psihologia și psihopatologia analizează și comentează arhitectura acestui sistem.

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

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

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

Însușiri ale personalității care îi determină calitatea de structură	
Totalitatea	Nici un fapt psihic nu poate fi descris ca străin sau petrecându-se în afara personalității. Istoria și geneza personalității este însăși unica istorie a devenirii individului, sub toate aspectele sale-biosomatic, psihic, sociocultural.
	Personalitatea este un holon (Koestler A.), adică este mai mult decât suma părților sale și în raport cu fiecare parte care o constituie.
Transformarea	Personalitatea este într-o continuă și necesară transformare, lucru pe care încă Jaspers l-a definit ca „ <i>dezvoltare a personalității</i> ”.
	„ <i>Formele progresive ale construcției persoanei nu pot fi concepute decât ca niveluri dinamice de integrare, în care inferiorul nu este numai integrat, ci și făcând întotdeauna parte integrantă din ansamblul noii structuri</i> ”. (Ey H.).
	Personalitatea își păstrează, în acest fel, în transformarea ei, caracteristicile fundamentale, iar istoria organismului psihic conține și „ <i>înfășoară</i> ” istoriile anterioare, desfășurându-se ea însăși ca o istorie continuă.

Reglajul	În dezvoltarea sa, personalitatea este supusă în permanență unei continue determinări exterioare. Ea nu se dezvoltă numai în virtutea „ <i>entelechiei</i> ” (Aristotel) ci și sub influența mediului cu care este în permanentă confruntare.
	Personalitatea se autoconstruiește, se autoformează, dar are și capacitatea de a se autodelimita și autoperfecționa, atât în sensul autoindividualizării sale, cât și în cel al unei tot mai bune adaptări la lume, realizând o veritabilă unicitate în libertatea de ființare.

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

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

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

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

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

Noțiunea de temperament va reuni particularitățile înnăscute de reactivitate, la care se vor adăuga dispoziția și variabilitatea acesteia. Reactivității psihomotorii îi va imprima particularități de grad, ritm, rapiditate, amplitudine, care în general sunt considerate a fi înnăscute, apropiindu-se de componenta constitutiv-organică a personalității.

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

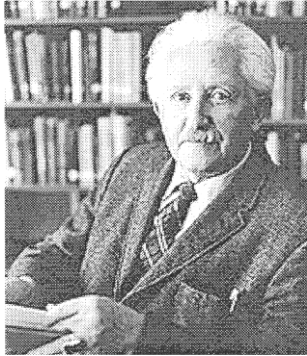
Subliniem însă că oricum ar fi, ereditari sau dobândiți, factorii biologici (în care cei mai mulți autori includ și temperamentul) constituie numai un aspect al personalității și doar una dintre determinările sale (**Delay**).

IV.2. PERSONALITATEA ȘI CICLURILE VIEȚII

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

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

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



ERICK ERIKSON (1902-1993)

Psihanalist și antropolog american, elev al Anei Freud, creatorul antropologiei psihanalitice, elaborează o concepție originală despre ciclurile vieții, văzute ca etape ale dezvoltării psihosociale și principiul epigenetic

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

O a doua considerație generală este principiul ***epigenetic***, descris pentru prima dată de **Erikson E.** care susține că fiecare etapă din ciclul vieții este caracterizată de evenimente și crize, care trebuie să fie rezolvate în mod satisfăcător, pentru ca dezvoltarea să se realizeze într-o manieră continuă și lină. În eventualitatea unei nereușite în rezolvarea crizei specifice unei perioade de viață, modelul epigenetic susține că toate etapele ulterioare de dezvoltare vor reflecta acest eșec sub forma dezadaptării pe plan cognitiv, emoțional, social și chiar fizic, vulnerabilizând deci persoana.

Fiecare etapă de dezvoltare din ciclul vieții are o ***caracteristică dominantă***, un complex de trăsături sau o criză specifică, ce o distinge atât de etapele anterioare, cât și de cele ce o vor urma.

Apariția conceptului de ***ciclu al vieții*** se situează la sfârșitul secolului trecut, concepția actuală fiind determinată și modulată de surse importante și diferite.

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

Diferențele semnificative dintre teoriile clasice ale ciclului vieții constau în aplicarea de criterii de dezvoltare specifice. În general, schemele individuale folosesc elemente ca: maturitate biologică, capacități psihologice, tehnici adaptative, mecanisme de apărare, complexe ca simptom, nevoile de rol, comportamentul social, stilul cognitiv.

Freud S. rămâne unanim recunoscut pentru contribuția sa în fundamentarea conceptului de *ciclu al vieții*. Începând cu studiile publicate în 1915, el a introdus o schemă de dezvoltare concentrată asupra perioadei copilăriei și organizată în jurul teoriei sale despre *libido*. Conform teoriei lui **Freud S.**, fazele de dezvoltare ale copilăriei corespund schimbărilor succesive în investirea energiei sexuale în anumite regiuni ale corpului, asociate de obicei erotismului: gura, anusul și zona genitală. În concordanță cu acestea, el a deosebit următoarele perioade de dezvoltare, pe care le-a clasificat astfel:

- faza orală (de la naștere până la 1 an);
- faza anală (de la 1 an la 3 ani);
- faza falică (de la 3 ani la 5 ani).

Peste 5 ani, **Freud S.** vorbește despre faza latentă, care se întinde până la pubertate; ea este marcată de diminuarea interesului sexual care se va reactiva la pubertate.

Concepția de bază exprimată de **Freud S.** a fost aceea că evoluția satisfăcătoare a dezvoltării în aceste faze ale copilăriei va fi esențială pentru funcționarea normală a adultului. Comparativ, perioada adultă, cu evenimentele care au loc în această etapă, ar avea o mai mică influență.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



JEAN PIAGET (1896-1980)

Sociolog și psiholog elvețian. Prin studiile sale asupra psihologiei dezvoltării și de epistemologie genetică, Piaget a revoluționat viziunea contemporană asupra genezei inteligenței și felului în care sunt stadializate operațiile cognitive.

- Astfel, **Piaget J.** a elaborat formularea diferențelor calitative în procesul dezvoltării cognitive. El a arătat că intelectul și cunoașterea anterioară sunt instrumentele pe care oamenii le folosesc pentru a da sens lumii. Acestea le permit să se adapteze și să interacționeze cu mediul și cu schimbările permanente ale acestuia. Oamenii sunt de asemenea influențați de cunoștințele pe care și le construiesc ei înșiși. Acestea sunt de natură fizică, logico-matematică, emoțională și socio-arbitrară.

Studiile lui au avut un caracter instrumental în elucidarea dezvoltării proceselor gândirii.

El a distins patru perioade majore în dezvoltarea intelectuală:

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

Un studiu interesant a fost făcut de **Levinson D. și colab.** (Univ. Yale). Acest studiu a încercat să clarifice caracteristicile dezvoltării personalității masculine în perioada vârstei adulte. Observațiile făcute l-au determinat pe **Levinson D.** să postuleze o nouă schemă a fazelor de dezvoltare în perioada adultă. El a sugerat că ciclul vieții este compus din 4 mari epoci, fiecare având o durată de aproximativ 25 de ani, după cum urmează:

- ◆ copilăria și adolescența, de la naștere până la 22 de ani;
- ◆ perioada tinereții și etapei de adult, de la 17 la 45 de ani;

- ◆ perioada medie a etapei de adult, de la 40 la 65 de ani;
- ◆ perioada adultă târzie, după 60 de ani.

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

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

- ◆ o copilărie fericită a fost corelată semnificativ cu trăsături pozitive în perioada adultă, aceasta manifestându-se prin slabe trăsături oral-dependente, psihopatologie redusă, capacitatea de a se bucura și bune relații obiectuale;

- ◆ pe măsură ce bărbații înaintază în vârstă, se stabilește o ierarhie a mecanismelor ego-ului;

- ◆ apărările au fost organizate de-a lungul unui continuum, ceea ce reflectă două aspecte ale personalității: imaturitate/maturitate și psihopatologie/sănătate mintală.

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

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

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

ETAPELE CICLULUI VIEȚII

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

Cele opt etape au atât aspecte pozitive, cât și negative, au crize emoționale specifice și sunt influențate de interacțiunea dintre factorii biologici și factorii culturali și sociali caracteristici mediului în care trăiește persoana. Fiecare etapă are două rezultate posibile, unul pozitiv sau sănătos, și unul negativ sau nesănătos. În împrejurări ideale, criza este rezolvată atunci când persoana dobândește un nou nivel, superior, de funcționare în finalul reușit al unei etape particulare de dezvoltare. În concepția epigenetică, fiecare etapă are propriile caracteristici și trebuie trecută cu succes înainte ca să fie posibilă trecerea la următorul nivel.

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

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

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

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

Pentru **Erikson E.**, dezvoltarea umană poate fi înțeleasă numai dacă se iau în considerare forțele sociale care interacționează cu persoana în creștere.

Cele 5 stadii psihosociale ale copilăriei: intimitate, creație și integritate, care se extind dincolo de perioada adultului tânăr până la bătrânețe.

În ordine cronologică, sunt descrise următoarele etape:

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

Perioada copilăriei

Etapa I: Încredere bazală/ Neîncredere bazală (de la naștere la un an)

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

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

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

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

Copilul bun, calm, zâmbitor, previzibil reprezintă o mare răsplată pentru îngrijirea maternă tandră.

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

Chess S. și **Thomas A.** au demonstrat faptul că există o mare variabilitate între nou născuți în ceea ce privește reactivitatea autonomă și temperament. Ei au descris 9 dimensiuni comportamentale semnificative ale nou-născutului: nivelul de activitate, ritmicitatea, apropierea sau îndepărtarea, adaptabilitatea, intensitatea reacției, pragul responsivității, calitatea dispoziției, distractibilitatea, spectrul atenției și persistența ei.

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

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

Etapa a II-a: Autonomie/ Rușine și îndoială (1 – 3 ani)

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

Copilul poate alege între *a păstra/a reține* și *a lăsa/a da drumul*, între a fi cooperant sau a fi încăpățânat.

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

În paralel cu schimbarea sarcinilor copilului se schimbă și sarcinile părinților. În prima fază, responsabilitatea majoră a părinților era să vină în întâmpinarea nevoilor copilului într-un mod sensibil și constant, fără să-i anticipeze și să-i îndeplinească toate cerințele, astfel încât copilul să nu treacă vreodată prin stări de

încordare. În această etapă, sarcina părinților presupune fermitate în ceea ce privește limitele comportamentului acceptat și încurajarea emancipării progresive a copilului. Părinții trebuie să fie atenți să nu fie prea autoritari; copiii trebuie să li se permită să acționeze ei înșiși și să fie în stare să învețe din greșeli. Trebuie, de asemenea, să fie protejați și asistați atunci când încercările sunt peste posibilitățile lor. Pentru **Erikson E.**, aceasta este etapa în care copilul fie își reține excrementele, fie le elimină, ambele comportamente vizând comportamentul de răspuns al mamei. O instruire prea riguroasă în ceea ce privește menținerea toaletei, fapt comun în societatea noastră, poate crea o personalitate meticuloasă, zgârcită, punctuală, perfecționistă, cunoscută sub termenul de personalitate anală.

Dacă părinții permit copilului să funcționeze cu oarecare autonomie, ei sunt suportivi fără să fie hiperprotectori, copilul câștigă încredere în sine, simte că se poate controla pe el și lumea din jur. Dacă părinții îl aprobă atunci când el dă dovadă că se poate controla, încrederea în sine se dezvoltă și apare un sentiment de mândrie. Invers, supracontrolul sau lipsa de control de sine a copilului prea adesea pedepsit conduc la așa-numita impotență musculară sau anală (**Erikson E.**), care declanșează o trăire de neîncredere și rușine. Rușinea poate da naștere unei îndoieli de sine care erodează și poate submina posibilitatea de acțiune, iar la adult conduce la sentimente de persecuție.

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

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

Etapa a III-a: Inițiativă/Vinovăție (3 la 5 ani)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ETAPA a-IV-a: Hărnicie, perseverență/Inferioritate (6 la 11 ani)

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

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

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

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

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

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

Complexul lui Oedip ar trebui să fie rezolvat, copilul având un control relativ bun asupra pornirilor instinctuale. De buna dezvoltare a complexului lui Oedip depinde dezvoltarea armonioasă a *super-ego*-ului. Când *super-ego*-ul este format, copilul este capabil să facă judecăți morale și să înțeleagă așteptările celorlalți de la el. Mai mult, devine capabil să facă față solicitărilor emoționale și intelectuale din mediu, în special în școală.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Această etapă de dezvoltare internalizează principiile etice și controlul comportamentului.

Perioada adultă

Perioada adultă poate fi împărțită în trei perioade majore:

- ◆ perioada precoce
- ◆ perioada medie
- ◆ perioada tardivă – bătrânețea

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

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

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

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

Erikson E. a descris trei calități ce trebuie dobândite în perioada adultă: intimitatea, pro(creația) și integritatea.

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

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

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

Toate acestea nu îl sperie pe individul cu criză de identitate rezolvată în etapa anterioară de dezvoltare. Din contră, persoana care ajunge la tinerețe într-o stare de confuzie de rol este incapabilă să se implice într-o relație autentică, stabilă, pe termen lung. Cu un prieten sau cu un partener în cadrul căsătoriei această persoană poate deveni absorbită de sine și indulgentă cu sine; în această situație se dezvoltă un sentiment de izolare care poate evolua până la intensități periculoase.

ETAPA a-VII-a: (Pro) Creație/Stagnare (40 – 65 de ani)

În timpul deceniilor care traversează perioada medie a vieții, adultul alege între (pro) creație sau stagnare.

Creația nu se referă numai la situația în care persoana are sau crește copii, ci și la un interes vital, îndepărtat, mult mai larg, în orientarea și sprijinirea noilor generații și/sau de îmbunătățire a societății.

Cei fără copii pot fi procreatori prin dezvoltarea unui sentiment de altruism și creativitate. Dar cei mai mulți, dacă sunt apti, vor dori să-și perpetueze personalitățile și energiile, „*prin producerea și îngrijirea urmașilor*”. A dori sau a avea copii, totuși, nu garantează creația. Părinții au nevoie mai întâi să-și fi realizat propriile identități, pentru a fi cu adevărat creatori.

Adultul care nu are preocupări privind orientarea și sprijinirea tinerelor generații, se va orienta obsesiv spre intimitate; asemenea persoane se pot căsători și chiar pot avea copii, dar totul va fi realizat prin izolare și protecție de sine.

Fără a putea fixa o vârstă precisă, se pare că există o perioadă situată între 45 și 60 de ani, când mulți indivizi se simt dezorientați și nefericiți, care ar putea contura „*criza perioadei medii de viață*”.

70 – 80% din bărbați au o criză de la moderată la severă în această perioadă, determinată de schimbări bruște și neașteptate la locul de muncă sau în relația maritală, și care se manifestă prin depresie severă, creșterea consumului de alcool sau de droguri, schimbarea cu un alt stil alternativ de viață. Persoanele aflate în această situație simt că nu mai au resurse și că cele restante sunt inadecvate pentru stăpânirea stresurilor survenite în viața lor. Resimt acut senzația îmbătrânirii și sentimentul implacabil al înfruntării morții. Asocierea dintre aceste conștientizări cu stările de panică sau de depresie constituie sindromul de criză al perioadei medii de viață.

Există numeroase evenimente care modifică stilul de viață al persoanei în timpul perioadei medii de viață, dar ele sunt stăpânite fără suferință. Numai atunci când evenimentele de viață sunt prea severe și surprinzătoare, ca moartea soției, pierderea slujbei, o suferință somatică gravă, persoana trăiește o tulburare emoțională de asemenea proporții încât determină denumirea drept criză a perioadei medii de viață. Bărbații și femeile predispuși la această criză par să provină din familii caracterizate printr-unul sau mai multe din elementele următoare survenite în timpul adolescenței: neînțelegeri parentale, îndepărtarea de părintele de același sex, părinți anxioși, părinți impulsivi cu un nivel scăzut al responsabilității.

Problematica complexă legată de profesie este generată de satisfacția sau insatisfacția dată de muncă, adaptarea la locul de muncă, șomajul. Efectele șomajului îi afectează pe cei cu venituri mici. Efectele psihologice și fizice pot fi enorme. Nucleul identității persoanei care este atât de adesea legat de profesie și de procesul propriu-zis al muncii este serios afectat atunci când este pierdut locul de muncă. Este important să menționăm aici incidența crescută a alcoolismului, a tentativelor de suicid și a actelor de violență, sau debutul tulburărilor psihice.

Perioada bătrâneții

ETAPA a-VIII-a: Integritate/ Disperare și izolare (peste 65 de ani)

În etapa a opta a ciclului de viață, după **Erikson E.**, există conflictul între *integritate* – sentimentul de satisfacție pe care îl simte cineva, reflectat asupra unei vieți trăite productiv și *disperare* – sentimentul că viața nu a avut nici o utilitate.

Maturitatea târzie poate fi o perioadă a mulțumirii, un timp în care să te bucuri de nepoți, să-ți contempli rezultatele marilor eforturi făcute și, poate, să vezi roadele propriei munci puse în valoare de generațiile mai tinere. Integritatea permite acceptarea propriului loc în ciclul vieții și recunoașterea faptului că viața ta este propria ta responsabilitate. În ceea ce îi privește pe proprii părinți, există o

acceptare a ceea ce sunt sau au fost și o înțelegere a felului în care și-au trăit propriile vieți.

În orice caz, nu există liniște sau mulțumire la bătrânețe decât dacă persoana a dobândit intimitate și și-a îndeplinit menirea de procreator. Fără procreere nu există convingerea că propria viață a avut vreun rost. Fără această convingere, apare teama de moarte și un sentiment de disperare sau nemulțumire.

Conceptul ciclului vieții a constituit cadrul pe care s-au dezvoltat teoriile psihopatologice, mai ales cele legate de stres, „*coping*” și relația cu tulburările psihiatrice, teoria eriksoniană împlinindu-și cu succes rolul de placă turnantă în continuumul reprezentat de cele două condiții: sănătate și boală mintală. Perspectiva oferită de o astfel de temă a fost exploatată generos de studiile care, în viziunile moderne ale psihatriei, iau în calcul rolul pe care îl joacă atât experimentele de viață îndepărtate, cât și cele recente, în constituirea acelor seturi de resurse interne și externe de care individul dispune pentru a se adapta.

Teoriile contemporane completează teoria ciclului vieții, ajungând la o configurație mai complexă decât a cercului inițial descris, și anume la cicluri suprapersonale articulate între ele, fiecare reprezentând de fapt un ciclu al vieții, cu direcții de dezvoltare specifice, suprapunându-se, intersectându-se, ciocnindu-se și uneori întărindu-se reciproc: ciclul biologic-reproductiv, ciclul familial-marital, ciclul educațional-vocațional. Se mai descriu în literatură: ciclul familial, ciclul profesional, ciclul locativ, ciclul relațiilor sociale etc.

Un astfel de model s-ar putea dezvolta pornind de la teoria ciclurilor vieții, înțelese nu doar în sensul restrâns al cronologiei, ci într-un sens mai larg, care presupune angajarea dinamică a persoanei în proiecte de viață, care îi implică și pe alții, mai ales pe cei din ambianța socială proximală.

În diversele domenii de viață se desfășoară diferite programe existențiale care au un început și un sfârșit, se pot relua în alt context și, în general, asemenea „parcursuri” existențiale se desfășoară în paralel din perspectiva diverselor cicluri suprapersonale – familia proprie și de origine, la locul de muncă și la școală, probleme legate de locuință, de activitate profesională specială, activitate socială, politică etc. În fiecare din aceste domenii se depune efort, sunt trăite stresuri și satisfacții; ele se pot cumula la un moment dat după mai mulți ani, sau eforturile și stresurile dintr-un ciclu sunt compensate prin satisfacțiile din altul.

Iată de ce, urmărirea ciclurilor vieții, a dinamicii, a schimbărilor ce se petrec în cadrul acesteia, permite clarificarea de ansamblu a abilităților persoanei, a satisfacțiilor și stresurilor ce se corelează, la un moment dat, cu rețeaua socială externă, fapt ce ar putea explica creșterea sau scăderea circumstanțială a vulnerabilității.

În perspectiva diacronă, în spatele tuturor straturilor de temporalitate menționate, se întâlnește „durata” proprie a existenței unei persoane date; ax al duratei ce derivă din biografie și se contopește cu identitatea persoanei pe care o întâlnim ca element esențial în perspectiva structurală a acesteia. Iar deasupra duratei și straturilor de temporalitate, prin mijlocirea prezentului trăit se împlinește devenirea persoanei. Astfel, se constituie ceea ce s-ar putea numi „biografia” unei persoane, care poate fi considerată din exterior și descrisă într-o manieră romanescă sau evidențiată prin repere schematice. Dar nu trebuie ignorat nici ceea ce s-ar putea numi „biografia internă”, ce constă în metamorfoza sensurilor și angajărilor existențiale, a devenirii intime a persoanei în contextul lumii umane care o învăluie și-i dă sens.

IV.3. TEREN PREMORBID ȘI VÂRSTĂ

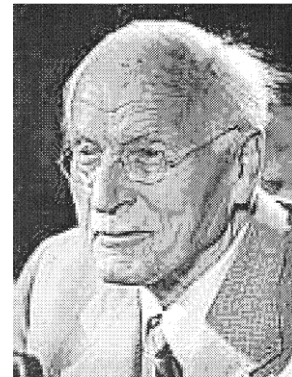
Asupra discutatului premorbid, vârsta va juca un rol deosebit fiind o coordonată majoră la care se va referi dinamica și specificitatea oricărui tablou clinic; există o nevroză a adolescentului, una a adultului, și alta a bătrânului, ca și o boală afectivă a maturității și una a involuției, aceste delimitări fiind de această dată modificate nu doar în formă ci și în conținut.

Patologia psihiatrică se leagă și se va lega de experiența trăită. Conținutul trăirilor patologice este uneori absurd, dar niciodată abstract. Dependența experienței trăite de vârstă nu trebuie demonstrată, după cum nu vom mai insista asupra felului în care vârsta intervine în structura personalității.

Vom mai nota că factorul vârstă va interveni în determinarea formală a aspectului clinic prin rolul pe care îl joacă asupra fondului somatic care va prezenta bineînțeles caracteristicile ce nu vor fi desigur confundate cu boala sau consecințele acesteia, așa cum nu vom face nici în cazul structurilor psihice.

Senescența, adolescența, climacteriul nu sunt nici boli, nici cauze de boli, nici terenuri patologice în sine, ci doar aspecte de sinteză ale modificărilor induse de vârstă. Desigur, continuarea eforturilor de delimitare și descriere a normalului, a sănătății în perioadele „critice” ale existenței, vor aduce o mai corectă abordare a aspectelor patologice de la aceste vârste.

Importanța factorului vârstă este relevată și de modificarea tablourilor clinice la același individ o dată cu înaintarea în vârstă. Cât din aceasta se datorează evoluției bolii și cât modificărilor normale pe care individul în unitatea sa biopsihosocială le suferă o dată cu trecerea timpului, este o întrebare care nu are în momentul de față un răspuns adecvat.



CARL GUSTAV JUNG (1875-1961)

Psihiatru, psihanalist și filosof elvețian. În opinia multor specialiști, cel mai important elev al lui Freud, autorul unor concepte originale ca: inconștient colectiv, persoană, arhetipuri.

IV.4. „SENSUL PERSONAL AL VIETII”

Această noțiune dezvoltată de **Gustav Jung**, la începutul secolului XIX, încearcă să dea un înțeles dezvoltării individuale către autonomie și împlinire. **Jung G** susține existența unui conținut obiectiv al psihicului (Sine) cu care Eul intră în relație în procesul de individuare. Autoactualizarea conținuturilor obiective ale Sinelui conduce la o identitate stabilă și continuă a Eului. Boala psihică ar întrerupe acest proces, l-ar bloca sau ar provoca regresie. **Maslow A.H. (1993)** citat

de **Minulescu M.** dezvoltă un set de indici tipici pentru o persoană care a atins nivelul maxim de autorealizare. Aceste persoane:

- sunt limpezi în modul de a percepe realitatea și capabile să accepte ambiguitățile existenței;
- se acceptă pe sine și pe ceilalți și trăiesc doar într-o minimă măsură starea de anxietate sau vinovăție legată de sine;
- se comportă spontan și gândesc cu fantezie, dar nu total neconvențional;
- nu sunt centrate pe propria persoană ci, mai degrabă, pe o anumită problemă;
- sunt capabili să privească viața cu obiectivitate, deși adesea caută solitudinea;
- se comportă într-o manieră independentă fără a fi și rebeli;
- iubesc viața;
- au trăiri de extaz, chiar legate de sentimentul de putere, au momente când creează, când par a stăpâni necunoscutul;
- sunt implicați social, identificându-se simpatetic cu orice om;
- pot avea experiențe interindividuale profunde, dar de regulă cu puțini oameni;
- respectă ființa;
- știu diferența dintre mijloc și scop și nu se neliniștesc de faptul că ar trebui să suporte un anumit mijloc pentru a atinge un scop;
- le este propriu un sens filosofic al umorului, spontaneității, jocului și nu sunt caracterizați de agresivitate față de ceilalți;
- sunt capabili să descopere probleme și sensuri mai ales în domeniul pe care sunt centrați;
- nu permit „culturii” să îi controleze.

IV.5. CONȘTIINȚA IDENTITĂȚII PERSONALE

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

Jaspers K. consideră conștiința ego-ului ca având patru subfuncții:

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

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

3. **Conștiința identității.** Sintagma explicativă ar putea fi: „*Eu sunt același, înainte și după acest moment*”, deci nu sunt același numai într-un anumit moment, ci și după ce timpul a mai trecut. Cu alte cuvinte, știu mereu că apar schimbări în viața mea ce mențin un nucleu de identitate specific, ce rămâne constant în timp. Aceasta se va întâmpla în fața unor modificări profunde ce implică reprezentări interne și mai ales împotriva evidenței diferențelor din aspectul corpului.

Evaluarea importanței acestei funcții se poate face luând în considerare modificările profunde suportate de corpul nostru în timpul perioadei relativ scurte a adolescenței. În timpul acestei perioade, chiar dacă este una supărătoare, jenantă,

dacă această funcție „lucrează” normal, putem fi capabili să ne menținem un sens corect al identității.

4. **Conștiința deținerii de conținuturi „personale” specifice conștiinței.** Cu alte cuvinte, certitudinea internă că aceste conținuturi ale conștiinței mele sunt specifice și diferite de cele ale altora. Cu această subfuncție, pot construi sentimentul că posed o personalitate specifică, care menține nucleul de stabilitate al conținuturilor pe parcursul schimbărilor vieții. Acest nucleu mă face egal cu persoana ce eram în trecut și diferit de „nucleul” altora.

IV.6. BOALĂ ȘI PERSONALITATE

Fundalul bolii psihice ca și al normalului este personalitatea. Ea va fi cea care va da nota particulară și de diversitate fiecărui tablou clinic. De fapt, aceasta este și marea dificultate, dar, pe de altă parte, și marea specificitate caracteristică psihiatriei. Cele două componente ale cuplului patogenic, terenul și agentul patogen se află în psihiatrie într-o relație de strânsă întrepătrundere, alcătuind o ecuație ale cărei soluții sunt infinite. Și asta pentru că, spre exemplu, dacă în reacții agentul patogen (trauma psihică) va fi exterior terenului (personalitatea), în dezvoltări el se va și suprapune structural și genetic peste aceasta (boala aflându-și cauza și în însăși dizarmonia personalității), iar în procese, intersecția celor două componente generatoare ale bolii conduce la transformarea tuturor elementelor originale ale personalității. Desigur că relația dintre cei doi factori amintiți mai sus nu este o relație mecanică; complexitatea retroacțiunilor, interdependențelor, o face greu descriabilă și practic imposibil de cunoscut în intimitatea ei.

Mai mult decât în oricare alt domeniu al medicinei, în psihiatrie existența bolnavilor și nu a bolilor este definitorie. Aceasta nu înseamnă, așa cum au încercat unii să demonstreze, că bolile nu există; și cu atât mai puțin înseamnă ceea ce alții susțin cu suverană suficiență, că nu asistăm decât la o boală unică.

Semnificația celor arătate anterior se regăsește în diversitatea clinică a tulburărilor mintale, indiferent de intensitatea lor nevrotică, psihotică sau, și de ce nu, demențială, care se transfigurează la nivel individual într-o caleidoscopică organizare.

Munca psihiatrului ar fi sisifică în încercarea de descriere a tuturor acestor tablouri, iar nosografia ar părea un „*butoi al Danaidelor*” dacă în permanență nu s-ar face efortul critic al determinării premorbidului. Punerea acestuia în evidență, stabilirea legăturii inteligibile dintre preexistent și existent, ca și sesizarea exactă a nivelului și caracteristicilor personalității oricum în suferință sunt condițiile *sine qua non* ale psihiatriei.

În stabilirea diagnosticului și în înțelegerea cazului, mediul trebuie să rezolve o problemă fundamentală și anume să coreleze tabloul clinic actual cu aspectele personalității premorbide pe care acesta s-a grefat și să aprecieze astfel eventualitatea accentuării unor trăsături care se manifestau evident și anterior îmbolnăvirii; modificarea calitativă a personalității – operație dificilă și cu importante consecințe în ceea ce privește diagnosticul și îndeosebi terapia.

O personalitate nu se poate restructura datorită bolii decât de la un nivel pe care l-a atins, în jos. Această diferență trebuie să fie reală, între ceea ce a fost și

ceea ce este, și nu între ceea ce ar fi putut fi, sau ceea ce ne imaginăm că a fost, sau între proiecția ideală a psihiatrului și realitate.

Același lucru este valabil și pentru substructurile personalității: atunci când afirmăm deteriorarea mintală, va trebui să ne referim la dezvoltarea mintală a subiectului în cauză care este acum decalată în performanțe.

Mayer-Gross concluziona asupra unui lucru de mult timp cunoscut în psihiatrie, și anume că modul de reacție corespunde trăsăturilor celor mai reprezentative ale personalității la care acesta apare, deci reacțiile sunt aproape întotdeauna în sensul personalității.

De asemenea, celelalte psihogenii, prin însăși definiția lor – de boli de „dezvoltare”, vor urma sensul personalității. Înțelegerea acestui lucru ne va împiedica în tentația hiperanalitică de a descrie noi și noi entități și forme clinice, pentru că pare evident că fiecare tip de boală, indiferent de intensitatea ei psihopatologică (până și la nivel demential) va căpăta nuanța dominantă a personalității premorbide, dezvoltând o simptomatologie generată de suprapunerea sau de interferența morbidului cu premorbidul.

Dacă personalitatea nu este o cheie psihopatologică pentru explicarea conținutului întregii patologii (așa cum ea este pentru psihogenii) ea va fi și în cadrul celorlalte boli factor patoplastic, făcând comprehensibilă forma, dar nu și conținutul.

Intuiția kretschmeriană (devenită dogmă, din păcate, pentru o lungă perioadă de timp), care opunea picnicul, leptosomului în tentativa de a stabili calea către psihoză, își găsește în realitatea clinică o nuanțată exprimare, chiar atunci când procesul schizofren se instalează la un picnic, el are o pronunțată nuanță afectivă.

Absolutizarea rolului structurii premorbide poate însă duce la impasuri majore, după cum se va vedea din unul din cele mai banale cazuri: s-au descris o structură psihopatică și una nevrotică între care s-a stabilit ca linie de demarcație „păstrarea posibilității comparației între starea sa dinainte de boală și îmbolnăvire” (**Nica-Udangiu**).

Se admite însă posibilitatea „psihopatizării” nevrozelor după o mai lungă și trenantă evoluție. Întrebarea care se pune este: acest nevrotic psihopatizat mai „păstrează” întotdeauna posibilitatea comparației comportamentului său înainte și după îmbolnăvire? Dacă da, atunci nu a devenit „psihopat” ; dacă nu, atunci cum știm că nu a fost „psihopat”?

Desigur acesta este un simplu demers teoretic care demonstrează dificultățile de încadrare în modele, delimitările având o zonă lipsită de exactitate care își are originea tocmai în uriașa variabilitate umană și în dificultatea stabilirii de modele.

Interferența care se produce în cadrul sindroamelor psihoorganice cronice (și chiar în cele acute), în care patologia ce ar trebui să fie organizată după modelul strict medical (leziune-disfuncție), are un caracter de globalitate; faptul că ele se diferențiază evidențiind cel mai adesea dizarmoniile existente în personalitatea premorbidă, ne îndreaptă pentru admiterea reciprocei: „structura somatică” va avea un rol în expresivitatea tabloului clinic. Constituția biologică, integritatea ei morfo-funcțională, rezistența ei la dezadaptare, toate acestea se vor regăsi nuanțat în tabloul morbid. Iată câteva din circumstanțele medicale care pot avea ca expresie schimbarea

personalității subiectului: tulburările comițiale, în special cele cu origine în lobul temporal, leziunile lobului frontal, tumorile, abcesele și alte leziuni cerebrale. **Bear** și **Fedio** au descris caracteristicile personalității pacienților cu epilepsie a lobului temporal: hipo- sau hipersexualitate, vâscozitate emoțională („adezivitate”), hiperreligiozitate, intensificarea emoțiilor, hipergrafie, circumstanțialitate, supraincluziune, lipsa umorului, tendințe paranoide și accentuarea extremă a sentimentului moral. Este important de reamintit că în cazurile în care există o patologie predominantă a lobului frontal, abilitățile cognitive sunt relativ păstrate.

Cauzele medicale ale schimbărilor de personalitate (după Popkin M.K., 1986)

<p>Demența corticală (poate fi manifestarea timpurie) Tumorile SNC Afecțiuni ale lobului frontal (în special asociate cu leziunile orbitale sau cu tumori) Traumatism cranian Intoxicații (de ex. plumb) Sindrom postconvulsiv Psihochirurgie Accidente vasculare Hemoragie subarahnoidiană Demență subcorticală (deseori o manifestare care iese în evidență) Afecțiuni ale lobului temporal (în special de tip iritativ/convulsiv)</p>
--

Revizia a X-a a clasificării tulburărilor mintale și de comportament OMS, 1992 introduce conceptul de tulburare de personalitate organică, pe care o caracterizează ca: *o alterare semnificativă a modelelor obișnuite ale comportamentului premorbid. În special sunt afectate expresia emoțională, trebuințele și impulsurile, funcțiile cognitive sunt defectuoase în special sau doar în sfera planificării propriilor acțiuni și anticipării consecințelor lor pentru subiect.*

În afara unui istoric stabilit sau a unei alte dovezi de boală, leziune, sau disfuncție cerebrală, un diagnostic cert necesită prezența a două sau mai multe din următoarele caracteristici:

a) Capacitate constant redusă de a persevera în activități cu scop, mai ales când implică lungi perioade de timp și satisfacții amânate;

b) Comportament emoțional alterat, caracterizat prin labilitate emoțională, bună dispoziție superficială și nejustificată (euforie), veselie neadecvată; schimbare rapidă spre iritabilitate sau scurte explozii de mânie și agresiune; în unele cazuri poate apărea apatia, care poate fi trăsătura predominantă;

c) Dezinhibarea expresiei necesităților și impulsurilor fără a lua în considerare consecințele sau convențiile sociale (pacientul se poate angaja în acte disociale, ca: furtul, avansuri sociale nepotrivite, bulimie, sau manifestă desconsiderare pentru igiena personală);

d) Tulburări cognitive sub forma suspiciunii sau ideății paranoide și/sau excesivă preocupare pentru o unică temă, de obicei abstractă (de exemplu religia, „adevărul”, „eroarea” etc.);

e) Alterare marcată a debitului și fluidității verbale, ceea ce se traduce prin: circumstanțialitate, hiperimplicare, vâscozitate și hipergrafie;

f) Comportament sexual alterat (hiposexualitatea sau schimbarea preferinței sexuale).

Totuși, așa cum nu există psihogeneză pură (nu există emoție fără tulburări neurovegetative și endocrine, afirmă în 1973 **Sivadon**), tot așa nu se poate vorbi de personogeneză în sens neurologic.

IV.7. MODALITĂȚI DE ABORDARE A PACIENTULUI CU TULBURARE DE PERSONALITATE INTERNAT

Pacienții cu tulburări de personalitate sau comportamente regresiv au deseori crescute anxietatea, furia, indignarea, o nevoie de a pedepsi sau un comportament evitant față de personalul secției. Medicul și psihologul clinician pot fi în situația de a reduce tensiunea prin educarea personalului cu privire la diagnosticul pacientului și asupra motivației pe care o are pentru reacțiile puternice afișate. Această abordare detensionează de obicei situația prin scăderea afectelor negative în rândul personalului spitalului și, ca urmare a acestei schimbări, reducerea problemelor afective ale pacientului.

Atunci când apare un conflict între personalul medical și pacient este esențial să se aibă în vedere dacă plângerea pacientului este îndreptățită. Dacă există probleme reale, atunci acestea trebuie corectate. Pentru unii pacienți cu tulburări de personalitate, în special indivizii obsesiv-compulsivi, lucrul cu echipa în tratamentul acestora, pentru a întări apărarea intelectuală a pacientului, poate ajuta foarte mult. Oferirea a cât mai mult control asupra tratamentului pe care îl urmează sau a deciziilor asupra activităților zilnice pacienților cu tulburare de personalitate de tip obsesiv-compulsiv pot scădea anxietatea și revendicativitatea.

Totuși, mai frecvent, pacienții cu tulburare de personalitate necesită limite, structură și un mediu limitat. Controlul extensiv ajută pacientul regresat sau care funcționează primitiv să păstreze controlul intern. Amenajarea unui mediu limitat pentru pacient nu este punitivă, ci asigură o structură de siguranță pentru pacient. Pacienții cu tulburare de personalitate borderline, histrionică, antisocială, dependentă sau narcisistă sunt cel mai dispuși la a avea o astfel de structură.

IV.8. MANAGEMENTUL MEDICAL AL PACIENȚILOR CU TULBURĂRI DE PERSONALITATE

TIPUL DE PERSONALITATE	SEMNIFICAȚIA BOLII	RĂSPUNS	INTERVENȚIE
Dependentă	Așteaptă îngrijire și interes nelimitate	Revendicativ sau retras în sine	Satisfaceți nevoile cu condiții limită
Obsesiv-compulsivă	Amenință controlul	Obstinant, necooperant	Informații; oferiți control
Histrionică	Defect, pedepsire	Seductiv	Reasigurați; evitați interacțiunea
Paranoidă	Confirmă suspiciunile, așteaptă atacul	Blamează pe ceilalți, ostilitate	Planuri clare, păstrați distanța
Narcisiacă	Amenință măreția subiectului	Infatuare, fanfaronadă	Încredere, profesionalism
Schizoidă	Anxietate cu contact forțat	Izolată, necooperant	Acceptați distanța

Antisocială	O ocazie potențială de profit	Caută un avantaj	Stabiliți limite
Borderline	Mai multă anxietate	Dezorganizare crescută	Stabiliți limite
Schizotipală	Altcineva a provocat boala	Crește suspiciozitatea	Invocați mijloace și forțe neconvenționale
Evitantă	O povară în plus	Cerere disperată de ajutor	Supportivitate
Masochistă	Dragoste și îngrijire-suferință	Multiple acuze, respingere	Recunoașteți-i dificultățile
Pasiv-agresivă	O altă frustrare	Cere, blamează	Controlați-vă contratransferul

Îngrijirea cu succes a unui pacient cu tulburare de personalitate considerat dificil (agit, revendicativ și noncompliant), internat într-o secție de spital, se bazează pe urmărirea și îmbunătățirea următorilor factori:

- **Comunicarea.** Pacientul are nevoie să i se descrie simplu și adevărat starea medicală pe care o are și tratamentul pe care trebuie să îl urmeze. Pacientul poate încerca să despartă personalul, manipulând un membru împotriva altuia, prin relatarea unor variante diferite ale aceleiași povești unor persoane diferite. La raportul de predare-primire a turelor va fi obligatorie și compararea versiunilor relatărilor acestor pacienți

- **Personal constant.** Pacientul poate intra repede în panică dacă nu poate identifica membrii personalului care au fost repartizați pentru a lucra cu el. Ideal, o singură persoană trebuie să comunice toate deciziile. Deoarece acest lucru nu este posibil în lumea reală, țineți cont că pacientul poate fi speriat de fiecare schimbare de tură, sau atunci când personalul a fost repartizat altui pacient. De aceea la începutul fiecărei ture, un membru din personal repartizat pacientului trebuie să revizuiască planul de îngrijire, să se prezinte, să se intereseze asupra modului în care se desfășoară lucrurile și să spună pacientului cât timp va fi de serviciu.

- **Justificarea.** Pacientul are sentimentul că cineva trebuie să aibă grijă de el permanent. Deși este dificil pentru personal să tolereze acest lucru, este important de reținut că acest sentiment este modul prin care pacientul încearcă să facă față stării prin care trece atunci când este speriat. Acest comportament stârnește un puternic contratransfer care trebuie cunoscut și evitat de către medic. Asigurați în mod repetat pacientul că înțelegeți ce cere, dar, deoarece credeți că are nevoie de cea mai bună îngrijire posibilă, veți continua să urmați tratamentul recomandat de experiența și judecata echipei care îl îngrijește.

- **Limite ferme.** Pacientul are o mulțime de cereri, uneori în conflict unele cu ele, și se înfurie foarte repede atunci când aceste cereri nu sunt îndeplinite. Acest lucru poate face personalul să se simtă atras în cursă și fără ajutor, ca și cum ar fi de vină că pacientul nu poate face nimic fără ajutor. Pacientul poate amenința că își va face rău singur sau că va părăsi spitalul dacă lucrurile nu se desfășoară în modul așteptat de el. Nu încercați să vă contraziceți cu pacientul, dar încet și ferm, în mod repetat, stabiliți limitele pentru problema de comportament, cererea făcută și nemulțumirea exprimată. Dacă pacientul amenință că își va face rău sau va face rău altora, asigurați-l că va fi imobilizat dacă va încerca să facă acest lucru.

IV.9. PERSONALITATE ȘI ADAPTARE

De-a lungul istoriei psihologiei, mulți psihologi au arătat că trăsăturile de personalitate constituie baza pentru modelarea și adaptarea umană. Dintre trăsăturile de personalitate ei au acordat cea mai mare atenție următoarelor resurse de adaptare:

1. Eficacitatea (**Bandura, 1977, 1982, 1988; Waltz și Gough, 1984**).
2. Rezistența (**Kobasa, 1979, 1982**).
3. Control (**Rotter, 1966; Phares, 1979**).
4. Competența (**White, 1959**).
5. Ego puternic (**Barron, 1953**).

