

Ioan Bradu - IAMANDESCU

PSIHOLOGIE MEDICALĂ

1. PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII

2. PSIHOSONIATICA

3. MEDICINA COMPORTAMENTALĂ



110043
B.C.U. - IASI

editura
INFO Medica

București

2005

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
IAMANDESCU, IOAN-BRADU

Psihologie medicală / Ioan Bradu Iamandescu -

București: Infomedica, 2005 -

3 vol.

ISBN 973-7912-50-0

Vol. 1 : Psihologia Sănătății. 2005. - Bibilogr. -

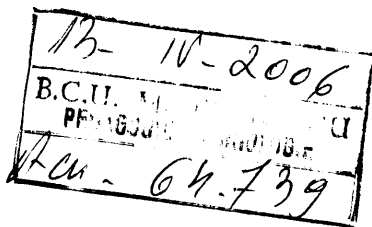
ISBN 973-7912-51-9

159.9.61

© 2005 - Infomedica s.r.l.

Psihologie medicală
vol 1 Psihologia Sănătății
Ioan Bradu IAMANDESCU

ISBN: 973-7912-50-0
973-7912-51-9



Toate drepturile rezervate Editurii INFOMEDICA.

Copertă realizată de Gabriel Petrescu

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

Drepturile de distribuție în străinătate aparțin în exclusivitate editurii.

Copyright ©2005 by INFOMEDICA s.r.l. All rights reserved.

Tehnoredactare computerizată: Editura INFOMEDICA
București, Șos. Panduri 35, Bl. P1B, Sc. A, Ap. 33-34
Tel./Fax: 021/410.04.10; 410.53.08;
e-mail: redactia@infomedica.ro
www.infomedica.ro

INFO *Medica*

Design și layout: Alexandru Simion

Tipar executat la tipografia INFOMEDICA

Prefața Autorului

Dezvoltarea actuală a Psihologiei Sănătății formează obiectul primului volum al “trilogiei” Psihologiei Medicale (nume păstrat de noi cu termen generic pentru toate disciplinele componente).

Autorul cărții de față (în dubla sa calitate de medic și psiholog) apreciază “nașterea” și avântul considerabil al acestei discipline ca fiind rezultatul implicării profesionale entuziaste – cu aflux novator și rezultate practice remarcabile – a psihologilor, fascinați de bogăția problemelor puse de patologia somatică, un teritoriu mai puțin explorat de ei decât patologia psihiatrică.

De fapt, ultimele 3 decenii au fost marcate de apariția Psihologiei Sănătății – definită de către Matarazzo(1980) ca „o disciplină creată, în primul rând, pentru psihologi, chemați să-și pună în valoare cunoștințele teoretice și abilitățile practice specifice în cercetarea și rezolvarea problemelor psihologice implicate în actul medical“, cu precădere din domeniile patologiei interne (specialitățile “medicale”) și externe (specialitățile chirurgicale). Această “apariție” nu reprezintă , în fond, decât o desprindere (și amplificare considerabilă!) din trunchiul psihosomaticii, a unei ramuri consacrată cu prioritate păstrării și cultivării sănătății dar care își revendică un teritoriu (cel al problematicii psihologice a bolii) pe care – până atunci – îl abordau psihosomaticienii proveniți în special din rândul psihiatrilor dar și al medicilor generaliști (exemple “de calibru” precum Balint și Luban –Plozza).

Cartea de față tratează cu argumentele psihologiei, originea și natura comportamentelor față de sănătate (bune – salutogenetice sau rele – patogenetice) ce stau la baza principalelor boli implicate în 80% din mortalitatea generală de pe glob. În același timp ea încearcă să propună soluții pentru o viață potrivită cu dictonul strămoșesc “mens sana in corpore sano”, care să permită atingerea unor vârste înaintate.

Sperăm că nu numai medicii, psihologii și studenții facultăților respective vor aprecia utilitatea acestei cărți, ci și marele public, căruia îi este, în primul rând dedicată.