CARACTERISTICA	DEFINIȚIE	AUTORII
Eficacitatea	– resursă de personalitate împreună cu învățarea socială – ca trăsătură de personalitate; – „credința individului în abilitatea proprie de a acționa. Eficacitatea individuală pornește de la posibilitatea de a-și pune în față planurile și deprinderile pe care le are” .	Bondura – 1977, 1982, 1988 Woltg și Gough 1984 Woltg și Gough 1984
Rezistența	Un complex de caracteristici care include: – puternică înțelegere a selfului; – atitudine viguroasă față de mediu; – înțelegerea semnificațiilor; – control. Relația stres înalt/ execuție – scăzută în contrast cu stres înalt/ execuție foarte scăzută fiind toate caracterizate de calități asociate cu rezistența. Ridicarea unui număr de întrebări despre validitatea conceptului de rezistență.	Kobosa 1979, 1982 Funk, 1982
CONTROLUL	Un construct de personalitate. În ultimii 30 de ani s-au făcut sute de studii legate de această temă. Aceste studii au inclus investigații și corelații, structură factorială și proprietăți psihometrice. În general, concluzia este că, controlul reprezintă o sursă distinctă a personalității pentru adaptarea la stres. Poziitivitatea valorii controlului personal. Ideea că individul îl poate facilita și dezvolta prin credința în ceva anume și faptul că aceasta dă posibilitatea autocontrolului, rămâne totuși o noțiune populară.	J.Rotter, 1966 Folkman, 1984 Stepoe și Apples, 1992
Competența	Ea reprezintă sentimentul eficacității care provine de la istoria cumulativă a producerii unui efect asupra mediului. Competența este emergentă calității care apare natural în procesul uman de creștere și dezvoltare. Un concept comportamental al competenței. Un model de dezvoltare/maturitate al competenței. Competența socială – un index al maturității și sănătății psihice.	White, 1959, 1960, 1970 Golfried și D’Zurilla, 1969 Heath, 1977 Phillips și Ziegler, 1961, Broverman și Zigler, 1966, 1961
Ego puternic	Conceptul de „putere a Ego-ului”. Când teoriile psihodinamice au luat avânt se dezvoltă scala de măsurare a puterii Ego-ului. Mai târziu, puterea ego-ului a putut fi considerată premergătoare conceptelor de eficiență, competență, rezistență și control.	Barron, 1953
Dezvoltare morală		Rim, 1992
Umorul	Umorul este un mijloc de satisfacere narcisică, este o afirmare victorioasă a Eu-lui	Overholser, 1992

În aceleași condiții de viață, de exemplu muncă de răspundere, plină de neprevăzut, într-un ritm neîntrerupt, ziua și noaptea, unii oameni rămân perfect sănătoși, iar alții contractează diferite maladii: ulcer, colită, hipertensiune și alte afecțiuni cardiace, acuzând o stare psihică proastă – surmenaj, insomnie, fobii etc. Investigațiile s-au orientat spre factorii de personalitate. În primul rând, cei determinanți ereditar: o anumită construcție somatică, echilibrul și forța proceselor psihice, anumite disfuncționalități congenitale etc. Deși ereditatea nu poate fi ocolită, cercetările moderne asupra stresului au arătat că rezistența la agresiunea stimulilor nocivi din mediul nostru de viață se dobândește. Hotărâtoare este atitudinea față de existența cotidiană, modul cum se raportează indivizii umani la realitatea obiectivă. Manualul de diagnostic și tratament DSM IV introduce o scală de evaluare precisă a funcționalității fiecărui individ, drept criteriu suplimentar în stabilirea diagnosticului multiaxial.

Scala de evaluare globală a funcționării <i>(GAF-Global Assessment of Functioning)</i>	
Luați în considerare funcționarea psihologică, socială și ocupațională pe un continuum ipotetic al sănătății/bolii mintale. Nu includeți degradarea funcționării ca urmare a unor limitări fizice (sau de mediu).	
Codul	(Notă Folosiți coduri intermediare atunci când este cazul, de ex., 45, 68,72).
100 91	Funcționare superioară într-o largă gamă de activități, problemele vieții par să nu-i scape niciodată de sub control, este căutat de alții pentru multiplele sale calități pozitive. Fără simptome.
90 81	Simptome absente sau minime (de ex., ușoară anxietate înaintea unui examen), funcționare bună în toate domeniile, interesat și implicat într-o gamă largă de activități, eficient social, în general mulțumit cu viața, nu are mai mult decât probleme sau îngrijorări banale, legate de viața cotidiană (de ex., o „discuție” ocazională cu membrii familiei).
80 71	Dacă sunt prezente simptome, acestea constituie reacții tranzitorii și expectabile la stresori psihosociale (de ex., dificultăți de concentrare după o ceartă în familie); nu mai mult decât o ușoară afectare a funcționării sociale, ocupaționale sau școlare (de ex., rămâneri în urmă temporare în activitatea școlară).
70 61	Unele simptome ușoare (de ex., dispoziție coborâtă și ușoară insomnie) SAU unele dificultăți în funcționarea socială, ocupațională sau școlară (de ex., chiul ocazional sau însușirea unor obiecte din casă), dar funcționare generală bună, are unele relații interpersonale semnificative.
60 51	Simptome moderate (de ex., afect plat și vorbire circumstanțială, ocazional atacuri de panică) SAU dificultăți moderate în funcționarea socială, ocupațională sau școlară (de ex., puțini prieteni, conflicte cu cei de aceeași vârstă sau cu colegii de muncă)
50 41	Simptome severe (de ex., ideeație de sinucidere, ritualuri obsesive severe, furturi frecvente din magazine) SAU orice afectare serioasă a funcționării sociale, ocupaționale sau școlare (de ex., fără prieteni, incapabili să păstreze un serviciu)

40	Oarecare alterare a testării realității sau a comunicării (de ex., vorbirea este uneori illogică, obscură sau irelevantă) SAU alterare majoră în câteva domenii, cum ar fi munca sau școala, relațiile familiale, judecata, gândirea sau dispoziția (de ex., un bărbat depresiv care își evită prietenii, își neglijează familia și este incapabil să mai lucreze; un copil care bate frecvent copiii mai mici, este sfidător acasă și ia note proaste la școală)
31	
30	Comportamentul este considerabil influențat de deliruri sau halucinații SAU deteriorare severă a comunicării sau judecării (de ex., uneori este incoerent, acționează cu totul inadecvat, are preocupări suicidare) SAU inabilitate de a funcționa în aproape toate domeniile (de ex., stă în pat toată ziua; nu are serviciu, locuință sau prieteni)
21	
20	Prezența unui anumit pericol de a-și face rău sieși sau altora (de ex., tentative de sinucidere fără expectația clară a morții; este frecvent violent; excitație maniacală) SAU ocazional nu păstrează igiena personală minimă (de ex., manipulează fecale) SAU alterare majoră a comunicării (de ex., în mare măsură incoerent sau mut)
11	
10	Pericol persistent de lezare gravă a propriei persoane sau a altora (de ex., violență recurentă) SAU incapacitatea persistentă de a-și menține o minimă igienă personală SAU act suicidar serios cu expectația clară a morții
1	
0	Informație inadecvată
Din: American Psychiatric Association. <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> , text revision, 4th Editura Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000	

V. VULNERABILITATE, EVENIMENT DE VIAȚĂ, CONFLICT ȘI CRIZĂ

- V.1. EVENIMENTUL DE VIAȚĂ – O ABORDARE CONTEMPORANĂ
- V.2. NATURA EVENIMENTULUI
- V.3. IMPORTANȚA EVENIMENTELOR
- V.4. CONTEXTUL EVENIMENTULUI
- V.5. TRACASĂRILE ȘI MOMENTELE BUNE COTIDIENE
- V.6. CONSTRÂNGERILE ROLULUI ȘI NATURA LOR
- V.7. ABORDAREA SOCIO-CLINICĂ (BROWN ȘI HARRIS)
SCALA EVENIMENTIALĂ, DUPĂ HOLMES ȘI RAHE (Social Readjustment Scale, 1967)
- V.8. IMPORTANȚA INTERACȚIUNILOR
- V.9. PRINCIPIUL SUMĂRII
- V.10. VULNERABILITATE ȘI AGENȚI DECLANȘATORI
- V.11. SUPORT SOCIAL
- V.12. SCALA VULNERABILITĂȚII PSIHOLOGICE (SVP)
- V.13. CLASA SOCIALĂ
- V.14. SEXUL
- V.15. LISTA EVENIMENTIALĂ, DUPĂ PAYKEL
- V.16. CHESTIONARUL EVE

V.1. EVENIMENTUL DE VIAȚĂ – O ABORDARE CONTEMPORANĂ

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

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

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

V.2. NATURA EVENIMENTULUI

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

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



Adolf Meyer (1866-1950)

Psihiatru american, fondatorul școlii dinamice, autor al concepției biopsihologice, a subliniat rolul evenimentului în geneza bolii psihice și a fundamentat conceptul de reacție psihică.

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

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

a. trauma funcționează ca un element declanșator, care dezvăluie o structură nevrotică preexistentă

b. trauma are o contribuție determinantă tocmai la conținutul simptomului, (**Laplanche și Pontalis, 1967**)

V.3. IMPORTANȚA EVENIMENTELOR

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

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

Astfel, diversificarea listelor și adaptarea lor la grupe de populații nu constituie un lucru nou în sine. Dezavantajul vine mai degrabă din faptul că se uită ce trebuia să constituie un eveniment și că s-au introdus uneori fapte banale sau dificultăți de viață cronice. Soluția, care consistă în includerea doar a evenimentelor considerate perturbatoare de către subiect, duce în definitiv la accentuarea confuziei, întrucât persoanele predispuse la tulburări afective riscă să fie mai tulburate de ceea ce li se întâmplă și să bruiereze rezultatele, considerând că tot ceea ce li se întâmplă este perturbator.

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

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

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

Acest mod de evaluare constituie un progres net, în ciuda limitelor enumerărilor, pentru că doar subiectul poate decide ce anume constituie pentru el un eveniment. În practică, nu este necesară o abordare atât de riguroasă, întrucât cele două tipuri de a calcula duc la rezultate foarte asemănătoare (**Zimmerman, 1983**).

Ameliorarea formulării criteriilor contribuie, totuși, la ameliorarea indicilor psihometrici, întrucât coeficienții de fidelitate sunt în general scăzuți (**Zimmerman, 1983**).

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

Pe de altă parte, dificultatea situării cu exactitate în timp a debutului unei probleme psihopatologice, în studiile de sănătate mintală, este și mai mare. Aceste critici se aplică la majoritatea cercetărilor. În cazul depresiei, de exemplu, cum putem

preciza perioada în care simptomele au devenit suficient de numeroase pentru a atinge numărul de patru, propus de anumite definiții? Din care moment începe scăderea în greutate, sau o adevărată disperare? Modificarea este gradată sau bruscă? Doar studiul prospectiv ne-ar scoate din încurcătură, ceea ce ar presupune comunicarea cu informatorul la intervale regulate. Această metodă este foarte costisitoare, iar în lipsa ei, singura soluție este o analiză retrospectivă foarte atentă în ceea ce privește data apariției și dispariției episoadelor depresive sau ale altora. Anumite variabile, precum tentativele de suicid sau ideile de suicidare serioase, întrucât nu sunt constituite din mai multe simptome, prezintă în acest sens nete avantaje, și este posibil să fie date cu mai mare ușurință (**Tousignant și Hanigan, 1986**).

Una dintre problemele cele mai controversate este de a ști dacă evenimentele sunt într-adevăr independente de voința celor interogați (**Rabkin și Struening, 1976**). Sau, altfel spus, este subiectul total sau chiar parțial responsabil de ceea ce i se întâmplă? De exemplu, cum să tragi concluzia că divorțul este cauza depresiei, fără să presupui și că cel puțin unele probleme comportamentale legate de depresie au dăunat căsătoriei? Poziția lui **Brown** în această privință este de a nu respinge evenimentele dependente, într-o măsură sau alta, de subiect. Aceasta ar antrena, în primul rând, îndepărtarea unui număr considerabil de evenimente majore, începând cu creșterea unui copil, până la anumite cazuri de șomaj. Problema fundamentală este de a ști dacă un eveniment, indiferent care este angajarea subiectului, este în măsură să arunce o persoană, deja vulnerabilă, pe plan psihologic, într-o stare patologică. Procesul de cauzalitate nu urmează o mișcare simplă, lineară, cum ar dori unii (**Tennant și colab., 1978**); el se înscrie mai degrabă într-o mișcare în spirală, iar rolul nostru este de a descrie toate meandrele ce duc la tulburări psihice.

În anumite studii longitudinale, de exemplu cel întreprins de **McFarlane și colab. (1983)** și ale majorității celor care stabilesc relații între scorurile scalelor la două perioade diferite, vom constata că simptomele măsurate inițial prezic mai bine decât celelalte variabile simptomele unei perioade ulterioare de 6 luni, în pofida unei asociații clare între evenimentele independente și indezirabile și sănătatea mintală.

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

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

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

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

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

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

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

V.4. CONTEXTUL EVENIMENTULUI

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

O maladie cronică gravă, precum leucemia sau o dezamăgire în dragoste, ne aduc aminte cât de puțin stăpânim destinul. Scăderea autostimei este accentuată în împrejurările în care subiectul crede că ar fi putut acționa (de exemplu, un adolescent care încearcă să împiedice separarea părinților). În cazul în care evenimentul are loc, în pofida expectațiilor firești, pot apare confuzie și dezorientare (de exemplu, un logodnic rupe logodna, deși căsătoria era anunțată; un student cade la un examen considerat ușor etc.).

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

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

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

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

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

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

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

V.5. TRACASĂRILE ȘI MOMENTELE BUNE COTIDIENE

Lăsând de-o parte marile drame ale vieții, anumite studii recente se interesează în mod special de necazurile și bucuriile cotidiene. Logica invocată: tensiunile cotidiene au cel puțin tot atâta importanță pentru sănătatea mintală a indivizilor ca și evenimentele izolate; iar acumularea lor sfârșește prin a cântări mai mult în balanță decât loviturile grele al căror impact va fi, puțin câte puțin, absorbit de timp (**Kanner și colab., 1981**).

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

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

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

Pe de altă parte, dacă universul trăirilor acestor tracasări îl depășește pe cel al constrângerilor rolului, rămâne să se verifice dacă tracasările cotidiene pot încă să

aibă importanța lor și în absența unui astfel de tip de constrângeri legate de rol. O relativă satisfacție îi va proteja, poate, pe adulții de vârstă mijlocie puternic angajați în roluri profesionale și familiare. Pentru persoanele fără rol, sau cu un singur rol, tracasările ar putea avea consecințe mai importante.

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

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

V.6. CONSTRÂNGERILE ROLULUI ȘI NATURA LOR

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

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

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

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

TIPURI DE ROLURI DE CONSTRÂNGERE		
Constrângerile datoriei	toate aspectele materiale, acțiunile ce trebuie îndeplinite, noxe, pericole sau surplus de muncă. Cei care lucrează situați de obicei la cele două extreme ale câmpului ocupațional: a) cu sarcini repetitive; sau b) în posturi de mare responsabilitate, care sunt și cei mai afectați.	Constrângerea datoriei poate fi legată de disproporția dintre venit și efortul depus sau exploatarea unor aptitudini. Motivația se pierde și e necesară mai multă energie pentru aceeași activitate
Conflicte interpersonale	acestea sunt conflictele care apar între două persoane, care de obicei sunt angajate în aceeași situații de rol. Căsătoria oferă exemplul tipic. Principala sursă de insatisfacție și neînțelegeri este impresia unei absențe a reciprocității: un partener crede că dă mai mult decât primește. Putem adăuga necazurile pe care copiii le fac părinților, și invers. În domeniul profesional conflictul cu autoritatea, care atrage după sine auto-devalorizarea și depersonalizarea, riscă să invalideze ceea ce fiecare a investit în munca lui.	Constrângerea legată de rol va fi cu atât mai mare cu cât individul este mai angajat în acel rol. Relațiile sunt condiționate de așteptările actorilor

TIPURI DE ROLURI DE CONSTRÂNGERE		
Multiplacitatea rolurilor și conflictele interpersonale	Angajamentele luate într-un anumit domeniu sunt deseori incompatibile sau în contradicție cu cele pe care le luăm în alte domenii, și se ajunge astfel într-o situație dilematică.	Aceste conflicte între roluri apar mai ales la persoane care nu au posibilitatea să deplaseze temporar unul dintre roluri pe un loc secundar, în favoarea altuia. Este situația femeilor, care sunt mai pasibile să dezvolte o depresie decât bărbații, dacă munca lor vine în contradicție cu solicitările casnice (Pearlin, 1975).
Înțepenirea în rol	Acest domeniu este mai puțin analizat, dar există elemente care permit înțelegerea situațiilor unor persoane.	Este vorba de persoane care sunt profund nemulțumite de rolul în care sunt captive.
Schimbarea rolurilor	Intrarea și ieșirea dintr-un rol sunt, de fapt, evenimente critice	
Restructurarea rolurilor	Apare în situația de schimbare a poziției într-o relație care ne-a legat de o persoană, de exemplu: grija de părinții care ne-au crescut, fiul unei mame divorțate devine prematur confidentul acesteia etc.	Inhibiția determinată de comportamente învățate și adoptarea unor comportamente contrare pot produce o tensiune foarte mare

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

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

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

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

V.7. ABORDAREA SOCIO-CLINICĂ (**BROWN ȘI HARRIS**)

Lucrările echipei de la colegiul Bealford din Londra, constituită în principal din **George Brown, Tirril Harris** și **Antonia Bigulco**, merită o atenție specială datorită contribuției lor excepționale în epidemiologia psihiatrică. Munca imensă depusă de la începutul anilor '70 în domeniul originilor sociale ale depresiei la femei a propus o abordare originală și mult mai globală decât ceea ce era în general oferit de literatura existentă la acea dată. Panoplia instrumentelor dezvoltate pentru

măsurarea conceptelor cheie ale modelului lor sunt constituite de **interviul clinic de tip semi-dirijat**. Timpul de înregistrare (redactare) este relativ lung.

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

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

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

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

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

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

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

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

1.	Decesul unuia dintre soți	100
2.	Divorțul	73
3.	Separarea maritală	65
4.	Sfârșitul detenției în închisoare	63
5.	Decesul unui membru apropiat al familiei	63
6.	Accident sau maladie personală	53
7.	Căsnicie	50
8.	Concediere	47
9.	Reconciliere maritală	45
10.	Pensionare	45
11.	Modificarea stării de sănătate a unui membru din familie	44
12.	Graviditate	40
13.	Dificultăți sexuale	39
14.	Intrarea unui nou membru în familie	39

15.	Reorganizare profesională	39
16.	Schimbarea statutului financiar	39
17.	Decesul unui prieten apropiat	38
18.	Schimbare în orientarea profesională	37
19.	Schimbarea frecvenței disputelor conjugale	36
20.	Ipotecă mai mare de 10.000 USD (echivalentul unui salariu în 1967)	35
21.	Scadența unui împrumut sau sechestrul în urma ipotecării	31
22.	Schimbarea responsabilității la serviciu	30
23.	Părăsirea domiciliului de către un fiu sau o fiică	29
24.	Neplăceri juridice	29
25.	Realizare personală incompletă	28
26.	Debutul sau finele carierei soției	26
27.	Debutul sau finele școlarizării	26
28.	Schimbarea condițiilor de viață	25
29.	Revizuirea obiceiurilor personale	24
30.	Dificultăți cu șeful	23
31.	Schimbări de orar sau de condiții de muncă	20
32.	Schimbare de domiciliu	20
33.	Schimbarea școlii	20
34.	Modificări în programul de distracție	19
35.	Schimbări în activitatea religioasă	19
36.	Schimbări în activitățile sociale	18
37.	Ipotecă sau împrumut mai mic de un salariu mediu anual	17
38.	Modificări în obiceiurile legate de somn	16
39.	Schimbare în frecvența reuniunilor familiale	15
40.	Modificări ale obiceiurilor alimentare	15
41.	Vacanțe	13
42.	Sărbători de Crăciun	12
43.	Încălcări minore ale legii	11

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

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

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

Unii, cum ar fi **Tennant și colab.**, avansează ideea că ceea ce măsoară de fapt această metodă nu este un eveniment adevărat, ci un fel de **indice de stres social**, pentru că evenimentul este judecat în **contextul circumstanțelor** care îl înconjoară.

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

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

LEDS nu se mulțumește, așa după cum am subliniat, să considere numai **evenimentele**; el cuprinde și o întreagă serie de **dificultăți de viață**, a căror natură este mai cronică; respectiv, acestea sunt, în general, de o **durată mai mare de 6 luni**. De asemenea, în contextul socio-economic (creșterea unei chirii, spațiul neadecvat, venituri insuficiente) sau în cazul unor neînțelegeri cu șeful, aceste dificultăți reprezintă totuși dificultăți care vor fi codificate independent în protocol. De aici, o **scală în șase trepte**, care permite departajarea dificultăților în funcție de gravitatea lor. O analiză atentă a temelor acoperite permite să se vadă că ele înglobează **elemente esențiale ale tracasării cotidiene**, ca și **probleme de rol**.

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

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

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

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

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

Slaba stimă de sine, de exemplu, nu e necesar să fie permanentă, ea poate fi întreținută de o situație obiectivă exterioară, care, în cea mai mare parte a timpului, constă într-o absență a susținerii sociale sau într-o relație negativă cu anturajul.

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

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

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

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

V.8. IMPORTANȚA INTERACȚIUNILOR

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

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

S-au distins, de altfel, **evenimente – E** – care sunt asociate unui angajament profund de implicare într-unul dintre cele 5 **domenii** următoare: copii, căsătorie, munci casnice, servicii sau activități exterioare.

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

Un al doilea tip de corespondență provine din **conjugarea între un eveniment major și o dificultate subiacentă**. Acest tip de eveniment este numit **eveniment D**. Dificultatea trebuie să se întindă pe **mai mult de 6 luni**, dar nu este cazul ca ea să fie cauza evenimentului. O serie de cercetări ulterioare au permis determinarea, în primul rând, a faptului că aceste evenimente sunt, în general, **mai grave decât cele non-D**. Și o a doua caracteristică este aceea că evenimentele **D** provoacă mult mai adesea o reacție de disperare.

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

V.9. PRINCIPIUL SUMĂRII

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

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

Analizele eșantionului de la Islington i-au confirmat opinia. Singura **excepție** valabilă apare atunci când **evenimentele majore sunt legate între ele și când unul din cele 3 tipuri de corespondență este prezent**. Cu cât mai mult un eveniment are corespondențe, cu atât el riscă să conducă la depresie.

La femeile care au trăit un eveniment major, rata de depresie este de 27% – dacă există o singură corespondență; 50% – dacă există 2 corespondențe; și 100% dacă există 3 corespondențe. Ca urmare a analizei care a regrupat protocoalele unde s-au observat 2 evenimente majore s-a propus un **indice de legătură – link**, pentru a face **distincția între evenimente care au o relație între ele și cele care n-au**. Rezultatele confirmă contribuția acestui indice de legătură la condiția simultană pe care a avut-o prezența unei corespondențe, în special cele de tip **D**.

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

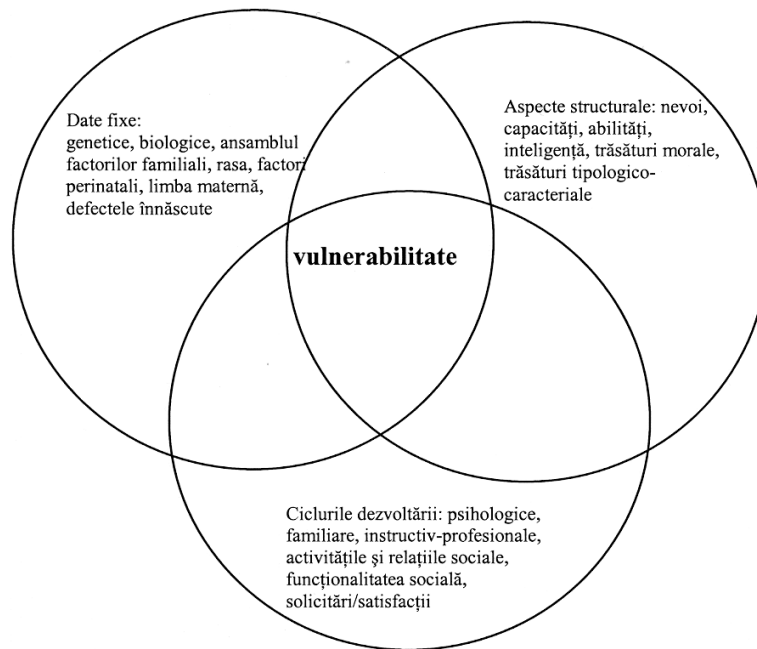
Echipa de la Bedford, în pofida poziției sale contrarii de la început, întrevide că ar putea găsi aici un efect de sumare, fără a se putea împiedica totodată să-l citeze pe **Thomas Hardy**, pentru care două probleme simultane nu vor forma niciodată o problemă dublă, și care evocă faptul că „un necaz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

V.10. VULNERABILITATE ȘI AGENȚI DECLANȘATORI

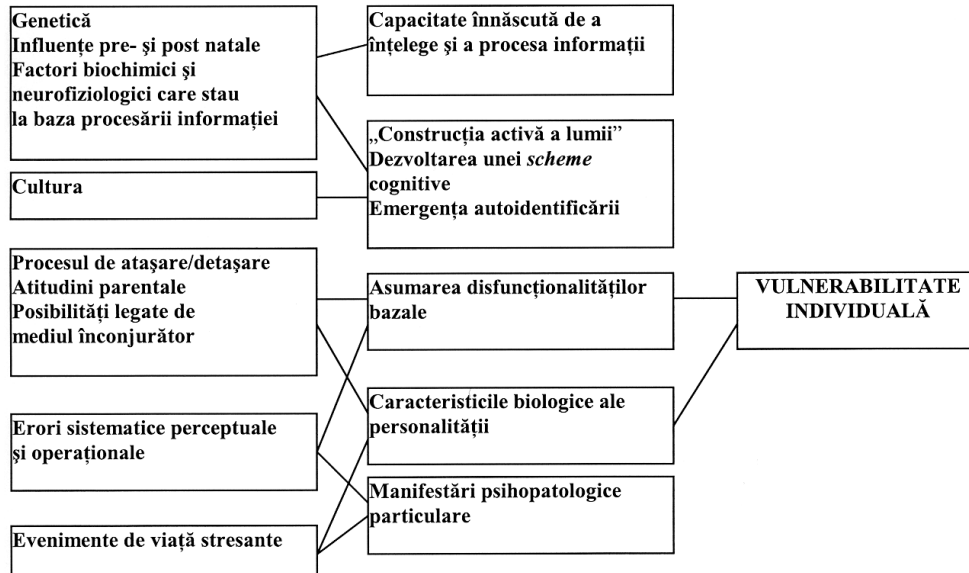
Lăzărescu M. afirmă că vulnerabilitatea este un concept modern care tinde să ia locul conceptului greu comprehensibil de *determinism endogen*.

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

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

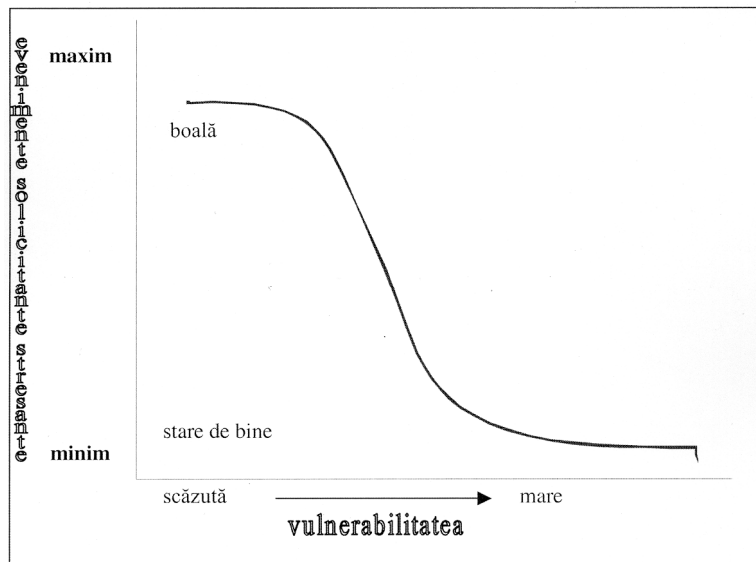


Factori implicați în modelul vulnerabilității individuale după **Perris, 1992**



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

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



Relația vulnerabilitate-stresor în apariția stărilor psihopatologice
(după Zubin, 1997, citat de Lăzărescu M)

V.11. SUPORT SOCIAL

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

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

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

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

V.12. SCALA VULNERABILITĂȚII PSIHOLOGICE (SVP)

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

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

Cercetătorii psihosociali au investigat legături variate între vulnerabilitatea cognitivă și criza psihologică, în mod specific depresia. O grupare de variabile ale personalității, ce au fost investigate ca factori specifici de vulnerabilitate la depresie, includ dependența, auto-învinuirea, perfecționismul și atribuțiile disfuncționale.

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

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

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

V.13. CLASA SOCIALĂ

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

Studiile respective au arătat că persoanele din clasele sociale inferioare au o probabilitate mai ridicată de spitalizare, și rămân în spital mult mai mult timp decât cei din *middle class*.

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

Cea mai recentă lucrare descriptivă arată că e important să faci asemenea discriminări, mai degrabă decât să le combini. Evidența sugerează acum faptul că **venitul** – la bărbați, și **educația** – la femei, încă mai mult decât clasa socială, corelează cu psihopatologia.

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

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

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

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

V.14. SEXUL

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

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

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

În legătură cu aceasta s-au avansat următoarele ipoteze:

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

Studiul femeilor din mediile defavorizate ale cartierului Camberwell din Londra a permis să se pună în lumină 4 mari factori de vulnerabilitate: absența unui raport intim cu soțul, pierderea mamei la o vârstă mai mică de 11 ani, prezența acasă a 3 copii mai mici de 14 ani, absența unei munci remunerate. Conceptul care integrează toți acești factori de vulnerabilitate este stima de sine.

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

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

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

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

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

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

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

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

V.15. LISTA EVENIMENTĂLĂ DUPĂ PAYKEL

1.	Decesul unui copil	19.33
2.	Decesul unuia dintre soți	18.76
3.	Detenția	17.60
4.	Decesul unui membru al familiei	17.21
5.	Infidelitatea unuia dintre soți	16.78
6.	Probleme financiare majore	16.57
7.	Falimentul	16.46
8.	Concedierea	16.45
9.	Avortul	16.34
10.	Divorțul	15.93
11.	Separarea conjugală cu dispută	15.93
12.	Probleme minore cu justiția	15.79
13.	Sarcină nedorită	15.57
14.	Boală gravă a unui membru al familiei	15.30

15.	Șomajul	15.26
16.	Decesul unui prieten apropiat	15.18
17.	Degradarea statutului social	15.05
18.	Maladie personală serioasă	14.61
19.	Începutul unei relații extraconjugale	14.09
20.	Pierdere importantă	14.07
21.	Proces	13.78
22.	Eșec la un examen important	13.52
23.	Căsătoria nedorită a unui copil	13.24
24.	Ruperea logodnei	13.23
25.	Dispute conjugale	13.02
26.	Disputa cu un membru al familiei biologice	12.83
27.	Dispută cu logodnicul (a)	12.66
28.	Împrumut important	12.64
29.	Plecarea fiului în armată	12.32
30.	Dispute cu șeful sau colegii	12.21
31.	Dispute cu un membru al familiei prin alianță	12.11
32.	Emigrarea	11.37
33.	Menopauza	11.02
34.	Probleme financiare minore	10.91
35.	Separarea de o persoană importantă	10.68
36.	Pregătirea pentru un examen important	10.44
37.	Separarea conjugală fără dispută	10.33
38.	Schimbarea orarului de la serviciu	9.96
39.	O nouă persoană în cămin	9.71
40.	Ieșirea la pensie	9.33
41.	Schimbarea condițiilor de lucru	9.23
42.	Schimbarea serviciului	8.84
43.	Sfârșitul unei relații stabile	8.80
44.	Schimbarea domiciliului într-o altă localitate	8.52
45.	Schimbarea școlii	8.15
46.	Oprirea școlarizării	7.61
47.	Plecarea unui copil de acasă	7.20
48.	Reconciliere conjugală	6.95
49.	Încălcări minore ale legii	6.05
50.	Nașterea (pentru mamă)	5.91
51.	Începutul sarcinii	5.67
52.	Căsătoria	5.61
53.	Promovarea	5.39
54.	Boală personală minoră	5.20
55.	Schimbarea domiciliului în același oraș	5.14
56.	Nașterea (pentru tată)	5.13
57.	Începutul studiilor	5.09
58.	Logodna copiilor	4.53
59.	Logodna	3.70
60.	Planificarea unei sarcini	3.56
61.	Căsătoria dorită a unui copil	2.94

Ca și în cazul altor instrumente de evaluare și ponderile acordate în această scală precum și semnificația scorurilor globale rămâne legată de subiectivitatea investigatorului și o serie de neclarități metodologice.

V.16. CHESTIONARUL EVE

Un instrument deosebit de complex care are și avantajul că poate fi utilizat în autoevaluarea impactului pe care evenimentul l-a avut asupra individului este Chestionarul EVE (Ferrerri M. și Vacher J., 1985). El permite calcularea unui indice de vulnerabilitate pornind de la scorul evenimential cumulat și realizează o adevărată radiografie a existenței individuale.

CHESTIONAR EVE (©M.Ferrerri – J.Vacher – 1985)		coloana nr.1 evenimente trăite	coloana nr.2 vârsta la care aceste evenimente au fost trăite	coloana nr.3 evenimente traumatizante
EVENTIMENTE				
VIAȚA FAMILIALĂ Părinți, frate, soră, bunici...	1 decesul mamei sau al tatălui			
	2 decesul unui membru al familiei			
	3 neînțelegeri între părinți			
	4 separarea-divorțul părinților			
	5 schimbări în structura familiei (naștere, plecare...)			
	6 schimbări în modul de viață (schimbarea domiciliului, emigrare...)			
	7 boală fizică sau psihică a unui membru al familiei			
	8 separarea de familie			
	9 ALTE evenimente familiale			
VIAȚA PROFESIONALĂ	10 debutul într-o viață activă			
	11 concediere-șomaj			
	12 pensionare			
	13 conflicte profesionale (ierarhice, cu colegii...)			
	14 schimbarea situației profesionale (de serviciu, de șef...)			
	15 ALTE evenimente profesionale (accident, reciclare...)			
VIAȚA SOCIALĂ	16 stagiul militar			
	17 schimbări ale stării materiale (de locuință, probleme financiare...)			
	18 un deces în anturaj			
	19 conflicte sociale (proces, închisoare...)			
	20 ALTE evenimente sociale			

VIATA CONJUGALĂ & AFECTIVĂ Soț, partener, copil...	21 relații afective-căsătorie			
	22 neînțelegeri cu soțul sau cu partenerul de viață			
	23 separare-divorț de soț sau de partenerul de viață			
	24 moartea soțului sau a partenerului de viață			
	25 nașterea unui copil			
	26 plecarea unui copil			
	27 moartea unui copil			
	28 boală fizică sau psihică a soțului, a partenerului de viață sau a copilului			
	29 ALTE evenimente afective (șoc afectiv, singurătate...)			
Elemente ce țin de SĂNĂTATEA personală	30 boală fizică importantă			
	31 depresie tratată, fără spitalizare			
	32 depresie tratată, cu spitalizare			
	33 tentativă de sinucidere			
	34 graviditate-naștere			
	35 avort			
	36 menopauză			
	37 ALTE evenimente legate de sănătate (alcoolism, handicap...)			

Reproduceți aici evenimentele cu o tentă particular traumatizantă			
Numărul evenimentelor	Nr.	Nr.	Nr.
1 la ce vârstă ați trăit acest eveniment?			
2 Pentru cât timp a fost traumatizant?			
3 Ați încercat să vă imaginați soluții pentru depășirea acestei dificultăți?	+ —	+ —	+ —
4 Ați vorbit despre acest lucru cu cei din anturajul dumneavoastră?	+ —	+ —	+ —
5 V-a ajutat persoana căreia v-ați destăinuit?	+ —	+ —	+ —
6 Ați încercat să comentați pe marginea evenimentului?	+ —	+ —	+ —
7 V-a fost posibil să controlați faptele evenimentului?	+ —	+ —	+ —
8 Ați analiza situația în interiorul dumneavoastră? (control intern)	+ —	+ —	+ —
9 Au existat, în momentul evenimentului circumstanțe favorabile care v-au ajutat?	+ —	+ —	+ —
10 Au existat circumstanțe defavorabile care v-au agravat situația?	+ —	+ —	+ —
11 Ați suferit un episod depresiv în urma evenimentului?	+ —	+ —	+ —
12 Dacă da, v-ați tratat?	+ —	+ —	+ —
13 Ați fost spitalizat?	+ —	+ —	+ —
14 Ați avut vreo tentativă de sinucidere?	+ —	+ —	+ —
15 Acest eveniment a fost urmarea unei încetări a activității profesionale timp de o lună sau mai mult de o lună?	+ —	+ —	+ —
16 Acest eveniment v-a schimbat traiectoria vieții prin antrenarea de consecințe definitive?	+ —	+ —	+ —

17 Dacă da, în ce domenii: (bifați printr-o cruce)	
- familial	
- profesional	
- social	
- afectiv	
- legat de sănătate	

Bifați căsuțele ce corespund situației dumneavoastră		
Vârsta exactă: <input type="text"/>	1. Stare civilă	2. Situație profesională
	1. celibatar <input type="checkbox"/>	1. fără slujbă <input type="checkbox"/>
Sex: Masculin <input type="checkbox"/> Feminin <input type="checkbox"/>	2. căsătorit <input type="checkbox"/>	2. student <input type="checkbox"/>
	3. separat <input type="checkbox"/>	3. angajat <i>full time</i> <input type="checkbox"/>
	4. divorțat <input type="checkbox"/>	4. angajat <i>part time</i> <input type="checkbox"/>
	5. recăsătorit <input type="checkbox"/>	5. în căutare de loc de muncă <input type="checkbox"/>
	6. văduv <input type="checkbox"/>	6. pensionat <input type="checkbox"/>
	7. concubinaj <input type="checkbox"/>	
	3. Categorie profesională	4. Nivel de studiu
	1. proprietar industrie și comerț <input type="checkbox"/>	1. primar <input type="checkbox"/>
	2. liber profesionist – cadru superior <input type="checkbox"/>	2. primul ciclu secundar <input type="checkbox"/>
	3. cadru intermediar <input type="checkbox"/>	3. al doilea ciclu secundar <input type="checkbox"/>
	4. angajat <input type="checkbox"/>	4. ucenic <input type="checkbox"/>
	5. muncitor <input type="checkbox"/>	5. școală tehnică <input type="checkbox"/>
	6. agricultor <input type="checkbox"/>	6. IT-BTS <input type="checkbox"/>
	7. altele <input type="checkbox"/>	7. studii superioare <input type="checkbox"/>

VI. MECANISMELE DE APĂRARE

VI.1. DEFINIȚIA ȘI ROLUL MECANISMELOR DE APĂRARE

Cele 10 mecanisme de apărare clasice

VI.2. O ABORDARE COGNITIVĂ A MECANISMELOR DE APĂRARE

Locul mecanismelor cognitive de apărare în tipologia mecanismelor de coping

VI.3. MECANISME DE APĂRARE, PERSONALITATE ȘI BOALĂ

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

VI.4. GLOSAR DE MECANISME SPECIFICE DE APĂRARE

VI.5. INTERACȚIUNE SOCIALĂ ȘI MECANISME DE APĂRARE

VI.6. RESURSELE SOCIALE

VI.7. PERSONALITATEA MEDICULUI ȘI DIAGNOSTICUL

VI.1. DEFINIȚIA ȘI ROLUL MECANISMELOR DE APĂRARE

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

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

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

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



ANNA FREUD (1895-1983)

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

Ulterior, **Klein M.** va descrie apărările precoce, iar o serie de psihanalști vor relua în mod creator teoria mecanismelor de apărare, transformându-le într-un concept fundamental al practicii contemporane.

Dintre numeroasele definiții date mecanismelor de apărare, o reținem pe cea a lui **Widloecher (1972)**: mecanismele de apărare arată diferitele tipuri de operații în care se poate specifica apărarea, adică forme clinice ale acestor operațiuni defensive, și pe cea a **DSM-lui IV**, în care mecanismele de apărare (*styles of coping*) sunt definite ca procese psihologice automate care protejează individul de anxietate sau de perceperea de pericole sau de factori de stres interni sau externi. Autorii DSM-ului mai fac precizarea că mecanismele de apărare constituie mediatori ai reacției subiectului la conflictele emoționale și la factori de stres externi sau interni.

Recent, **Ionescu Ș, Jacquet MM și Lhote C (1997)**, examinând finalitatea mecanismelor de adaptare și modul de acțiune adaptat în vederea atingerii respectivelor finalități, descriu următoarele posibilități:

1. Restaurarea homeostaziei psihice;
2. Reducerea unui conflict intrapsihic;
3. Diminuarea angoasei născută din conflictele interioare între exigențele instinctuale și legile morale și sociale;
4. Stăpânirea, controlul și canalizarea pericolelor interne și externe sau protejarea individului de anxietate sau de perceperea pericolelor sau factorilor de stres interni sau externi.

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

Interesul pentru mecanismele de apărare, în lucrarea noastră, este generat de posibila abordare integrativă a proceselor psihologice de adaptare.

O serie de mecanisme, ca mecanismul de eliberare și de *coping*, permit să fie luată în considerație posibilitatea abordării integrative a diverselor procese psihologice de adaptare.

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

Ce înseamnă o apărare reușită?	Reușita unei apărări trebuie să fie considerată din punct de vedere al Eului și nu din termenii unei lumi exterioare de adaptare la această lume. Criteriile de reușită sunt legate de următoarele scopuri: împiedicarea pulsivității interzise de a intra în câmpul conștiinței, îngrădirea angoasei de însoțire, evitarea oricărei forme de neplăcere, în cazul refuzării reușita este efectivă dacă orice apariție conștientă dispăre.
Care sunt pericolele unei apărări reușite?	O apărare reușită are totdeauna și ceva periculos atunci când restrânge excesiv domeniul conștiinței sau competenței Eului, atunci când ea falsifică realitatea. În acest caz, chiar dacă este „reușită” ea poate avea consecințe nefaste pentru sănătate sau pentru dezvoltarea ulterioară.
Ce înseamnă o apărare adaptativă	Apărările adaptative facilitează în același mod homeostazia psihică ca și adaptarea subiectului la mediul său. Pentru ca o apărare să fie adaptativă, ea nu trebuie să anihileze complet afectul, să fie orientată pe termen lung, să aibă o specificitate cât mai crescută, să nu blocheze ci să canalizeze afectele, să transforme utilizatorul acestor tipuri de apărare într-o persoană agreabilă și atractivă.
Există apărări normale și apărări patologice?	Apărările se manifestă și în situații normale. Vom considera că atât timp cât funcționarea mintală nu este afectată în suplețea și armonia sa în adaptarea la real, apărările sunt eficace. Dacă acestea sunt prea rigide, prost adaptate realităților interne și externe sau doar de un singur tip, indiferent de situație, atunci este vorba de apărări patologice sau inadecvate pentru că ele sunt decalate în raport cu nivelul de dezvoltare al individului sau improprii situației în care se găsește subiectul. Aceste apărări au tendința să deformeze perceperea realității și să perturbe alte funcții ale Eului.
Cum pot fi definite mecanismele de apărare?	Ansamblul operațiilor a căror finalitate este de a reduce conflictul intrapsihic făcând inaccesibile experienței conștiente unele din elementele conflictului (Widlocher). Apărarea este un mecanism psihologic inconștient folosit de individ pentru a-și diminua angoasa născută din conflictele interioare între exigențele instinctuale și legile morale și sociale. Noțiunea de mecanism de apărare înglobează toate mijloacele utilizate de Eu pentru a stăpâni, controla și canaliza pericolele interne și externe. Mecanismele de apărare constituie strategii prin care persoanele reduc sau evită stările negative, cum ar fi conflictele, frustrarea, anxietatea și stresul (Holmes). Mecanismele de apărare sunt procese psihice inconștiente vizând reducerea sau anularea efectelor dezagrabile ale pericolelor reale sau imaginare care remodelează realitățile interne și/sau externe și ale căror manifestări – comportamente, idei sau efecte – pot fi inconștiente sau conștiente.

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

VI.2. O ABORDARE COGNITIVĂ A MECANISMELOR DE APĂRARE

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

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

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

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

Coping-ul este definit în această perspectivă ca un proces activ prin care individul, prin autoaprecierea propriilor activități și a motivațiilor sale face față unor situații stresante și reușește să le controleze (**Bloch și colab.1991**).

O trecere în revistă recentă, făcută de **Burgeois și Paulhan (1995)** asupra diferitelor tipuri de *coping* descrie:

- *coping*-ul centrat pe emoție, care vizează reglarea suferinței emoționale;
- *coping*-ul centrat pe problemă, care vizează gestiunea problemei care se găsește la originea suferinței subiectului;
- *coping*-ul „vigilent”, care permite strategii active (de căutare a informației, de susținere socială, de mijloace de înfruntare a situației pentru a o rezolva).

Holahan și colab. (1996) arată că mecanismul de *coping* conceput ca o trăsătură stabilă de personalitate sau ca un răspuns la situații stresante specifice este din ce în ce mai mult studiat într-o perspectivă integrativă, ținând cont totodată de abordarea dispoziției și contextului.