Prof. Dr. Ioan Bradu Iamandescu

14.12.2005

SUMAR

VOLUMUL 1 PSHIOLOGIA MEDICALĂ

I. Perspectivele abordării psihologice ale bolnavului de către medic	1
II. De la psihosomatică la psihologia sănătății. Scurt istoric.	3
Câmpul de preocupări actuale	
 PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII	
PARTEA I	
Sănătatea umană între comportamente protectoare (salutogenetice) și de risc pentru îmbolnăvire	22
Cap. 1 . Domeniul de preocupări al psihologiei sănătății	22
Cap. 2 . Sănătatea și determinanții săi bio-psiho-sociali	25
Cap. 3. Stilul de viața și sănătatea. Factorii psiho-sociali și resursele biopsihologice individuale	37
Cap. 4. Conduite salutogenetice și de risc pentru îmbolnăvire	43
Cap. 5. Modelul bio-psiho-social (Engel) al sănătății și bolii	57
 PARTEA A II A	
Abordarea specifică a unor comportamente cu risc pentru îmbolnăvire	67
Cap. 1. Fumatul	67
Cap. 2. Consumul de alcool	77
Cap. 3. Obezitatea	88
Cap. 4. Drogurile	101
Cap. 5. Tulburările de somn	109
Cap. 6. Tulburări funcționale sexuale psihogene	115
 PARTEA A III A	
Stresul psihic - factor modulator complex al sănătății.	123
Cap. 1. Cadru conceptual	123
Cap. 2. Cauze psihosociale	141
Cap. 3. Vulnerabilitatea psihică la stres	147
Cap. 4. Factorii moderatori (cu rol de tampon) ai impactului agenților stresori.	155
Cap. 6. Modificările patologice induse de către stresul psihic.	161
Cap. 7. Principii de conduită antistres	171

**PSIHOLOGIA MEDICALĂ -
DOMENIU GENERIC DE
INTERFERENȚĂ ÎNTRE
MEDICINĂ ȘI PSIHOLOGIE**

I. PERSPECTIVELE ABORDĂRII PSIHOLOGICE ALE BOLNAVULUI DE CĂTRE MEDIC

Statuând relația în plan psihologic dintre medic și pacient ca obiect de studiu major, **Psihologia Medicală** și subramurile sale considerate de noi (Psihologia Sănătății, Psihosomatica și Medicina Comportamentală) au în vedere, în mod inevitabil, analiza unui vast ansamblu de atingeri ale persoanei bolnavului reprezentate de impactul **bio-psiho-social al bolii** și care îi determină *conduita acestuia față de medic* și echipa terapeutică dar și *față de rigorile tratamentului* bolii care, adeseori, îi *modifică viața și relațiile cu cei din jur*. În plus, *aceleași subramuri - cu precădere Psihologia Sănătății - studiază atitudinile individului și societății față de sănătate ca și comportamentele pentru păstrarea și cultivarea acestuia dar și pe cele cu risc pentru îmbolnăvire*.

Considerând relația, specifică profesiei medicale, dintre medic (sau studentul stagiar medicinist) și pacient, este obligatoriu să menționăm faptul că ea se desfășoară într-un **domeniu explicit, tehnic-profesional** (culegerea de date despre boală, examen obiectiv și investigații paraclinice, prescripții și manevre terapeutice, recomandări cu caracter socio-profesional etc.) și într-un **domeniu, implicit - psihologic** de care se ocupă, așa cum s-a arătat, psihologia medicală dar și alte discipline precum sociologia, bioetica, antropologia.

a) Dacă, însă, vom privi această relație interpersonală dintre medic și pacient (RIP Dr.-Pt) prin prisma celor trei planuri* de desfășurare a sa - intelectual, afectiv și moral (cu inevitabile întrepătrunderi și superpozabilități) - va trebui, de asemenea, să izolăm latura tehnică a actului medical de cea psihologică, prin fixarea ei în planul „intelectual” al RIP Dr.-Pt (absolutizată, de altfel, de mulți medici, care ignoră aspectele emoționale), în timp ce latura psihologică a actului medical este implicată în toate cele trei planuri menționate (Iamandescu, 1995).