Mecanisme de apărare care pot fi abordate cognitiv sunt, după **Miclea M**: negarea defensivă (refuzul), represia, proiecția, raționalizarea, intelectualizarea și izolarea, cu sublinierea că este vorba de o similitudine terminologică și nu de construct. *Denumirea* mecanismelor este aceeași ca în psihanaliză, dar ele sunt *redefinite* prin noțiunile psihologiei procesării informației. Ele sunt proceduri cognitive, nu formațiuni psihodinamice și reprezintă *diverse modalități de prelucrare a informației cu valență negativă*, vizând diminuarea reacției de *distres*.

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

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

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

MECANISMUL	DEFINIȚIE FUNCȚIONALĂ	MOD DE OPERARE	ADAPTAREA LA BOALĂ
Negarea defensivă (refuzul)	<i>Toate procedurile cognitive de contracarare a formării unei reprezentări interne a traumei care se activează imediat după evaluarea primară a stimulului și vizează eludarea reprezentării lui mintale ca stimul traumatic.</i>	Negarea defensivă se operează multinivelar, la nivel <i>perceptiv</i> , negarea poate perturba recepția corectă a stimulului traumatic: ea poate produce <i>scotimizări parțiale</i> a imaginii vizuale a scenei traumatice.	- nu dau atenție simptomelor ce pot semnaliza debutul unei boli - caut să mă gândesc la altceva care nu are legătură cu boala - amân cât mai mult posibil prezentarea la medic sau la o intervenție medicală durosă

Represia	<p>Toate procedurile care concură la o reactualizare selectivă a informației din memorie, în sensul că reactualizarea informației neplăcute, traumatice este parțial sau integral blocată. Formarea unei reprezentări interne a traumei, se presupune că a avut loc, dar accesul ei în conștiință este stopat.</p>	<p>Se caută eludarea din memorie nu numai a traumei propriu-zise, ci și a evenimentelor care, asociindu-se într-un fel sau altul cu trauma, ar putea s-o evoce. Eșecul reactualizării informației traumatice se poate datora și unui mecanism inconștient așa cum se întâmplă când o emoție negativă foarte puternică poate provoca o amnezie totală sau parțială a evenimentului cu care s-a asociat, cunoscută sub numele de <i>amnezie posttraumatică</i>.</p>	<p>- evit să-mi amintesc momente neplăcute din viața mea - nu-mi amintesc prea bine cum a debutat și evoluat boala - boala de care sufăr îmi vine mereu în minte</p>
Proiecția	<p>Procesul cognitiv de atribuire externă a unei caracteristici neplăcute, negative proprii sau a cauzei/responsabilității traumei. Trauma sau caracteristica negativă e asumată conștient, a pătruns în conștiință dar e pusă pe seama unui factor extern care poate fi o persoană sau o situație vag definită.</p>	<p>De regulă, subiectul tinde să atribuie defectele proprii unor persoane care se bucură de prestigiu sau grupului său de referință. În acest fel, el reevaluează caracteristica respectivă, care poate conduce apoi la o eventuală diminuare a distres-ului pricinuit de conștientizarea acesteia.</p>	<p>- cred că în cea mai mare măsură alții sunt vinovați de situația în care mă găsesc - dacă aș fi avut parte de o viață mai bună nu m-aș fi îmbolnăvit</p>
Raționalizarea	<p>Toate procedurile de justificare a comportamentului dezadaptativ pe care un individ l-a avut și de reevaluare a situației traumatice, astfel încât impactul său emoțional să fie redus.</p>	<p>„justificările” sunt însă <i>contrafăcute</i>, construcții teoretice menite să-l scuze pe individ în ochii săi (și ai celorlalți). Subiectul caută să-și demonstreze că situația nu e chiar atât de dramatică, se încearcă exagerarea beneficiilor și/sau să minimalizeze impactul negativ (costul) situației stresante. Lanțului causal real sau semnificației reale, li se substituie un șir de argumente doar aparent valide confruntarea directă cu realitatea este astfel evitată.</p>	<p>- când sunt într-o situație neplăcută mă consolez gândindu-mă că ar fi putut fi și mai rău și că alții suferă și mai mult decât mine - m-am îmbolnăvit din vina mea așa că n-am decât să suport consecințele bolii - am fost mereu ocupat și de aceea nu m-am prezentat la medic</p>

Intelectualizarea/ izolarea	<i>Un ansamblu de strategii cognitive care vizează analiza informației traumatice în condițiile disocierii („izolării”) acesteia de consecințele ei emoționale</i>	Subiectul se angajează într-o gândire abstractă excesivă spre a evita experimentarea unor sentimente perturbatoare”	<ul style="list-style-type: none"> - îmi privesc simptomele cu detașare și curiozitate, mă interesează detaliile teoretice ale bolii - mi-ar plăcea să citesc o lucrare de specialitate referitoare la boala mea - suferința m-a făcut să văd cu alți ochi viața
--------------------------------	--	---	---

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



VI.3. MECANISME DE APĂRARE, PERSONALITATE ȘI BOALĂ

Interesul pentru tipurile tulburărilor de personalitate este legat de felul în care acești pacienți reacționează la situația de a fi bolnavi, de felul în care se comportă în spital. De asemenea intervenția medicală va fi mai eficientă dacă ea va fi în acord cu tipul de personalitate, adică va fi un mesaj nuanțat și nu unul standardizat. Mecanismele de apărare vor diferi atât în calitate, cât și în eficiență, în raport cu structura de personalitate a bolnavului în fața situației de boală.

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

***Matur* – sănătos și adaptativ, cogniție și afectivitate integrate**

Altruism – delegare, dar mulțumind pentru serviciile celorlalți

Anticipare – planificarea realistă a evenimentelor din viitor

Umor – exprimarea sentimentelor și eliberarea tensiunii

Sublimarea – indirect, exprimarea parțială a nevoilor

Supresia – neluarea în seamă a unui conflict în mod conștient

***Nevrotic* – sentimente instinctuale alterate pentru individ, care apar pentru un observator ca „amânări”**

Deplasare – redirecționarea sentimentelor către un obiect mai puțin încărcat

Disociere – alterarea sensului de identitate pentru a evita neplăcerile
Intellectualizare – atenție acordată detaliului, evitarea afectului
Formare de reacții – comportament opus rugăminții nedorite
Reprimare – „uitarea” unor aspecte ale realității

Imatur – normal la copiii mari, ajută adulții pentru evitarea intimității, obișnuit în tulburările de personalitate și de dispoziție

Comportament extravertit – exprimarea comportamentală a unui conflict inconștient

Hipocondrie – transformarea sentimentelor în preocupări somatice

Agresiune pasivă – complianță deschisă, ostilitate ascunsă

Proiecție – atribuie sentimentele proprii altcuiva

Narcisist – normal la copiii mici, alterează realitatea pentru individ, apare bolnav mintal pentru un observator

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

Distorsionare – reformularea grosieră a realității exterioare

Negare psihotică – ignorarea fermă a unor aspecte evidente ale realității

După Vaillant GE, 1971

VI.4. GLOSAR DE MECANISME SPECIFICE DE APĂRARE

Este de remarcat că manualul de diagnostic și tratament DSM IV recunoaște clar și pentru prima oară în mod oficial valoarea *mecanismelor de apărare* în patogeneză și sanogeneză prezentând și *un glosar* al acestora.

<p>Acting out Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin acțiuni și nu prin reflecții sau sentimente. Această definiție este mai largă decât conceptul inițial, care se referea la acting out-ul simțămintelor sau dorințelor transferențiale din cursul psihoterapiei și încearcă să includă comportamentele care apar atât în cadrul cât și în afara relației de transfer. Ca defensă, trecerea la act nu este sinonimă cu „comportament rău”, pentru că necesită dovada că respectivul comportament este legat de conflicte emoționale.</p>
<p>Altruism Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin dedicarea față de satisfacerea nevoilor altora. Spre deosebire de sacrificiul de sine, caracteristic uneori pentru formarea de reacție, persoana care face uz de altruism primește gratificare, fie vicariant, fie prin răspunsul celorlalți.</p>
<p>Anticipare Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin trăirea de reacții emoționale înaintea unor posibile evenimente viitoare sau anticipând consecințele acestora și cu luarea în considerare a unor răspunsuri sau soluții realiste, alternative.</p>
<p>Deplasare Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin transferarea unui simțământ sau răspuns față de un obiect asupra unui alt obiect-substitut (de regulă, mai puțin amenințător)</p>
<p>Desfacere (undoing) Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin cuvinte sau comportament menit să nege sau să repare (amendeze) simbolic gânduri, sentimente sau acțiuni inacceptabile.</p>
<p>Disociere Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi printr-o ruptură în funcțiile, de regulă integrate, ale conștienței, memoriei, percepției de sine sau a mediului, sau ale comportamentului senzorial/motor.</p>

Formare de reacție (sau – formațiune, <i>reaction formation</i>) Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin substituirea de comportamente, gânduri, sau sentimente diametral opuse propriilor gânduri sau simțăminte inacceptabile (de regulă, survine în conjuncție cu represiunea acestora din urmă).
Idealizare Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin atribuirea de calități pozitive exagerate altor persoane.
Identificare proiectivă Ca și în proiecție (vezi), persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi atribuind altora, în mod fals, propriile sale sentimente, impulsuri, sau gânduri inacceptabile. Spre deosebire de proiecția simplă, persoana nu reneagă cu totul ceea ce proiectează, rămânând conștientă de propriile afecte sau impulsuri, dar atribuindu-le eronat – drept reacții justificate – celeilalte persoane. Nu arareori, persoana induce altora tocmai sentimentele pe care a crezut inițial – eronat – că aceia le au despre ea, făcând dificil de clarificat cine și ce a făcut mai întâi celuilalt.
Intelectualizare Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin folosirea excesivă a gândirii abstracte sau prin elaborarea de generalizări, pentru a controla sau a reduce la minimum sentimentele tulburătoare.
Izolare a afectului Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin separarea ideilor de simțăminte asociate inițial cu ele. Persoana pierde contactul cu simțăminte asociate unei idei date (de ex., un eveniment traumatizant), rămânând conștientă de elementele ei cognitive (de ex., detaliile descriptive).
Negare (<i>denial</i>) Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin refuzul de a recunoaște un anumit aspect dureros al realității externe sau al trăirii subiective, aspect care este vizibil pentru alții. Termenul <i>negare psihotică</i> se folosește atunci când este prezentă o alterare majoră a testării realității.
Omnipotență Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi simțind sau acționând ca și cum ar poseda puteri sau abilități speciale și ar fi superioară altora.
Proiecție Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi atribuind altuia, în mod fals, propriile sale sentimente, impulsuri sau gânduri inacceptabile.
Raționalizare Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi ascunzând motivațiile reale ale gândurilor, acțiunilor sau sentimentelor sale prin elaborarea de explicații reasiguratoare sau care servesc propriei cauze (<i>self-serving</i>), dar care sunt incorecte.
Represiune Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin expulzarea din câmpul conștiinței a dorințelor, gândurilor sau trăirilor perturbatoare. Componenta afectivă a acestora poate să rămână conștientă, detașată de ideile care i se asociază.
Scindare (<i>splitting</i>) Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi prin separarea stărilor afective opuse și neintegrarea în imagini coerente a calităților pozitive și negative proprii și ale altora. Dat fiind că subiectul nu poate trăi simultan afectele ambivalente, punctele de vedere și expectațiile mai echilibrate despre sine și ceilalți sunt excluse din conștiința emoțională. Imaginile de sine și cele obiectuale tind să alterneze polar: exclusiv iubitor, puternic, valoros, protector și blând – sau exclusiv rău, dușmănos, mândros, distructiv, rejectant sau lipsit de valoare.
Sublimare Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi canalizându-și simțăminte sau impulsurile potențial maladadaptative în comportamente acceptabile social (de ex., sporturi „de contact” [„dure”] pentru canalizarea impulsurilor de mânie)
Supresiune Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor interni sau externi evitând intenționat să se gândească la probleme, dorințe, simțiri sau trăiri perturbatoare.
Umor Persoana face față conflictului emoțional sau stresorilor externi punând accentul pe aspectele amuzante sau ironice ale conflictului sau stresorului.

VI.5. INTERACȚIUNE SOCIALĂ ȘI MECANISME DE APĂRARE

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

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

Apărățile sociale pot fi clasate în trei categorii:

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

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

Mecanismele de apărare socială permit individului adaptarea la lumea socială.

Aici ar trebui amintite așa-numitele „*sisteme de securitate*” descrise de **Gar-diner** în **1947**, constituind ansamblul conduitelor utilizate de indivizii unei aceiași societăți pentru a înfrunta aceleași pericole și frustrări. Ele reunesc măsurile de apărare, instituționalizate la nivel social, care se înscriu în psihismul individual ca și modalitățile obișnuite de reacție la frustrările mediului social.

De altfel, **Mucchielli**, în **1981**, vorbea de forme socializate ale apărărilor interne. Ele sunt constituite din combinații de apărări care se regăsesc în aceleași epocă la un număr mare de indivizi, îmbrăcând deci o formă colectivizată; exemple în acest sens sunt: distracțiile, ecologismul și toxicomaniile. De exemplu, *ecologismul* ar reprezenta un ansamblu de reacții defensive prin care este refuzată realitatea socială și tehnologică, acuzarea societății și grupismul (găsirea plăcerii de a fi în grup). Aceste reacții ar apărea din cauza unei puternice angoase legate de sentimente de inferioritate în fața progresului tehnic și a complexității societății și de sentimente de frică de eșec individual și social și de respingere, ca și de invidie față de puterea și plăcerea exacerbată de societatea de consum.

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

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

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

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

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

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

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

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

Mucchielli arată că ideologia acoperă diferite mecanisme de apărare clasice:

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

Conceptul de eliberare (*working off mechanism*) a fost introdus în 1973 de **Bibring E.**; pentru acesta mecanismele de apărare constituiau modalități de organizare a tensiunilor de către Eu; funcția lor este de a distruge progresiv tensiunea, schimbând condițiile interne care îi dau naștere. Dintre mecanismele de eliberare, **Bibring E.** citează familiarizarea cu o situație anxiogenă sau desprinderea libido-ului.

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

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

Lagache precizează că mecanismele de apărare fac apel la inteligență, în sensul în care aceasta este definită ca o capacitate de acomodare la situații noi.

Printre căile de eliberare, care implică diferite modalități de înlocuire, autorul citează repetiția activă pentru rememorarea gândurilor și discuțiilor; identificarea (care conduce subiectul la a se confunda cu trăirea sa) prin obiectivare, (care îi permite să ia distanță în raport cu această trăire); disocierea prin integrare, inhibiția prin control și supunerea prin experiență. De asemenea, el propune includerea sublimării printre mecanismele de eliberare, urmând considerațiile lui **Fenichel** care considera că sublimarea este o apărare reușită care are drept condiție prealabilă, abolirea refulării.

Plutchik (1995) consideră chiar că apărările de bază (concepute ca mecanisme inconștiente, rigide, cu valoare adaptativă limitată) corespund unui *stil de coping*.

Toate acestea vin să explice de ce resursele sociale constituie alt rezervor pentru comportamentul adaptat.

VI.6. RESURSELE SOCIALE

Două concepte de bază au fost identificate ca resurse sociale în literatura de specialitate: *rețeaua socială și suportul social*.

Conceptul de rețea socială a fost introdus de **Bornes (1954)** în studiul său despre o comunitate rurală norvegiană. **Adams (1967)** definea rețelele sociale ca „acele persoane care se mențin în contact și care intră în legături sociale”.

Modelul rețelei sociale a resurselor de adaptare oferă posibilitatea descrierii, cuantificării și analizei complexității mediului social ca un potențial mediator al stresorilor.

Marrsella și Snyder (1981) au observat patru dimensiuni ale rețelei sociale și care au utilitate pentru cercetare:

1. structura (mărime, densitate, interacțiune, poziție)
2. relațiile interpersonale (reciprocitate, simetrie, direcție)
3. calitatea atributelor (intensitate, răceală, ostilitate)
4. funcționare (suport material, sfat, locuință).

Cu alte cuvinte, resursele sociale reprezintă o resursă de adaptare, un rezervor al sprijinului social la care fiecare individ se poate întoarce pentru a se sprijini în timp.

Suportul social se referă la rezultatele favorabile ale relațiilor interumane, ele fiind funcția mai multor factori, incluzând caracteristicile rețelei sociale. Dar mult mai important este faptul că suporturile sociale constituie resursele la care individul poate apela pentru rezolvarea problemelor. Ele sunt aprecieri valabile pentru noi atunci când ne confruntăm cu o problemă (**Gottlieb 1981, Cohon și Willis 1985, Lin, Dean și Ensel 1986, Dunkel-Schetter, Folkman și Lazarus 1987, Coyne și Downey 1991**). **Dunkel-Schetter (1987)** observă trei feluri de suporturi sociale ce pot fi utilizate pentru rezolvarea stresului:

1. emoțional;
2. sprijin;
3. informațional.

Lăzărescu M. (1994) arată că rețeaua de suport social joacă atât un rol general protectiv și stimulat (întreținere și stimulare a existenței firești, sănătoase, pozitive), cât și un rol de „tampon” față de stresori. El arată importanța acestui rol de tampon pentru sănătatea generală, precum și pentru cea psihică, în special în situațiile de criză. Omul trăiește uneori lungi perioade de stres psihosocial în care tamponul realizat de suportul social trebuie să aibă continuitate și durată, crescând astfel integrarea socială a individului, ridicând nivelul stimei de sine și sentimentul de securitate, operând astfel mutația asupra personalității. Un individ mai puternic va suporta mai bine experiențele de stres și deci se va adapta la un nivel superior.

Pe scurt, bazat pe o revedere a literaturii teoretice și de cercetare asupra adaptării, incluzând o sumă de definiții, autorii au propus o nouă definiție a adaptării care încorporează dimensiunile esențiale ale definițiilor prioritare. Autorii, de asemenea, au sintetizat unele dintre rapoartele lor majore despre natura adaptării, resursele și modelele (mostrele) și categoriile de comportament ale adaptării. Sintetizând, putem afirma că resursele adaptative în cele trei variante ale lor, biologic, psihologic și social, sunt sursa comportamentelor adaptative care pot fi grupate în patru antonimii:

ACTIV ↔ PASIV
COGNITIV ↔ EMOȚIONAL
CONTROL ↔ LIPSĂ DE CONTROL
PSIHOLOGIC ↔ ACȚIUNE SOCIALĂ

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

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

Autorul propune creșterea interesului pentru aspectele semiologice, care ar putea fi calificate drept funcționale din cauza scopului lor: reducerea pulsionii tensionale și a angoasei care rezultă din aceasta și, respectiv, adaptarea la schimbarea condițiilor externe.

Această semiologie pune accentul pe aspectul de proces al funcționării psihice, sugerând continuumul mecanismelor de adaptare.

VI.7. PERSONALITATEA MEDICULUI ȘI DIAGNOSTICUL

Raportul dintre personalitatea medicului și diagnostic a fost un aspect atins atât de **Fiessinger**, **Minkovski** și **Heglin**, cât și de **Moga A.**, **Hațieganu I.**, **Râmnicănu A.**, **Podăanu-Popescu C.**, **Dimitriu C.**, care au arătat că anumite trăsături de personalitate, pe lângă alte neajunsuri, pot contorsiona diagnosticul și pot duce la erori de diagnostic.

Personalitatea examinatorului, arie largă cu implicații nebănuite în ratarea diagnosticului – poate începe cu vanitatea și orgoliul, amorul propriu, teama de a nu greși și de a nu răspunde, lipsa simțului autocritic, nerecunoașterea ajutorului pe care îl poți primi de la un confrate (prin neștiința că este necesar, prin lipsa de dorință, prin nerecunoașterea poziției de învins) – poate continua cu: tendința de a contrazice permanent, imposibilitatea acceptării că și alții pot ajunge la un diagnostic corect, optimismul necontrolat și excesiv, dar și pesimismul exagerat și nemotivat, opinii foarte particulare asupra unor doze de medicament, asupra colegilor, precum și asupra propriei persoane, indecizia (absența puterii de a confirma sau infirma) – și poate ajunge până la a nu recunoaște o entitate spre a nu-și aduce un blam personal.

Medicii cu trăsături empatică insuficient dezvoltate, cu o cenzură scăzută, cei cu o susceptibilitate crescută, mai ales privind aprecierea pe care le-o acordă bolnavii, se vor antrena în relații conflictuale (**Iamandescu IB, 1995**).

Este dificil, ca în cazul unor trăsături de personalitate mai accentuate ale medicului să poți ști exact unde începe și unde se termină dizarmonia celui pe care îl examinează. Același lucru este valabil în cazul unor comportamente adictive (de exemplu, fumatul) sau în cazul unei toxicomanii. Este o situație similară cu cazul oftalmologului miop care nu ar purta ochelari de corecție și căruia nu i se poate cere și nici nu va putea să pună diagnosticul de miopie altuia, deoarece el însuși nu vede optitopul.

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

nu este rară și nici atât de gravă, dacă nu am uita că: „*Errare humanum est, perseverare diabolicum*”, aforism care parcă nicăieri nu își găsește un loc mai bun, s-ar putea transforma înfrângerile de azi, în victoriile de mâine.

Eroarea nu este rară, indiferent de experiența sau de nivelul de pregătire; a o accepta, a o recunoaște este un gest suprem de superioritate și maturitate, recunoașterea erorii este supremul „*fair play*” al medicului, dovada unei personalități echilibrate. A învăța și din erori este un succes, erorile pot deveni o sursă suplimentară de instrucție dacă sunt retușate (și nu periclitează vitalul) cu timpul și experiența, chiar unele erori ce par la un moment dat sistematice pot deveni din ce în ce mai rare, și chiar dispar.

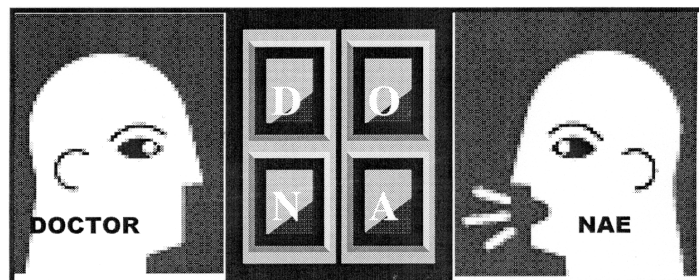
Personalitatea medicului este implicată într-un mod particular în ceea ce **Balint M.** numea „funcția apostolică a medicului”, adică rezolvarea acelor probleme care au implicații psihologice majore, situație în care valorile de referință ale practicianului și „bunul simț propriu” (**Jeammet Ph.**) vor juca rolul decisiv.

VII. ASPECTE ALE COMUNICĂRII CU PACIENTUL

- VII.1. CARACTERISTICILE COMUNICĂRII MEDICALE
- VII.2. FEREASTRA DE COMUNICARE DONA
- VII.3. FACTORI PERTURBATORI AI COMUNICĂRII
- VII.4. STABILIREA RELAȚIEI DE COMUNICARE
- VII.5. RELAȚIA MEDIC – PACIENT ȘI MODELUL BIOPSIHOSOCIAL
- VII.6. COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE BOALĂ
- VII.7. CALITĂȚI TERAPEUTICE ESENȚIALE
 - Respectul*
 - Autenticitatea*
 - Empatia*
- VII.8. CUVINTELE CARE IDENTIFICĂ SIMPTOME ȘI SENTIMENTE
- VII.9. COMUNICAREA NON-VERBALĂ MEDIC/PACIENT
- VII.10. MODELE ALE RELAȚIEI MEDIC/PACIENT
- VII.11. ASPECTE ALE DINAMICII RELAȚIEI MEDIC-PACIENT
- VII.12. TRANSFER ȘI CONTRATRANSFER ÎN RELAȚIA MEDICALĂ
- VII.13. MEDICII CA PACIENȚI
- VII.14. MEDICUL ȘI PATOLOGIA PSIHOLOGICĂ PROFESIONALĂ (*SINDROMUL DE BURNOUT*)
- VII.15. CÂTEVA IPOSTAZE SPECIALE ALE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT
- VII.16. COMUNICARE ȘI CONFIDENȚIALITATE
- VII.17. O SITUAȚIE CU TOTUL SPECIALĂ – COMUNICAREA CU ADOLESCENȚII
- VII.18. CUM SĂ COMUNICI ÎN MEDICINĂ VEȘTILE RELE
- VII.19. PROBLEME DE COMUNICARE LA BOLNAVII CU TULBURĂRI COGNITIVE
- VII.20. O ÎNCERCARE DE EVALUARE A CAPACITĂȚII DE COMUNICARE
 - Formular pentru observarea și evaluarea comunicării*

VII.1. CARACTERISTICILE COMUNICĂRII MEDICALE

Comunicarea medic-pacient este o comunicare directă, față în față, nemediată și neformalizată. Între cei doi subiecți ai transferului de informație are loc un schimb continuu de informații, care îi conduce pe fiecare din cei doi parteneri către obiectivele precise ale întrevederii: aflarea răspunsurilor în legătură cu modificarea stării de sănătate, remediile propuse pentru înlăturarea acestora, modalitățile practice de acțiune. În afara acestui fascicol de informații, să-i zicem central, are loc și o altă trecere de mesaje secundare, care permit răspunsul la o serie de probleme „periferice”. Pentru a încerca să lămurim mai atent felul în care relația de comunicare se derulează, am apelat la conceptul de fereastră de comunicare. Aceasta este conceptualizată ca având patru zone pătrate prin care cei doi parteneri, față în față, comunică. Unul este doctorul, pe care l-am numit DO, iar celălalt este pacientul/pacienta pe care îl vom numi Nae sau Nadia, pentru a reuși o formulă mnemotehnică a zonelor ferestrei DONA.



VII.2. FEREASTRA DE COMUNICARE DONA

O bună comunicare este o condiție fără care desfășurarea actului medical de calitate este doar o utopie. Descoperirea adevăratei naturi a problemelor pacientului, traducerea acesteia într-un diagnostic și comunicarea acestui diagnostic pacientului depind în mare măsură de o bună comunicare între doctor și pacient. Satisfacția pacientului, complianța la tratament și rezultatele acestui tratament depind de asemenea de calitatea acestei interacțiuni între medic și pacient.

DESCHISĂ INTERACȚIUNE	OARBĂ VULNERABILITATE
ASCUNSĂ INTIMITATE	NECUNOSCUTĂ DEZVĂLUIRE

❖ **Zona D** reprezintă comportamentul cunoscut de sine și de ceilalți. Acesta arată în ce măsură două sau mai multe persoane pot da și primi în mod liber, pot lucra împreună, se pot bucura de experiențe comune.

Cu cât este mai mare acest pătrat, cu atât contactul persoanei respective cu realitatea este mai bun și cu atât este persoana mai pregătită să-și ajute prietenii și pe sine însuși.

❖ **Zona O**, zona oarbă, reprezintă comportamentul necunoscut de către sine, dar care este evident pentru ceilalți.

Cea mai simplă ilustrare a acestui pătrat o reprezintă ticurile sau ticurile verbale, de care persoana respectivă nu este conștientă, dar care sunt evidente pentru ceilalți.

De exemplu, tendința de a vorbi mult în cadrul unui grup poate fi evidentă pentru toată lumea, în afara celui care o face.

❖ **Zona N** este zona activității necunoscute, unde comportamentul nu este cunoscut nici de individ, nici de ceilalți.

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

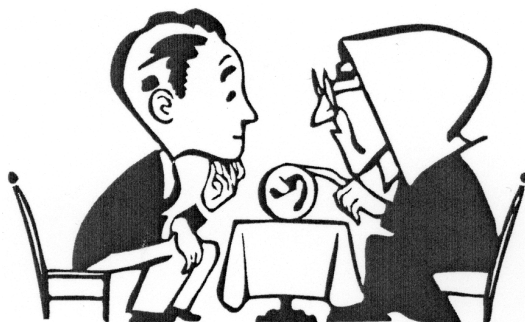
Un individ poate fi surprins, de exemplu, de faptul că preia conducerea grupului într-un moment critic.

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

*Acest pătrat se mai numește și **Agenda ascunsă**. De exemplu, cineva dorește să primească o anumită sarcină de la șeful său pentru a ieși în evidență prin ducerea la bun sfârșit a sarcinii respective, dar nu-i spune șefului de ce dorește această sarcină și nici nu încearcă într-un mod prea evident să o obțină.*

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

FAȚĂ ÎN FAȚĂ



OCHIUL IA ȘI DĂ ÎN ACELAȘI TIMP

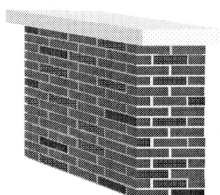
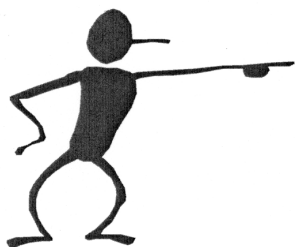
➔	➤
EU ÎL VĂD PE CELĂLALT	CELĂLALT MĂ VEDE PE MINE
D: CE ȘTIU EU DESPRE MINE	D: CE ȘTIE ALTUL DESPRE MINE
O: CE ȘTIE ALTUL DESPRE MINE	O: CE NU ȘTIU EU DESPRE MINE
N: CE NU ȘTIU NICI EU DESPRE MINE	N: CE NICI ALTUL NU ȘTIE DESPRE MINE
A: CE ȘTIU EU DESPRE MINE	A: CE NU ȘTIE ALTUL DESPRE MINE

VII.3. FACTORI PERTURBATORI AI COMUNICĂRII

O serie de factori pot perturba comunicarea dintre medic și pacient. Aceștia pot fi grupați, în mod didactic, în următoarele trei categorii: factori fizici, factori interni și factori semantici. Dintre factorii fizici, care au o acțiune de distorsionare a mesajului, vom enumera:

1. deficiențele verbale (balbismul, bolile laringiene)
2. deficiențele acustice (hipoacuzia, surditatea)
3. amplasamentul (poziția vorbitorului în raport cu ascultătorul)
4. iluminarea (slaba iluminare împiedică receptarea comunicării non-verbale)
5. temperatura (căldura excesivă sau frigul creează o stare neplăcută celor doi parteneri)
6. ora din zi (în cea de a doua parte a zilei comunicarea devine mai dificilă datorită acumulării oboseții)
7. durata întâlnirii (întâlnirile pe fugă sau prea prelungite sunt ineficiente)

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



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

Factorii interni ce pot perturba comunicarea în următoarele situații:

1. implicarea afectivă (atât implicarea pozitivă, cât și negativă tulbură precizia comunicării, precum și felul în care ea este percepută de auditor)
2. frica (teama comunicatorului că, prin ceea ce comunică, ar putea intra într-o situație neplăcută, sau cea a ascultătorului – că ar putea auzi lucruri neconvenabile, vor perturba mesajul)
3. amenințarea statutului (dacă cel ce comunică nu este sigur de faptul că ceea ce comunică nu îi amenință imaginea personală, va evita să transmită mesajul complet sau va denatura anumite părți din el)
4. presupuneri subiective (dacă vorbitorul crede că ascultătorul îi este ostil sau indiferent și mesajul va fi distorsionat)
5. preocupări ascunse (dacă unul din parteneri are o preocupare diferită decât scopul pentru care se află în relația de comunicare – pecuniară, erotică – mesajul va fi perturbat)
6. fantasme (dacă medicul sau pacientul au o anumită imagine, pozitivă sau negativă, despre propria persoană diferită de realitate, aceasta va influența negativ comunicarea)

Dintre factorii semantici care perturbă mai frecvent comunicarea menționăm următoarele categorii:

1. vocabularul incomplet sau prea tehnicist vor face imposibilă comunicarea
2. gramatica (greșelile gramaticale vor denatura comunicarea, scăzând relația de încredere și deprecind imaginea celui care le face, mai ales atunci când acesta este medicul)
3. sintaxa (construcțiile verbale prea complicate sau după modelele altor limbi, perturbă relația de comunicare)
4. conotațiile emoționale ale unor cuvinte (anumite cuvinte, cu semnificație deosebită pentru unul dintre partenerii comunicării, vor perturba mesajul prin polarizarea atenției sau suprasemnificarea unor fragmente de mesaj).

VII.4. STABILIREA RELĂȚIEI DE COMUNICARE

Doctorii nu au timpul și nici înclinația de a-și asculta pacienții și de a lua în considerare sentimentele pacienților. Ei nu au destule cunoștințe despre problemele emoționale și problematica socio-economică a familiei. De asemenea, se constată că medicii provoacă teamă dând explicații într-un limbaj prea tehnic.

Insuccesul unui medic în a stabili un bun raport cu pacientul contează mult în ineficiența îngrijirii.

Existența unei bune relații înseamnă înțelegere și încredere între doctor și pacient.

Înțelegerea sau lipsa de înțelegere a convingerilor pacientului, folosirea limbajului de specialitate și atitudinile față de boală influențează caracterul examinării medicale.

Evaluarea tensiunilor sociale din prima parte a vieții pacientului îl ajută pe doctor să-l înțeleagă mai bine. Fiecare stres lasă după el urme și continuă să se manifeste de-a lungul vieții direct proporțional cu intensitatea efectului lui și sensibilitatea unei persoane anume.

Acest stres și tensiuni vor fi determinate cât mai extins posibil. Totuși, punctul de maximă semnificație poate fi nu stresul prin el însuși, ci reacțiile persoanei.

MODELUL NIVELURILOR RELAȚIEI MEDIC-PACIENT (după Tatossian A)		
NIVELUL	OBIECTIVUL	MODALITATEA
Nivelul intelectual	Înțelegerea și explicarea bolii în acord cu modelele științifice	Conceptualizare
Nivelul afectiv	Înțelegerea personalității bolnavului și a particularităților căilor sale subiective	Identificarea

VII.5. RELAȚIA MEDIC – PACIENT ȘI MODELUL BIOPSIHOSOCIAL

Relațiile dintre doctori și pacienți implică o varietate de impresii contrarii, mergând de la idealizarea romantică, până la disperarea cinică. După modul în care fiecare participant își joacă rolul, bazat pe diferite expectații, se pot crea premisele, fie pentru o relație satisfăcătoare și eficientă, fie pentru alta suspicioasă cu frustrări și dezamăgire.

Pacienții sunt în mod tipic toleranți față de limitele terapeutice ale medicinei într-un context în care se simt respectați și ascultați în mod autentic de către medic.

Doctorii lucrează cu oameni bolnavi și nu cu sindroame patologice, iar oamenii bolnavi aduc în relația medic-pacient o influență complexă între factorii biologici, forțele psihologice și condițiile sociale.

Engel GL a fost cel mai important susținător al aceluși model al bolii care pune accentul pe abordarea integrată, sistemică, a comportamentului uman și al bolii.

Modelul biopsihosocial este derivat din teoria generală a sistemelor. Sistemul biologic pune accentul pe substratul anatomic, structural și molecular al bolii și impactul său asupra funcționării biologice a pacientului. Sistemul psihologic pune accentul pe impactul factorilor psihodinamici ai motivației și personalității privind trăirea bolii și reacția la ea. Sistemul social pune accentul pe influențele culturale de mediu și familiale asupra exprimării bolii și trăirii ei.

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

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

VII.6. COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE BOALĂ

Comportamentul față de boală este un termen folosit pentru a descrie reacțiile pacientului la trăirea de a fi bolnav. Unii descriu acest comportament ca rol de bolnav. Rolul de bolnav este rolul pe care societatea îl atribuie persoanei bolnave, deoarece ea (el) este bolnav. Caracteristicile rolului de bolnav cuprind factori ca pretexte pentru neasumarea de responsabilități și așteptări de a fi ajutat pentru a-i fi mai bine.

STADIILE COMPORTAMENTULUI DE BOALĂ (Suchman E.)	
apariția pe scenă a simptomului	ceva nu e în regulă
asumarea stadiului de rol de bolnav	cineva are nevoie de doctor
faza de contact medical	se caută un doctor
etapa de rol de pacient dependent	decizia de a transfera controlul doctorului și de a urma tratamentul prescris
vindecarea	faza de reabilitare, renunțarea la rolul de pacient

Comportamentul față de boală și rolul de bolnav sunt influențate de experiența anterioară a persoanei față de îmbolnăviri și de convingerile culturale despre boală.

Relația între îmbolnăvire și evenimentele familiare, statutul social și identitatea etnică sunt importante. Atitudinile persoanei, ținând cont de cultura căreia îi aparține, despre dependență și deznădejde, influențează mult modul și dacă o persoană va cere ajutor, așa cum se întâmplă datorită unor factori psihologici ca tipul de personalitate și semnificația personală care se atribuie bolii ca experiență.

Comportamentul individual la boală și felul în care o persoană devine pacient și caută îngrijire medicală este nuanțat de factori ca:

- episoade anterioare de boală, în special afecțiuni cu severitate standard (nașteri, litiază, operații chirurgicale);
- gradul cultural de stoicism;
- convingerile culturale privind problema specifică;
- semnificația personală sau convingerile despre problema particulară;

După **Lipkin (1989)**, câteva întrebări trebuie puse pentru a provoca răspunsuri explicative ale pacientului:

1. Care este problema dumneavoastră?
2. Ce credeți că a provocat-o?
3. De ce credeți că a început în acel moment?
4. Prin ce vă supără boala?
5. Cât de severă este? Ce evoluție a avut?
6. De ce vă temeți cel mai mult în legătură cu suferința dumneavoastră?
7. Care sunt dificultățile esențiale pe care boala vi le provoacă?
8. Ce fel de tratament ar trebui să primiți? Care sunt cele mai importante rezultate pe care le sperați de la tratament?
9. Ce ați făcut până acum pentru a vă trata boala?

VII.7. CALITĂȚI TERAPEUTICE ESENȚIALE

Aceste „calități terapeutice esențiale” reprezintă legături importante între arta și știința medicinei, îmbunătățesc abilitatea intervievatorului de a obține date referitoare la antecedentele medicale și istoricul pacientei, precum și exactitatea datelor obținute, conduc la obținerea unor mai bune relații terapeutice în practica obișnuită.

CARL ROGERS (1902 – 1987)

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



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

RESPECTUL

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

- Să te prezinți clar și să specifici motivul pentru care te afli acolo.
- Să te interesezi cum resimte pacientul situația în care se află (internat, aflat în cabinetul de consultații etc.).
- Să discuți stând la nivelul pacientului, într-un loc în care poți fi ușor urmărit, văzut și auzit.
- Să previi pacientul înainte de a face manevre medicale dureroase, în timpul examinării fizice și atunci când în cadrul anamnezei vă veți referi la lucruri care ar putea provoca suferință morală.
- Să reacționezi astfel încât pacientul să fie conștient că ai auzit ce spune.

AUTENTICITATEA

Autenticitatea înseamnă a nu pretinde că ești altcineva.

Prima situație în care te poți confrunta cu problema autenticității este atunci când ești student, psiholog sau medic stagiar. Cum te prezinți? Ar trebui să te prezinți ca student în practică, psiholog sau ca medic? Accepți ca un pacient să îți se adreseze cu „domnule doctor”? Cum reacționezi atunci când pacienții îți pun întrebări care depășesc aria cunoștințelor tale sau care vor să transfere altora temerile lor privind prognosticul bolii și responsabilitatea îngrijirilor? Stagiarii, rezidenții, psihologii și practicienii se confruntă cu situații în care pacienții le cer păreri sau cer efectuarea unor proceduri care depășesc nivelul de cunoștințe acumulat. Poți fi pus în situația de a cere sfatul unui coleg sau de a trimite pacienta la un specialist. A fi autentic implică a recunoaște în fața pacientei ce știi și ce nu știi să faci sau poți sau nu să faci, și a negocia un plan pentru viitor care să fie bazat pe priceperea ta. Acest aspect al autenticității este o componentă a încrederii pacientei față de medic.

Adăugând detalii personale se poate induce o stare de disconfort în relația doctor-pacient. Când pacientul spune lucruri triste sau comice, este bine să reacționezi ca om și nu doar ca o mașină perfecționată de diagnostic și tratament.

Demonstrarea interesului față de pacient ca persoană este o altă modalitate de a fi autentic.

EMPATIA

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

MODALITĂȚI DE MANIFESTARE A EMPATIEI ÎNTR-O CONSULTAȚIE:
Trebuie să încerci să obții o conversație în care să existe reciprocitate (dialog).
Să dezvolti și să folosești un vocabular de cuvinte descriptive.
Să acorzi atenție comunicării nonverbale, în special paralingvisticii.

Empatia este un fel de înțelegere. Nu este o stare emoțională de simpatie sau părere de rău pentru cineva. Nu este nici asemănătoare cu compasiunea, deoarece deși compasiunea poate fi cea care va conduce la empatie față de pacienta dumneavoastră, empatia nu înseamnă compasiune.

Arta empatiei constă în a învăța să discuți cu pacienții astfel încât să obții maxim de informații și cât mai exacte despre propriile lor gânduri și sentimente. Există mai multe moduri în a reacționa într-o discuție pentru a face cunoscut pacienților faptul că îi înțelegeți.

Un comportament empatic poate, de asemenea, să ajute pacienții în clarificarea sentimentelor. Uneori, pacientul nu este conștient de propriile sale sentimente.

Empatia poate fi privită ca un proces de *feed-back*. Medicul începe prin a asculta cu atenție ce are pacientul de spus atât din punct de vedere, științific cât și afectiv. Dacă medicul crede că a înțeles, reacția lui trebuie să fie aceea de a-i spune pacientului ce a înțeles. Dacă specialistul și pacientul se află pe aceeași lungime de undă, pacientul se va simți înțeles și încurajat să dezvăluie cât mai multe din părerile și sentimentele sale. Chiar dacă medicul nu a înțeles corect, dar își arată interesul verificând informațiile cumulate cu pacientul, acesta se va simți încurajat în a-și corecta doctorul, oferindu-i astfel posibilitatea de a reevalua și a răspunde corect.

În discuțiile medicale avute cu pacienții trebuie învățat un anumit stil de a reacționa, diferit de cel folosit într-o discuție socială. În situațiile sociale, deseori medicul minimalizează sau ignoră sentimentele. Spre exemplu, când oamenii întreabă: „Ce mai faci?” sau „Cum te simți astăzi?”, nu se așteaptă la un răspuns negativ, la o confesiune despre cât de proastă este de fapt starea interlocutorilor. Într-o consultație însă, pe medic trebuie să-l intereseze într-adevăr să știe toate stările proaste prin care trece pacientul. Dintre modalitățile de a reacționa empatic vom trece câteva în revistă pentru o mai completă edificare:

- **Ignorarea.** Fie medicul nu aude ceea ce spune pacientul, fie se comportă ca și cum nu a auzit. El nu reacționează nici referitor la conținutul simptomelor, nici la sentimentele pacientului.

- **Minimalizarea.** Doctorul reacționează la sentimentele și simptomele pacientului cu o intensitate mai mică decât cea la care acesta le-a relatat.

- **Reciprocitatea.** Medicul recunoaște sentimentele și simptomele exprimate de pacient și le analizează cu atenție și își spune părerea într-o manieră de intensitate egală cu cea folosită de pacient în relatare. Răspunsul reciproc poate fi foarte folositor în aflarea antecedentelor medicale. Este de fapt o reformulare cu propriile cuvinte ale medicului a ceea ce a spus pacientul pentru a-i demonstra acestuia că a fost înțeles.

Cum poate fi obținut un răspuns reciproc? Două moduri simple sunt prin oglindă și parafrazare. Oglinda (sau „reflecția”) înseamnă pur și simplu a spune pacientului exact ce a spus chiar el:

Pacient: Mă simt îngrozitor.
Dr.: Vă simțiți îngrozitor?

• **Completarea.** Într-un răspuns prin completare, doctorul înțelege nu numai ceea ce pacientul spune, dar și ceea ce nu poate să spună. Unul din motivele pentru care doctorii apelează în activitatea lor la răspunsul prin completare este acela de liniștire a pacientului. Asta înseamnă că medicul trebuie să facă o presupunere pertinentă privind motivele de îngrijorare care ar putea preocupa pacientul și să se axeze pe acelea care ar conduce la clarificarea lor. Capacitatea de a da un răspuns prin completare vine din experiența de a asculta cu mare atenție relatările pacienților și învățând de-a lungul timpului să găsească puncte comune. Unul din avantajele acestui răspuns prin completare este posibilitatea de corectare și deci, creșterea exactității informațiilor obținute.

În cazul unei paciente cu anexită, un răspuns prin completare poate fi:

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

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

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

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

VII.8. CUVINTELE CARE IDENTIFICĂ SIMPTOME ȘI SENTIMENTE

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

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

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

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

Cuvinte care ilustrează niveluri de expresie ale unui sentiment

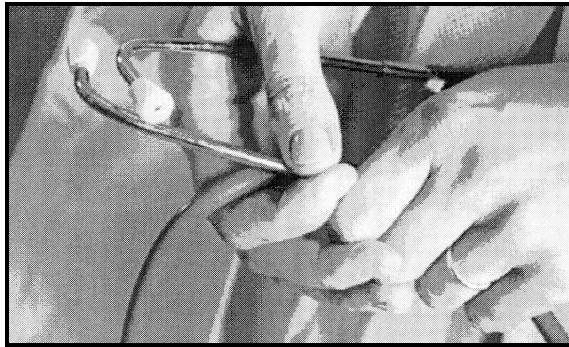
<i>SENTIMENTUL</i>	<i>Iritarea</i>	<i>Bucuria</i>	<i>Anxietatea sau teama</i>	<i>Depresia</i>
<i>INTENSITATEA</i>				
Slabă	Irascibil	Mulțumit	Nelinistit	Supărat
	Supărat	Bucuros	Nesigur	Amărât
	Iritat	Fericit	Cu presimțiri rele	Abătut
Medie	Furios	Deschis	Speriat	Descurajat
	Morocănos	Vesel	Tulburat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

Pentru a da un răspuns bazat pe reciprocitate, trebuie găsit nu numai sentimentul exact, ci și intensitatea corectă. Pacientul care spune „*Durerea este devastatoare*” nu va crede că l-ați ascultat, dacă răspunsul dumneavoastră este „*Deci durerea vă supără puțin?*”. Pe de altă parte, dacă pacienta spune „*Mă simt cam terminată astăzi*”, doctorul nu va obține efectul dorit dacă spune „*Se pare deci că simțiți că nu mai aveți nici o speranță*” .

VII.9. COMUNICAREA NONVERBALĂ MEDIC – PACIENT

În opinia lui **Restian A. (1997)**, practica medicală are ca fundament interpretarea comunicării non-verbale, observația atentă. Informațiile non-verbale pe care le transmite pacientul sunt de natură fizică, biologică, medicală, socială, culturală. Din punct de vedere medical, prin informațiile non-verbale pe care le culege medicul adună date semiologice esențiale pentru demersul său diagnostic, date cu valoare aproape absolută în specialități ca dermatologia sau neurologia. Faciesul, aspectul pielii, atitudinile, mișcările, mersul, scrisul, pot da informații valoroase în multe afecțiuni. Pacientul, la rândul său, examinează și urmărește medicul în tot ceea ce înseamnă atitudinea sa.

Medicul nu trebuie să uite niciodată că prin comportamentul său el comunică ceva pacientului. Pacientul sesizează dacă medicul este atent, interesat de relatarea sa, îi apreciază atitudinea calmă și răbdătoare, vocea adaptată situației. Pacientul nu iartă niciodată atitudinea de dezinteres, de ignorare pe care o are uneori un medic. **Rudică T. și Costea D** subliniază faptul că medicul trebuie să fie atent la propriile-i gesturi și reacții (clătinarea capului, aerul neliniștit etc.) pe care bolnavul le interpretează imediat, dar despre care nu îndrăznește să vorbească.



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

Comunicarea nonverbală este procesul de transmitere a informației fără a folosi cuvinte. Cuprinde felul în care o persoană își folosește corpul, cum ar fi expresia feței, privirea, gesturi ale brațelor și ale mâinilor, poziția, și diferite mișcări ale picioarelor. Comunicarea nonverbală include, de asemenea, paralingvistica – adică unele calități cum ar fi tonul, ritmul, frecvența și vibrația; greșeli de vorbire; și pauze sau tăcere. De foarte multe ori înțelegem sentimentele celorlalți tocmai prin aceste aspecte ale comunicării nonverbale. Exemple medicale frecvente sunt tensiunea discursului în cazul pacienților anxioși sau hipomaniacali, tonul lipsit de inflexiune al celor foarte deprimați. Pacienții bolnavi, de cele mai multe ori „au vocea slăbită” ; putem măsura starea sănătății unei persoane după cum îi sună vocea („A trecut printr-o operație, dar glasul îi sună bine!”).

O componentă importantă a comunicării nonverbale implică spațiul de mișcare, adică păstrarea distanței: cât de mult ne apropiem fizic în timp ce vorbim cu prietenii sau partenerii de afaceri, iubite sau pacienți.

Alte componente, cum ar fi îngrijirea personală, îmbrăcămintea, și mirosurile (exemplu: transpirația, alcoolul, tutunul) de asemenea oferă informații despre pacient fără a fi nevoie de cuvinte și vă poate fi de ajutor în înțelegerea mai bună a situației. Chiar dacă comunicarea nonverbală a pacientului este evidentă, acesta este foarte probabil să nu fie conștient de ea. Asta nu înseamnă că mesajele nonverbale sunt neconcludente; de fapt, pot fi chiar mai exacte decât mesajul verbal, tocmai pentru că sunt neintenționate și necenzurate. Cu toate că este interesant să observi aspecte ale comunicării nonverbale, te poți întreba ce să faci cu observațiile făcute. Căutați consistența; identificați comportamentele nonverbale și decideți dacă există punte de legătură între acestea și mesajul verbal transmis de pacient. Când aceste legături există, comunicarea este mai mult sau mai puțin directă. Iar dacă există discrepanțe, trebuie făcut un efort pentru descifrarea mesajului corect.

Propria comunicare nonverbală necesită un nivel ridicat de conștiință de sine și disciplină. Este deosebit de important modul în care reacționezi la anumite urgențe ce pot apărea în spital în timpul consultației. Trebuie să arăți că atenția îți este concentrată asupra pacientului privindu-l în ochi, păstrând o poziție atentă și o aparentă neconștientizare a faptului că, pe de altă parte, situația este destul de gravă.

Gesturile. Deși anumite gesturi specifice au constituit subiect de studiu și interpretări propuse, înțelesul lor trebuie întotdeauna desprins din context. Când gesturile sau expresiile feței par să semnifice altceva decât cuvintele, trebuie făcut un efort pentru a descoperi care dintre ele – gesturile sau cuvintele – exprimă mesajul corect.

Tabelul de mai jos prezintă o listă de gesturi obișnuite și unele sugestii privind interpretarea corectă a acestora

GESTURI	POSIBILE INTERPRETARI
„Acoperișul” înseamnă unirea palmelor cu degetele întinse și vârful degetelor în contact, ca o turlă de biserică.	Încrederea sau siguranța a ceea ce se spune
Ușoara ridicare a mâinii sau a degetului arătător, tragerea lobului urechii, sau ducerea degetului arătător la buze.	Dorința de a întrerupe pe cel care vorbește.
Brațele căzute, inerte pe lângă corp	Lipsa speranței; cererea ajutorului este zadarnică.
Evitarea răspunsului prin dregerea vocii (tuse sine materia)	A respinge sau a nu fi de acord cu ceea ce se spune.
Ridicarea unui deget la buze.	Dorința de a reprima (suprima) un comentariu făcut.
Încrucișarea brațelor (a se observa modalitatea în care sunt încrucișate și tensiunea musculară, prezentă în special în mâini).	Un gest defensiv, indicând respingerea, un sentiment de nesiguranță, sau pur și simplu o poziție confortabilă
Intensificarea tensiunii musculare, „sindromul pulpelor albe”	Teamă sau tensiune
Încrucișarea picioarelor	Încercarea de a te închide sau proteja împotriva a ceea ce se spune, sau o poziție confortabilă.
Picioarele neîncrucișate, legănate înainte și înapoi stând pe scaun	Receptivitate la ceea ce se spune

Două dintre ele necesită comentarii. Gesturile de neajutorare sau lipsa de speranță sunt tipic compuse din două faze. Ambele mâini sunt ridicate la nivelul feței, cu coatele fixe, palmele orientate una către alta; sunt mișcate ușor înspre exterior, cu degetele depărtate și arătătorul și degetele ușor îndoite, ca și cum ar fi gata să apuce. Această poziție durează puțin, mâinile căzând apoi lipsite de vlagă în poală.

Gestul acesta înseamnă că pacienta se simte fără putere în fața problemei sau situației respective. Prima parte poate însemna cererea ajutorului, în timp ce a doua parte (hipotonia sau retragerea) accentuează inutilitatea primirii oricărui ajutor.

Evitarea răspunsului prin reglarea vocii se petrece chiar și atunci când nu sunt prezente mucus sau flegmă. O alternativă a acestui gest este frecarea nasului, ceea ce implică o ușoară frecare cu partea dorsală a degetului arătător. Aceste gesturi înseamnă că pacienta nu este de acord sau respinge afirmațiile făcute. Spre exemplu: „Cum merg lucrurile acasă?”. Pacienta răspunde: „Bine”, își reglează vocea și își freacă ușor nasul. Probabil că vrea să spună: „De fapt, lucrurile nu merg atât de bine acasă.”

Paralimbajul. Când se ascultă discursul unui pacient, pot fi auzite, pe lângă cuvinte, pauzele, tonul, și modelarea. În același fel, pacientul aude tonul și ritmul cuvintelor tale. Indicațiile paralingvistice pot aduce o contribuție importantă la modul în care este înțeles pacientul și la felul în care acesta te percepe ca pe cineva care vrea să-l ajute.

Unul din aspectele paralimbajului sunt pauzele de care ne vom ocupa în cele ce urmează. Pacientul face o pauză înainte de a răspunde întrebării medicului sau înainte de a da următoarea replică. De ce face aceste pauze? Cauzele pauzelor includ:

- Amintirea timpului exact
- Timp pentru formularea limbajului
- Cenzurarea unor informații
- Crearea unui efect (măsurare)
- Pregătirea de a spune o minciună

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

VII.10. MODELE ALE RELAȚIEI MEDIC/PACIENT

Există un număr de modele potențiale. Deseori nici medicul, nici pacientul nu sunt pe deplin conștienți că în realitate se alege unul pe altul. Modelele cel mai adesea derivă din personalitățile, expectațiile și nevoile ambilor. Faptul că la aceste personalități, așteptările și nevoile sunt în general trecute sub tăcere și pot fi destul de diferite pentru doctor și pacient pot conduce la o proastă comunicare și dezamăgire din partea ambilor participanți. Modelul medical încă prevalent consideră consultația un simplu decor în care doctorul își desfășoară munca de diagnostic și tratament. Cu toate că acest

model de consultație este tradițional și comod pentru medic, el a fost în ultimele decenii ținta unor puternice contestări și este tot mai puternic contestat. După **Oană C.S. (1997)**, conform acestui model accesul pacientului la medic și contactul cu acesta implică executarea unor veritabile ritualuri:

1. *umilința pacientului care trebuie să-și afirme neajutorarea;*
2. *etalarea suferinței într-un mod standardizat sub formă de simptome;*
3. *programarea la consultație sau înscrierea pe o listă de așteptare;*
4. *îmblânzirea spiritelor care îl înconjoară pe doctor (asistente, infirmiere, secretare, portari);*
5. *pacientul trebuie să-și sacrifice părți din corpul său ca să câștige atenția medicului: sânge, urină, țesuturi pentru analize;*
6. *doctorul este îmbrăcat într-o uniformă simbolică, întronat în spatele unui birou și tăcut ca un sfînx;*
7. *pacientul, din contră, stă gol pe un scaun sau pe o canapea, (și asta numai pentru că s-a pierdut bunul obicei al îngenunchierii!), corpul și spiritul lui fiind accesibile doctorului;*
8. *mormăielile doctorului, ca și prezicerile Pythiei la oracolul din Delphi, sunt ambigue și, de obicei, într-o limbă inaccesibilă pacientului.*

„Noul val”, care tinde să schimbe aceste paradigme, ia în considerare tot mai mult faptul că pacientul nu funcționează ca o mașină care s-a defectat, ci are sentimente, iar doctorul, la rândul lui, nu este o mașină de pus diagnostice și elaborat tratamente, având la rândul lui sentimente. Pe creasta „noului val” plutesc conceptele moderne cum ar fi: abordarea „holistică”, „suferința și deprofesionalizarea medicinei”, „medicalizarea excesivă a vieții”, „drepturile pacientului și consimțământul informat” etc. În medicina modernă se trece dincolo de aspectul clinic al consultației, **relația psihologică** fiind un complement indispensabil în înțelegerea bolii și bolnavului.

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

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

Activ/Pasiv. Completa pasivitate a pacientului și preluarea de către medic a tratamentului. Pacientul nu își asumă virtual nici o responsabilitate pentru propria îngrijire și nu participă la tratament. Acest model este adecvat atunci când pacientul este inconștient, imobilizat sau în delirium.

Profesor/Student. Dominarea de către medic, al cărui rol este paternalist și de control. Rolul pacientului este în mod esențial unul de dependență și așteptare. Este un model specific observat în timpul vindecării după o operație (în chirurgie). **Rudică T. și Costea D. (1996)** consideră că este modelul cel mai frecvent al relației medic-bolnav. În toate afecțiunile în care pacientul își poate manifesta voința și spiritul critic, medicul îi cere această cooperare. După punerea diagnosticului, medicul dirijează, îndrumă – într-o manieră mai mult sau mai puțin

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

Modelul participării mutuale. Implică egalitate între medic și pacient. Ambii participanți au nevoie și depind de aportul celuilalt. Nevoia de o relație medic-pacient bazată pe un model de participare mutuală și activă este cel mai evident în tratamentul unor boli cronice ca IRC, diabet – în care cunoștințele pacientului și acceptarea tratamentului sunt puncte critice pentru succesul tratamentului. Este de asemeni eficient în situații mai delicate, ca pneumonia. Această participare presupune un model psihologic foarte complex și cel mai evoluat: pacientul poate aprecia ceea ce-i recomandă medicul, iar medicul trebuie să evalueze cât mai corect trebuințele momentane sau cele constante ale pacientului.

Prietenia este considerată ca un model disfuncțional, dacă nu chiar neetic. Reprezintă adesea o problemă psihologică primară și de profunzime care are o nevoie emoțională în a schimba îngrijirea pentru pacient într-o relație de împărtășire mutuală a informațiilor personale și a dragostei.

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

VII.11. ASPECTE ALE DINAMICII RELAȚIEI MEDIC-PACIENT

Câștigarea controlului conștient în relația dintre medici și pacienți necesită o evaluare constantă. Cu cât medicul are o mai bună înțelegere asupra lui însuși, cu cât se simte mai sigur, cu atât e mai capabil să modifice atitudinile distructive. Doctorul are nevoie să fie empatic (să aprofundeze), dar nu până la punctul de a-și asuma problemele pacientului sau fanteziile lui nerealiste că numai medicii pot fi salvatorii lor. Ei trebuie să fie capabili să dea la o parte problemele pacienților când părăsesc cabinetul sau spitalul și nu trebuie să-și folosească pacienții ca un substitut pentru intimitate sau relații care poate le lipsesc în viața personală. În caz contrar, vor fi împiedicați în eforturile lor de a ajuta oamenii bolnavi, care au nevoie de simpatie și înțelegere, dar nu de sentimentalism sau de supraimplicare.

Medicul este înclinat spre o anumită apărare, pe de o parte, pe bună dreptate, pentru că mulți medici neștiutori (inocenți) au fost dați în judecată, atacați sau chiar uciși pentru că nu au dat pacienților lor satisfacția pe care aceștia o doreau.

În consecință, medicul își va asuma o atitudine de apărare față de toți pacienții. Deși o asemenea rigiditate poate crea o imagine de meticulozitate (profunzime) și eficiență, ea este frecvent nepotrivită. O flexibilitate mai mare duce la o sensibilitate mai mare în răspuns la influențele subtile reciproce dintre două persoane.

De asemenea, trebuie să se adopte o anumită toleranță pentru prezentul real nesigur în orice situație clinică, pentru orice pacient. Medicul trebuie să învețe să accepte faptul că, oricât de mult ar dori să controleze totul în îngrijirea pacientului, această dorință nu se poate realiza niciodată pe deplin.

Medicii vor trebui de asemenea să evite eschivările din anumite situații în care consideră că le este foarte greu să se descurce datorită propriilor susceptibilități, prejudecăți sau ciudățenii atunci când aceste probleme sunt importante pentru pacient.

Când pacientul simte interes pentru el, entuziasm și bunăvoință din partea examinerului, el este apt să tolereze o lipsă de experiență considerabilă din partea medicului.

VII.12. TRANSFER ȘI CONTRATRANSFER ÎN RELAȚIA MEDICALĂ

Atitudinile transferențiale. Atitudinea pacientului față de medic este susceptibilă să fie o repetiție a atitudinii pe care el sau ea au avut-o față de alte autorități. Această atitudine poate varia de la o atitudine bazală realistă – în care doctorul se așteaptă la cel mai autentic interes din partea pacientului, la o supraidealizare și chiar cu o fantezie erotizantă, până la una de neîncredere, așteptându-se ca medicul să fie disprețuitor și potențial abuziv.

MODELUL PSIHODINAMIC AL LUI GEBSATTEL AL DISTANȚEI		
FAZA DE APROPIERE	Trăirile și atitudinile bolnavului	Trăirile și atitudinile medicului
Faza apelului uman	Se exprimă plastic prin cuvintele: „ <i>Am nevoie de dumneavoastră</i> ”.	Manifestă o atitudine de înțelegere față de bolnav, satisfăcând solicitările acestuia (nu-l frustrază, deci, în așteptările sale).
Faza îndepărtării sau obiectivării	Bolnavul spune despre medic: „ <i>El trebuie să știe ce am și ce trebuie să îmi facă</i> ”. Fază dificilă pentru bolnav, mai ales dacă examenul clinic de laborator se prelungește: își poate, eventual, forma impresia că nu este decât un subiect de experimentări.	Medicul despre bolnav: „ <i>Este un caz, nu o persoană oarecare</i> ”. Nu mai consideră bolnavul o persoană suferindă oarecare, ci un subiect de analiză științifică, trecând relațiile afective pe un plan secund; crește astfel distanța între pacient și medic. Dacă, înainte ca diagnosticul să fie stabilit și planul terapeutic pus la punct, medicul nu se apropie de bolnav și îl consideră doar un caz medical, fără să vadă în acesta o persoană bine individualizată sub raport psihologic, de care trebuie să se ocupe, sentimentul frustrării, pe care bolnavul îl încearcă în această fază, se va accentua.
Faza personalizării	„ <i>El mă înțelege și mă va ajuta</i> ”.	„ <i>El suferă, este bolnavul meu, eu pot să-l ajut</i> ”.

Transferul. Transferul este definit de modelul general ca un set de așteptări, convingeri și răspunsuri emoționale pe care pacientul le aduce în relația medic-pacient; ele nu sunt determinate în mod necesar de cine este medicul, sau cum acționează el de fapt, ci mai degrabă pe experiențele continue pe care pacientul le-a avut de-a lungul vieții cu alte importante personalități, autorități.

Contratransfer. Așa cum pacientul aduce atitudini transferențiale în relația medic-pacient, doctorii înșiși dezvoltă adesea reacții contratransferențiale față de pacienții lor.

Contratransferul poate lua forma sentimentelor negative, care dezbină relația medic-pacient, dar poate de asemenea să devină disproporționat pozitiv, idealizând sau având reacții erotice.

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

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

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

Un medic care antipatizează un pacient e în pericol de a deveni ineficient în tratamentul lui. Emoțiile nasc contraemoții. Dacă medicul se poate ridica deasupra unor asemenea emoții și poate stăpâni pacientul refractar cu calm, poate avea loc o schimbare în relația interpersonală, de la una de antagonism mutual clar, la una în care cel puțin acceptanța și respectul sunt prezente. A te ridica deasupra acestor emoții implică lăsarea în urmă a reacțiilor intense, contratransferențiale și să explorezi (fără vreo pasiune) de ce pacientul reacționează față de medic într-o asemenea manieră aparentă de apărare.

În afară de toate, pacientul are nevoie totuși de doctor, iar ostilitatea garantează că ajutorul necesar nu va apare. Dacă medicul poate înțelege că opoziția pacientului este într-un fel defensivă sau de autoapărare și de cele mai multe ori reflectă teama transferențială față de lipsa de respect, abuz și dezamăgire, atunci doctorul va fi mai puțin supărat și mai empatic.

Medicii care au ei înșiși nevoi inconștiente puternice să fie atotcunoscători și omnipotenți, pot avea probleme particulare cu anumite tipuri de pacienți.

Acești pacienți pot fi de fapt dificil de stăpânit de majoritatea medicilor, dar dacă medicul este conștient pe cât posibil de propriile sale nevoi, capacități și limite, acești pacienți vor fi mai puțin amenințatori. Acești pacienți îi includ pe următorii:

- pacienții care par să se aplece de încercările de a-i ajuta (ex.: pacienții cu boli cardiace severe care continuă să fumeze sau să bea)
- cei care sunt percepuți ca necooperanți (ex.: pacienți care pun la îndoială sau refuză tratamentul)
- cei care mai caută o a doua opinie
- cei care nu izbutesc să se însănătoșească – ca răspuns la tratament
- cei la care acuzele fizice sau somatice maschează probleme emoționale (ex.: pacienții cu tulburări de somatizare, boală dureroasă somatoformă, hipocondrii sau boli simulate)
- cei cu sindroame psihice organice – demență senilă
- cei care sunt pe moarte sau cu durere cronică – pacienți care reprezintă o nereușită profesională și, în acest fel, o amenințare pentru identitatea medicului și stima de sine.

VII.13. MEDICII CA PACIENȚI

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

Aparținând unui grup social clar definit și unui subgrup în care funcționează conform unor reguli diferite medicul, atunci când se îmbolnăvește, va avea o patologie care va fi nuanțată de apartenența sa subgrupală. Aparținând aceluiași

subgrup, medicul care va trebui să își trateze un coleg, va trebui să țină seama de această particularitate care are efecte atât asupra diagnosticului, cât și a actului terapeutic în sine.

Medicii bolnavi sunt pacienți cunoscuți în mod notoriu ca umili și modești și aceasta deoarece medicii sunt educați să controleze situația medicală și să stăpânească relația medic-pacient. Pentru un medic, să fie pacient, poate însemna să predea controlul, să devină dependent, să apară vulnerabil și înfricoșat, sentimente pe care majoritatea medicilor sunt educați să le reprime.

Un studiu recent (1998), făcut în Canada, a ajuns la următoarele concluzii generale:

1. medicul bolnav tinde să subestimeze simptomele și să-și maximalizeze tratamentul.
2. el dorește depășirea rapidă și eficientă a suferințelor sale și nu-și acordă de regulă nici un timp de recuperare.
3. consultațiile medicului suferind de către un confrate sunt rareori structurate și pregătite de o cerere de consultație (consultații de coridor).
4. medicul suferind are tendința de a se autodiagnostica și de a-și administra automedicația, aceștia fiind principalii factori de risc care produc agravarea bolii și întârzierea diagnosticului corect.

Pacienții-medici pot evita să devină ceea ce ei percep ca o povară ce suprasolicită colegii sau pot fi jenați să pună întrebări pertinente din teama de a părea ignoranți sau incompetenți.

Pacienții-medici pot stimula teama medicului curant care se vede pe sine în pacient, o atitudine care poate duce la refuz și evitare din partea medicului curant. **Rudică T. și Costea D.** subliniază rezerva și scepticismul terapeutic manifestat în general de medicul-pacient, care va împiedica în mare măsură apariția efectului placebo, diminuând și pe această cale efectul terapeutic.

Medicul terapeut în fața pacientului-medic adoptă fie o atitudine pasivă, în care își abandonează rolul său, motivând statutul special de medic al bolnavului, fie una autoritar-activă în care terapeutul își deposedează pacientul de atributele sale, reducându-l la condiția de bolnav, pentru a-și putea exercita fără distorsiuni rolul de medic. Există un risc major pentru medicul care își îngrijește un confrate suferind de a adopta o funcționare în oglindă față de cea a acestuia și de a folosi aceleași mecanisme defensive pe care pacientul le utilizează, în special anularea retroactivă și negarea. Identificarea și cofraternitatea conducând la o empatie excesivă pot conduce medicul terapeut la minimalizarea, banalizarea și chiar nerecunoașterea suferinței colegului său.

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

În afara unei patologii propriu-zise psihice sau somatice, înscriindu-se în cadrele nosologice tradiționale, din ce în ce mai multe lucrări contemporane insistă asupra suferinței medicului, cu atât mai mult cu cât el beneficiază tot mai puțin de gratificațiile materiale și narcisiace care existau în epocile anterioare (**Besancon G., 1999**). Același autor arată că, comparând o populație de aceeași vârstă și același nivel social, medicii și, în special psihiatrii au o rată crescută de tulburări mintale, ca: depresie, tentative de sinucidere, adicții diverse, în special alcoolul.

În 1982, medicul canadian **Lauderdale M.** dedica o monografie sindromului de epuizare profesională, așa-numitul *sindrom burnout*, care desemna eșuarea,

uzura și epuizarea energiei și a forțelor sau resurselor individuale care îi provoacă individului o scădere globală a întregului potențial de acțiune. Termenul venea să definească mai bine *stresul profesional* (**Paine W.**), *depresia de epuizare* a autorilor sovietici, sau *sindromul conducătorului stresat* (**Larouche**).

Studiile care au urmat au conturat repede categoria profesională cea mai afectată de acest sindrom: medicii. S-a constatat că acest lucru decurgea din obligația permanentă a individului de a-și susține o imagine personală idealizată, indiferent de progresul tehnologic, de lipsa unei recunoașteri sociale corespunzătoare cu gradul de dificultate al activităților pe care le desfășoară și, în sfârșit, datorită programului neconvențional. Dintre factorii care duc la instalarea acestui fenomen se pot enumera: munca neurmată de rezultate imediate, nerecunoașterea calității activității, lipsa încurajărilor și a gratificațiilor morale. În aceste condiții, subiectul se epuizează pe măsură ce constată prăbușirea propriilor iluzii în fața evidenței realității.

Deși majoritatea autorilor sunt de acord că acest concept de *burnout* este eterogen și nu se poate vorbi de o patologie specifică, se acceptă un tablou clinic minim cu următoarele aspecte:

- semne și simptome somatice: cefalee continuă, tulburări gastro-intestinale, astenie, fatigabilitate;
- comportamente neobișnuite pentru subiect: iritabilitate, intoleranță și incapacitate de a înțelege sau a fi empatic cu ceilalți, criticism nejustificat, lipsa de încredere, atitudine de superioritate față de ceilalți;
- atitudini defensive: rigiditate, negativism, rezistență la schimbare, pseudoactivism (subiectul petrece tot mai multe ore la locul de muncă, dar realizează tot mai puțin din ceea ce își propune, fără să fie pe deplin conștient de acest lucru).

Este de asemenea acceptată ideea că sindromul de burnout are o evoluție stadială:

- *stadiul I* – caracterizat de neliniște, confuzie și apariția frustrării (individul simte că ceva nu e în regulă);
- *stadiul al-II-lea* – caracterizat prin frustrare intensă și nemulțumire;
- *stadiul al-III-lea* – caracterizat prin apatie, renunțare și disperare.

Fără să fie o entitate clinică precisă burn-out-ul este centrat de trepidul epuizare fizică și/sau psihică, depersonalizare profesională, atitudine negativă față de propriile împliniri.

Toate acestea apar insidios și sunt accentuate de perioadele de așteptare excesivă a unor schimbări, de numărul prea mare de concursuri având drept rezultat doar un grad mic de promovare profesională, de surmenajul socio-profesional sau de dificultăți pecuniare majore.

Am insistat asupra descrierii clinice a sindromului de BURN-OUT (epuizare profesională) pentru că ni s-a părut uimitoare asemănarea condițiilor favorizante cu ceea ce i se întâmplă medicului român contemporan.

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

Trebuie menționat că există anumite specialități medicale la care fenomenul de burnout este mai frecvent.

Un medic orelist, lucrând într-un serviciu chirurgical de elită, relatează dificultățile extreme pe care le avea în a comunica necesitatea sancțiunii chirurgicale în cazurile de neoplazie laringiană. Această dificultate era direct proporțională cu creșterea experi-

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

Medicul oncolog, aflat în contact direct cu bolnavul cu cancer, își modifică inconștient, atât comportamentul profesional cât și imaginea de sine sub presiunea permanentă a situației cu care se confruntă.

El se încarcă afectiv în urma transferului intens care are loc în relația medic-pacient, un pacient paradoxal care, în același timp, își dorește dependența suprainvestind potența medicului, dar și recăpătarea autonomiei, minimalizând competența și ajutorul oferit. Studii succesive au arătat un nivel crescut al tanatofobiei la medicii oncologi, în comparație cu grupuri de control similare de persoane sănătoase și chiar de pacienți cu cancer. În analiza comportamentului la patul bolnavului se observă exacerbarea unor mecanisme de apărare manifestate prin scurtarea vizitei, comportament impersonal, autoritarism sau permisivitate excesivă.

Pacientul cu durere supune medicul oncolog la o agresivitate și culpabilizare continuă și la o deteriorare permanentă a imaginii de sine și a imaginii profesionale, confruntată cu spectrul incapacității de acțiune eficientă.

Restian A. (1997) subliniază că în relația medic-pacientă, nu vom putea face niciodată abstracție de apartenența de gen a fiecăruia. Relația medic-pacientă, în mod particular, este deosebit de complexă, datorită faptului că, în general, femeile au o structură mai complexă, iar gama patologică este mult mai largă și cu mai multe implicații afective.

Prin natura lor, femeile consultă mult mai des medicul decât bărbații, dar, tot prin natura lor, ele sunt mult mai bune comunicatoare (**Cristian O.S.**).

Relația medic-pacientă nu trebuie niciodată forțată, la fel cum nu trebuie niciodată simplificată. Este bine ca această relație să fie cât mai neutră, cât mai obiectivă, cu acordarea unui respect deplin bolnavei și suferinței sale. Bolnava nu trebuie exploatată în nici un fel, și mai ales sexual.

Dificultatea de a accepta existența unei comunicări diferite cu pacienții diferiți ca sex sau ca vârstă și tendința spre așa numita *comunicare standardizată*, care este de fapt un model minimal, puțin operant în medicină, are drept consecință o importantă scădere a calității actului medical.

Nu este un secret pentru nimeni că informațiile epidemiologice aduc date diferite atunci când este vorba de un sex sau altul și că există o serie de cutume în care o anumită tipologie feminină, cel puțin din punct de vedere psihologic, este postulată. Aceasta conduce la erori și exagerări atunci când manifestările unor boli somatice sunt mai criptice, ca în miastenia gravis, lupusul eritematos diseminat, dar și în ceea ce privește tulburările de conversie sau tulburările somatoforme.

Fără îndoială, există o problemă de comunicare, dar și una care se referă la cunoștințele profesionale propriu-zise, atunci când medicul trebuie să abordeze problemele legate de sexualitate sau de zonele genitale ca regiune anatomo-funcțională.

Căutarea unor explicații legate de această deficiență ar necesita o discuție mult prea amplă, care ar depăși sensibil limitele acestei lucrări și ale cărei coordonate cultural istorice s-ar cantona curent în zona prejudecăților și tabuurilor.

Desigur, o astfel de situație reprezintă o barieră majoră în calea atitudinilor și practicilor medicale, fie că este vorba de prevenție sau de terapie. De partea cealaltă a

binomului, în atitudinea pacientei, problemele legate de genitalitate și sexualitate vor fi mereu lăsate pe ultimul plan, patologia fiind adesea considerată o pedeapsă sau o stigmatizare. La această concepție contribuie adesea atitudinea medicală, ca și pseudoetiologia sau etiologia îndoielnică a tulburărilor ce afectează sfera genitală în care foarte mulți medici, evident de ambele sexe, își proiectează complexe. Medicii cu care pacienta ar trebui să fie cel mai adesea în contact pentru patologia specific feminină sunt medicul de familie, ginecologul și psihiatrul. Aceste trei categorii de specialiști ar necesita, din această cauză, o formare suplimentară care, în momentul de față, evident, nu există.

Așa cum există caracteristici diferite pentru femeie sau bărbat, tot așa există comportamente *acceptate* pentru fiecare sex. Aceste comportamente acceptate se numesc *roluri de gen*.

Atât femeile, cât și bărbații sunt limitați în ceea ce privește comportamentul, responsabilitățile și opțiunile lor în viață, din cauza rolurilor și responsabilităților care le sunt impuse de cultura căreia îi aparțin.

Medicii ar trebuie să recunoască faptul că rolurile impuse de gen și de relațiile care rezultă din rolurile de gen, reprezintă pentru femei adevărate obstacole.

Rolurile de gen ale femeii și bărbatului au în mod particular consecințe nefaste în ceea ce privește sănătatea genitală și practicile contraceptive. Astfel, sănătatea femeii este permanent supusă riscului suplimentar, ea putând avea sarcini nedorite sau putând ajunge la avorturi, uneori în condiții periculoase. Modul în care bărbatul acceptă sau, dimpotrivă, respinge ideea de planificare familială, ca și măsurile de protecție au un impact puternic asupra stării de sănătate a partenerii.

Dacă medicii țin cont de rolurile de gen și relațiile lor, atunci ei sunt capabili să ofere pacienților opțiuni care sunt cât mai apropiate de situația lor particulară.

Normele sociale, ignoranța, și mai ales prejudecățile împiedică femeia să aibă un acces complet la sistemul de îngrijiri și să își exercite plener dreptul la sănătate.

Astfel, evaluarea și abordarea femeii în întregul ei, devine o responsabilitate a profesionistului din domeniul medical. Este de datoria acestuia să-i ofere pacientei informația, dar și sprijinul necesar pentru a face alegeri sănătoase să îi respecte dreptul ei la sănătate și dreptul ei la o bună calitate a serviciilor de sănătate.

Cunoștințele despre dezvoltarea sexuală și comportament sexual devin din ce în ce mai importante pentru menținerea sănătății deoarece standardele sociale s-au schimbat. De exemplu comportamente care până nu demult erau considerate ca pervertite acum probabil sunt încă privite ca deviate și în viitor vor fi considerate ca o alternativă acceptabilă la activitatea sexuală «normală». Comportamentul sexual nu mai este un factor important în determinarea valorii individului, deși există un interes continuu pentru manifestările private și publice ale personalităților. În general oamenii sunt mai dotori de a-și accepta propria sexualitate recunoscând că aceasta este doar o fațetă a personalității lor.

Debutul vieții sexuale de obicei este amânat până mai târziu în adolescență (16-18 ani) fiind mai frecvent la adolescentele tinere. Deseori fata poate să nu fie gata de a se implica în viața sexuală, dar îi este frică căci colegii vor râde de ea pentru faptul de a fi rămas virgină. Ca urmare, ea poate dezvolta simptome care să exprime atracția pentru o implicare sexuală, dar și teama de aceasta. Ea se poate plânde de dureri de cap, simptome gastrointestinale sau atacuri de anxietate care îi permit să se îndepărteze de activitățile sociale. Problemele sale pot fi suficient de severe pentru a duce la spitalizare, însă atât de ascunse, încât cauza adevărată nici măcar să nu fie suspectată.

VII.16. COMUNICARE ȘI CONFIDENȚIALITATE

Confidențialitatea este un concept vechi în medicină, care se regăsește chiar în jurământul hipocratic, „Ceea ce văd sau aud în cursul tratamentului sau chiar în afara tratamentului legat de viața oamenilor, ceea ce cu nici un chip nu trebuie răspândit, voi păstra pentru mine considerând aceste lucruri rușinoase pentru a fi răspândite” .

Principiul etic al respectului față de persoane dictează dreptul la intimitate, care ar fi violat dacă am comunica altora informații personale. Astfel, confidențialitatea facilitează deschiderea la comunicare și o relație bazată pe încredere între medic și pacientă sporind astfel eficiența terapeutică.

Pentru a păstra confidențialitatea în practica medicală modernă, în primul rând, fiecare medic trebuie să-și dezvolte deliberat obișnuința de a păstra discreția. Confidențialitatea nu înseamnă doar păstrarea unui secret mare, ocazional, ci indică mai degrabă un model zilnic de respect pentru pacienți și poveștile lor.

Aceasta înseamnă că discutarea cazurilor cu prietenii, colegii de cameră, soții este în general nepotrivită, chiar și atunci când informațiile nu sunt strict personale. Cu atât mai mult cu cât aceste informații privesc genitalitatea și viața sexuală, domenii care pentru fiecare persoană sunt de maximă intimitate și legate de tabuul ascunderii.

Deși medicina este o activitate colegială și clinicienii funcționează ca membrii ai unor echipe și, prin urmare, ar avea dreptul să discute despre pacienți cu semenii noștri consultanți și alți profesioniști din domeniul medicinei, acest lucru devine o lezare a dreptului la confidențialitate al pacientului atunci când discuția se face fără un motiv medical, se referă la aspecte triviale sau pune în discuție statutul socio-economic sau marital al pacientei. Mai mult, uneori sub acoperirea discuției profesionale se vorbește despre pacienți în lifturi, pe culoarele spitalului sau în alte locuri aglomerate.

În spital, prezentarea pacientului la pat este o bună tehnică de predare, dar poate leza confidențialitatea dacă toate bolnave dintr-un salon aud discutându-se despre viața personală a pacientului, despre modul în care s-a îmbolnăvit, despre eventualele intervenții pe care aceasta urmează să le sufere.

Un alt model important de păstrare a confidențialității este notarea exclusiv a informațiilor necesare în fișa clinică a pacientului. Mai ales în legătură cu informațiile sensibile, cel care notează ar trebui întotdeauna să se întrebe dacă un anumit exemplu din fișă este important pentru îngrijirea pacientului.

În unele cazuri se poate să fie importantă scrierea unei notițe scurte, neutre pentru îmbolnăvirea memoriei, fără a exprima detalii șocante. Medicii trebuie să aibă în vedere maximalizarea confidențialității și, în același timp, de minimalizare, riscului de acces al altor persoane la fișele medicale și la notațiile pe care le fac.

Medicii sunt supuși adesea unui adevărat asalt din partea unor terți pentru a divulga amănunte privind aspecte clinice și nu numai în legătură pacienții lor. Sub nici un pretext nu este justificată răspândirea unor astfel de informații care este, în același timp, o abatere etică și morală de la profesiunea medicală, dar și consecința unui profil profesional fragil, cu lacune. Există un adevărat asalt al presei pentru informații privind starea de sănătate a unor personalități publice, dar și privind circumstanțele de îmbolnăvire a acestora precum și unele posibilități evolutive. Considerăm un comportament anetic orice tentație a medicului sau psihologului de a oferi astfel de informații sau, mai mult spus, orice fel de informații obținute în relația medic-bolnav.

Uneori există totuși situații în care medicul este obligat să divulge informații. Când apare o astfel de situație, pacientul va fi informat și medicul se va asigura (sau va încerca să se asigure) de permisiunea sa. Dacă nu reușește să obțină această permisiune, medicul va explica pacientului că este obligat de lege să ofere aceste informații organelor sanitare. Diagnostice ca: lues, tuberculoză, HIV, alte boli contagioase implică anunțarea organelor în drept. Va fi mult mai ușor să obținem consimțământul pacientului dacă i se vor oferi bolnavului motivele fundamentale pentru care această informare trebuie făcută: contagiozitate, protejarea comunității etc.

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

Contactul medicului cu adolescentul este deosebit de dificil cu atât mai mult cu cât mulți adulți, iar printre aceștia deseori părinții adolescentului, consideră adolescența în sine o adevărată boală. Adolescența reprezintă o etapă unică în istoria individului, pe care îl confruntă cu o serie de transformări biologice și psihologice supunându-l unor exigențe adaptative noi și complexe. Societatea modernă, caracterizată printr-o tranziție accentuată și o stabilitate redusă a relațiilor cu adulții, face ca această tranziție critică să se efectueze uneori cu perturbații pe care ea nu numai că nu le amortizează, dar de multe ori le și favorizează (**Tudose F., Tudose C., Gorgos C., 1985**). Adolescența este, în realitate, o perioadă tumultoasă, plină de îndoieli, nesiguranță, sentimente nedesluite și conflicte, îmbinate cu bucurii și supărări. Perioada de vârstă de la 13 ani la 19 ani se caracterizează prin extraordinare schimbări emoționale, sociale și comportamentale ale adolescentului. Această perioadă poate prezenta probleme grave în ceea ce privește aspecte legate de sănătatea particulară a individului și familiei acestuia.

Granița incertă dintre normal și patologic devine la adolescență și mai nesigură, veritabilă *fata morgana*, greu de fixat în etichete atotcuprinzătoare și infailibile datorită metamorfozării perpetue pe care individul o suferă. Pentru că trăirile adolescenților se schimbă datorită aspectului lor fizic, ei își atrag adesea atenția și tachinările, în special fetele, din partea băieților. În același fel, băieții sunt adesea iritați de remarci privind vocea lor înaltă, acnea de pe față sau lipsa de creștere în înălțime. Adolescenții încep să conștientizeze noi sentimente și senzații și să-și dea seama că au interese noi față de ceilalți. Este ca și cum schimbările corpului i-au făcut pe ceilalți să ia aminte la o persoană nouă și plină de înțelesuri. Accentul este pus pe creșterea conștientizării sentimentelor și impulsurilor sexuale. Adolescentul este adesea în conflict între dorința de a-și satisface dorințele și restricțiile și interdicțiile impuse de familie și societate. Atunci când imboldul sexual și conștientizarea ating apogeul, adolescentul se simte, pe de o parte, frustrat și, pe de altă parte, se luptă pentru autocontrol.

Aflat în situația de a se prezenta prima oară la medic pentru o problemă legată de sfera genitală, adolescentul se va confrunta cu trăiri contradictorii dintre cele mai diverse, rușine, teamă revoltă, disperare, neputință mai ales în momentul în care va bănuși că medicul nu va respecta pe deplin confidențialitatea sau că acesta se va comporta ca un aliat sau ca un spion al părinților lui.

Unele remarci nepotrivite, bagatelizarea suferințelor pacientului, brutalitatea unor manevre sau lipsa de atenție din partea medicului vor fi dureros resimțite și înregistrate ca o atitudine simptomatică față de orice suferință legată de sfera genitală.

Înțelegerea nevoii de maturitate a pacientului este o condiție decisivă. Oricând este posibil trebuie inclus și adolescentul în luarea deciziilor care privesc îngrijirea și tratamentul său. Trebuie, de asemenea, să i se explice procedurile cât mai complet posibil pentru a preveni anxietatea sa. De asemenea, el trebuie informat despre progresele survenite în tratamentul său.

Situația familială din copilărie are o legătură importantă cu comportamentul adolescentului. Dacă părinții au comunicat întotdeauna prin amenințări, adolescentul poate răspunde printr-o inhibare severă a acțiunilor sale. Aceasta poate rezulta din aplicarea atâtor restricții încât dependența de alții și nevoia de a fi aprobat vor rămâne problema întregii sale vieți. Adolescentul care se află într-o astfel de situație poate transfera ostilitatea de la părinții săi la societate, în general. În familiile în care părinții au fost inconsecvenți, indiferenți și n-au dat destulă atenție copiilor lor, nu i-au învățat nimic despre disciplină sau respectarea ordinii sociale, adolescentul poate avea dificultăți în a lua decizii, poate avea dificultăți în ceea ce privește autocontrolul sau să accepte cu greutate orice autoritate. Atitudinea parentală va fi identificată ori de câte ori este posibil de către medicul sau psihologul aflat în situația de a examina un adolescent. Când părinții sunt temători și rezistenți față de schimbări, pot descuraja orice exprimare liberă a personalității, sau pot sfătui adolescentul să nu se aventureze în întreprinderi noi, dificile și importante. Aceasta poate conduce la un conflict dintre dorința adolescentului de a fi independent și, în același timp, teama de a-și asuma responsabilitatea. Copiii care sunt protejați excesiv și înconjurați cu dragoste sunt feriți de majoritatea responsabilităților și împiedicați să participe la luarea deciziilor. Când devin conștienți de lipsa lor de experiență, evitând rezolvarea problemelor obișnuite, devin iritați și depresivi. Ei simt că nu primesc ceea ce li se cuvine. Anxietatea este atât de mare, încât nu sunt în stare să facă nimic, adesea se lasă de școală sau nu reușesc să continue ceea ce încep, și fac foarte puține lucruri, pierzând timpul fără rost.

Adolescenții sunt înclinați spre sentimente intense de dragoste, prin care o altă persoană devine obiect de adulație. De obicei, obiectul iubirii este cineva care este admirat în secret, mai în vârstă, înțelept, și având o anumită dibăcie, măiestrie sau fiind înzestrat cu calități deosebite. Adesea se întâmplă ca personalul medical să devină obiect de interes sexual în timp ce pacientul este internat în spital. Tinerii au de obicei fantezii în privința variatelor aspecte ale relațiilor lor, închipuindu-și mult mai mult decât situația reală. Adesea adolescentul interpretează un comentariu drăguț sau o acțiune favorabilă din partea cuiva care ar putea să fie obiectul iubirii sale ca pe un interes sexual deosebit. Se poate ca adolescenta să nu vorbească persoanei respective despre sentimentele sale, dar le poate exprima în acțiunile sale, spunându-și anumite dorințe, cereri, scriind scrisori pline de afecțiune, sau vorbind cuiva de aceeași vârstă despre dorințele sale secrete. Ea chiar poate avea în vedere planificarea unor momente pentru intimitate fizică cu persoana idolatrizată. „Obiectul interesului” trebuie să sesizeze mica erotomanie a pacienților și să le arate că aceasta că este doar de o fantezie. În același timp, situația reală a relației trebuie să fie prezentată cu blândețe, într-un mod care să confirme statutul adevărat al acesteia.

Psihologul se află adesea în cursul consultației sau terapiei frecvente la această vârstă în centrul interesului sexual al adolescentului sau adolescentei, capacitatea mai mare de înțelegere a acestuia și toleranța fiind luate adesea drept atitudini mutuale de acceptare a acestui interes.

CÂTEVA REGULI ALE ABORDĂRII MEDICALE A PACIENTULUI ADOLESCENT
Nu impuneți propriile voastre standarde, credințe sau valori adolescentului.
Nu-i faceți morală! Este mai bine să-l lăsați pe el singur să-și aleagă opțiunile, acceptați ceea ce el are de spus și exprimați-vă aprobarea sau dezaprobarea fără a deveni defensivi.
Recunoașteți problemele care există fără a deveni însă judecători.
Recunoașteți problemele adolescentului care decurg din interacțiunea modelelor familiale.
Nu amenințați cu retragerea sprijinului vostru psihoemoțional și profesional, forțându-l să-și trăiască viața în conformitate cu așteptările părinților săi. În schimb, ajutați-l să-și evalueze propria sa poziție în raport cu cea evaluată și de părinții săi; dați-i curajul să discute despre această fațetă cu aceștia.
Lăudați-l și încurajați-l când ia decizii independente. Arătați-vă sprijinul.
Tratați adolescentul cu demnitate și respect. Nu-i desconsiderați ideile, prietenii sau relațiile romantice.
Tratați dificultățile sale cu seriozitate. Nu-i atrageți atenția asupra hainelor sale, coafurii sau preferințelor pentru anumite mâncăruri.
Evitați discuțiile cu privire la faptul că succesul academic este singurul care merită strădania în viață.
Încurajați activitățile fizice care diminuează tensiunile și anxietatea.
Evidențiați caracteristicile individuale pozitive. Nu priviți comportamentul adolescentului normal ca și cum totuși el este anormal.
Stabiliți limitele care sunt corecte și întăriți-le. Trebuie recunoscute nevoile speciale ale adolescentului, dar cu o singură condiție și anume aceea de a preveni comportamentul antisocial și de a încuraja autocontrolul. Ajutați-l să-și canalizeze energia constructiv în cadrul limitelor prescrise.
Chiar dacă vă place sau nu, încercați să recunoașteți sincer față de dumneavoastră înșivă propriile temeri, insecurități, anxietăți, căderi și nu le transmiteți pacientului adolescent.
Dacă nu vă place cu adevărat și nu vă interesează problemele adolescenților, nu lucrați cu ei dacă puteți evita acest lucru.

Probleme deosebite în ceea ce privește relația cu adolescentul a medicului se ridică în cazul în care acesta trebuie să îi comunice tânărului un diagnostic grav sau de boală cronică ce va necesita tratament toată viața (diabet, epilepsie etc.). Reacțiile adolescentului putând fi deosebit de grave, iar printre acestea: tentativa de suicid, mult mai frecventă decât la adult. Demitizarea bolii, empatia medicului, susținerea psihologică clară sunt tot atâtea metode de prevenție a acestui tip de reacție. Mai trebuie notat faptul că adolescenții sunt mult mai predispuși pentru dezvoltarea unor reacții de tip hipocondriac, a tulburărilor de tipul dismorfofobiei, și a nosofobiei. De aceea, se recomandă o atitudine directă și deschisă din partea medicului în care să fie evitată orice ambiguitate și orice posibilitate de a crea fantasme ale bolii adolescentului.

VII.18. CUM SĂ COMUNICI ÎN MEDICINĂ VEȘTILE RELE

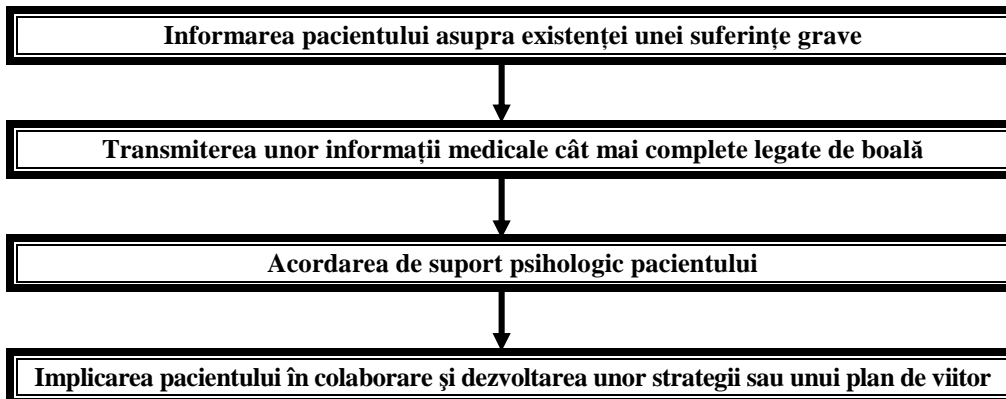
O problemă majoră în practica fiecărui medic este cea a comunicării unor diagnostice grave de boli cu evoluție fatală sau cu pronostic rezervat.

Comunicarea unor astfel de vești este probabil cea mai dificilă situație interpersonală din activitatea medicului de familie sau a specialistului, indiferent de domeniul în care ar activa. Fără această comunicare a diagnosticului, principiul intervenției precoce și radicale nu este operant, iar amânarea poate avea consecințe fatale sau deosebit de grave. Exemple semnificative în această direcție pot fi luate din patologia malignă, din psihiatrie, din cardiologie, din psihiatrie, neurologie sau oricare altă specialitate. Pacientul are dreptul să refuze sau să aleagă tratamentul, dar are de asemenea dreptul să aibă cele mai adecvate și complexe informații despre diagnostic, prognostic, riscurile și beneficiile terapiei. Desigur, a vorbi sensibil despre toate lucrurile acestea înseamnă un efort și un consum afectiv care va face ca medicul să aibă inerente dificultăți.

Dintre barierele psihologice cu care medicii se confruntă în comunicarea diagnosticelor prima este legată de faptul că un diagnostic fatal înseamnă acceptarea unei grave lacune în potențialul medicinei și pe care medicul trebuie să și-o asume. Viteza mare a progresului medical face ca lentoarea sau lipsa de eficiență din anumite domenii să pară supradimensionată și să umbrească mult imaginea profesională a medicului. Remediul pentru această barieră este așteptarea sinceră, dar nu dusă dincolo de limita iraționalului, de apariție a unui progres în domeniu.

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

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



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

pacienți doresc ca la comunicarea unor vești rele să participe soțul sau alt membru al familiei, iar această dorință trebuie întotdeauna respectată, deoarece ea ușurează enorm sarcina medicului.

Există și cazuri în care incapacitatea pacientului de a lua decizii sau imposibilitatea lui de a înțelege despre ce este vorba ne poate conduce la o discuție cu familia sau alte persoane apropiate, așa cum se întâmplă, de exemplu, în psihiatrie. Nimic nu este mai grav decât lipsa empatiei și căldurii omenești, a capacității de rezonanță a medicului în fața suferinței.

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

Weber M., Werner A., Nehring C., Tentrup F.Y. (1999) consideră că pentru comunicarea veștilor rele trebuie respectate unele condiții cum ar fi:

➤ ***pregătirea cu grijă a contextului fizic în care se va desfășura întâlnirea sau consultația***

- primul pas în efectuarea comunicării veștilor rele este pregătirea medicului pentru întâlnire și alegerea aceasta înseamnă alegerea unui moment mai liniștit, pentru aceasta. Dacă bolnavul se află în spital, așezați-vă pe patul pacientului dar nu vă grăbiți să vă ridicați imediat ce ați terminat de vorbit sau de răspuns la întrebări.

➤ ***explorarea cunoștințelor și suspiciunilor pacientului în legătură cu boala sa***

➤ ***transmiterea informației în cantități mici și pe căi diverse***

- clinicianul trebuie să aibă cunoștințe despre dificultatea situației și să ajusteze forma prezentării bolii și problemelor care decurg din aceasta în funcție de sprijinul emoțional de care pacientul are nevoie.

➤ ***Să răspunzi sentimentelor pacienților***

- este potrivită exprimarea părerii de rău pentru durerea pacientului. Medicul își poate arăta implicarea nu numai prin expresii verbale, dar și printr-o atitudine non verbală de solidaritate, cum ar fi un bun contact vizual menținut permanent, atingerea mâinii pacientului.

➤ ***Să stabilești un contact pentru viitor***

- să comunici vești rele nu este un eveniment punctual care se desfășoară câteva zeci de minute, după care poți abandona pacientul. Comunicarea evenimentelor negative este un proces care se întinde de-a lungul mai multor vizite și presupune cel puțin câteva întrevederi. În multe cazuri, veștile rele se dau în perioada terapiei intensive, în timpul curei sau a remisiei lente. Uneori ești obligat să comunici că terapia nu influențează cursul bolii, fiind un tratament inefficient care va face să reapară simptome grave.

Răspunsul emoțional al pacienților este foarte intens, dar și foarte diferit. Unii sunt foarte calmi, chiar reci, interesându-se în totalitate de detalii tehnice. Această reacție (sau lipsa reacției) este o adevărată supapă care permite eliberarea de anxietate a medicului, cu ajutorul căreia el ajunge la concluzia că pacientul se comportă excepțional de bine. Oricum, un calm extrem sugerează că persoana încă nu a înțeles vestea, sau nu se poate „conecta” emoțional la ceea ce a auzit.

Alți pacienți arată ostilitate și supărare. Pacienții pot face comentarii supărătoare, pretinzând că medicul le-a schimbat diagnosticul sau considerând că acesta i-a mințit. Ei pot întreba „de ce spitalul nu este mai eficient?” „de ce nu li s-a spus mai devreme că suferă de o boală atât de gravă”. De asemenea ei pot exagera mult importanța celor câteva zile care au fost necesare pentru precizarea diagnosticului sau pentru

organizarea planului terapeutic, susținând că aceasta le-a adus un prejudiciu major. În acest caz, este bine să cunoaștem că pacientul are o fire cu potențial ostil și să încercați să minimalizați și să explicați încă o dată cum se face diagnosticul și cum se stabilește terapia. Puteți spune „Știu că aceasta este o veste supărătoare. Vă înțeleg sentimentele și vreau să vă ajut” .

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

În cazul pacienților cu afecțiuni grave trebuie să asigurăm întotdeauna pacientul de disponibilitatea continuă și necondiționată, spunându-i de exemplu:

„Nu contează ce se întâmplă, fac tot posibilul să fie bine... Nu vă voi abandona”

„Vreau să știți că voi fi în continuare disponibil. Mă puteți suna oricând dacă aveți probleme sau întrebări. Voi reveni la dumneavoastră ori de câte ori va fi nevoie”.

„Voi face tot posibilul în cazul dumneavoastră pentru a vă simți cât mai confortabil posibil. Avem medicamente bune pentru a vă ajuta, dacă vreți, dar trebuie să cooperăm întotdeauna” .

REGULI ÎN COMUNICAREA VEȘTIILOR RELE
Stabiliți un moment cât mai puțin dureros pentru pacient
Comunicați vestea personal, nu prin telefon
Alocați un timp adecvat pentru discuția în care se vor comunica veștile
Folosiți un limbaj simplu și clar
Evitați tentația de a minimaliza o problemă
Asistați starea emoțională a pacientului
Exprimați păreri de rău pentru ce i se întâmplă pacientului. Continuați discuția
Urmăriți sentimentele pe care pacientul le are după ce a primit veștile rele
Reasigurați pacientul că și în continuare sunteți disponibil cu tot ce vă stă în putere
Comunicați planul de îngrijire, dar nu promiteți o vindecare

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

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

Medicul, psihologul și personalul medical se află în situație de mare dificultate atunci când este nevoit să comunice cu pacienții cu tulburări cognitive grave, cum ar fi bolnavii de boală Alzheimer sau alte tipuri de demență. Credem că o serie de sfaturi generale pot ajuta specialiștii în acest demers:

- Încurajați persoana să poarte ochelarii (și aparatul auditiv) în toate situațiile în care îi purta și înainte de debutul problemelor de demență.
- Nu puneți întrebări în timp ce sunteți cu spatele, făcând altceva și nici când priviți în altă direcție.
- Așezați-vă aproape de pacient, fie în fața sa, fie lângă dânsul, astfel încât să vă poată vedea și auzi cât mai bine.
- Conversația va decurge mai ușor dacă lipsesc factorii care distrag atenția (TV, radio-ul trebuie închise).

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

10 REGULI ÎN COMUNICAREA CU PACIENTUL CU BOALA ALZHEIMER	
Abordarea	COMUNICAREA VERBALĂ
1. Stați aproape de pacient	1. Vorbiți rar și clar
2. Numiți-l, spuneți-i pe nume	2. Folosiți cuvinte și propoziții scurte, simple concrete
3. Atingeți-i corpul	3. Completați cuvintele cu gesturi și atingeri
4. Stați față în față	4. Transmiteți un singur mesaj odată
5. Mențineți contactul vizual	5. Folosiți propoziții afirmative

Când pacientul vă înțelege cu mare greutate, modificarea modului dvs. de a vorbi pot fi de ajutor. Întotdeauna faceți mesajul mai clar.

- Folosiți propoziții scurte, simple. Nu folosiți mai multe cuvinte decât este nevoie.
- Vorbiți clar.
- Lăsați timp pentru fiecare propoziție să fie percepută și înțeleasă.
- Repetați ce ați spus, dacă vi se pare că nu a înțeles.
- Subliniați cuvintele importante.
- Dacă este posibil arătați obiectul sau persoana despre care vorbiți.
- Încercați să evitați întrebările care pot avea multiple răspunsuri elaborate. Cel mai bine este să folosiți întrebări la care se răspunde cu „da” și „nu”.

O serie de afirmații pe care familia sau aparținătorii le fac despre pacient trebuie să atragă întotdeauna atenția medicului sau psihologului către existența acestor tulburări cognitive. Nerecunoașterea locurilor obișnuite, afirmarea unor întâlniri cu persoane de mult dispărute sau având altă vârstă decât cea reală (de ex., pacientul afirmă că e în casa altcuiva, că a venit străbunica și l-a vizitat, că a trebuit să se ducă ieri la servici, deși e la pensie de cinci ani.). De asemenea, repetarea frecventă a aceluiași lucru sau acuze într-un interval scurt de timp sau tendința irezistibilă a pacientului de renunța să vorbească despre situația actuală și a vorbi despre trecut – este un semn că atenția și memoria de scurtă durată nu funcționează corespunzător.

Folosirea multor cuvinte într-un sens necorespunzător sau amestecarea lor bizară trebuie de asemenea să orienteze medicul spre diagnosticul de tulburare cognitivă. Chiar dacă ceea ce spune pare un nonsens, este important, ca oricând e posibil, să-l ascultați și să-i arătați că sunteți interesat. În acest timp, fiți atent la ce gândește, urmărind elemente non-verbale – tonul vocii, limbajul trupului, expresiile faciale.

Uneori chiar dificultatea în inițierea și menținerea conversației este suficientă pentru orientarea diagnosticului. Se recomandă prudență și tact din partea medicului aflat în contact cu un astfel de bolnav, pentru că sublinierea deficitului cognitiv sau comunicarea directă a diagnosticului de demență poate declanșa o reacție catastrofică. Comunicarea cu astfel de pacienți, dar atenție, și cu majoritatea pacienților vârstnici, este un adevărat exercițiu de virtuozitate profesională.

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

Prezentăm un formular care poate fi folosit în evaluarea sau autoevaluarea comunicării interpersonale medic-pacient (**Tudose F. și Badea M., 1997**). Evident că fiecare medic trebuie să dorească obținerea unui scor cât mai ridicat, autoreferirea fiind singurul criteriu de luat în discuție. Este sigur că sporirea capacității de comunicare profesională și a calității acesteia este o resursă nepuizabilă a perfecționării.

FORMULAR PENTRU OBSERVAREA ȘI EVALUAREA COMUNICĂRII

I. Impresia generală:

Evaluați astfel: f.bună = 4; bună = 3; nu prea bună = 2; proastă = 1

- | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|
| • Empatie | 4 | 3 | 2 | 1 |
| • Respect | 4 | 3 | 2 | 1 |
| • Onestitate | 4 | 3 | 2 | 1 |

II. Comunicarea verbală

- | | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Salutul | Da | <input type="checkbox"/> | Nu | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tonul vocii | Potrivit | <input type="checkbox"/> | Nepotrivit | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cine a vorbit mai mult? | Medicul | <input type="checkbox"/> | Pacienta | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cum au fost obținute informațiile? | întrebări deschise | | | <input type="checkbox"/> |
| | întrebări închise | | | <input type="checkbox"/> |
| | parafrizare | | | <input type="checkbox"/> |
| 5. Cum a fost încurajat pacientul să vorbească și să întrebe? | gesturi | | | <input type="checkbox"/> |
| | cuvinte de aprobare | | | <input type="checkbox"/> |
| 6. Cum a răspuns medicul la întrebările pacientului? | complet | <input type="checkbox"/> | incomplet | <input type="checkbox"/> |
| | cuvinte pozitive, de laudă | <input type="checkbox"/> | cuvinte dure, verdicte | <input type="checkbox"/> |
| 7. Cum s-au formulat explicațiile? | clar | <input type="checkbox"/> | prea detaliat pentru nivelul de înțelegere | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ce limbaj s-a utilizat? | simplu | <input type="checkbox"/> | tehnice | <input type="checkbox"/> |
| 9. Câte opțiuni s-au oferit? | suficiente | <input type="checkbox"/> | insuficiente | <input type="checkbox"/> |
| 10. A verificat medicul percepția și înțelegerea explicațiilor? | Da | <input type="checkbox"/> | Nu | <input type="checkbox"/> |
| 11. A fost stabilită următoarea consultație? | Da | <input type="checkbox"/> | Nu | <input type="checkbox"/> |

III. Comunicarea non verbală:				
1. Limbajul corporal-postura	Da	<input type="checkbox"/>	Nu	<input type="checkbox"/>
2. Ascultarea cu atenție	Da	<input type="checkbox"/>	Nu	<input type="checkbox"/>
3. Contactul vizual	Da	<input type="checkbox"/>	Nu	<input type="checkbox"/>
4. Zâmbetul, expresia feței	Da	<input type="checkbox"/>	Nu	<input type="checkbox"/>
5. Oferirea unui ajutor concret	Da	<input type="checkbox"/>	Nu	<input type="checkbox"/>
6. Timpul acordat	Da	<input type="checkbox"/>	Nu	<input type="checkbox"/>
7. Atitudinea și gesturile potrivite	Da	<input type="checkbox"/>	Nu	<input type="checkbox"/>
8. Îndepărtarea barierelor externe	Da	<input type="checkbox"/>	Nu	<input type="checkbox"/>

VIII. MEDICINĂ PSIHOLÓGICĂ ȘI PSIHOSOMATICĂ

- VIII. 1. DEFINIȚII ȘI CADRU CONCEPTUAL
- VIII. 2. SOMATIZAREA ÎNTRE PSIHANALIZĂ ȘI NEUROBIOLOGIE
- VIII. 3. SOMATIZARE ȘI MEDICINĂ PSIHOSOMATICĂ
- VIII. 4. GRUPA TULBURĂRI SOMATOFORME ÎN DSM-IV ȘI ICD 10
- VIII. 5. TULBURĂRI SOMATOFORME ȘI NORMATIVITATE
- VIII. 6. AFECTIVITATEA NEGATIVĂ ȘI SOMATIZAREA
- VIII. 7. SOMATIZARE ȘI CONȘTIINȚĂ
- VIII. 8. SOMATIZAREA – UN COMPORTAMENT ÎN FAȚA BOLII
- VIII. 9. GENETICĂ ȘI SOMATIZARE
- VIII. 10. SOMATIZARE ȘI PERSONALITATE
- VIII. 11. POSIBILE MODELE ALE SOMATIZĂRII
 - Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic*
 - Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinței*
 - Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale*
 - Somatizarea ca o consecință a suprautilizării asistenței medicale*
- VIII. 12. ETIOLOGIE ȘI ONTOLOGIE ÎN SOMATIZARE
- VIII. 13. FIZIOLOGIE ȘI PSIHIATRIE ÎN DETERMINAREA SIMPTOMELOR FUNCȚIONALE
- VIII. 14. FACTORII PSIHO-SOCIALI ȘI SOMATIZAREA
- VIII. 15. COMORBIDITATE ȘI SOMATIZARE
- VIII. 16. NOSOGRAFIE ȘI SOMATIZARE
- VIII. 17. ANTROPOLOGIE ȘI SOMATIZARE

VIII.1. DEFINIȚII ȘI CADRU CONCEPTUAL

O mare varietate de acuze somatice care antrenează convingerea pacienților că ei sunt suferinzi din punct de vedere corporal, în ciuda unor probleme emoționale sau psihosociale demonstrabile, rămân în afara unei posibilități de definire clare. Disconfortul somatic nu își are explicație sau are una parțială, în ciuda convingerii evasiananime a pacientului că suferințele lui își au originea într-o boală definibilă care îl determină să ceară ajutor medical și care îi determină incapacitatea și handicapul (Lipowski, 1968; Kleinman, 1977; Katon, 1982; Kirmayer, 1984; Kellner, 1990).

Manualul DSM-IV (1994) subliniază că trăsătura comună a tulburărilor somatoforme este prezența simptomelor fizice, care sugerează o afecțiune aparținând medicinei interne, dar care nu poate fi pe deplin explicată de o situație aparținând medicinei generale, de efectele directe ale unei substanțe sau de altă tulburare mintală (cum ar fi atacurile de panică). În contrast cu simularea, simptomele somatice nu sunt sub control voluntar. Tulburările somatoforme diferă și de simptomele psihice consecutive unei afecțiuni medicale prin aceea că nu există nici o situație medicală care să poată fi considerată ca pe deplin responsabilă pentru simptomele somatice. Cei mai mulți autori afirmă că acest concept, care grupează situații diferite, are drept numitor comun disconfortul corporal neexplicat, generat de probleme psihiatrice, psihologice sau sociale. Prin numeroasele sale aspecte, somatizarea este problema comună a unui

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

VIII.2. SOMATIZAREA ÎNTRE PSIHANALIZĂ ȘI NEUROBIOLOGIE

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

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

VIII.3. SOMATIZARE ȘI MEDICINĂ PSIHOSOMATICĂ

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

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

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

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

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

DSM-IV înscrie în grupa tulburărilor somatoforme următoarele categorii:

- **tulburarea de somatizare** (care din punct de vedere istoric se referea la isterie sau sindromul Briquet) este o tulburare polisimptomatică care debutează înaintea vârstei de 30 de ani, evoluează mai mulți ani și se caracterizează printr-o combinație de durere și simptome gastro-intestinale, sexuale și pseudo-neurologice;
- **tulburarea somatiformă** nediferențiată se caracterizează printr-o suferință fizică inexplicabilă, care durează cel puțin 6 luni și se situează sub limita diagnosticului de tulburare de somatizare;
- **tulburările de conversie** implică simptome inexplicabile sau deficite care afectează motricitatea voluntară sau funcția senzorială sau sugerează o situație neurologică sau alte situații de medicină generală. Factorii psihologici se apreciază că sunt asociați cu simptomele sau deficitele;
- **tulburările durerii** (tulburări somatoforme de tip algic) sunt caracterizate prin dureri care focalizează predominant atenția clinică. În plus, factorii psihologici sunt apreciați ca având un rol important în instalarea tulburării, severității, agravării sau menținerii ei;
- **hipocondria** este preocuparea privind teama de a avea o boală gravă, bazată pe greșita interpretare a simptomelor corporale sau a funcțiilor corporale;
- **tulburarea dismorfofobică** este preocuparea pentru un defect corporal imaginar sau exagerarea unuia existent.

Tabelul 1
Clasificarea internațională a bolilor, în ultima sa ediție, stabilește următoarele criterii pentru diagnosticarea afecțiunilor somatizate:

CRITERIILE ICD-10			
<p>A) Cel puțin doi ani de acuze multiple și variabile de simptome fizice ce nu pot fi explicate prin nici o tulburare somatică detectabilă și nici o tulburare somatică cunoscută nu explică severitatea, varietatea, proporția și persistența acuzelor fizice, sau incapacitatea socială asociată.</p> <p><i>Dacă unele simptome se datorează unor factori autonomi, ele nu reprezintă trăsături majore ale bolii, pentru că nu sunt persistente și nu deranjează bolnavul.</i></p>			
<p>B) Preocuparea bolnavului din cauza simptomelor îi produce o suferință permanentă și îl determină să consulte doctorul în mod repetat (de trei sau mai multe ori) și să-și facă seturi de analize, fie în cadrul asistenței medicale primare sau a celei specializate. În cazul absenței unor servicii medicale, sau când bolnavul nu și le poate permite financiar, apar automedicațiile și consultarea unor vindecători.</p>			
<p>C) Un total de șase sau mai multe simptome din lista următoare:</p>			
<p>Simptome gastro-intestinale</p> <ul style="list-style-type: none"> – dureri abdominale – greață – abdomen meteorizat – vărsături sau regurgități – tranzit haotic, frecvent sau secreții fluide eliminate din anus 	<p>Simptome cardio-vasculare</p> <ul style="list-style-type: none"> – dispnee fără efort fizic – dureri precordiale 	<p>Simptome genito-urinare</p> <ul style="list-style-type: none"> – disurie sau polakiurie – senzație neplăcută în sfera genitală 	<p>Simptome cutanate și dureroase</p> <ul style="list-style-type: none"> – dureri ale membrilor la nivelul extremităților sau ale articulațiilor – senzații de furnicături sau senzație neplăcută de amorțeală.

VIII.5. TULBURĂRI SOMATOFORME ȘI NORMATIVITATE

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

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

VIII.6. AFECTIVITATEA NEGATIVĂ ȘI SOMATIZAREA

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

Mai mult, studii recente sugerează că tendința de a relata simptome și afectivitatea negativă sunt ereditare.

Studiile lui **Tellegen și colab.** de la Universitatea din Minnessota au arătat că, în 55% din cazuri, trăsăturile afectivității negative pot fi atribuite factorilor genetici și numai în 2% din cazuri mediului familial comun.

VIII.7. SOMATIZARE ȘI CONȘTIINȚĂ

O altă coordonată a tulburărilor somatoforme este cea legată de modul în care sunt conștientizate și relatate simptomele somatice. Desigur că răspunsul la întrebarea: dacă simptomele somatice nu au o corelare net fiziologică, atunci cum pot apare, este pe cât de dificil, pe atât de complex. O serie de autori (**Pennebaker J., Watson D., Robbins J., Gibson J.J., Katkin, Whitehead și Drescher**) au căutat să evidențieze procesele psihologice care influențează conștientizarea și raportarea simptomelor somatice, precum și modul în care îmbunătățirea cunoașterii modului de relatare a simptomelor poate influența orientările viitoare. Cu toate că pacienții cu tulburări de somatizare relatează simptome fără o bază biologică clară, opinia aproape unanimă privind aceste relatări afirmă realitatea lor subiectivă, adică indivizii care acuză simptome și senzații trăiesc în mod subiectiv o activitate somatică semnificativ tulburată (**Robbins și Kyrmyer, 1986; Lipowsky, 1988**). Cercetările privind semnalele subliminale ale propriului corp și felul în care un

simptom devine relevant și interpretabil în sensul bolii de către individ au fost începute încă din laboratoarele lui **Wilhelm Wundt** și **Gustav Fechner**. O serie de cercetări moderne asupra psihologiei perceptuale au pus în discuție factori ca mediul exterior și tensiunea afectivă (**Gibson, 1979**), competiția stimulilor senzoriali pentru câștigarea atenției (**Pennebaker, 1982; Duval și Vicklund, 1992**), căutarea selectivă a informației (**Neisser, 1976**). Vom ilustra doar două dintre acestea; astfel, în ceea ce privește rolul atenției, experimentele demonstrează că indivizii acuză grade mai înalte de oboseală, palpitații și chiar intensificare a tusei în situații plictisitoare și monotone față de cele stimulatoare (**Filingin și Fine, 1986; Pennebaker, 1980**). Studii epidemiologice arată faptul că raportarea unor simptome somatoforme este mai frecventă la indivizii singuratici, din mediul rural, care lucrează în instituții nepretențioase sau nestimulative (**Wan, 1976; Moos și Vandort, 1977**). Căutarea selectivă a informației este direcționată de convingeri sau construcții mentale care orientează modul în care informația este căutată și în final găsită. Convingerile legate de sănătate sunt strâns corelate cu modul în care indivizii se preocupă și își interpretează senzațiile corporale (**Pennebaker, Skelton, Watson, 1988**). Importanța convingerilor despre sănătate și a schemelor de căutare selectivă este bine ilustrată de „boala studentului medicinist” (**Woods și colab., 1978**) și psihozele în masă (**Colligan și colab., 1982**).

VIII.8. SOMATIZAREA – UN COMPORTAMENT ÎN FAȚA BOLII

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

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

Diferențe semnificative în ceea ce privește remarcarea, definirea și reacția față de simptome sunt legate de sexul individului. Femeile sunt mai sensibile la stimulii mediului extern, iar bărbații la cei fiziologici interni în definirea propriilor simptome. Astfel, studii de laborator și de teren riguroase arată că bărbații sunt mult mai capabili să detecteze ritmul inimii, activitatea stomacului, tensiunea arterială și chiar glicemia. Majoritatea autorilor sunt de acord că bărbații și femeile

utilizează strategii diferite. Femeile sunt foarte sensibile la problemele situaționale, iar modelul lor de raportare a simptomelor reflectă conjuncturile pe care le percep ca stresante. Repetarea simptomelor va tinde să reflecte fluctuațiile situaționale. Bărbații în schimb, tind să ignore situațiile și să se concentreze asupra problemelor lor fiziologice. Important este că, diferențele dintre sexe în ceea ce privește baza perceptuală a raportării simptomelor este identică cu a indivizilor sănătoși.

VIII.9. GENETICĂ ȘI SOMATIZARE

Argumentele genetice sunt legate atât de presupunerea comună în privința bazelor fenotipice ale funcțiilor fiziologice, cât și de descoperiri recente în ceea ce privește moștenirea tipului emoțional și perceptual. Sesizarea și raportarea simptomelor somatice depinde de modul de prelucrare zonală a informației în creier. Abilitatea de raportare a simptomelor depinde la rândul ei, după **Luria (1980)**, de buna funcționare a centrilor limbajului în lobii temporali și parietali. Structura și funcționalitatea sistemului nervos central este determinată genetic atât la nivelul structurilor corticale ale activității neurotransmițătorilor, al activității electro-encefalografice și al sistemului nervos autonom. Comparațiile făcute între gemenii mono și dizigoți de **Likkn (1982)** conduc la concluzia că „hardware-ul biologic” al creierului are o evidentă bază ereditară.

Barsky și Kellerman (1983) aduc argumente privind hipervigilența, atenția selectivă și tendința de a privi senzațiile somatice ca fatale, în generarea și amplificarea simptomelor. **Gray J. (1982)** relevă importanța centrilor inhibitori din creier (din zona septumului și hipocampusului) în influențarea diferențelor individuale în ceea ce privește afectivitatea negativă. Autorul consideră că indivizii pe care el îi numește cu „trăsături anxioase” (cu afectivitate negativă) au acești centri inhibitori hiperactivi, ceea ce le determină caracterul hipervigilent. Aceasta afectează probabil raportarea simptomelor atât prin niveluri înalte de afectivitate negativă, cât și printr-o hiperatenție privitoare la propriul corp. Orientarea cercetărilor viitoare asupra raporturilor dintre comportamentul legat de boala trăsăturilor de personalitate cu afectivitate predominant negativă și tulburările de somatizare vor clarifica probabil zona confuză care mai există prin suprapunerea unor descrieri comune și prin imposibilitatea stabilirii unor raporturi de precesiune. Clarificarea unor constante genetice ar fi, de asemenea, utilă în descrierea simptomatologică.

VIII.10. SOMATIZARE ȘI PERSONALITATE

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

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

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

VIII.11. POSIBILE MODELE ALE SOMATIZĂRII

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

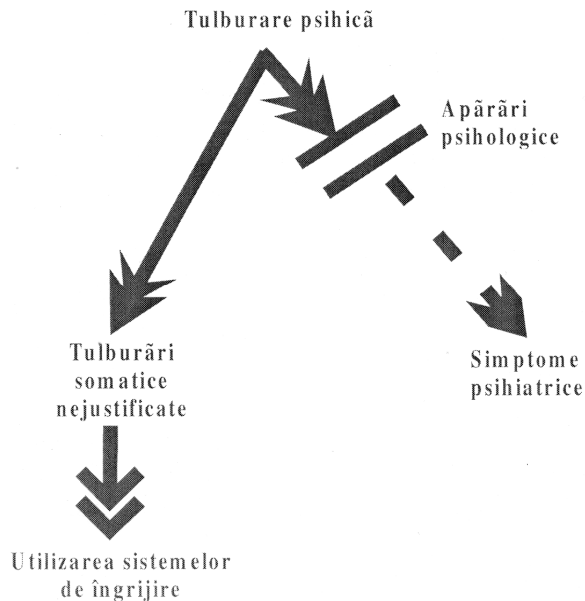
Dintre aceste modele le vom discuta pe următoarele:

Somatizarea ca mecanism de apărare psihologică

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

SOMATIZAREA CA PREZENTARE MASCATĂ A BOLILOR PSIHIATRICE

Figura 1



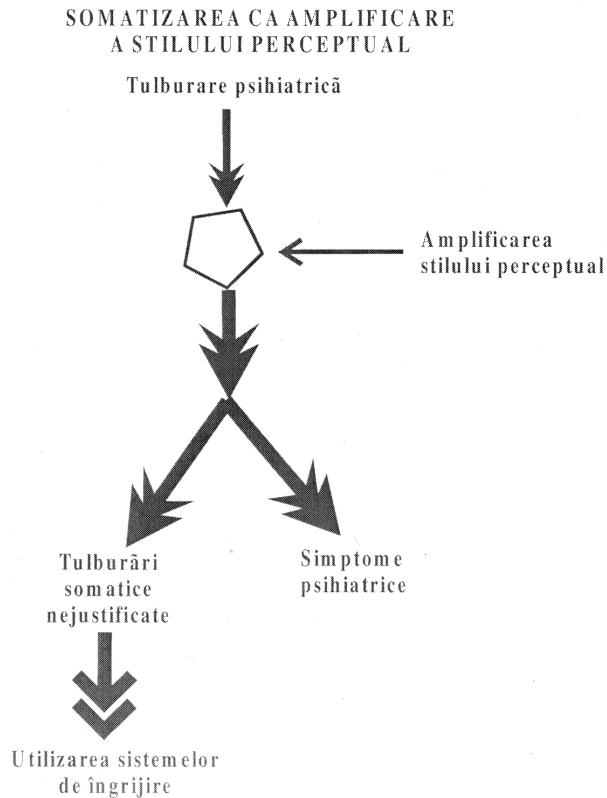
Acest model își are sorgintea în noțiunile de început ale psihanalizei care considerau simptomele isteriei ca versiuni puternic modificate sau transformate ale unor impulsuri inconștiente interzise. Astfel, simptomele somatice aveau funcție de apărare, permițând o anumită exprimare a suferinței și ținând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

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

Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinței

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

Figura 2



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

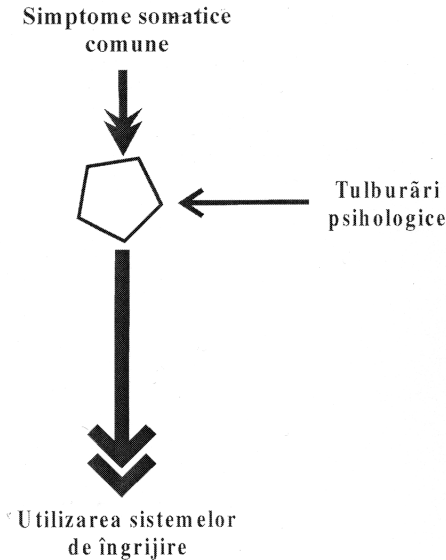
la sensibilitatea manifestată prin simptome somatice. Simptomele sunt considerate ca începând cu senzația periferică care conduce la o elaborare corticală sau componenta reactivă care, la rândul ei, poate amplifica sau reduce senzația inițială. Stări psihologice negative afectează acest sistem, crescând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

Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale

Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale pentru simptome comune. Acest model ia în considerare rolul suferinței psihologice în determinarea cazurilor în care pacienții solicită ajutor medical pentru simptome care preexistă. Acest model presupune că simptomele somatice neplăcute sunt ubicuitare și că doar stările afective negative îi determină pe indivizi să ceară ajutor medical pentru simptome pe care altfel le-ar putea ignora. Suferința psihologică îi determină pe cei cu somatizare să interpreteze senzații fizice comune corporale ca dovezi ale unei boli (**Mechanic, 1982**). Cei cu tulburări emoționale se adresează medicului pentru simptome comune pe care ceilalți le depășesc fără ajutor medical. Anchete active ale stării de sănătate au arătat că majoritatea oamenilor normali care se consideră sănătoși au în mod frecvent simptome ușoare, variabile, pentru care nu apelează la ajutor medical.

SOMATIZAREA CA TENDINȚĂ
DE ÎNGRIJIRE A UNOR SIMPTOME COMUNE

Figura 3



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

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

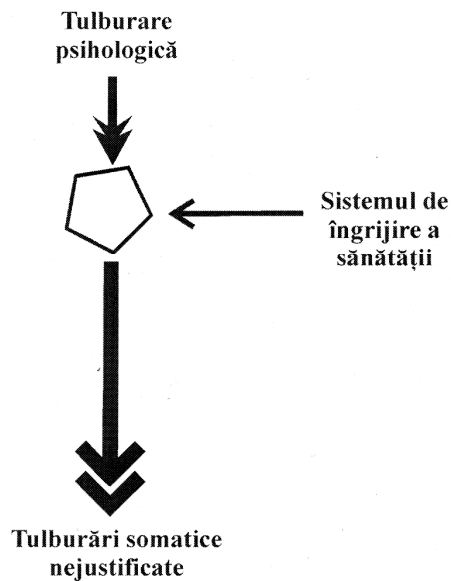
Somatizarea ca o consecință a suprautilizării asistenței medicale

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

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

Figura 4

SOMATIZAREA CA RĂSPUNS LA FACILITĂȚILE SISTEMULUI DE ÎNGRIJIRE



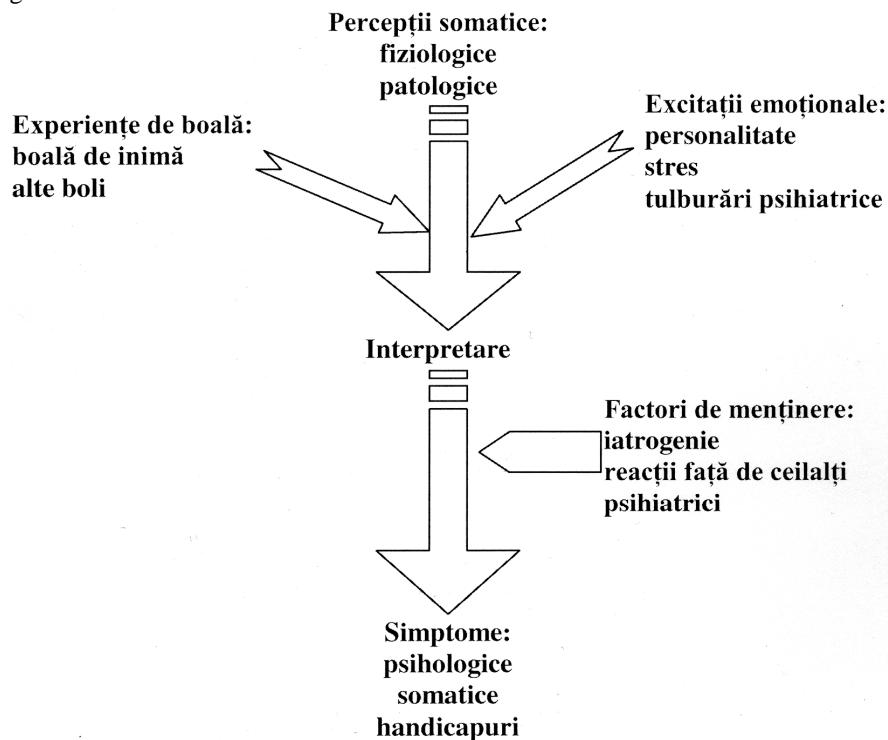
Trecerea în revistă a modelelor arată că tulburările psihice pot avea roluri extrem de variate în geneza simptomelor somatice neexplicate. Tranziția se face de la modelul tradițional al somatizării ca prezentare atipică a tulburării psihice până la modelul amplificării, care pune în discuție chiar validitatea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

gici ai tulburărilor psihiatrice printre pacienții cu tulburări de somatizare (**Akiskal și colab., 1982; Rabkin și colab., 1983; Taerk și colab., 1987**), dar datele existente nu conduc la concluzii clare, tehnicile disponibile având un potențial limitat.

VIII.12. ETIOLOGIE ȘI ONTOLOGIE ÎN SOMATIZARE

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

Figura 5



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

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

VIII.13. FIZIOLOGIE ȘI PSIHIATRIE ÎN DETERMINAREA SIMPTOMELOR FUNCȚIONALE

Argumentul că tulburările funcționale sunt legate de alterări fiziologice prea complexe sau prea subtile pentru a fi reflectate în defecte structurale evidente și distincția dintre nivelurile de proces și structură pot conduce la ideea că tulburările funcționale implică procese anormale, care au loc în sisteme de organe ce-și păstrează intactă structura. Clinicianul va fi pus în fața a cel puțin două probleme distincte: disfuncția fiziologică ce dă naștere simptomelor somatice și suferința psihiatrică, care exacerbează simptomele slăbind capacitatea pacientului de a se adapta la disconfortul somatic și determinându-l să ceară ajutor. Aceste două fațete vor impune ideea că un diagnostic și un tratament eficient va implica abordarea ambelor dimensiuni ale experienței pacientului.

În etiologia simptomelor neexplicate medical, de regulă, se presupune asocierea unor stresori specifici, unui presupus câștig psihologic ca și a unor factori psihosociale. De asemenea, nu poate fi ignorată o anumită tendință de psihogenizare prin excludere: „dacă nu este de origine somatică, trebuie să fie de origine psihologică”, care evident, în lipsa unor parametri măsurabili, poate fi adesea arbitrară.

Pentru evitarea unor astfel de atitudini arbitrare, unii autori (**Escobar J, Rubio-Stipec M, Swartz M, Manu P**) preferă termeni mai generici ca „simptome fizice neexplicate medical” în locul unor termeni ca „somatizare” sau „simptome somatoforme” pe care le consideră încă insuficient fundamentate. O serie de autori au semnalat o frecvență crescută a evenimentelor de viață negative recente la pacienții ce se prezintă cu o varietate de simptome somatice funcționale, inclusiv dureri abdominale, dureri precordiale necardiace, simptome pseudoneurologice sau conversive (**Roll și Theorell, 1987; Creed și colab., 1988; Mayon, 1989**). Pentru sindroamele somatice funcționale cronice, rolul etiologic al evenimentelor de viață este mai puțin clar, deși stresurile sociale suportate par să contribuie la instalarea acestora (**Drossman și colab., 1988; Jensen, 1988**).

VIII.14. FACTORII PSIHO-SOCIALI ȘI SOMATIZAREA

Statutul socio-economic scăzut este considerat ca responsabil pentru creșterea probabilității ca suferința să fie percepută mai degrabă ca o boală corporală decât ca o tulburare emoțională (**Crandell și Dohrenwend, 1967-1968**). Diferențele transculturale ale somatizării au fost de asemenea explicate prin factori cognitivi și sociali (**Angel**

și **Thoits, 1987**). Un grad mai înalt de somatizare poate fi asociat stigmatizării pe care boala psihică o implică pentru un grup sau altul, convingerilor că emoționalitatea este un semn de slăbiciune, ca și unei reduse înclinații pentru probleme psihologice (**Escobar și colab., 1989**). Persoanele necăsătorite și persoanele care trăiesc singure raportează mai frecvent și mai multe simptome corporale (**Schwab și colab., 1978; Pennebaker, 1982**). Influențele familiale și sociale sunt presupuse ca factori cauzali ai somatizării, atitudinea familiei și părinților față de starea de sănătate influențează concentrarea atenției copilului și creșterea percepțiilor proceselor somatice (**Wilkinson, 1988**). Studii aprofundate arată că există o corelație directă între numărul zilelor de incapacitate la vârsta adultă și încurajarea adoptării rolului de bolnav de către copil (**Pilowsky, 1982; Whitehead, 1986**). Familiile pot să respingă somatizarea sau să o încurajeze, învățarea concentrării asupra senzațiilor somatice, interpretarea lor ca periculoase, ca și exprimarea lor verbală este legată de contextul familial.

Lennon și colab.(1989) sugerează accentuarea simptomatologiei somatoforme la persoanele care caută în mod prelungit o validare socială a simptomelor funcționale. Alți autori arată un raport direct între creșterea numărului de investigații și convingerea că există o boală somatică ascunsă. În sfârșit, o serie de boli dificil de definit, cum ar fi oboseala persistentă, sindromul de colon iritabil, fibromialgia sau fibrozita musculară se asociază frecvent cu alte sindroame somatice sugerând o tendință la aglutinare a acestui tip de simptome.

Studiul raportului dintre somatizare și șomaj a arătat o asociere semnificativă, dar fără să se poată spune care din factori determină cauzal această legătură.

VIII.15. COMORBIDITATE ȘI SOMATIZARE

O problemă deosebit de dificilă este cea legată de pacienții care au antecedente multiple de simptome somatice explicate și/sau neexplicate medical și care vor prezenta stereotipuri clinice precum și convingerea vulnerabilității lor față de boală. Pacienții care au atât tulburări somatoforme, cât și hipocondriace sunt cei mai înclinați spre utilizarea masivă a serviciilor medicale. Paradoxal, cu cât acești pacienți caută diagnostice mai clare, cu cât suportă mai multe tratamente care eșuează, cu cât suferința lor subiectivă se agravează, cu atât persoanele din mediul lor familial și personalul medical devine tot mai puțin convins că suferința lor este reală și că ei doresc într-adevăr să se vindece.

VIII.16. NOSOGRAFIE ȘI SOMATIZARE

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

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

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

VIII.17. ANTROPOLOGIE ȘI SOMATIZARE

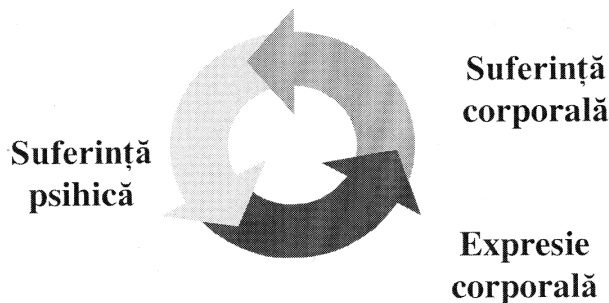
Dimensiunea antropologică a somatizării este legată de o posibilă modalitate de exprimare a suferinței care se impune atenției, întrucât reflectă o dificultate deosebită ce interferează cu rolurile sociale de bază și amenință viața. Corpul asigură simboluri naturale pentru relații sociale și alte aspecte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

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

Figura 6

O VIZIUNE ANTROPOLOGICĂ ASUPRA SOMATIZĂRII

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



Nivelul individual include țesătura fină și complicată a relațiilor dintre cererile pacientului, modelul său explicativ pentru boală și abordarea negociată a îngrijirii cazului (**Oană C.S., 1999**).

În modelul suferinței și bolii pacientul amestecă noțiuni comune biomedicale și folclorice, iar acest lucru va conduce la diferențe importante între modelul medical al bolii și modelul laic ce îi va aparține. Comunicarea medic-pacient este singura modalitate prin care cele două modele se pot compara cu scopul important ca întreaga strategie terapeutică să fie acceptată de pacient în vederea unei rezolvări eficiente. Tulburarea somatoformă ilustrează în expresia ei, dar și în abordarea terapeutică, cât se poate de elocvent dimensiunea antropologică a practicii medicale.

IX. CONDIȚII PSIHOPATOLOGICE FRECVENTE CU EXPRIMARE CORPORALĂ

IX. 1. DISMORFOFOBIA

Automutilarea ca o consecință a dismorfofobiei

IX. 2. HIPOCONDRIA – SEMANTICĂ ȘI SEMIOLOGIE

IX. 3. HIPOCONDRIA ȘI PSIHANALIZA

IX. 4. ORGANODINAMISMUL ȘI HIPOCONDRIA

IX. 5. MODELUL COGNITIV AL HIPOCONDRIEI

IX. 6. FENOMENOLOGIE ȘI HIPOCONDRIE

IX. 7. MEDICUL ȘI HIPOCONDRIACUL – UN CUPLU INSEPARABIL

IX. 8. HIPOCONDRIA – O VIZIUNE PSIHOPATOLOGICĂ ROMÂNEASCĂ

IX. 9. REPERE SOMATICE ȘI PSIHICE ÎN PSIHOPATOLOGIA HIPOCONDRIEI

IX. 10. EPIDEMIOLOGIA HIPOCONDRIEI

IX. 11. ÎN CĂUTAREA UNEI STRATEGII ÎN TERAPIA HIPOCONDRIEI

Tratamentul medicamentos

Psihoterapiile

IX. 12. HIPOCONDRIA ȘI ANXIETATEA PENTRU SĂNĂTATE LA VÂRSTNICI

IX.1. DISMORFOFOBIA

Boala dismorfică somatică (BDS) – o preocupare pentru un defect imaginar sau mic în înfățișare, a fost descrisă de mai bine de 100 de ani și cunoscută în întreaga lume. Oricum, această chinuitoare și degradantă boală, deseori trece nedignificată, chiar dacă datele disponibile în prezent sugerează că este relativ comună.

Virtual, orice parte a corpului poate fi focarul de îngrijorare, cu preocupări cel mai des implicând părul, nasul sau pielea. Majoritatea pacienților se angajează în comportamente excesive și repetitive, cum ar fi: verificarea în fața oglinzii, ciupitul, nevoia permanentă de asigurare. Pacientul se subestimează permanent și majoritatea prezintă idei delirante. Pacienții au deseori idei obsesive, iar depresia este des întâlnită. Întotdeauna este prezent riscul suicidului la acești pacienți.

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

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

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

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

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

Dismorfofobia este și un simptom nespecific care poate apare în anumite tulburări psihiatrice; în special în schizofrenie și depresie majoră. A fost descris de asemenea un caz de tulburare organică delirantă. Poate fi considerat ca un sindrom cu mai multe etiologii posibile. Termenul poate fi de asemenea folosit în punerea unui diagnostic la pacienții fără un alt diagnostic și la cei la care acest simptom își are originea într-o tulburare de personalitate. Această dismorfofobie „primară” a fost considerată ca o tulburare nervoasă. De obicei, apare în adolescență sau la adulții tineri și cu timpul se agravează. Senzația de urâtenie este comună în adolescență, dar de obicei este trecătoare. De fapt, aproape toți adolescenții au distorsiuni ale imaginii proprii. Imaginea corpului este importantă la această vârstă; prin urmare, nu este de mirare că dismorfofobia și anorexia nervoasă sunt frecvente în adolescență. În ambele cazuri, pacienții ajung, de obicei, în sistemul de sănătate după o suferință psihică, negând tulburări psihologice.

Cu privire la tulburările de personalitate ale pacienților cu dismorfofobie primară, **Hay** îi diagnostichează ca personalități nesigure și sensibile, folosind clasificarea tulburărilor de personalitate a lui **Schneider**.

Categoria echivalentă în DSM-IV este, probabil, tulburarea de personalitate evitantă. **Andreasen** și **Bardach** își diagnostichează pacienții cu tulburări de personalitate ca o combinație de schizoid, compulsiv și trăsături narcisiste. Acești pacienți au tendința de a se blama datorită dificultăților zilnice. Acești bolnavi sunt foarte predispuși să dea vina pe „defectele lor fizice” (corporale) pentru dificultățile pe care le au în relațiile interpersonale.

Hardy descrie bolnavii dismorfofobici ca fiind nemulțumiți cu felul lor de a fi, la fel ca și de relațiile interpersonale. Unii pacienți cu acest sindrom au schizofrenie și alte depresii majore.

Sunt anumiți pacienți cu dismorfofobie care nu au simptome de schizofrenie, dar după câțiva ani se dezvoltă întregul tablou schizofrenic.

Dificultatea diferențierii diagnosticului de dismorfofobie secundară de depresia majoră și dismorfofobie primară este dată de faptul că simptomele depresive sunt frecvente la bolnavii cu dismorfofobie primară indusă de pasivitate și insatisfacție (nemulțumire), în special când tulburarea este de lungă durată. În punerea diagnosticului, clinicienii trebuie să fie conștienți că simptomele depresive secundare dismorfofobiei încep uneori după atacul de dismorfofobie primară; când simptomele dismorfofobiei sunt secundare depresiei majore.

Dismorfofobia este relativ rară și descoperită la pacienții care sunt văzuți de psihiatri.

Este mult mai frecventă la pacienții care suferă operații cosmetice (estetice). **Andreasen** și **Bardach** sugerează că apare la 2% din acești pacienți. **Reich** stabilește că 2% din cei 750 de pacienți care au suferit operații estetice au „idei delirante de deformare”; acești pacienți au probabil un sindrom dismorfofobic. Prevalența va rămâne necunoscută până când criteriile folosite ca diagnostic vor fi acceptate. După cum era de așteptat, frecvența în clinicile psihiatrice este fundamental legată de relația cu chirurgia plastică, dermatologia și serviciile ORL. Datorită faptului că

aspectul exterior este important în societatea noastră, presupunem că prevalența va crește, așa cum s-a întâmplat și cu anorexia nervoasă.

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

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

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

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

Dismorfofobia este una dintre cele mai greu abordabile afecțiuni, dar la care o proporție semnificativă de pacienți răspund la inhibitorii de serotonină selectivi. Acest grup de medicamente a revoluționat tratamentul acestor tulburări care afectează până la 1% din populația SUA. Se pare că antidepressivul de tip inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei acționează favorabil și în dismorfofobiile de tip halucinator. De asemenea, folosirea unor neuroleptice și a psihoterapiei a fost indicată.

Automutilarea ca o consecință a dismorfofobiei

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

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

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

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

- 1) Acte accidentale, ce duc la alterări majore ale țesuturilor, asociate în general cu psihoze și intoxicații acute;
- 2) Comportamente stereotipe fixe, ritmice, ce par fără semnificație, asociate cu retardul mintal;
- 3) Comportamente superficiale sau moderate – tăierea pielii, arderea, zgârierea, asociate cu o varietate de tulburări mintale.

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

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

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

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

Winchel și **Stanley** au clasificat automutilarea după contextul clinic în care apare: retard mintal, psihoze, pedepsire penală, tulburări primare de personalitate borderline, dar această clasificare nu include comportamentele de automutilare asociate cu o varietate de condiții psihiatrice și neuropsihiatrice, altele decât psihozele și tulburările de caracter.

Automutilarea majoră. Actele majore de automutilare nu sunt simptome esențiale ale altor tulburări, dar pot apare ca trăsături asociate. Ele apar în general brusc, au un grad ridicat de distrucție, cu excepția autocastrării transsexuale ce e planificată cu atenție. Ele sunt asociate cu stări psihotice, intoxicații acute, dar apar de asemenea și în encefalitele acute și cronice, transsexualism, tulburările de personalitate schizoidă, retardul mintal, faza reziduală a schizofreniei și tulburări deosebite de actele acelor bolnavi ce vor să-și pună capăt zilelor (ex.: prin tăierea vaselor de sânge), acte ce nu sunt considerate automutilări.

Persoanele cu risc ridicat sunt cele care au antecedente de automutilare, boală psihotică cu preocupări religioase, sexuale, sau care își schimbă brusc înfățișarea fizică prin raderea părului de pe cap, smulgerea sprâncenelor.

Unii bolnavi sunt indiferenți la actele lor și nu le pot explica, iar alții oferă explicații atât de idiosincratice, încât împiedică orice înțelegere. În multe cazuri, totuși, temele explicative au conținut religios sau sexual (ex.: enucleerea ochiului pentru ispășirea păcatelor, ori castrarea pentru a căpăta o înfățișare mai feminină. Calmul bolnavului după automutilare sugerează că acest comportament rezolvă, cel puțin temporar, niște conflicte ce nu au fost conștientizate. **Menninger** consideră actele majore de automutilare ca un substituent al suicidului.

Simptomele dominante ce se asociază acestui sindrom sunt: disperarea, anxietatea, furia și fenomenele favorizante predispozante, ca: lipsa de suport social, homosexualitatea masculină, abuzul de alcool și medicamente și idei suicidare la femei.

Sindromul e asociat cu depresia și psihoza.

Trăsătura caracteristică a sindromului de automutilare repetată este eșecul recurent de a rezista impulsurilor de autovătămare fizică, fără intenții conștiente de suicid. Cel mai frecvent act de autovătămare este secționarea (incizia) pielii – alături de: producerea de arsuri ale pielii, auto-lovirea, înțeparea, zgârierea, ruperea oaselor, lovirea capului, intervenția în vindecarea rănilor.

Acest sindrom este frecvent asociat tulburărilor de personalitate tip histrionic, anti-sociale, multiple, sau tulburărilor prin stres posttraumatic. Unii prezintă niște caracteristici ale tulburărilor de personalitate, în timpul bolii, care se pot diminua pe măsură ce sindromul se remite. Acești bolnavi au frecvent probleme cu alimentația, au în antecedente sau pot dezvolta o anorexie nervoasă, bulimie nervoasă sau ambele. O mică parte pot prezenta episoade de alcoolism, cleptomanie sau ambele.

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

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

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

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

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

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

Tabelul 1

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

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

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

ficial/moderat, este utilă clinic, pentru că fiecare tip se asociază cu anumite tulburări mintale. Ele se pot suprapune, dar această clasificare oferă un cadru inițial indispensabil pentru a ajunge la diagnostic.

IX.2. HIPOCONDRIA – SEMANTICĂ ȘI SEMIOLOGIE

Termenul *hipochondria* derivă din greaca veche cu sensul literal de „dedesubtul cartilagiilor”, cu referințe clare la regiunea anatomică care adăpostește diversele viscere sub coaste. Forma latinizată a cuvântului a făcut epocă și a transferat sau a absorbit și înțelesul altor concepte de patologie, diferite de la o epocă la alta (*atrabilos, valetudinarian* – conform *valetudo* = stare de sănătate, în latină).

Kenyon F. trece în revistă, în 1968, diferite sensuri în care cuvântul este folosit, unele nemaiavând decât importanță istorică:

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

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

IX.3. HIPOCONDRIA ȘI PSIHANALIZA

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

În 1895 **Freud** vorbește de fobia hipocondriacă, referindu-se la o pacientă căreia îi era teamă că va deveni nebună, elaborare psihică care nu poate fi redusă doar la insatisfacția sexuală. Această perspectivă psihosomatică îl va conduce pe **Freud** la construcția celei de-a treia nevroze actuale, hipocondria (1912). El va afirma și faptul că nucleul de simptome psihonevrotice este asemănător grăuntelui de nisip în jurul căruia se centrează perla. Introducerea conceptului de narcisism constituie cel de-al doilea timp al noțiunii de hipocondrie, care devine miza unei noi opoziții pulsionale, între libidoul Eu-lui și libidoul obiect. Boala organică și hipocondria devin modalități comparabile de retragere a libidoului pe Eu. **Freud** emite, în 1914, ipoteza unei staze a libidoului Eu-lui care ar fi izvorul neplăcerii. El nu abandonează totuși ideea unei participări a nucleului hipocondriac la orice organizare psihopatologică. Reflectând asupra simptomului hipocondriac, el va asimila tensiunea excitației somatice a organului dureros cu organul genital excitat. De aici, **Freud** va presupune extensia acestei „erogenități” la toate organele interne și externe. Corpul însuși ar câștiga, de asemenea, prin intermediul durerii hipocondriace o calitate erogenă. Rezultă din aceste ezitări freudiene o mare ambiguitate a statutului simptomului hipocondriac. Structura hipocondriei este, în același timp, narcisică și masochistă. Ea trimite la conflictul oedipian și la angoasa de castrare (**MacBrunswick R.**). Trecerea de la angoasa de castrare la angoasa hipocondriacă poate să fie favorizată de anumite experiențe infantile (**Fenichel O.**). Continuându-l pe **Freud**, **Ferenczi (1919)** și **Schilder P. (1950)** vor avea tendința să presupună interacțiuni reciproce care vor implica totodată un model dualist și pozitivist. Concepția biologică a pulsionii, rezultat al presupunerii inițiale a lui **Freud** că procesul psihic este întotdeauna paralel cu procesul fiziologic, îl va conduce la ideea că pulsionea este expresia psihică a unei excitații somatice. Din acest impas nu va putea să iasă decât elaborând un concept metapsihologic din a cărui perspectivă pulsionea va fi incognoscibilă în sine, fiind doar o reprezentare afectivă la un anumit nivel psihic. Legăturile somaticului cu psihicul vor fi concepute ca un proces istoric de construcție a corpului în psihism. În 1923, **Freud S.** va sublinia maniera în care câștigăm, în afecțiunile dureroase, o nouă cunoaștere a organelor, poate fi exemplară pentru modalitatea prin care se ajunge să ne reprezentăm corpul. Pentru a putea concepe hipocondria, este important să se facă distincția între neplăcere și durere, angoasa hipocondriacă corespunzând unei insuficiente investiții a neplăcerii. **Schilder P. (1950)** presupune că durerea provoacă o regresie sadic-anală și o regresie narcisică, antrenând recurgerea la gândirea magică. Luând în considerație desimbolizarea corpului și componenta sado-masochistă, **Freud S.** afirmă că limbajul hipocondriac este un limbaj de organ. Această mișcare poate antrena o detașare de organul dureros care poate fi trăit ca străin sinelui și trebuie să fie expulzat. Această mișcare de expulzie poate merge până la negarea organului dureros, așa cum se întâmplă în sindromul Cotard.

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

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

Recurgerea la calea hipocondriacă, capătă întreaga sa valoare de soluție dinamică în explicarea funcției progrediente a masochismului în viața psihică. Investirea narcisiacă devine investire obiectuală prin trecerea de la durerea corporală la durerea psihică. În legătură cu visul, **Freud S.** evocă capacitățile diagnostice ale acestuia, susținând că e capabil să prefigureze debutul unor suferințe corporale și diferitele necazuri corporale care apar în vis mai devreme și mai clar decât în stare de veghe. Regresiunea narcisiacă, care este visul, conjugată cu narcisismul visătorului, provoacă o situație inedită și insolită: toate senzațiile corporale ale momentului sunt percepute mărit, la o scară gigantică. În 1977, **Stolorow** propune ipoteza angoasei hipocondriace ca un semnal de alarmă față de un pericol care ar amenința sfera narcisiacă. Această angoasă hipocondriacă difuză pare să fie cunoscută în clinică mai ales privind perioadele critice, cum ar fi menopauza la femei. Discursul hipocondriac este dovada unei modalități defensive în care cuvântul predomină peste lucruri. Este un limbaj despre corp, care devine ecran în raport cu intruziunea posibilă a obiectului, dar și chemarea spre reinvestirea reprezentării lucrurilor. Organul se halucinează în cuvânt (**Fedida P., 1977**), iar cuvântul este singura suprafață proiectivă posibilă a somaticului.

IX.4. ORGANODINAMISMUL ȘI HIPOCONDRIA

Ey H afirmă că „**hipocondria ar fi o estimare peiorativă a stării de integritate sau de sănătate a corpului**”, în care „*există o preocupare perpetuă asupra stării de sănătate care antrenează o căutare continuă a durerilor și senzațiilor anormale în toate sau în oricare din regiunile corpului*”. Această căutare neliniștită a unei localizări ar exprima neliniștea lor în fața misterului corpului, adică asupra acelei realități care este pentru fiecare din noi cea mai intimă și cea mai secretă, care trezește la toți oamenii o vie emoție și o profundă rezonanță a narcisismului cel mai primitiv. Tot **Ey H.** afirmă că complexul hipocondriac este universal, apăsător și amenințător pentru întreaga umanitate. Conform teoriei organodinamice, încercând să depășească atât concepțiile neurologice, cât și pe cele psihogenice, hipocondria este o boală somatică unde simptomele sunt cele ale unei structuri nevrotice și psihiatrice și nu ale unei leziuni de organ sau de funcționare. Realitatea hipocondriei, proiecție halucinatorie și delirantă, este cea de apartenență a corpului nostru la „lumea” noastră, structura sa este aceea a unei structuri psihopatologice a existenței. Un defect de organizare somatică sau o dezorganizare provoacă o regresie a vieții psihice. „*Organicitatea hipocondriei este aceea a condiționării nevrozei sau psihozei cu formă hipocondriacă, și nu cea a simptomului hipocondriac*”. Hipocondria este o boală care alterează în mod real ființa și se exprimă în imaginar.

Clasificările lui H.Ey

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

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

Tabelul 2
Conținuturi psihopatologice în hipocondrie

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

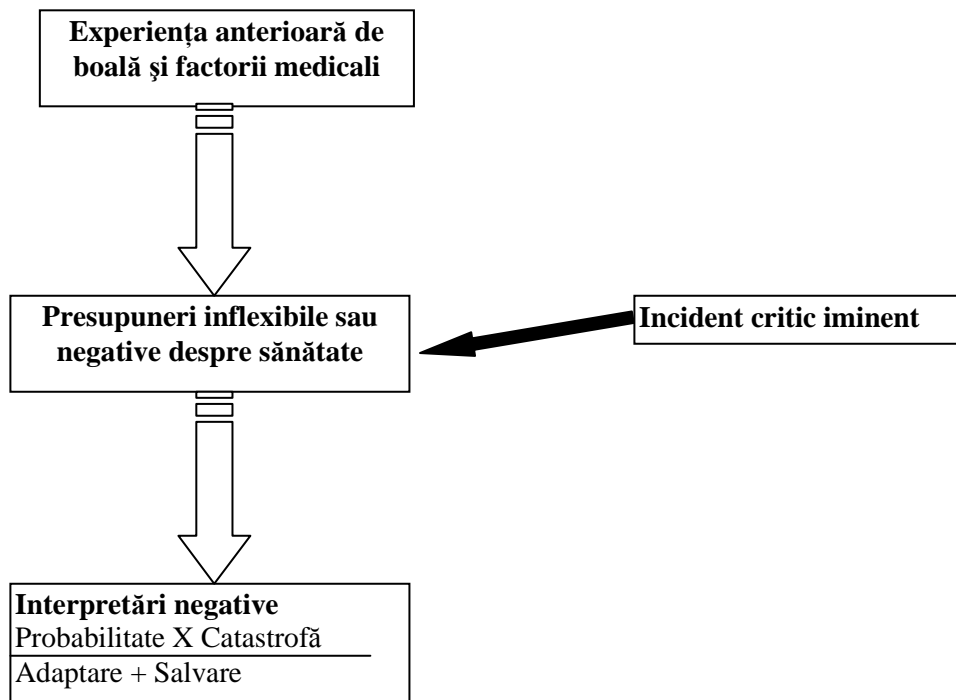
Această clasificare vine să confirme teza heterogenității cadrului hipocondriac, pe care autorul francez caută să o depășească, prezentând tablouri psihopatologice în care factorii de personalitate reprezintă canavaua pe care se țes aspectele concrete ale bolii.

IX.5. MODELUL COGNITIV AL HIPOCONDRIEI

Modelul cognitiv sugerează faptul că originea și dezvoltarea tendinței de interpretare greșită a informațiilor referitoare la sănătate pot fi înțelese, de cele mai multe ori prin modul în care cunoștințele și experiențele anterioare legate de boală (ale propriei persoane sau ale altora) conduc la formarea presupunerilor referitoare la simptome, boală, comportamente legate de sănătate, la profesia medicală etc.

Aceste presupuneri predispun persoana la dezvoltarea unei anxietăți datorate stării de sănătate, când incidentele critice sunt în concordanță cu presupunerile care generează interpretări specifice greșite. Mai rar, incidentele critice relativ severe pot cauza episoade grave și îndelungate de anxietate. De exemplu, o femeie ale cărei teste de depistare a cancerului și investigațiile medicale ulterioare au relevat existența bolii, a trecut de la convingerea că „sănătatea ta are singură grijă de ea” la ideea că „poți fi doborâtă de boli grave sau chiar fatale în orice moment, fără a fi prevenită”. Trebuie amintit întotdeauna că a fi bolnav reprezintă un factor potențial pentru ca anxietatea să se concentreze pe sănătate, în special când boala este gravă.

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



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

Presupunerile referitoare la sănătate pot avea numeroase surse, inclusiv trăiri anterioare legate de boală și de sănătate, boli neașteptate sau neplăcute apărute la cunoscuții persoanei, informațiile din mass-media.

Multe din supozițiile privitoare la boală sunt universale sau împărtășite și de alți oameni care aparțin aceleiași culturi. Supozițiile relativ rigide și extreme conduc la o anxietate mai gravă și mai îndelungată. De ex., mulți oameni trăiesc cu ideea că „doar disconfortul fizic intens și îndelungat, neobișnuit și inexplicabil, poate fi semnul unei boli”. O persoană cu anxietate mai accentuată va crede, prin contrast cu prima, că „orice modificare ce are loc în organism va fi întotdeauna un semn al unei boli grave”.

În timp ce prima presupunere este folositoare, conducând la cereri de ajutor doar atunci când într-adevăr starea de sănătate o cere, cea de-a doua presupunere va conduce la o adevărată monitorizare a modificărilor din organism și la consultații medicale frecvente. În plus, vor exista reacții de frică motivate de interpretările negative ale situațiilor banale.

Experiența anterioară în situații de boală-sănătate și în tratamentul medical nesatisfăcător pot fi importante în generarea de presupuneri problematice referitoare la riscurile ce țin de sănătate. Alte convingeri sunt legate de slăbiciuni personale și de boli particulare, de ex., „există în familia mea rude cu boli de inimă” și „am plămâni slabi de când eram mic”. Asemenea idei pot fi o sursă constantă de anxietate și pot fi activate de către incidentele critice, la indivizii vulnerabili.

IX.6. FENOMENOLOGIE ȘI HIPOCONDRIE

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

IX.7. MEDICUL ȘI HIPOCONDRIACUL – UN CUPLU INSEPARABIL

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

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

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

IX.8. HIPOCONDRIA – O VIZIUNE PSIHOPATOLOGICĂ ROMÂNEASCĂ

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

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

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

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

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

Acest delir, având un puternic suport catestezic, își suprapune adesea conținutul peste cel al paranoiei hipocondriace descrise de **Schipowenski**. În ceea ce privește *psihozele hipocondriace de dezvoltare*, **Predescu și colab.(1976)** propun o serie de trăsături care ar caracteriza personalitatea premorbidă a hipocondriacului: tendința proiectivă (capacitatea de a investi organele cu rolul unor receptori ai trăirilor sale emoționale: întoarcerea spre „cosmosul somatic”), reactivitatea predominant astenică, gândirea magic-animistă. Esența fenomenului hipocondriac este concepută ca o triadă din care fac parte modificarea cenestezei (o senzație generală de rău, de proastă dispoziție corporală), o „gândire insistentă” direcționată spre propriul corp, spre o suferință imaginară, intenționalitate tradusă în același timp de fuga către boală și de refuzul vindecării.

Ionescu G. (1975) atrage atenția asupra unei posibile simptomatologii de natură cenestopată sau hipocondriacă, care poate aduce bolnavul în secțiile de chirurgie și chiar pe masa de operație, ca și asupra complexelor consecințe pe care intervenția chirurgicală, odată efectuată, le poate avea asupra tablourilor psihopatologice.

IX.9. REPERE SOMATICE ȘI PSIHICE ÎN PSIHOPATOLOGIA HIPOCONDRIEI

O trecere în revistă făcută de **Hardy P.** recent (**1991**), evidențiază că majoritatea definițiilor simptomului hipocondriac sunt sprijinite de două puncte fundamentale, care se întâlnesc constant: senzațiile sau semnele corporale (fizice) și ideea hipocondriacă. Senzațiile sau semnele fizice pot reprezenta la începutul anumitor hipocondrii elementul catalizator necesar ecloziunii temerilor sau convingerilor morbide. La anumiți deliranți hipocondriaci paranoiaci această simptomatologie, care poate îmbrăca un aspect halucinator, rămâne în plan secund, chiar inaparentă față de convingerile sau revendicările zgomotoase pe care acestea le prezintă.

Hipocondriacul dezvoltă cel mai adesea o atitudine de ascultare și hipervigilență față de corpul său, care îl fac să ia în considerație cele mai mici semne anormale, chiar cele mai banale manifestări somatice, pentru a-și hrăni convingerile. Plângerile somatice sunt în general vagi, variate și generalizate la mari părți din corp, cu toate că ele pot fi uneori localizate. Cel mai adesea este vorba de dureri și de plângeri cardiovasculare și digestive. Din studiile făcute de **Kenyon (1964, 1976)**, regiunile cel mai adesea implicate sunt capul și gâtul, sfera abdominală, regiunea precordială, spatele, membrele, regiunea anală și aparatul genital. Deși aceste simptome nu sunt specifice hipocondriei, ele se regăsesc și în alte patologii, cum ar fi cea a nevrozei isterice, a anumitor stări de anxietate sau depresive sau chiar a unor psihoze, dar caracterul lor hipocondriac este dat de importanța acordată de pacient semnificației lor etiologice, în comparație cu redusa exprimare a neplăcerii provocate de existența lor.

Ideea de boală este al doilea punct fundamental al definițiilor. Totuși, o serie de dispute pun problema disjuncției între convingerea hipocondriacă și teama nosofobică (**Pilowsky, 1967; Bianchi, 1973; Kellner, 1985**). **Hoening** merge până la a propune includerea hipocondriei în cadrul fobiilor.

Pentru a contura simptomul hipocondriac, autorul francez propune asocierea altor caracteristici, cum ar fi persistența temerilor sau convingerilor hipocondriace în ciuda examenelor medicale negative, asigurărilor medicale și climatului afectiv

particular pe fundalul căruia hipocondria se derulează, climat care amestecă în proporții variabile anxietatea și depresia.

După DSM-IV, principala caracteristică a hipocondriei este preocuparea individului și teama de a avea sau ideea că are o boală gravă. Această idee se bazează pe interpretarea greșită a unui sau mai multor semne sau simptome corporale (criteriul A). Deși evaluarea medicală minuțioasă nu identifică o situație medicală care să explice pe deplin îngrijorarea persoanei privind boala sau semnele fizice și simptomele (chiar dacă o anumită alterare a stării de sănătate coexistă), această îngrijorare, frica și ideea nejustificată în existența unei boli rămâne persistentă în ciuda asigurărilor medicale (criteriul B).

Fără să atingă o intensitate delirantă (individul poate admite posibilitatea că s-ar putea să fi exagerat în ceea ce privește gravitatea bolii de care se teme sau chiar că ar putea să nu fie vorba de o boală), ideea sau teama nu se limitează doar la simple preocupări sau îngrijorări circumscrise aspectului fizic, cum se observă în dismorfofobie (criteriul C). Această preocupare pentru simptomele somatice cauzează o suferință semnificativă clinic sau o deteriorare în zona ocupațional-socială sau în alte zone de funcționare importante ale individului (criteriul D). Această tulburare durează cel puțin 6 luni (criteriul E).

În sfârșit, preocupările hipocondriace nu-și găsesc o explicație mai bună în existența altor tulburări ca: tulburarea de anxietate generalizată, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de panică, existența unui episod depresiv major, existența anxietății de separare sau o altă tulburare somatoformă (criteriul F).

Manualul american subliniază că preocupările hipocondriace pot fi în legătură cu funcțiile corporale (bătăile inimii, sudorația, peristaltismul), cu anormalități somatice minore (mici inflamații sau răni, tuse ocazională), senzații fizice vagi sau ambigue („inimă obosită”, „vene care dor”). Persoana atribuie aceste simptome sau semne unor boli pe care se suspectează că le-ar avea, fiind îngrijorată în legătură cu semnificația, autenticitatea și etiologia lor. Îngrijorările se pot rezuma la o singură boală sau un organ (teamă de a avea o boală de inimă) sau pot implica mai multe sisteme ale corpului simultan sau succesiv. Examinările fizice repetate, testele diagnostice și reasigurarea din partea medicului au un efect minor în ceea ce privește diminuarea îngrijorării privind boala somatică sau presupusa suferință. Stimulii care pot alarma indivizii hipocondriaci pot fi lectura unor texte despre boală, cunoașterea unor persoane care s-au îmbolnăvit de o boală similară sau observarea propriului corp sau analizarea unor senzații proprii. Preocupările privind boala pe care bolnavul se teme a o avea devine o trăsătură centrală a imaginii de sine a individului, un subiect al discursului social și un răspuns la stresurile vieții.

IX.10. EPIDEMIOLOGIA HIPOCONDRIEI

În ceea ce privește prevalența hipocondriei în populația generală, manualul DSM-III afirmă că aceasta rămâne necunoscută, dar că se poate estima o frecvență de 4-9% în rândul bolnavilor care acuză simptome medicale generale adresându-se medicului generalist.

Kenyon găsește sindroame hipocondriace la 3 până la 13% din subiecții consultați în medicina generală. **Agras și colab.(1969)** găsește preocupări intermitente asupra stării de sănătate și bolii în 10 până la 20% din populația generală, iar **Kellner și Sheffield**, la 45% din nevrotici.

Prevalența hipocondriei este mai bine cunoscută în mediul psihiatric decât în populația generală. Un studiu făcut pe 1271 de pacienți arată o frecvență a diagnosticului empiric de nevroză hipocondriacă de 2-4%, iar a sindromului hipocondriac, după criteriile DSM-III, de 23% din subiecți.

IX.11. ÎN CĂUTAREA UNEI STRATEGII ÎN TERAPIA HIPOCONDRIEI

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

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

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

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

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

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

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

Pacienții care suferă de anxietate de sănătate persistentă pot fi priviți ca victime ale interpretărilor eronate, în care gândirea a ajuns să fie dominată de un mod negativ și dăunător de a privi situațiile. Rolul terapeutului este de a-i ajuta să exploreze moduri alternative de a privi experiențele prin care trec. O modalitate alternativă plauzibilă este negociată (ca un mod de înțelegere comun, care identifică cum interacționează convingerile particulare și factorii de menținere pentru respectivul pacient).

Ulterior, terapeutul și pacientul realizează evaluări ale acestei metode alternative, adaptând-o la experiențele trecute și prezente ale pacientului.

Tabelul 3

DIRECȚII ÎN TERAPIA COGNITIVĂ A HIPOCONDRIEI
Să stabilească faptul că anumite catastrofe de care se tem, nu se vor întâmpla;
Să descopere importanța factorilor de menținere, identificați în timpul ședinței;
Să descopere importanța gândirii negative;
Să descopere dacă folosirea unei strategii alternative va avea vreo valoare;
Să reconsidere anumite convingeri cu privire la sănătate și boală, convingeri care sunt distorsionate exagerat.

după **Salkovskis P.**

În concluzie, modelul cognitiv-comportamental scoate la lumină importanța unui stil particular de terapie, în care scopul nu este convingerea pacienților că modul lor de a privi o situație este greșit, irațional sau foarte negativ. Scopul este de a le permite să identifice unde există o capcană sau un blocaj în gândirea lor și apoi să li se permită să descopere dacă există și alte modalități de a privi o situație. După ce se realizează toate acestea, terapeutul ajută pacienții să identifice orice obstacol ar apărea în modurile de gândire și de acțiune.

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

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

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

Tratamentul medicamentos

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

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

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

Psihoterapiile

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

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

Dacă hipocondria este secundară unei alte tulburări, ca melancolia sau tulburarea de panică, afecțiunea primară trebuie tratată prima (**Noyes, 1986**) și adesea nu mai este necesar alt tratament. Deoarece personalitățile, atitudinile clinice ale pacienților hipocondriaci diferă substanțial, tratamentul care li se poate aplica este foarte individualizat. La pacienții cu reacții hipocondriace recente și ușoare, examinarea și explicarea naturii simptomelor este de obicei suficientă. Într-o serie de cazuri cronice (**La Clee, 1966**), deși grupul a fost selectat în așa fel încât să se evite consolidări iatrogenice anterioare, mai puțin de un sfert au făcut progrese care să merite calificative între satisfăcător și bine. În acest fel, terapiile analitice de lungă durată s-au dovedit încă o dată în dificultate în fața hipocondriei.

Orientări contemporane tind să se adreseze direct temerilor hipocondriace sau falselor convingeri fără a se mai avânta în căutarea unor motive inconștiente.

Principalele strategii utilizate sunt expunerea în *vivo*, strategii cognitive educaționale și persuasiunea, utilizate izolat sau în combinație, în raport cu psihopatologia pacientului. **Salkovskis și Wraovic, 1986; Wraovic și Marks, 1988**, arată că expunerea pare să fie deosebit de eficientă într-un mare număr de cazuri. Expunerea e persistentă la ideea de care se teme bolnavul și suprimarea comportamentelor de evitare (asigurările medicului de familie și ale familiei) duce la dispariția fenomenului hipocondriac. Abordările educaționale și cognitive fac obiectul a numeroase comunicări (**Gillespie, 1928; Bauer, 1960; Kellner, 1982; Bassky, 1988; House, 1989**). În acest cadru, bolnavilor li se oferă o explicație plauzibilă pentru simptomele și temerile lor și sunt instruiți în privința ciclurilor reacțiilor hipocondriace: teama determină hiperactivitatea

autonomă care induce sau agravează simptomele somatice existente, creând astfel mai multă teamă și închizând cercul vicios. Persuasiunea și abordarea cognitiv educațională au numeroase elemente comune. O parte din ele se suprapun pe strategiile psihoterapeutice pentru acești pacienți: o alianță terapeutică construită pe empatie, acceptarea suferinței pacientului, acceptarea incapacității pacientului de a beneficia de asigurări, respectul față de persoană, acceptarea cerințelor și convingerilor iraționale ale pacienților. Dintre metodele de persuasiune sunt menționate: explicația, educația, reantrenarea percepției selective, contracararea falselor convingeri iatrogene.

Terapiile suportive orientate asupra stării și situației pacientului, psihoterapia suportivă lasă în umbră problemele etiologiei bolii sau structurii personalității pacientului (Ionescu G., 1990) și par un cadru adecvat de abordare a hipocondriei atât timp cât, conform opiniei aceluiași autor, „desprinsă de considerente teoretice, de analize aprofundate, de interpretări, ca și de ambiția eventualei restructurări a personalității bolnavului, această abordare suportivă constituie o terapie a realului, a concretului și a prezentului”.

Prudența și comprehensiunea binevoitoare sunt atitudini care se impun riguros în hipocondrie. Această atitudine trebuie să se mențină în ciuda aspectului mai mult sau mai puțin conștient, agresiv, care însoțește adesea plângerile hipocondriacilor.

IX.12. HIPOCONDRIA ȘI ANXIETATEA PENTRU SĂNĂTATE LA VÂRSTNICI

În ansamblu, vârstnicii par să fie afectați de hipocondrie la rate similare cu adulții tineri. Acest fenomen poate sugera că adulții vârstnici sunt cei mai eficienți în efortul lor de a face față problemelor, dat fiind faptul că ratele de prevalență rămân aceleași pentru diferitele grupe de vârstă, în pofida unor rate crescânde de morbiditate medicală la bătrâni.

În primul rând, mulți factori asociați cu îmbătrânirea susțin posibilitatea ca adulții vârstnici să prezinte o atenție selectivă pentru stimulii referitori la sănătate. De ex., bătrânii au adesea modificări somatice mai mari pe lângă reducerea naturală a agilității fizice. Astfel de evenimente ar putea servi la creșterea atenției față de funcționalitatea fiziologică la persoanele în vârstă. De asemenea, modificări ale percepției senzoriale frecvent asociate cu îmbătrânirea ar putea facilita un debut tardiv al temerilor hipocondriace. În mod specific, percepția eronată a stimulilor privind sănătatea ar putea fi o consecință a modificărilor acuității auditive sau vizuale.

În plus, declinul funcționalității cognitive demonstrat de perturbarea memoriei sau demență ar putea de asemenea contribui la preocuparea pentru aspectele legate de sănătate.

În al doilea rând, experiențele trăite în perioada târzie a vieții pot servi drept elemente critice în apariția temerilor hipocondriace. De ex., vârstnicii au o probabilitate mare de a se confrunta cu un număr crescut de evenimente traumatice legate de sănătate, incluzând boala sau decesul soțului/soției sau a unui prieten apropiat, experiența personală a bolii și căderi sau leziuni corporale. În plus, prin natura stării lor de sănătate aflate în declin, bătrânii au mai multe posibilități de a interacționa cu personalul medical, crescând astfel șansele unor abordări necorespunzătoare. Ca atare, persoanele vârstnice, prin natura experienței lor, sunt mai expuse la numeroase evenimente care pot servi drept elemente critice concordând la o anxietate severă referitoare la sănătate.

În al treilea rând, adevăratele modificări fiziologice asociate cu îmbătrânirea pot duce la dificultăți în a face față anxietății legate de sănătate. Excitabilitatea fiziologică crescută care însoțește sau este determinată de experiența modificărilor

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

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

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

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

De fapt, s-a observat o tendință semnificativă a grupului de vârstnici de a susține o teamă și o convingere dominante în legătură cu boala. Absența diferențelor legate de vârstă s-a menținut în pofida unor niveluri mai crescute de morbiditate, conform determinărilor efectuate de către medic și în urma evaluărilor fișelor medicale. Au reieșit totuși o serie de diferențe în funcție de vârstă în cadrul grupului hipocondriac, pacienții vârstnici acuzând dificultăți mai mari în participarea la evenimentele sociale și la activitățile vieții cotidiene, privind nivelurile de activitate socială și funcțională.

Acest declin al funcționalității cu vârsta nu a fost observat în grupul-control, în pofida unei morbidități similare, sugerând faptul că pacienții hipocondriaci vârstnici sunt mai puțin funcționali decât pacienții mai tineri, cu toate similitudinile simptomelor hipocondriace. Această observație sugerează că anxietatea legată de sănătate ar putea fi mai incapacitantă la bătrâni chiar și atunci când severitatea simptomelor este comparabilă cu cea din cazul pacienților mai tineri.

Pe lângă fenomenologia temerilor hipocondriace în sine, a fost de asemenea analizat rolul factorilor de personalitate în hipocondrie de-a lungul vieții: două variabile, caracterul nevrotic și sensibilitatea la anxietate, sunt abordate pe scurt aici în relație cu hipocondria în perioada târzie a vieții. În primul rând, caracterul nevrotic, o caracteristică a personalității stabilă și durabilă cu vârsta, a fost bănuțit ca fiind un factor aflat la baza simptomelor hipocondriace la adulții de toate vârstele.

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

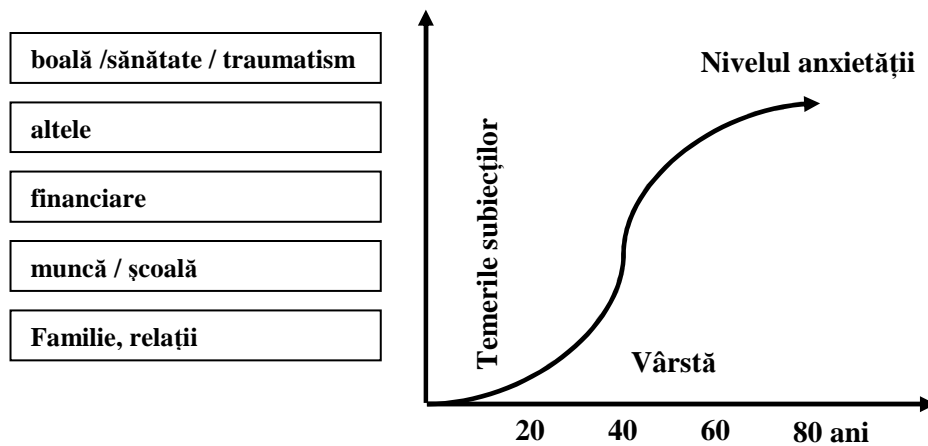
Datorită atenției crescute acordate senzațiilor somatice, caracteristică hipocondriei ca și îmbătrânirii, sensibilitatea pentru anxietate poate fi un alt important aspect al personalității asociat cu anxietatea legată de sănătate la vârstnici. Aceasta este tendința de a crede că simptomele somatice corelate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

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

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

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

Figura 2



după Person D și Borkovec T, 1995

Tabelul 3

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

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

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

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

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

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

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

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

X. REPERE ÎN PSIOSEXOLOGIE

- X. 1. PROBLEMA SEXUALITĂȚII ÎN LUMEA CONTEMPORANĂ
- X. 2. MEDICUL ȘI SEXUALITATEA – O SITUAȚIE INEDITĂ
- X. 3. ANAMNEZA ÎN SEXOLOGIE
- X. 4. DISFUNCTIILE SEXUALE PSIOGENE
- X. 5. DISFUNCTIILE SEXUALE MASCULINE
- X. 6. DISFUNCTIA ERECTILĂ ȘI DEPRESIA
- X. 7. MITURI ȘI PREJUDECĂȚI CARE ÎMPIEDICĂ PACIENTUL CU DISFUNCTIE ERECTILĂ SĂ SE PREZINTE LA PSIHIATRU
- X. 8. MODALITĂȚI DE ABORDARE A DISFUNCTIEI ERECTILE PSIOGENE
- 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. DISFUNCTIILE 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
Tinerețea	18 – 23 ani	Trecerea către vârsta adultă Pregătiri pentru propria familie
Adultul tânăr	24 – 30 ani	Încheierea căsătoriei Viața sexuală legitimă și regulată Dispariția anxietății și sentimentului de vinovăție
Adultul mediu	31 – 45 ani	Atenția se deplasează spre preocupările profesionale și sociale Ușor declin al frecvenței raporturilor sexuale
Maturitatea deplină	46 – 60 ani	Nevoile biologice descresc Interesul pentru activitatea sexuală se reduce
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

Date privind comportamentul sexual	Frecvențe și caracteristici
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 unor 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

DOMENIUL SEXUALITĂȚII	
Sexul biologic	<ul style="list-style-type: none"> - cromozomi, - hormoni - sex biologic – intersexualitate
Identitatea sexuală	<ul style="list-style-type: none"> - polaritate: masculinitate, feminitate - influența hormonală - influența familială - ambiguitatea sexuală - 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 <p style="text-align: right;"><i>(Bancroft J, 1983)</i></p>
Identitatea ca partener	<ul style="list-style-type: none"> - primează factorii psihologici - este legată doar într-o oarecare măsură de identitatea sexuală - este sub influență culturală - se poate schimba în cursul vieții

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:

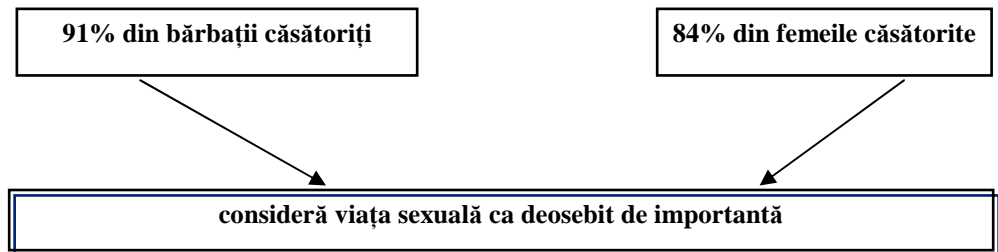
- cei care au avut un partener sexual;
- cei care au făcut sex de două sau trei ori pe săptămână;
- femeii care au „întotdeauna sau de obicei” orgasm cu partenerii.

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 (**Antoni 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 înțeleșului 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

DE CE ÎNTREBĂRILE DESPRE SEX NU SUNT PUSE
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. DISFUNCTIILE 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 PSIHOLÓGICI ÎN DISFUNȚIILE SEXUALE (Hawton, 1995)		
FACTORI PREDISPOZANȚI	FACTORI PRECIPITANȚI	FACTORI DE MENȚINERE
Rigiditate/restrictivitate educațională (atitudine parentală față de sex) Relații familiale perturbate (relație parentală slabă, lipsă de afectivitate) Experiențe sexuale traumatice (abuz sexual, incest în copilărie) Educație sexuală insuficientă	Conflict recent în relația de cuplu Nașterea unui copil Infidelitatea Disfuncția sexuală a partenerului Eșecuri repetate Depresie/anxietate Experiență sexuală traumatică Înaintarea în vârstă Reacție psihologică la factori organici	Teama de eșec Comunicare dificilă în cuplu Culpabilitate Pierderea atractivității Relație de cuplu conflictuală Teama de intimitatea emoțională Informare sexuală inadecvată Preludiu insuficient 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 DISFUNȚIILOR 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. DISFUNȚIILE 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
- Voluptate
- Ereecția
- 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

PRINCIPALELE CAUZE PSIHIATRICE ALE DISFUNCȚIEI ERECTILE
Tulburări de anxietate
Depresia de diferite intensități
Teama de a avea o slabă funcționalitate sexuală
Experiențe traumatice sexuale în trecut
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

ORGANICE	PSIHOGENE
Debut insidios sau cu excepția cazurilor care apar după o boală	Debut brusc în afara unei boli
Disfuncție constantă	Disfuncție situațională legată de anumite probleme
Nu există erecții matinale sau nocturne	Ereecțiile 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

RELAȚIA DINTRE AXUL HIPOTALAMO-HIPO-FIZI-GONADAL (HPG), DEPRESIE ȘI VÂRSTĂ
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 tratamentul eficient al disfuncției erectile are ca rezultat remisia bolii depresive comorbide (depresiei comorbide). Astfel, rezolvarea unei probleme medicale importante a fost asociată cu tratamentul depresiei, susținând astfel ipoteza că depresia poate apărea ca reacție la o boală care afectează în mod semnificativ calitatea vieții.

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 psihiatru nu este acela care poate să recomande un tratament pentru disfuncția erectilă.
- Psihiatru te-ar putea considera nebun că vrei să ai erecție la vârsta a III-a. Tulburările sexuale pot să rezulte 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 psihiatru.
- 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 psihiatrii 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 contractiilor 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

FORME DE MANIFESTARE ÎN VAGINISM
Inabilitatea de a avea penetrare se poate manifesta în oricare sau în toate felurile de mai jos:
Inabilitatea de a folosi tampoane;
Inabilitatea de a suporta o examinare pelvină;
Inabilitatea de a-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

MODALITĂȚI DE EVALUARE A SEVERITĂȚII VAGINISMULUI
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 dilatator de plastic sau a degetului care se inseră intravaginal pentru a alungi progresiv deschiderea mușchilor contractați.

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

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

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

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, pulsuniile 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 înconstanț o înroșire; eritemul maculopapular apare inițial pe abdomen și se întinde pe peretele toracic anterior, față și gât; poate include umerii și brațele	3 până la 15 secunde înroșire puternică	Înroșirea dispare în ordinea inversă apariției; înconstanț transpirații fine pe tălpi și palme
Sâni	Erecția mameloanelor la două treimi din femei, 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, detumescentă durează câteva ore
Labiile mari	La nulipare: se înalță și se turtesc de perineu LA MULTIPARE: CONGESTIE ȘI EDEM	Nici o modificare	La nulipare: crește la mărime normală în 1-2 minute La multipare: scade la dimensiunea normală în 10-15 minute
Labiile mici	Dimensiunile cresc de două până la trei ori peste normal; devine roz și își schimbă culoarea, apoi roșu și roșu aprins înainte de orgasm	Contractii ale labiei minore proximale	Revine la normal în decurs de 5 minute
Vagin	Culoarea se modifică în purpuriu închis; apare un transudat 10 – 30 secunde după excitație; elongație și 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
<i>DURATA</i>	<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 clitoridian prin automanipulare, în timp ce un orgasm intens se obține în prezența unui partener.

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

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

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

Inhibiția involuntară a reflexului orgasmic la femeile interesate să aibă orgasm se numește **anorgasmie**. Această 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, maniaco-depresive, 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 surrogat 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 lubricație corespunzătoare crescută, ca urmare a excitației sexuale

B. Tulburarea cauzează un *distres* 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 psihodinamică.

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 precoce se leagă de episoade în care penisul este privit ca amenințător și înspăimântător. Sentimentul că penisul este amenințător sau că, luându-l în interiorul ei, ea îl poate distruge sau vătăma, este generat de fantasmele dobândite în mica copilărie în raport cu mama și reîntărit mai târziu de o relație de dragoste nesatisfăcută cu tatăl.

Frigiditatea ca apărare. Unele femei sunt anesteziate sexual, deoarece nu sunt în stare să 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 oboselii 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 procreere 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, sugestibilă, 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, Fenelezinul, 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 neglijeze aspectele ginecologice, ca nici un factor somatic să nu agraveze aspectele psihologice.

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

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

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

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

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

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

Tabelul 17

POSTULATE COGNITIVE DISFUNCȚIONALE PREZENTE ÎN TULBURĂRILE SEXUALE FEMININE (COTTRAUX, 2000)
• 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 incontornabilă
• 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 sidenefilului și la femei, cu rezultate discutabile.

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

X.15. DISFUNȚIILE 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

FACTORI IMPLICAȚI ÎN DISFUNȚIILE SEXUALE ALE CUPLULUI	
VÂRSTA	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
VECHIMEA CUPLULUI	Cuplul nerodat
	Cuplul prea uzat
	Cuplul super-integrat
ISTORIA CUPLULUI	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
EXISTENȚA COPIILOR	Existența unor disfuncții în planul strict al sexualității
	Problemele cuplului infertil
	Reacțiile la apariția copiilor
	Sindromul de cuib gol
STAREA DE SĂNĂTATE	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	
EXISTENȚA SEXOLOGULUI	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
NIVELUL	Capacitatea cuplului de a-și asuma material costurile tratamentului

ECONOMIC	Absența/prezența unor probleme economice care afectează stabilitatea cuplului sau bugetul de timp al acestuia
	Modelul cuplului de la un anumit nivel economic
CUTUMELE GRUPULUI SOCIAL	Valoarea sexualității în comunitate
	Modelul de abordare a disfuncției sexuale de către comunitate
	Mitologia sexuală a grupului
	Valoarea geloziei în grup
	Factori centrifugi și centripeti în stabilitatea cuplului

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

Tabelul 19

TIPURI DE PSIHOTERAPIE FOLOSITE ÎN TRATAMENTUL DISFUNCȚIILOR SEXUALE	
Disfuncția sexuală ca un comportament învățat maladadaptativ, ca o fobie a sexului cu situații anxiogene de intensitate progresiv mai mare, până la dispariția răspunsului anxiogen)	→ tehnici comportamentale de desensibilizare 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

FACTORII RESPONSABILI DE SUCCESUL TRATAMENTULUI
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 partenerii 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

Modestie

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

Perseverență

- Niciodată nu este prea târziu pentru un demers de specialitate la o persoană cu dificultăți sexuale
- Sexologul va căuta toate cauzele care pot produce o anumită tulburare, chiar dacă 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 asiguratoare, 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 problematicei 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.

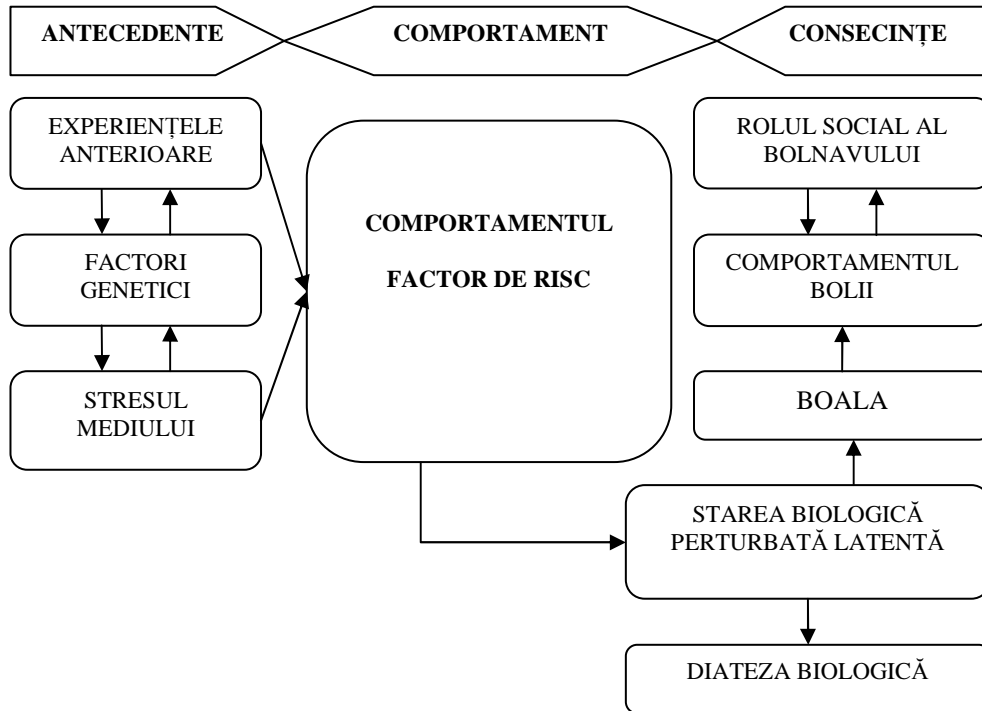
La rândul său, medicul organizează simptomele într-o ordine coerentă, creând modelul științific al bolii, pe care **Balint** îl numește „*boală iatrogenă*”. Numai tratarea „ambelor „boli și rezolvarea lor duce la succesul terapeutic.

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 diverșilor 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
Psihoterapii psihanalitice („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.)
Psihoterapiile umaniste (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.
Psihoterapiile sistemice și de grup (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. Ortofonie, kineziterapie, 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, polimielită, 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 α (12-14 c/o)

Se mai experimentează posibilitatea folosirii bio-feed-back-ului în controlul erecției și vasodilatației 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 ₂ scăderea ritmului cardiac scăderea ritmului respirator scăderea lactaților 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	(Behavior)	comportament
A	(Affect)	afectivitate
S	(Sensation)	senzorialitate
I	(Imagination)	imaginație
C	(Cognition)	cogniție
I	(Interpersonal Relationship)	relații interpersonale
D	(Drog)	toxicomanii și probleme somatice
E	(Expectation)	așteptările pacientului
A	(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 Vis de dragoste Fantezia în sol minor Serenada Simfonia pastorală Voci de primăvară	Ceaikovski Liszt Bach Schubert Beethoven J. Strauss
Tonică	Marele vals din Tannhauser Rapsodia maghiară Aida Faust (actul V)	R. Wagner Liszt Verdi Gounod
Calmantă	Concertul imperial Anotimpurile Din lumea nouă Ave Maria Preludiile Valsurile	Beethoven Vivaldi D. Dvorak F. Schubert Bach 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 constat 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 cenușul-calmant, portocaliul și maroul-echilibrante.

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 sperie 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 depresiunii 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 sufletul 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 nevrozei* 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 directivare până la interpretarea complexă de tip analitic, în descoperirea căilor și mijloacelor de terapie. Indică 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 îndeparteze de simptom, să se înalțe peste condiția de bolnav, să accepte suferința, găsiindu-i un sens, fără să o exagereze.

Eliberarea de servituțiile 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, dezvoltarea 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 fantasmele 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, minimizarea deceptiilor 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.

MODALITĂȚI ALE INTERVENȚIEI ÎN TERAPIILE FAMILIALE (după ACKERMAN)
„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 universal 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 situație 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.

CRITERII DE APRECIERE ÎN DEMERSUL PSIHOTERAPEUTIC PENTRU MG. (după R. Brande)
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 com-petența 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 investește 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 prezervare 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 aceluiași 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.



PARACELTUS (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 nemaiaivând 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.

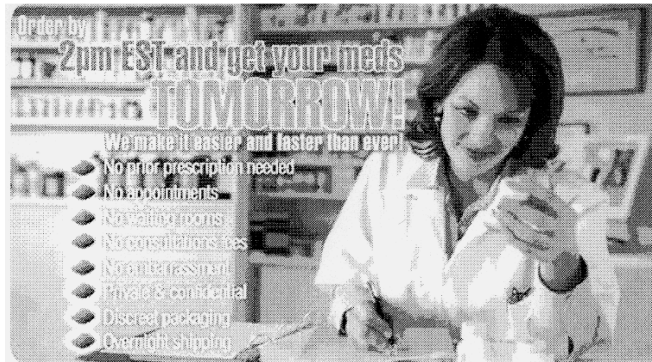
Imaginea externă și reclama medicamentului

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 nebunie. (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 superigenă 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 extreme 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 întretine 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 rejecție. 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 căruia 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. (Hrobjartsson și Gozsche)
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, Wioldemann** etc.) de circa 30-35%, acest procent incluzând atât efectele placebo pozitive, cât și pe cele negative. Această proporție crește sau scade în funcție de vârsta populației (copii și tinerii sunt mai puțin placebo-repondenți, cu circa 15 %, față de bătrâni), 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 inertă farmacodinamic
efectul este simptomatic
durata efectului este, de regulă, scurtă ;
instalarea efectului este mai rapidă decât a unei substanțe farmacodinamice active
acțiune nespecifică

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 (proprietăți fizice, organoleptice, mod de administrare);

* medicul.

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

Tabelul 3

<i>PLACEBO REACTIV</i> (Janowski și colab.).	<i>PLACEBO-NONREACTIV</i> (Schindel)
indiferent 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

CARACTERISTICILE MEDICULUI IMPLICATE ÎN EFECTUL PLACEBO	
POZITIVE	NEGATIVE (medicul anti-placebo, cf. Schindel)
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 agreat

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 (Shapiro, 1970)	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 studii 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, antidepressivele tri- și tetraciclice). 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 întregește de multe ori actul terapeutic.

Există situații când placebo terapia 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

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

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.

Complianța 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 paternală; 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”, complianța a scăzut, ajungând, după unii autori, doar până la 1/10 din recomandările făcute de medic.

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

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

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

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;	- <i>apropierea</i>
- puterea informațională (medicul deține soluții terapeutice)		- ordine, ierarhizare;	- <i>răceală, distanță față de pacient</i>
- 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

FACTORI PRIN CARE BOLNAVUL INFLUENȚEAZĂ COMPLIANȚA			
Nivelul de înțelegere al bolnavului	Tipul de personalitate al bolnavului	Părerii preconcepute (negative) ale bolnavului despre tratamentul prescris	Noncomplanța deliberată sau fortuită
Calități intelective	Cu implicații pozitive (conformiștii, optimiștii)		Recalcitranții
Blocaj emoțional	Cu implicații negative („descurcările”, 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

FACTORI SOCIALI IMPLICAȚI ÎN COMPLIANȚA TERAPEUTICĂ			
Gândirea de grup (Janis)	Intervenția familiei	Rolul colegilor de muncă	Influența bolnavilor din salon
- 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
- <i>autocenzura individului față de propriile temeri (înăbușirea lor) în raport cu ideile grupului</i>	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>	<i>Atragerea bolnavului la diferite încălcări ale regimului dietetic (alcool) sau fumatul în grup</i>
- <i>neglijarea sau raționalizarea informațiilor care sunt contrare gândirii grupului.</i>	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 consultației 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

Strategii utilizate pentru ameliorarea complianței	Randamentul strategiilor	Eforturi necesare din partea terapeutului
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

FACTORI IMPLICAȚI DE NATURA PRESCRIȚIILOR TERAPEUTICE
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 autodestructivă, 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 implicită

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 Illich**). 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 psiho-somatic. 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

MEDICAȚIA DEPRESOGENĂ			
CARDIO-VASCULARĂ	HORMONI	PSIHOTROPE	ANTIINFLAMATORII
alfa-metildopa(+/-) reserpina(++) propranolol 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.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. *** **Toward an Integrated Medicine – Classics From Psychosomatic Medicine, 1959-1979.** Editura American Psychiatric Press, Inc., Washington DC, 1995.
2. *****ICD10.** Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Editura All, București, 1998
3. **Ackerman A.D., Lyons J.S., Hammer J.S. și colab.,** *The Impact of Coexisting Depression and Timing of Psychiatric Consultation on Medical Patients Length of Stay.* Hosp Community Psychiatry, 39:173-176, 1988.
4. **Alexandrescu L.C.,** *Clasificarea stresului psihic.* Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie și Psihologie Medicală, serie nouă, 2-3/1993, Asociația Medicală Română, București, 1993.
5. **American Psychiatric Association,** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th Editura Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
6. **André C, Légeron P.** *La phobie sociale: Approche clinique et thérapeutique,* L'Encéphale, 1995 ;XXI :1-13.
7. **Andre C., Legeron P.,** *Cum să ne eliberăm de frica de ceilalți? Tracul, timiditatea, inhibițiile, fobia socială...* Editura Trei, Iași, 2001.
8. **Andreasen N.C., Bardach J.,** *Dysmorphophobia: Symptom of disease?* Am J Psychiatry, 134:673-676, 1977.
9. **Andreasen N.C.,** *Posttraumatic Stress Disorder,* in *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* Edited by Kaplan HI, Freedman AM, Sadok BJ Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1980, p.1517-1525.
10. **Antonovsky A.** *The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale.* Soc Sci Med 1993;36:725-733.
11. **Antonovsky A.,** *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well.* San Francisco, Jossey Bass, 1987.
12. **Anzieu D.,** *Le Penesur. Du moi-peau au moi-pensant.* Editura Dunod, Paris, 1994.
13. **Appelbaum P.S., Jorgenson L., Sutherland P.,** *Sexual Relationships Between Physicians and Patients.* Archives of Internal Medicine, 154(22):2561-2565, Nov 28, 1994.
14. **Arches J.,** *Social Structure, Burnout, and Job Satisfaction,* Soc-Work, May 1991.
15. **Asmundson G.J.G., Taylor S., Cocs B.J.,** *Health Anxiety.* Editura John Wiley & sons, England, 2001.
16. **Athanasu A.,** *Elemente de psihologie medicală.* Editura Medicală, București, 1983.

17. **Athanasiu A.**, *Tratat de psihologie medicală*. Editura Oscar Print, București, 1998.
18. **Azorin J.M.**, (*Management of Somatization in Depression*). Encephale, Dec 1995, 21 Spec. no 7: 17-22.
19. **Bagdasar N.**, *Manual de psihologie*. Editura SOCEC & co. S.A.R., București.
20. **Bailly D., Parquet J.**, *Une conduite addictive: la tentative de suicide*; en Les nouvelles adictions. Editura Masson, Paris, 1991.
21. **Baker W.Y., Smith S.H.**, *Facial Disfigurement and Personality*. JAMA, 112:301-304, 1939.
22. **Bălăceanu-Stolnici C.**. *Anatomia în căutarea sufletului*. Editura Albatros, 1981.
23. **Beaudichon J.**. *La communication. Processus, formes et application*. Armand Colin, Paris, 1999.
24. **Bergeret J.**. *La depression et les etats-limites*. Editura Payot, Paris, 1974.
25. **Bergeret J.**. *Psychologie pathologique – theorique et clinique*. Ed.Masson, Paris, 2000.
26. **Bernard P., Trouve S.**, *Semiologie psychiatrique*. Editura Masson, Paris, 1977.
27. **Besancon G.**, *Qu'est-ce que la psychologie medicale*. Institut Synthelabo pour le progres de la connaissance, 1999.
28. **Blackwell B.**, *No Margin, No Mission*, JAMA, 271(19):1466, 1994, May 18.
29. **Blackburn I.M., Cottraux J.** *Thérapie cognitive de la dépression*, Masson Paris, 1988.
30. **Blich I.**, *Limits to Medicine*. Penguin Books, Harmandsworth, 1976.
31. **Boisvert J.M., Beaudry M.**, *S'affirmer et communiquer*, Les éditions de l'homme, Quebec, 1979.
32. **Bonora II, Morand P., Nuss Ph., Ferreri.** *Le labyrinthe de l'anxiété*. Editura Pharmacia & Upjohn, Paris, 1997.
33. **Botelho R.J., Dudrak R.**, *Home Assessment of Adherence to Long-term Medication in the Elderly*. J Fam Pract. 1992;35:61-65.
34. **Bourassa M., Bolduc A., Ratte B.**, *Signs, Symptoms and Prevention of Professional Burnout*, J-Dent-Que, Sep.1990.
35. **Bouvard M., Cottraux J.**, *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Masson, Paris, 1996.
36. **Boyd J.H.**, *Use of Mental Health Services for the Treatment of Panic Disorder*. Am J Psychiatry. 1986; 143:1569-1574.
37. **Brătescu G.**, *Hipocratismul de-a lungul secolelor*. Editura Științifică, 1986.
38. **Brinster Ph.**, *Terapia cognitivă*. Editura Teora, București, 2002.
39. **Britchnell S.A.**, *Dysmorphophobia: A Centenary Discussion*. Br.J.Psychiatry, 153: 41-43, 1988 (suppl.2).
40. **Brunner R.**, *Psihanaliză și societate postmodernă*. Editura Amarcord, Timișoara, 2000.
41. **Brusset B.**, *L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Privat, Toulouse, 1977.

42. **Burbiel I., Jeanneau M., Losinskya E., Wied V.,** *The Treatment Ideology Dimensions of the Burn-out Syndrome in Psychiatric Institutions*, 11-th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP INC.BERN, Munich, Germany, March 4-8, 1997.
43. **Burrows C., Judd F.,** *Practical Management of Chronic Pain* în Clinical Management of Chronic Pain and the Role of Mianserin, Scientific Symposium, 28 June 1992, Villefranche-sur-Mer, France.
44. **Bychowski G.,** *Disorders of the Body Image în the Clinical Picture of the Psychoses*. J Nerv Ment Dis, 97:310-334, 1943.
45. **Caïn J.,** *Le champ psychosomatique*. Editura Presses Universitaires de France, Paris, 1990.
46. **Caïn J.,** *Le symptome psycho-somatique – recherche et perspectives partir de quelques cas cliniques*. Editura Privat, Toulouse, 1971.
47. **Caïn J.,** *Psihanaliză și psihosomatică*. Editura Trei, Iași, 1998.
48. **Carney R.M., Freedland K.E., Eisen S.A., Rich M.W., Skala J.A., Jaffe A.S.,** *Adherence to a Prophylactic Medication Regimen în Patients with Symptomatic Versus Asymptomatic Ischemic Heart Disease*. Behav MEditura 1998;24:35-39.
49. **Cathebras P., Bouchou K., Charmion S., Rousset H.,** *Le syndrome de fatigue chronique: une revue critique*. Rev Med Interne, Apr 1993, 14 (4) p233-42.
50. **Chambers R.,** *Avoiding Burnout în General Practice*. Br-J-Gen-Pract, Nov 1993.
51. **Chauchard P.,** *Une morale de médicaments?* Editura Fayard, 1966.
52. **Chelcea S.,** *Experimentul în psihologie*. Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1982.
53. **Chester A.C.,** *Hypothesis: The Nasal Fatigue Reflex*. Integr Physiol Behav Sci, Jan-Mar 1993, 28 (1) p76-83.
54. **Chiriță V., Chiriță R.,** *Etică și psihiatrie*. Editura Symposion, Iași, 1994.
55. **Christensen A.J., Moran P.J., Lawton W.J., Stallman D., Voigts A.L.,** *Monitoring Attentional Style and Medical Regimen Adherence in Hemodialysis Patients*. Health Psychol. 1997;16:256-262.
56. **Christenson G.A., Mackenzie T.B.,** *Trichotillomania*. In Handbook of Prescriptive Treatments for Adults. Edited by Hersen M, Ammerman RT. New York, Plenum Press, 1994.
57. **Chung RC, Singer MK.** *Interpretation of Symptom Presentation and Distress. A Southeast Asian Refugee Example*. J Nerv Ment Dis, Oct 1995, 183 (10) p639-48.
58. **Cloninger R.C.,** *Somatoform Disorders and Personality in the General Population and în Psychiatric Outpatients*. 8-th ECNP Congress, Veneția, 1995.
59. **Cociorva G., Niculăiță A., Tudose F.,** *Sindromul de burnout – suferința epidemică a medicilor din România*. Revista Infomedica, nr.6, anul V, 1997, p 34-36.
60. **Cohen L.J., Hollander E., Badarucco M.A.,** *What the Eyes can't See: Diagnosis and Treatment of Somatic Obsessions and Delusions*. Harvard Review of Psychiatry, 2:5-9, 1994.

61. **Coleman J, Broen WE.Jr.** *Abnormal Psychology and Modern Life*. Fourth edition, London, 1996.
62. **Collier JAB, Longmore J.M., Hodgetts T.J.,** *Manual de medicină clinică – specialități*. Editura Medicală, București, 1997.
63. **Corbella T., Rossi L.,** *La dysmorphophobie, ses aspects cliniques et nosographiques*. Acta Neuro Psychiatr Belg, 67:691-700, 1967.
64. **Cornuțiu G.,** *Bazele psihologice ale practicii medicale*. Editura Imprimeriei de Vest, Oradea, 1998.
65. **Cornuțiu G.,** *Căutari (II)*. Editura Librăria Crican, Oradea, 1999.
66. **Cotterill JA.,** *Body Dismorphic Disorder*. Dermatol Clin, Jul 1996, 14(3): 437-63.
67. **Cottraux J.,** *Les thérapies cognitives*, Editions Retz, paris, 1992.
68. **Cottraux J.,** *Les thérapies comportementales et cognitives*, Masson, 1993.
69. **Couleman J.L., Schulberg H.C., Block M.R., Janosky J.E., Arena V.C.,** *Medical Comorbidity of Major Depressive Disorder in a Primary Medical Practice*. Arch Intern MEditura 1990;150:2363-2367.
70. **Covinsky K.E., Fortinsky R.H., Palmer R.M., Kresevic D.M., Landefeld C.S.,** *Relation Between Symptoms of Depression and Health Status Outcomes in Acutely Ill Hospitalized Older Patients*. Ann Intern MEditura 1997; 126:417-425.
71. **Crocq L.,** *Les recherches sur la fatigue en France dans les vingt dernières années*. Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 p615-8.
72. **Croghan T.W., Obenchain R.L., Crown W.E.,** *What Does Treatment of Depression Really Cost?* Health Aff (Millwood). 1998;17:198-208.
73. **Crow S.J., Mitchell, J.E.,** *Rational Therapy of Eating disorders*. Drugs, 1994, 48(3): 372-9.
74. **Cucu I.,** *Psihologie medicală*. Editura Litera, București, 1980.
75. **Dancy J., Sosa E.,** *Dicționar de filosofia cunoașterii*, vol. I. Editura Trei, Iași, 1999.
76. **Dantzer R.,** *Stress Theories and the Somatization Process*. Encephale, Dec 1995, 21 Spec. no 7: 3-9.
77. **Davis M.S.,** *Variations in Patients' Compliance with Doctors' Advice: an Empirical Analysis of Patterns of Communication*. Am J Public Health. 1968;58:274-288.
78. **Davis C., Yager J.,** *Transcultural Aspects of Eating Disorders: A Critical Literature Review*. Cult Med Psychiatry, 1992, 16: 377-94.
79. **Debray Q., Granger B., Azais F.,** *Psychopathologie de l'adulte*. Editura Masson, Paris, 2000.
80. **De Souzenelle Annick,** *Simbolismul corpului uman*. Editura Amarcord, Timișoara, 1996.
81. **Degonda M., Angst J.,** *The Zurich study. XX. Social Phobia and Agoraphobia*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1993, 243 (2) p95-102.
82. **Deitrich H.,** *Über Dysmorphophobie (MiBgestaltfurcht)*. Arch Psychiatr Nervenkr, 203:511-518, 1962.
83. **Dejours C.,** *Le corps entre biologie et psychanalyse*. Editura Payot, 1986.
84. **Del Zompo M., Ruiu S., Severino G., Cherchi A., Usaia P., Bocchetta A.,** *Focus on Biological Basis of Somatoform Disorders*. 8-th ECNP Congress, Veneția, 1995.

85. **Deniker P., Ganry H.,** *Une echelle pour evaluer la psychasthenie.* Encephale, May-Jun 1992, 18 (3) p.247-50.
86. **De-Nour A.K., Czaczkes J.W.,** *The Influence of Patient's Personality on Adjustment to Chronic Dialysis.* J Nerv Ment Dis. 1976;162:323-333.
87. **Descartes R.,** *Două tratate filosofice.* Editura Humanitas, 1992.
88. **Desjarlais R și alții,** *World Mental Health.* Editura Oxford University Press, New York, 1995.
89. **Didier J.,** *Dictionnaire de la philosophie.* Editura Larousse, 1988.
90. **DiMatteo M.R., DiNicola D.D.,** *Achieving Patient Compliance.* Elmsford, NY: Pergamon Press Inc; 1982.
91. **DiMatteo M.R.,** *Enhancing Patient Adherence to Medical Recommendations.* JAMA. 1994;271:79-83.
92. **Dorian B., Garfinkel P.E.,** *Stress, Immunity and Illness – a review.* Psychol Med, 1987, 17: 393-407.
93. **Drîmba O.,** *Istoria culturii și civilizației.* Editura Științifică și Enciclopedică, 1984.
94. **Dubos R.,** *Tie Mirage of Health.* Harper & Row, New York, 1959.
95. **Elisabeth Roudinesco,** *La ce bun psihanaliza ?*, Editura Trei, 2002.
96. **Enăchescu C.,** *Psihosexologie.* Editura Universal DALSI, București, 2000.
97. **Enăchescu C.,** *Tratat de psihologie morală.* Editura Tehnică, București, 2002.
98. **Enăchescu C.,** *Tratat de psihopatologie.* Editura Tehnică, București, 2001.
99. **Enătescu V.,** *Dialogul medic-bolnav.* Editura Dacia, Cluj, 1981.
100. **Engel G.,** *Delirium,* în *The Comprehensive Textbook of Psychiatry.* Edited by Freedman MA, Kaplan HI. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1967, p.711-716.
101. **Epstein L.H., Cluss P.A.,** *A Behavioral Medicine Perspective on Adherence to Long-term Medical Regimens.* J Consult Clin Psychol. 1982;50:950-971.
102. **Escobar, J.I.,** *Overview of Somatization: Diagnosis, Epidemiology and Management.* Psychopharmacol-Bull, 1996, 32(4): 589-96.
103. **Ey H., Bernard P., Brisset C.H.,** *Manuel de psychiatrie.* Editura Masson, Paris, 1978.
104. **Ey H.,** *Defense et illustration de la psychiatrie.* Editura Masson, Paris, 1978.
105. **Ey H.,** *Etudes psychiatriques* vol. III Etude-n°17; p. 453-483, Hypochondrie, Edition Desclée De Brouwer&Cie, Paris, 1954.
106. **Ey H.,** *Traité des hallucinations.* Editura Masson et C^{ie}, Paris, 1973.
107. **Eysenck H., Eysenck M.,** *Descifrarea comportamentului uman.* Editura Teora, București, 2001.
108. **Fairburn C.G., Norman P.A., Welch S.L., O'Connor M.E., Doll H.A., Peveler RC.,** *Un studiu prospectiv privind rezultatele și efectele pe termen lung a trei tratamente psihologice în bulimia nervoasă.* Archives of General Psychiatry, 1995 52, No 4, p.304-312.
109. **Fallon B.A., Rasmussen S.A., Liebowitz M.,** *Hypochondriasis.* In: Obsessive-Compulsive Related Disorders. Editura Hollander E, American Psychiatric Press. Washington DC, 1993.
110. **Farmer, A., Jones, I., Hillier, J., Llewelyn, M., Borysiewicz, L., Smith, A.,** *Neuraesthesia Revisited: ICD-10 and DSM-III-R Psychiatric Syndromes in*

- Chronic Fatigue Patients and Comparison Subjects*. Br J Psychiatry, 167 (4) p503-6, Oct 1995.
111. **Finkelstein B.A.**, *Dysmorphophobia*. Dis Nerv Syst, 24:365-370, 1963.
 112. **Folkman S., Lazarus R.S.**, *The Relationship Between Coping and Emotion*. Social and Scientific Medicine, 26, 309-317, 1988.
 113. **Ford C.V.**, *The Somatizing Disorders: Illness as a Way of Life*. New York, Elsevier, 1983.
 114. **Fratta W., Diana M., Azzena G.B., Forgiione A., Mancinelli R.**, *New Perspectives on Physiopathology and Therapy of Somatoform Diseases*. 8-th ECNP Congress, Veneția, 1995.
 115. **Fravelli C., Salvatori S., Galassi F., Aiazzi L., Drei C., Cabras P.**, *Epidemiology of Somatoform Disorders: a Community Survey in Florence*. Soc.Psychiatry-Psychiatr-Epidemiolog, Jan 1997, 32 (1): 24-9.
 116. **Freud A.**, *Le Moi et les Mechanismes de defense*. Editura PUF, Paris, 1993.
 117. **Freud S.**, *Nevrose, Psychose et Perversion*. Editura PUF, Paris, 1974.
 118. **Freud S.**, *Trei eseuri despre teoria sexualității*. Editura Centrum, Craiova, 1991.
 119. **Freud S.**, *Introducere în psihanaliză. Prelegeri de psihanaliză. Psihopatologia vieții cotidiene*. Editura Didactică și pedagogică, București, 1992.
 120. **Frisch F.**, *Éléments de médecine psychosomatique*. Le Centurion, Toulouse, 1976.
 121. **Frommer J., Frommer S.** *Von der Hysterie zur Nervositat. Anmerkungen zu Willy Hellpachs sozialpathologischen Prognosen fur das 20. Jahrhundert*. Psychother Psychosom Med Psychol, Jun 1997, 47 (6) p.219-24.
 122. **Fulop G., Strain J.J.**, *Patients who Self-initiate a Psychiatric consultation*. Gen Hosp Psychiatry, 7:267-271, 1985.
 123. **Gantz N.M., Holmes G.P.**, *Treatment of Patients with Chronic Fatigue Syndrome*. Drugs, 1989, 38: 855-862.
 124. **Gelder M., Lopez-Ibor Jr J., Andreasen N.**, *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Vol I și II. Editura Oxford University Press, New York, 2000.
 125. **Glass R., Mulvihill M., Smith H. și colab.**, *The 4-Score: an Index for Predicting a Patient's non-medical Hospital Days*. Am J Public Health, 8:751-755, 1978.
 126. **Godfroid I.**, *Psihiatria femeii*. Editura Dacia, Cluj Napoca, 2000.
 127. **Goldberg R.J.**, *Practical Guide to the Care of the Psychiatric Patient*. Mosby, Missouri, 1995.
 128. **Gorgos C.** (sub redacția), **Tudose F. și alții**. *Dicționar enciclopedic de psihiatrie* vol.I-IV. Editura Medicală, București, 1986-1990.
 129. **Gorgos C., Tudose C., Tudose F., Botezat Antonescu I., Botezat Antonescu L.**, *Vademecum în psihiatrie*. Editura Medicală, București, 1985.
 130. **Gorgos C., Tudose F.**, *Depresia mascată*. Revista Infomedica, vol.I, nr.1, iulie 1993, p.8-9.
 131. **Gori R., Poinso Y.**, *Dictionnaire pratique de psychopathologie*. Editura Universitaires, Paris, 1972.
 132. **Green B.L.**, *Psychosocial Research in Traumatic Stress: an Update*. J Trauma Stress, 7:341-362, 1994.

133. **Greimas J.A., Fontanille J.,** *Semiotica pasiunilor.* Editura Scripta, București, 1997.
134. **Hackett T., Cassem N.,** *The Massachusetts General Hospital Handbook of Psychiatry.* St.Louis, MO, Mosby, 1979.
135. **Hailey B.J., Willoughby S.G., Bultter M.N., Miller L.,** *Effects of Communication Style on Women's Satisfaction with Physicians,* *Psychology Health and Medicine,* vol.3, no.4, November 1998.
136. **Halaris A.,** *The Medical Psychiatry Continuum,* *Congress News în Press,* Athens, 16-20 April,1999.
137. **Hamburg D., Sartorius N.,** *Health and Behaviour: Selected Perspectives,* WHO, Cambridge University Press, Geneva, 1989.
138. **Hamburger J.,** *Demain, les autres.* Editura Flammarion, Paris, 1979.
139. **Hamburger J.,** *La puissance et la fragilité.* Editura Flammarion, Paris, 1972.
140. **Hamilton M.,** *Psychopatology of Depressions: Quantitative Aspects, Section of Clinical Psychopatology.* Editura WPA Symposium, 1979.
141. **Hanninen T., Reinikainen K.J., Helkala E.L., Koivisto K., Mykkanen L., Laakso M., Pyorala K.,** *Subjective Memory Complaints and Personality Traits in Normal Elderly Subjects.* *J Am Geriatr Soc,* Jan 1994, 42 (1) p1-4.
142. **Hausotter W.,** *Begutachtung des Chronic-Fatigue-Syndroms.* *Versicherungsmedizin,* Apr 1 1996, 48 (2) p.57-9.
143. **Hay G.G.,** *Dysmorphophobia.* *Br J Psychiatry,* 116:399-406, 1970.
144. **Haynal A., Pasini W.,** *Abregé de medecine psychosomatique* Editura Masson, Paris, 1978.
145. **Haynes R.B., Taylor D.W., Sackett D.L. (sub redacția),** *Compliance in Health Care.* Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1979.
146. **Henry J.P., Stephens P.M.,** *Stress, Health and the Social Environment: A Sociobiologic Approach,* Springer -VVerlag, New York, 1977.
147. **Hermant G.,** *Le corps et sa mémoire.* Editura Doin, Paris, 1986.
148. **Hersch J.,** *Mirarea filosofică.* Editura Humanitas, 1994.
149. **Hickie I.B., Hooker A.W., Hadzi-Pavlovic D., Bennett B.K., Wilson A.J., Lloyd A.R.,** *Fatigue in Selected Primary Care Settings: Sociodemographic and Psychiatric Correlates.* *Med J Aust,* May 20 1996, 164 (10) p.585-8.
150. **Hippocrat.** *Texte alese.* Editura Medicală, București, 1960.
151. **Holahan C.J., Moos R.H., Schafer J.A.,** *Handbook of Coping. Theory, Research, Applications.,* John Wiley and Sons, Inc., New-York, 1996.
152. **Hollander E., Phillips K.,** *Body Image and Experience Disorders, în Obsessive-Compulsive Related Disorders.* Edited by Hollander E. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993.
153. **Holmes D.,** *Abnormal Psychology.* EdituraHarper Collins Publishers, New York, 1991.
154. **Holmes G.P., Kaplan J.E., Gantz N.M. și alții.** *Chronic Fatigue Syndrome: a Working Case Definition.* *Ann Intern Med,* 1988, 108:387-389.
155. **Horney K.,** *Direcții noi în psihanaliză* Editura Univers enciclopedic, București, 1995.
156. **Horney K.,** *Personalitatea nevrotică a epocii noastre.* Editura IRI, Cluj, 1996.

157. **Horney K.**, *Conflictele noastre interioare*. Editura IRI, Cluj, 1998.
158. **Huber W.**, *L'homme psychopathologique et la psychologie clinique*. Presses Universitaires de France, Paris, 1993.
159. **Huber W.**, *Psihoterapiile-Terapia potrivită fiecărui pacient*. Editura Știință și Tehnică, București, 1997.
160. **Hudziak J.J., Boffeli T.J., Krieseman J.J., Battaglia M.M., Stanger C., Guze S.B.**, *Clinical Study of the Relation of Borderline Personality Disorder to Briquet's Syndrome (hysteria), Somatization Disorder, Antisocial Personality Disorder and Substance Abuse Disorders*. Am-J-Psychiatry, Dec 1996, 153(12):1598-606.
161. **Hyman S.E., Jenike M.A.**, *Manual of Clinical Problems in Psychiatry*, Little, Brown, and company, Boston, 1990.
162. **Iamandescu B.I.**, *Manual de psihologie medicală*. Editura Infomedica, București, 1995.
163. **Iamandescu B.I.**, *Elemente de psihosomatică generală și aplicată*. Editura Infomedica, București, 1999.
164. **Iamandescu B.I.**, *Stresul psihic*. Editura Infomedica, București, 2002.
165. **Iamandescu I.B., Luban-Plozza B.**, *Dimensiunea psihosocială a practicii medicale*. Editura Infomedica, București, 2002.
166. **Igoin-Apfelbaum L.**, *Psychopathologie clinique de la boulimie*. Confrontations Psychiatr., 31, p.165-176, 1989.
167. **Ionescu G.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) – o taxonomie psihiatrică ateoretică, pragmatică, nontradițională, revoluționară*. Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie și Psihologie Medicală – serie nouă, 1/1993, A M R, București, 1993.
168. **Ionescu G.**, *Etiologia depresiilor din perspectivă psihopatogenică*. Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie și Psihologie Medicală – serie nouă, 2-3/1993, Asociația Medicală Română, București, 1993.
169. **Ionescu G.**, *Introducere în psihologia medicală*. Editura Științifică, București, 1973.
170. **Ionescu G.**, *Psihosomatica*. Editura Științifică și Enciclopedică, 1975.
171. **Ionescu G.**, *Tratat de psihologie medicală și psihoterapie*, Editura Asklepios, București, 1995.
172. **Ionescu G.**, *Tulburările personalității*. Editura Asklepios, București, 1997.
173. **Ionescu Ș., Jacquet M.M., Lhote C.**, *Les Mechanismes de defense, theorie et clinique*. Paris, Nathan-Universite, 1997.
174. **Ionescu Ș.**, *Quatorze approches de la psychopatologie*, 2-e edition, Paris, Nathan-Universite, 1995.
175. **Jacquet M.M.**, *L'alcoolique, son corp et l'autre*. Thèse de doctorat, Paris, 1987.
176. **Janca A.**, *WHO International Study of Somatoform Disorders a Review of Methods and Results*. 8-th ECNP Congress, Veneția, 1995.
177. **Jaspers K.**, *Psychopatologie générale*. Editura Felix Alcan, Paris, 1933.
178. **Jeammet Ph., Reynaud M., Consoli S.M.**, *Psychologie Medicale*. Editura Masson, Paris, 1996.
179. **Jeddi E.**, (sub direcția). *Le corps en psychiatrie*, Editura Masson, 1982.
180. **Jonas H.S., Etzel S.I., Barzansky B.**, *Educational Programs în US Medical Schools*, 1993-1994. JAMA:, 272(9):694-701, September 7 1994.

181. **Judd F.R., Burows G.D., Lipsitt D.R.,** *Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry.* Elsevier Science Publishers Biomedical Division, Amsterdam, 1991.
182. **Kabanov M.M.,** *Ideology, Politics and Psychiatry.* Dynamische Psychiatrie, 29. Jahrgang, 5-6. Heft 1996, Nr.160/161, p.309-316.
183. **Kaiser R., Vollmer H., Schmidtke K., Rauer S., Berger W., Gores D.,** *Verlauf und Prognose der FSME.* Nervenarzt, Apr 1997, 68 (4) p324-30.
184. **Kaplan H.I., Sadock B.J.,** *Modern Synopsis of Psychiatry.* Ediția a-III-a, Williams and Wilkins, Baltimore, 1981.
185. **Kaplan H.I., Sadock B.J.,** *Comprehensive Textbook of Psychiatry,* Seventh Edition, Williams & Wilkins, Baltimore/Londra, 2000.
186. **Kaplan H.I., Sadock B.J.,** *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry,* Editia a-VIII-a, Williams and Wilkins, Baltimore, 1997.
187. **Kasper S.,** *Depression – Angst – Zwang.* Editura Deutscher Universitäts-Verlag GmbH, Wiesbaden, 1997.
188. **Katon W.,** *Depression: Relationship to Somatization and Chronic Medical Illness.* J Clin Psychiatry. 1984;45:4-11.
189. **Katon W.,** *Depression: Somatic Symptoms and Medical Disorders in Primary Care.* Compr Psychiatry.1982;23:274-287.
190. **Katschnig H., Freeman H., Sartorius N.,** *Quality of Life in Mental Disorders.* Editura John Wiley & sons, England, 1997.
191. **Katschnig H.,** *Quality of Life – a New Concept în Medicine;* Conference – Salonic, al 11-lea Congres al Societății Sud-Est Europene de Neuropsihiatrie, 24 sept.1996.
192. **Katz R.C., Ashmore J., Barboa E., Trueblood K., McLaughlin V., Mathews L.,** *Knowledge of Disease and Dietary Compliance in Patients with End-stage Renal Disease.* Psychol Rep. 1998;82:331-336.
193. **Keiser L.,** *The Traumatic Neurosis.* JB Lippicott, Philadelphia, PA, 1996.
194. **Kennedy H.G.,** *Fatigue and Fatigability.* Br J Psychiatry, 1988; 153: 1-5.
195. **Kessler LG, Cleary P.D., Burke J.D. Jr.,** *Psychiatric Disorders in Primary Care: Results of a Follow-up Study.* Arch Gen Psychiatry. 1985;42:583-587.
196. **Kim S.C., Giardino A.P., Rosemary M., Magnusson M., Pinto-Martin J.A.,** *Experiences and Reflections of Former Pediatric Chief Residents.* Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 148(5):518-521, May 1994.
197. **Kinsman R.A., Dirks J.F., Dahlem N.W.,** *Noncompliance to Prescribed-as-Needed Medication Use in Asthma: Usage Patterns and Patient Characteristics.* J Psychosom Res. 1980; 24:97-107.
198. **Kinzie J.D., Goetz R.R.,** *A Century of Controversy Surrounding Posttraumatic Stress Stress-spectrum Syndromes: The Impact on DSM-III and DSM-IV.* J Trauma Stress, Apr 1996, 9 (2) p.159-79.
199. **Klein M.,** *Iubire, vinovăție, reparație.* Editura Sigmund Freud, Binghamton, Cluj, 1994.
200. **Koopmans G.T., Meeuwesen L., Huyse F.J., Heimans, J.J.,** *Effects of Psychiatric Consultation on Medical Consumption in Medical Outpatients with Low Back Pain.* Gen-Hosp-Psychiatry, 1996 May; 18(3):145-54.
201. **Kraus A.,** *Phenomenologic Analysis of Somatic Symptoms in Melancholia – Encephale,* Dec 1995, 21 Spec. no 7: 11-15.

202. **Kreisler L.**, *Douleurs abdominales psychogènes in La psychosomatique de l'enfant*, Editura PUF, Paris, 1976; *Que sais-je?*, 1983, 2^e Editura, p61-63.
203. **Kruesi M.J.P., Dale J., Straus S.E.**, *Psychiatric Diagnoses in Patients Who Have Chronic Fatigue Syndrome*. *J clin Psychiatry*, 1989, 50: 53-56.
204. **LaBruzza A.**, *Physical Illness Presenting in Psychiatric Disorder: Guidelines for Differential Diagnosis*. *J Operational Psychiatry*.1981;12:24-31.
205. **Lacey J., Britchnell S.**, *Body Image and its Disturbances*. *J.Psychosom Res*, 30:623-631, 1986.
206. **Lamprecht F.**, *Economic Sequelae of Failed Treatments of Psychosomatic and Somato-psychic Illnesses*. *Psychoter-Psychosom-Med-Psychol*, Aug 1996, 46(8):283-91.
207. **Lanteri-Laura G.**, *La psychasthenie-histoire et evolution d'un concept de P. Janet*. *Encephale*, Nov 1994, 20 Spec No 3 p.551-7.
208. **Laplanche J., Pontalis J.B.**, *Vocabular de psihanaliză*. Editura Humanitas, București, 1995.
209. **Laqueur T.**, *Corpul și sexul de la greci la Freud*. Editura Humanitas, București, 1998.
210. **Larousse**, *Dicționar de psihiatrie și psihopatologie clinică*. Editura Univers Enciclopedic, București, 1998
211. **Lauderdale M.**, *Burnout*, Editura Saunders, Montreal, 1982.
212. **Lawrie S.M., Manders D.N., Geddes J.R., Pelosi A.J.**, *A Population-based Incidence Study of Chronic Fatigue*. *Psychol Med*, Mar 1997, 27 (2) p.343-53.
213. **Lazurca, M.**, *Invenția trupului*. Editura Anastasia, București, 1993.
214. **Lăzărescu M.**, *Calitatea vieții în psihiatrie*. Editura Infomedica, București, 1999.
215. **Lăzărescu M.**, *Introducere în psihopatologie antropologică*. Editura Facla, Timișoara, 1989.
216. **Lăzărescu M.**, *Îndreptar de psihiatrie*. Editura Helicon, Timișoara, 1995.
217. **Lăzărescu M.**, *Psihiatrie, sociologie, antropologie*. Editura Brumar, Timișoara, 2002.
218. **Lăzărescu M.**, *Psihopatologie clinică*. Editura Helicon, Timișoara, 1994.
219. **Lecrubier Y., Weiller E.**, *La neurasthenie et la thymasthenie*. *Encephale*, Nov 1994, 20 Spec No 3 p.559-62.
220. **Leger J.M., Clement J.P.**, *La depression et le vieillissement*. *Encephale*, Sep 1992, 18 Spec No 4 p.511-6.
221. **Lemperiere T.**, (sous la direction). *Aspects evolutifs de la depression*. Editura Masson, Paris, 1996.
222. **Lemperiere T.**, (sous la direction). *Les depressions reactionnelles*. Editura Masson, Paris, 1997.
223. **Levenson J.L., Colenda C.C., Larson D.B. și alții**, *Methodology in Consultation-Liaison Research: a Classification of Biases*. *Psychosomatics*, 31:367-376, 1990.
224. **Levitan S., Kornfeld D.**, *Clinical and Cost Benefits of Liaison Psychiatry*. *Am J Psychiatry*, 138:790-793, 1981.
225. **Lickey M.E., Gordon B.**, *Medicine and Mental Illness*. Editura WH Freeman & Company, New York, 1991.

226. **Lishman W.A.**, *Organic Psychiatry: the Psychological Consequences of Cerebral Disorder*, second edition. London: Blackwell Scient.Pub., 1987.
227. **Lloyd A.R., Wakefield D., Boughton C.R. și alții**, *Immunological Abnormalities in the Chronic Fatigue Syndrome*. Med J Aust, 1989, 151: 122-124.
228. **Lopez Ibor J.J., Frances A., Jones C.**, *Dysthymic Disorder: a Comparison of DSM-IV and ICD-10 and Issues in Differential Diagnosis*. Acta Psychiatr Scand Suppl, 1994, 383 p.12-8.
229. **Lopez-Ibor J.J., Lopez-Ibor Alino J.J.**, *Las dismorfofobias*. El cuerpo y la corporalidad, Madrid, Gredos, 1974, p.155-190.
230. **Luban-Plozza B., Pödlinger W., Kruger F.**, *Boli psiho-somatice în practica medicală*. Editura Medicală, București, 1996.
231. **Lumley M.A., Norman S.**, *Alexithymia and Health Care Utilization*. Psychosom-Med, May-Jun 1996, 58(3):197-202.
232. **Lustman P.J.**, *Anxiety Disorders in Adults with Diabetes Mellitus*. Psychiatr Clin North Am. 1988;11:419-432.
233. **Macdonald A., Box O, Klempere F.**, *Glossary of Descriptive Psychopathology & Neuropsychiatry*. Editura Martin Dunitz, London, 2000.
234. **Marinescu C.Gh.**, *Etică și sociologie contemporană. Relația medic-farmacist-bolnav*. Institutul de Medicină și Farmacie, Iași, 1983.
235. **Marple R.L., Pangaro L., Kroenke K.**, *Third-Year Medical Student Attitudes Toward Internal Medicine*. Archives of Internal Medicine, 154(21):2459-2464, Nov 14, 1994.
236. **Marsella A.J., Scheur A.**, *Coping: Definitions, Conceptualizations, and Issues, Interactive Psychiatry*, vol. 9, no. 3-4, 1993.
237. **Mason W., Bedwell C., Zwaag R. și alții**, *Why People are Hospitalized: a Description of Preventable Factors Leading to Admission for Medical Illness*. Med Care, 18:147-163, 1980.
238. **Matsuno T., Hikita K., Matsuo T.**, *Chronic Fatigue Syndrome and Psychiatric Diseases*. Nippon Rinsho, May 1994, 52 (5) p.1339-44.
239. **Maximilian C.**, *Drumurile speranței*. Editura Albatros, București, 1989.
240. **Mayou R., Hawton K., Feldman E. și alții**, *Psychiatric Problems Among Medical Admissions*. Int J Psychiatry Med, 21:71-84, 1991.
241. **Mărgineanu N.**, *Conduita umană*. Editura Științifică, București, 1973.
242. **McDonald E., David A.S., Pelosi A.J., Mann A.H.**, *Chronic Fatigue in Primary Care Attenders*. Psychol Med, Nov 1993, 23 (4) p.987-98.
243. **Menninger J.**, *Men Against Himself*, Editura Harcourt, New York, 1938.
244. **Merikangas K., Angst J.**, *Neurasthenia in a Longitudinal Cohort Study of Young Adults*. Psychol Med, Nov 1994, 24 (4) p.1013-24.
245. **Mery J.**, *Cours complet d'influence personelle. La diffusion scientifique*, Paris, 1957.
246. **Michel-Wolfrom H.**, *Gynecologie Psychosomatique*. Editura Masson et C^{ie}, Paris, 1963.
247. **Miclea M.**, *Stres și apărare psihică*. Editura Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 1997.
248. **Miege B.**, *Gândirea comunicățională*. Editura Cartea Românească, București, 1998.

249. **Mihăescu V.**, (sub redacția). *Psihoterapie și psihosomatică*, Editura Polirom, Iași, 1996.
250. **Mincowski E.**, *Traité de psychopathologie*, vol. I, II, Presses Universitaires de France, Paris, 1966.
251. **Mineka S., Watson D., Clark L.A.**, *Comorbidity of Anxiety and Unipolar Mood Disorders*. *Annu Rev Psychol.* 1998;49:377-412.
252. **Minulescu M.**, *Condiția de normalitate psihică*. *Revista Infomedica* nr.12(106), 2002.
253. **Minulescu M.**, *Introducere în analiza jungiană*, EdituraTrei, București, 2001.
254. **Miroiu M.**, *Convenio – Despre natură, femei și morală*, Editura Alternative, București, 1996.
255. **Mitchell J.E., Raymond N., Specker S.**, *A Review of the Controlled Trials of Pharmacotherapy and Psychotherapy in the Treatment of Bulimia Nervosa*. *Int J Eating Dis*, 1993; 14(3): 229-47.
256. **Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M.**, *Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence*. *Med Care.* 1986;24:67-74.
257. **Morselli, E.**, *Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia*. *Boll Accad Sci Med*, (Genoa) 6:100-119, 1986.
258. **Moscicki-Ek.**, *Epidemiology of Suicidal Behavior; Suicide-Life-Threat-Behav.*, 1995 Spring; 25(1): 22-35.
259. **Murphy M.**, *Somatization: Embodying the Problem*. *Br Med J*, 1989; 298: 1331-1332.
260. **Murphy H.**, *Comparative Psychiatry*. The International and Intercultural Distribution of Mental Illness. Springer-Verlag, Berlin, 1982.
261. **Nakdimen A.**, *A neglected Reference*. *Am J Psychiatry*, 134:1313-1316, 1977.
262. **Nayrac P.**, *Elements de psychologie*. Editura Flammarion, Paris, 1962.
263. **Nemoianu V.**, *Simptome*. Institutul European, Iași, 1995.
264. **Nijenhuis E.R., Spinhoven P., Van Dyck R., Van der Hart O., Vanderlinden J.**, *The Development and Psychometric Characteristics of the Somatoform Dissociations Questionnaire (SDQ-20)*. *J-Nerv-Ment-Dis*, Nov 1996; 184(11): 688-94.
265. **Nireștean A., Ardelean M.**, *Personalitate și profesie*. Editura University Press, Tg.Mureș, 2001.
266. **Ormel J., VonKorff M., Ustun T.B., Pini S., Korten A., Oldehinkel T.**, *Common Mental Disorders and Disability Across Cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care*. *JAMA*, Dec 14, 1994, 272 (22) p1741-8.
267. **Owens M.J., Heim C.**, *Role of Early adverse Life Events in the Pathogenesis of Depression*.
268. **Pelicier Y.**, *Les concepts d'asthenie et de fatigue*. *Encephale*, Nov 1994, 20 Spec No 3 p541-4.
269. **Peters E.F.**, *Termenii filosofiei grecești*. EdituraHumanitas, 1993.
270. **Phillips K.A.**, *Body Dysmorphic Disorder: Diagnosis and Treatment of Imagined Ugliness*, *J-Clin-Psychiatry*, 1996, 57 Suppl 8: 61-4; discussion 65.

271. **Phillips K.A.**, *Pharmacologic Treatment of Body Dysmorphic Disorder*. Psychopharmacol-Bull, 1996, 32(4): 597-605.
272. **Phillips K.A., McElroy S.L., Keck P.E. și alții**, *Body Dysmorphic Disorder: 30 Cases of Imagined Ugliness*. Am J Psychiatry, 150: 302-308, 1993.
273. **Piaget J.**, *Biologie și cunoaștere*. Editura Dacia, Cluj, 1971.
274. **Pichot P.**, *La neurasthenie, hier et aujourd'hui*. Encephale, 20 Spec No 3 p545-9, Nov 1994.
275. **Pichot P.**, *Panique: attaque et trouble. Historique du mot et des concepts*. Encephale, Dec 1996, 22 Spec No 5 p3-8.
276. **Piedmont R.L.**, *A Longitudinal Analysis of Burnout in the Health Care Setting: the Role of Personal Dispositions*, J-Pers-Assess, Dec.1993.
277. **Pirozynski T.**, *Elemente de psihologie medicală și logopedie*, Clinica de psihiatrie, Institutul de medicină și farmacie, Iași.
278. **Platon**, *Opere*, vol.IV. Editura Științifică și Enciclopedică, 1983.
279. **Popper K.R.**, *Cunoașterea și problema raportului corp-minte*. Editura Trei, București, 1997.
280. **Portegijs P.J., Van-der-Horst F.G., Proot I.M., Kraan H.F., Gunther N.C., Knotterus J.A.**, *Somatization in Frequent Attenders of General Practice*. Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol, Jan 1996; 31(1):29-37.
281. **Postel J.**, *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*. References Larousse, Paris, 1993.
282. **Predescu V.**, (sub redacția). *Psihiatrie*, vol.1. Editura Medicală, București, 1989.
283. **Predescu V.**, (sub redacția). *Psihiatrie* vol.II. Editura Medicală, București, 1997.
284. **Predescu V., Alexandru S., Prelipceanu D., Ionescu R., Tudose C., Tudose F.**, *Aspecte psihopatologice și etiopatogenice ale nosologiei psihiatrice la adolescent și adultul tânăr*. Revista de Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie nr.3, Iul-Sep 1984.
285. **Predescu V., Prelipceanu D., Alexandrescu L., Tudose C.**, *Limite și perspective în patologia nevrotică (referat general)*, prezentat la a XIII^a Consfătuire Națională de Psihiatrie; București, 11-14 Mai 1988.
286. **Prelipceanu D., Mihăilescu R., Teodorescu R.**, (sub redacția). *Tratat de sănătate mintală*, vol I. Editura Enciclopedică, București, 2000.
287. **Priest R.G., și colab.**, *Les états dépressifs et les syndromes d'asthenie chronique en médecine praticienne*. Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 p. 571-4.
288. **Rasmussen S.A.**, *Obsessive Compulsive Disorder in Dermatologic Practice*. J Am Acad Dermatol, 13: 965-967, 1986.
289. **Rășcanu R.**, *Psihologie medicală și asistență socială*. Editura Societatea Știință și Tehnică, București, 1996.
290. **Regland B., Andersson M., Abrahamsson L., Bagby J., Dyrehag L.E., Gottfries C.G.**, *Increased Concentrations of Homocysteine in the Cerebrospinal Fluid in Patients with Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome*. Scand J Rheumatol, 1997, 26 (4) p.301-7.
291. **Restian A.**, *Medicina cibernetică*, EdituraDacia, Cluj, 1983.
292. **Restian A.**, *Diagnosticul medical*, EdituraDacia, Cluj, 1988.

293. **Restian A.**, *Patologie informațională*, Editura Academiei, București, 1997.
294. **Richter G.**, *Evenimente stresante de viață și suportul social. Semnificația lor pentru tulburările depresive*, p 94-107 în *Depresii – noi perspective* (sub redacția Vraști R, Eisemann M.), Editura All, 1996.
295. **Rief W., Heuser J., Mayrhuber E., Stelzer I., Hiller W., Fichter M.M.**, *The Classification of Multiple Somatoform Symptom*. J-Nerv-Ment-Dis, Nov 1996, 184(11): 680-7.
296. **Rodriguez A., Diaz M., Colon A., Santiago-Delpin E.A.**, *Psychosocial Profile of Noncompliant Transplant Patients*. Transplant Proc. 1991; 23:1807-1809.
297. **Rogers M.P., Liang M.H., Daltroy L.H. și alții**, *Delirium After Elective Orthopedic Surgery: Risk Factors and Natural History*. Int J Psychiatry Med, 19:109-121, 1989.
298. **Romoșan I.**, *Psihonefrologia*. Editura Helicon, Timișoara, 1993.
299. **Rosenthal R.**, *Meta-analytic Procedures for Social Research*. Beverly Hills, Calif: Sage; 1984.
300. **Rouillon F., Delhommeau L., Vinceneux P.**, *Le syndrome de fatigue chronique*. Presse Med, Dec 21, 1996, 25 (40) p.2031-6.
301. **Rovelli M., Palmeri D., Vossler E., Bartus S., Hull D., Schweizer R.**, *Noncompliance in Organ Transplant Recipients*. Transplant Proc. 1989; 21:833-834.
302. **Rowan G., Stain J.J., Gise L.H.**, *The Liaison Clinic: a Model for Liaison Psychiatry Funding, Training and Research*. Gen Hosp Psychiatry, 6:109-115, 1984.
303. **Rowland C.V.**, *Anorexia and Obesity*. Int.Psychiatr.Clin, 7, p.7-9, 1970.
304. **Rundell J.R., Wise M.G.**, *Textbook of Consultation – Liaison Psychiatry*. American psychiatry Press Inc., N.W., Washington DC, 1996.
305. **Săhleanu V., Popescu-Sibiu I.**, *Introducere critică în psihanaliză*. Editura Dacia, Cluj, 1972.
306. **Sami-Ali**, *Corps r.el. Corps imaginaire – pour une épistémologie psychanalytique*. Editura Bordas, Paris, 1984.
307. **Saravay S.M., Lavin M.**, *Psychiatric Comorbidity and Length of Stay in the General Hospital: a Review of Outcome Studies*. Psychosomatics, 35:233-252, 1994.
308. **Sartorius N., Ustun T.B., Lecrubier Y., Wittchen, H.U.**, *Depression Comorbid with Anxiety: Results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care*. Br J Psychiatry Suppl, Jun 1996, (30) p.38-43.
309. **Schaechter M.**, *Neuroses dysmorphophobiques (complexes de laideur et delire ou conviction delirante de dysmorphophobie)*. Ann Med-Psychologiques, 129:123-145, 1971.
310. **Scherrer J.**, *Oboseala*. Editura Humanitas, București, 1993.
311. **Schnyder U. și colab.**, *Antonovsky's Sense of Coherence: Trait or State?* Psychother Psychosom 2000;69:296-302.
312. **Schulberg H.C., McClelland M., Burns B.J.**, *Depression and physical illness: the prevalence, causation, and diagnosis of comorbidity*. Clin Psychol Rev. 1987;7:145-167.

313. **Schweitzer B.**, *Stress and Burnout in Junior Doctors*. S-Afr-Med-J, Jun 1994.
314. **Sensky T., MacLeod A.K., Rigby M.F.**, *Causal Attributions About Common Somatic Sensations Among Frequent General Practice Attenders*. Psychol-Med, May 1996, 26(3):641-6.
315. **Shapiro S., Skinner E.A., Kessler L.G. și alții**, *Utilization of Health and Mental Health Services: Three Epidemiological Catchment Area Sites*. Arch Gen Psychiatry. 1984;41:971-978.
316. **Sharpe M.**, *Non-Pharmacological Approaches to Treatment*. Ciba Found Symp, 1993, 173 p.298-308; discussion 308-17.
317. **Shorter E.**, *Chronic Fatigue in Historical Perspective*. Ciba Found Symp, 1993, 173 p.6-16, discussion 16-22.
318. **Shorter E.**, *Somatization and Chronic Pain in Historic Perspective*. Clin-orthop, Mar 1997 (336):52-60.
319. **Simon G., Ormel J., VonKorff M. și alții**, *Health Care Costs Associated with Depressive and Anxiety Disorders in Primary Care*. Am J Psychiatry. 1995; 152:352-357.
320. **Simonsick E.M., Wallace R.B., Blazer D.G. și alții**, *Depressive Symptomatology and Hypertension Associated Morbidity and Mortality in Older Adults*. Psychosom MEditura 1995;57:427-435.
321. **Simpson M., Bennett A., Holland P.**, *Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis as a Twentieth-Century Disease: Analytic Challenges*. J Anal Psychol, Apr 1997, 42 (2) p.191-9.
322. **Sims A.**, *Symptoms în the Mind. An Introduction to Descriptive Psychopatology*, Saunders Company ltd., Norfolk, 1995
323. **Somerfeld-Ziskind, Esther, M.D.**, *Child Psychiatry: Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 272(18):1465-1467, Nov 9 1994.
324. **Spinoza**, *Tratatul despre îndreptarea intelectului*. Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1979.
325. **Stekel W.**, *Psihologia eroticii feminine*. EdituraTrei, București, 1997.
326. **Stekel W.**, *Psihologia eroticii masculine*. EdituraTrei, București, 1999.
327. **Stinett, J.L.**, *The functional Somatic Symptom*. Psychiatr Clin North Am, 10:19-33, 1987.
328. **Stoian A.E., Tudose F., Fica E., Stoica C., Runcanu N.**, *Cercetări asupra accesibilității populației la asistența medicală, în condițiile urbanizării, în Buletinul Științific Studentesc al UASCR.*, București, 1978.
329. **Stoudemire A., Fogel S. (ed.)**, *Îngrijirea psihiatrică a pacientului de medicină internă*, New York, NY, Oxford University Press, 1993.
330. **Strain J.J., Fulop G., Strain J.J. și alți**, *Use of the Computer for Teaching in the Psychiatric Residency*. Journal of Psychiatric Education, 10:178-186, 1986.
331. **Strain J.J., Grossman S.**, *Psychological Care of the Medically Ill: A Primer în Liaison Psychiatry*, New York, Appleton-Century-Crofts, 1975.
332. **Strain J.J., Lyons J.S., Hammers J.S. și alții**, *Cost Offset from a Psychiatric Consultation-Liaison Intervention with Elderly Hip Fracture Patients*. Am J Psychiatry, 148:1044-1049, 1991.

333. **Strain J.J., Strain J.W.,** *Liaison Psychiatry, in Modern Perspectives in Clinical Psychiatry.* Edited by Howells JG. New York, Brunner/Mazel, 1988, p.76-101.
334. **Sturm R., Wells K.B.,** *How can Care for Depression Become More Cost-effective?* JAMA. 1995; 273:51-58.
335. **Surman, O.S.,** *Usefulness of Psychiatric Intervention in Patients Undergoing Cardiac Surgery.* Arch Gen Psychiatry, 30:830-835, 1974.
336. **Șelaru M.,** *Isteria sau nevroza conversivă și nevroza disociativă.* Editura Casa Editorială și de Presă Glasul Bucovinei, Iași, 1993.
337. **McKeown T.,** *The Role Of Medicine.* Princeton University Press, Princeton, p. 29-44, 1979.
338. **Teodorescu M.C.,** *Valorile vitale și morale în practica medicală,* Editura Progresul Românesc, București, 1996.
339. **Terbancea M., Scripcaru Gh.,** *Coordonate deontologice ale actului medical,* Editura Medicală, București, 1989.
340. **Thomas, C.S.,** *Dysmorphophobia: A question of definitions.* Br J Psychiatry, 144:513-516, 1984.
341. **Trostle J.A.,** *Patient Compliance as an Ideology.* In: Gochman DS, Editura *Handbook of Health Behavior Research, II: Provider Determinants.* New York, NY: Plenum Publishing Corp; 1997.
342. **Truchon M., Lemyre L.,** *Les evenements antécipés comme stressseurs,* Sante Mentale au Quebec, XX, 1995.
343. **Tudose C., Tudose F., Vasilescu A., Niculăiță A.,** *Difficulties in Implementing the First Liaison Psychiatry Service in a General Hospital in Romania,* prezentată la „Mental health Economics and Psychiatric Practice în Central and Eastern Europe”, 3-5 august 1999, Varșovia, Polonia.
344. **Tudose C., Tudose F., Voicilă C.,** *Contribuțiile psihiatriei în diagnosticarea și tratarea durerii,* referat prezentat la Consfătuirea „Omul, Societatea și Durerea”, organizată de firma KRKA în colaborare cu Asociația Română pentru Studiul Durerii, 11 Oct 1997, Sinaia.
345. **Tudose C., Tudose F.,** *Psihopatologia tulburărilor de personalitate la vârstnic – între îmbătrânirea normală și organicitate,* prezentată la a VIII-a Consfătuire Națională de Psihiatrie Socială, 2-4 septembrie 1999, Băile Felix.
346. **Tudose C., Tudose F.,** *The Role of the Major Social Changes in the Affective Disorder Pathomorphosis,* prezentată la al XVI-lea Congres al Asociației Mondiale de Psihiatrie Socială, 17 – 21 August 1998, Vancouver, British Columbia, Canada.
347. **Tudose C.,** *Patomorfoza tulburărilor de integrare și adaptare în condițiile unor modificări sociale majore;* Lucrare de doctorat, UMF Carol Davila-București, 1996.
348. **Tudose C.,** *Psihiatria românească în reformă,* Revista Colegiul, nr.8 (11), vol. II, anul 2, 1998.
349. **Tudose F., Dobrea L.,** *For whom Liaison Psychatry is offering psychiatric training in the General Hospital?,* prezentată la a 12-a Conferință a Societății Sud-Est Europene, 30 Septembrie-3 Octombrie 1998, Thessaloniki.

350. **Tudose F.**, *Adolescent Suicide – A Case History of Addictive Behaviour*, lucrare comunicată la al 17-lea Simpozion Danubian de Psihiatrie, 24-27 aprilie 1996, Timișoara.
351. **Tudose F.**, *Aspecte ale aplicării subnarcozei în nevroze* – Lucrare de diplomă, București, 1977.
352. **Tudose F.**, *Binomul anxietate-depresie – în condiții postrevoluționare*, a IX-a Conferință a Societății Sud-Est Europene de Neurologie și Psihiatrie, 23-26 septembrie 1992, Thessaloniki, Grecia.
353. **Tudose F.**, *Direcții de intervenție terapeutică în psihiatria de legătură*, Simpozionul Național *Terapie și Management în Psihiatrie* din 12-14 noiembrie Cercul Militar, Craiova;1998.
354. **Tudose F.**, *Drepturile omului și drepturile oamenilor*, Infomedica nr.1, an VI, 1998.
355. **Tudose F.**, *Etică și deontologie în colaborarea psihiatrului cu specialiștii, cu medicii de alte specialități în spitalul general*, lucrare prezentată la Conferința Națională de Psihiatrie Brașov, 25-26 iunie 1999.
356. **Tudose F.**, *La formation en Roumanie*, lucrare comunicată la Congresul European al Asociației Mondiale de Psihiatrie, Strasbourg, Nov 1995.
357. **Tudose F.**, *Liaison Psychiatry – A Novelty în Romania*, poster prezentat la cel de al X-lea Congres Mondial de Psihiatrie, 23-28 Aug 1996, Madrid, Spania.
358. **Tudose F.**, *Liaison Psychiatry at the University Hospital of Bucharest*, lucrare comunicată la Congresul European al Asociației Mondiale de Psihiatrie, 23-26 Apr 1997, Geneva, Elveția, în cadrul simpozionului cu tema „Contribuția psihiatrilor în practica medicală.
359. **Tudose F.**, *Corpul în psihopatologie* – Lucrare de doctorat, UMF Carol Davila- București, 1997.
360. **Tudose F., Niculăiță A.**, *Le role des troubles de la personnalité dans les tendances suicidaires graves*, lucrare comunicată la Seminarul franco-român de psihiatrie din 15 Ian 1998, Institutul Francez, București.
361. **Tudose F., Tudorache B.**, *Conception de la readaptation psychosociale dans une societe socialiste: l'exemple roumain*, lucrare, prezentată la Congresul Mondial al Asociației de Reabilitare Psihosocială, Montreal, 13-16 Oct 1991.
362. **Tudose F., Iorgulescu M.**, *Corpul în depresie*. Revista Infomedica vol.II, nr.6 (10), 1994, p.186-188.
363. **Tudose F., Niculăiță A.**, *Alice în țara minunilor sau despre folosirea psihotropelor în spitalul general*, lucrare prezentată la Conferința Națională de Psihiatrie cu tema „Terapia psihofarmacologică în practica psihiatrică”, București, 24-26 Oct 1997.
364. **Tudose F., Niculăiță A.**, *Aspecte psihopatologice ale durerii în cancer*. Revista Asociației Române pentru Studiul Durerii, „Durerea acută și cronică”, nr.1/1997/volum 5, p16-25.
365. **Tudose F., Prelipceanu D.**, *Depresia sau tentația modelului*, comunicată la Consfătuirea USSM Secția Psihiatrie, cu tema „Depresiile”, Târgu-Mureș, 10-11 Oct 1986,
366. **Tudose F., Tudose C.**, *Aspecte ale psihopatologiei vârstnicului*, prezentată la Congresul Internațional de Gerontologie, București, 9-11 Iun 1988.

367. **Tudose F.**, *Risc și eficiență în administrarea extrapsihiatrică a psihotropelor*. Revista Infomedica nr.2(14), p.70-72, Feb 1995.
368. **Tudose F.**, *Sinuciderea la adolescenții tineri – un comportament addictiv tipic*. Revista de Medicină Legală, vol.4, nr.4, Dec 1996, p.354-358.
369. **Tudose F.**, *Somatizarea – un nou concept sau o abordare eclectică a nosologiei?*. Studiu clinic publicat în Revista română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie și Psihologie Clinică, anul III, nr.1/1995, p. 12-21.
370. **Tudose F., Gorgos C.**, *Tratamentul de lungă durată al bolnavilor psihici în asistența ambulatorie*, lucrare prezentată la a IV-a Conferință Națională de Psihiatrie, București, 1982.
371. **Tudose F., Gorgos C.**, *Un sistem deschis – psihiatria deceniului IX*, lucrare prezentată la Sesiunea Științifică Anuală al Policlinicii Titan, 1981.
372. **Tudose F.**, *Major Social Changes of East-European Countries – A Trauma for Adolescents (Romania's Case)*, lucrare prezentată la al 4-lea Congres Internațional de Psihiatrie a Adolescenței, 5-8 iulie 1995, Atena.
373. **Tudose F., Niculăiță A.**, *Folosirea medicației psihotrope în serviciul de psihiatrie de legătură din spitalul general*, Conferința Națională de Psihiatrie Brașov, 25-26 iunie 1999.
374. **Tudose F.**, *Psihiatria de legătură în Spitalul General – direcție contemporană în reforma psihiatrică*, Revista Română de Sănătate Mintală, nr.10 (2)/1998.
375. **Tudose F.**, *Psihiatria de legătură și imaginea psihiatriei pentru medicii de altă specialitate*, lucrare prezentată la XI World Congress of Psychiatry, Hamburg, 6-11 august 1999.
376. **Tudose F.**, *The Psychotherapeutic Approaches – An Important Contribution to the Medical Treatment in the First Liaison-Psychiatry Department in Romania*, lucrare prezentată la al 11-lea Congres Internațional al Asociației Mondiale de Psihiatrie Dinamică, din 4-8 Martie 1997, Munich, Germania.
377. **Tudose F.**, *Three years of activity of the first liaison psychiatry department in Romania – difficulties and perspectives*, prezentată la a 12-a Conferință a Societății Sud-Est Europene de Psihiatrie și Neurologie, 30 Septembrie – 3 Octombrie 1998, Thessaloniki, Grecia.
378. **Tudose F., Vasilescu A., Tudose C., Dobrea L.**, *Patogeneza sindromului de oboseală cronică între ipoteza endocrină și ipoteza imunologică*, al IX-lea Simpozion Național de Psihoneuroendocrinologie din 11-12 iunie 1999.
379. **Tudose F., Radu E.**, *Addictive-Type Behaviour in Teenagers and Young People as a Result of Major Social Disruption*, prezentată la al 14-lea Congres Internațional de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului (I.A.C.A.P.A.P.). Stockholm, 2-6 August 1998, Suedia.
380. **Tudose F., Gorgos C., Antonescu-Botezat I.**, *Boala psihică- concept și realitate clinică*, lucrare prezentată la Sesiunea Științifică Anuală a Policlinicii Titan, 1981.
381. **Tudose F., Gorgos C., Tudose C.**, *Orientări moderne în psihiatria contemporană: concluzii ale unui studiu OMS*, lucrare prezentată la a VIII-a Consfătuire a USSM București, 1-2 Iul 1983.
382. **Tudose F.**, *O abordare modernă a psihologiei medicale*. Editura Infomedica, București, 2000.
383. **Tudose F., Badea M.**, *Comunicarea – prevenție și terapie în patologia colului uterin*, co-autor. Editura Infomedica, București, 2000.

384. **Tudose F.**, *Erotica în cotidian*. Editura Infomedica, București, 2001.
385. **Tudose F., Tudose C.** *Abordarea pacientului în psihiatrie*. Editura Infomedica, București, 2002.
386. **Tudose F., Tudose C., Dobranici L.**, *Psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi*. Editura Infomedica, București, 2002.
387. **Tudose F.**, *Disfuncția erectilă în psihiatrie în Disfuncția erectilă-ghid clinic* (sub redacția Nicolae Calomfirescu). Editura Medicală Amaltea, București, 2002.
388. **Tudose F.**, *Orizonturile psihologiei medicale* Editura Infomedica, București, 2003.
389. **Tusques J.**, *Initiation à la psychologie medicale*, Librairie Maloine, Paris, 1976.
390. **Uexküll Th.von, Adler Ir, Herrmann Jm, Köhle K., Schonecke O.W., Westack W.**, *Psychosomatische medizín*. Editura Urban & Schwarzenberg, 1996.
391. **Updegraff H.L., Menninger K.A.**, *Some Psychoanalytic Aspects of Plastic Surgery*. Am J Surg, 25:554-558, 1993.
392. **Üstön T.B., Bertelsen A., Dilling H. și alții**, *ICD-10 Casebook – The Many Faces of Mental Disorders*, American Psychiatric Press, Inc., 1996.
393. **Van Gennep A.**, *Riturile de trecere*. Editura Polirom, Iași, 1996.
394. **Van-Hemep A.M., Speckens A.E., Rooijmans H.G., Bolk J.H.**, *Criteria for Somatization Studied in an Outpatient Clinic for General internal Medicine*, Ned-Tijdschr-Geneskd, 8 Jun 1996, 140(23):1221-6.
395. **Vasilescu A., Vasilescu L., Tudose F.**, *Abordarea cognitivă a obezității – de la stil cognitiv la psihoterapie*, al IX-lea Simpozion Național de Psihoneuroendocrinologie din 11-12 iunie 1999.
396. **Vaysse J.**, *Petit traite de médecine psychosomatique*. Editura Synthelabo, Paris, 1996.
397. **Văileanu V., Constantin D.**, *Psihosomatică feminină*. Editura Medicală, București, 1977.
398. **Venisse J.L.**, (sous la direction). *Les nouvelles addictions*. Editura Masson, 1991.
399. **Vianu I.**, *Introducere în psihoterapie*. Editura Dacia, Cluj Napoca, 1975.
400. **Villey G.**, *La psychiatrie et les sciences de l'homme*. Editura Felix Alcan, Paris, 1933.
401. **Vitello A.**, *Schizofrenie e dismorfofobie*. Ospedale Psichiatri, 38:57-73, 1970.
402. **Vırtej P., Badea M., Tudose F. ș.a.**, *Female Genito-Mammarian Cancer in Young Women. Approach and Quality of Life*, Eur.J.Gynaec Oncol, vol. XIX, n.1, 1998.
403. **Vlad N.**, *Psihopatiale în semnificația clinică și relațională*, Editura Quadrat, Botoșani, 1995.
404. **Vrasti R., Eisenmann M.**, *Depresii – noi perspective*. Editura All, București, 1996.
405. **Wallen J., Pincus H.A., Goldman H.H. și alții**, *Psychiatric Consultations in Short Term Hospitals*. Arch Gen Psychiatry, 44:163-168, 1987.
406. **Walsh B.T.**, *Anorexia Nervosa and Bulimia: the Psychiatric Approach*. In: Bardin CW (ed) *Current Therapy in Endocrinology and Metabolism*. BC Decker, Philadelphia, p16-19, 1991.

407. **Walsh B.T., Devlin M.J.**, *The Pharmacologic Treatment of Eating Disorders*. Psych Clin N Am, 1992; 15: 149-60.
408. **Ware N.C., Kleinman A.**, *Culture and Somatic Experience: the Social Course of Illness in Neurasthenia and Chronic fatigue Syndrome*. Psychosom Med, Sep-Oct 1992, 54 (5) p.546-60.
409. **Wessely S.**, *Le syndrome de fatigue chronique (SFC). Problemes cliniques, sociaux, psychologiques, et prise en charge*. Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 p.581-95.
410. **Wessely S.**, *Mass Hysteria: two Syndromes?* Psychol Med, 1987, 17: 109-120.
411. **Whitcomb M.E.**, *The Role of Medical Schools In Graduate Medical Education*. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 272(9):702-704, Sep 7 1994.
412. **Widlocher D.**, *Les Logiques de la depression*. Paris, Fayard, 1983.
413. **Widlocher D.**, *Les processus d'identification*. Buletin de Psychologie, 23 (17-19, 1199-1114) 1970.
414. **World Health Organization**. *Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms*, 2nd Edition. Geneva, World Health Organization, 1994.
415. **Wright S.**, *Familial Obsessive-Compulsive Disorder Presenting as Pathological Jealousy Successfully Treated With Fluoxetine*. Archives of General Psychiatry, 51(5):430-431, May 1994.
416. **Yager J.**, *Tratamente psihosociale în tulburările de alimentație* Archives of General Psychiatry 57(11):153-164, Nov1994.
417. **Zarcovic G., Enăchescu D.**, *Probleme privind politicile de sănătate în țările Europei Centrale și de Răsărit – evoluția recentă și perspectivele sistemului de sănătate în România*. Editura Infomedica, București, 1998.
418. **Zlate M.**, *Introducere în psihologie*. Editura Șansa, București, 1994.
419. **Verhaak P.F.M.**, *Variations in the Diagnosis of Psychosocial Disorders: a General Practice Observational Study*. Soc Sci MEditura 1986;23:595-604.
420. **Wells K.B., Golding J.M., Burnam M.A.**, *Psychiatric Disorder in a Sample of the General Population with and Without Chronic Medical Conditions*. Am J Psychiatry. 1988;145:976-981.
421. **Wells K.B., Rogers W., Burnam M.A., Greenfield S., Ware J.E. Jr.**, *How the Medical Comorbidity of Depressed Patients Differs Across Health Care settings: Results from the Medical Outcomes Study*. Am J Psychiatry. 1991;148:1688-1696.
422. **Wells K.B.**, *The Role of Depression in Hypertension-Related Mortality*. Psychosom MEditura 1995;57:436-438.