Unitatea dintre cele două laturi (tehnicistă și psihologică) ale actului medical este o realitate ce poate permite - doar din rațiuni didactice - analiza, ca și însușirea lor separată în anii de formare a viitorului medic și „după aceea”.

b) Indiferent de deosebirile de nuanțe, considerăm că există un consens de opinii

* Autorul s-a inspirat și a aplicat la relația dintre medic și pacient din subîmpărțirea făcută de J. Piaget (cit. de Popescu Neveanu) a oricărei relații interpersonale în trei planuri de desfășurare: intelectual, afectiv și moral.

asupra necesității unei **dozări optime între știință și psihologie** pentru cel care aspiră să devină un foarte bun medic, eliminând două atitudini extreme:

- absolutizarea laturii tehnice a medicinei, **atitudinea biologizantă** prin considerarea bolnavului ca un „aparat ce necesită reparații” și permite manipularea lui „ca obiect”;

- absolutizarea laturii psihologice a actului medical, **atitudinea psihologizantă** conținând primejdia pedalării excesive pe aspectul relațional (pe „subiecții” actului medical) și a pierderii sau a neglijării obiectului de bază al relației terapeutice, boala, cu substratul și mecanismele sale de evoluție.

În sfârșit, **Săhleanu și Athanasiu** (în „Psihologia profesiei medicale”) adaugă în sfera de preocupări a psihologiei medicale (PM) și **problematika psihologică a profesiei medicale**, separat de problematica relației interpersonale medic-pacient (aceasta din urmă fiind - în opinia noastră- „miezul” acestei discipline și pe care autorii menționați o definesc ca fiind „drama existenței umane proiectată pe coordonatele bolii, suferinței, morții și interacțiunii filantropice „antropofile”).

Totodată, încercând o delimitare de esență, se poate spune că *Psihologia Sănătății și Medicina Comportamentală* operează dominant cu **concepte de ordin psihologic-sociologic și filosofic** - în timp ce *Psihosomatica* utilizează **argumente predominant fiziologice și patofiziologice**, toate trei acționând cu operatori respectivi asupra datelor furnizate de observația clinică.

II. DE LA PSIHOSOMATICĂ LA PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII. SCURT ISTORIC. CÂMPUL DE PREOCUPĂRI ACTUALE

1. INTRODUCERE

Medicina actuală se îndreaptă spre o orientare psihologică, atât în privința aprecierii **factorului psihologic** ca *agent etiologic* (factor de risc sau declanșant) în majoritatea bolilor somatice ("fizice") plurifactoriale, cât și în cea a considerării lui ca agent „furnizor de sănătate” (fie exclusiv - în cazul psihoterapiei - fie, cel mai adesea, - adjuvant la terapia medicamentoasă ori de altă factură).

În plus, rațiuni etice – legate de păstrarea demnității omului suferind, adeseori torturat (fizic și psihic) de către boală – au impus considerarea atentă a dimensiunii psihologice a actului medical centrat pe relația dintre medic (inclusiv personalul de îngrijire) și pacient (adeseori și cu familia acestuia). În acest context de infuzie în practica medicală a unor concepte psihologice și sociologice au apărut în planul pregătirii didactice a studenților mediciști, dar și al celor de la facultățile de psihologie, două discipline de interferență între medicină și psihologie: **psihosomatica**, corespunzând interrelației dintre psihic și corp, aprofundată la nivel de mecanisme psihofiziologice – și **psihologia medicală** (PM), axată pe studierea problemelor psihologice pe care o boală somatică le pune bolnavului, inclusiv (și în special) relația sa în plan psihologic cu medicul și echipa terapeutică.

Referitor la **concepția psihosomatică**, admisă cvasiunanim ca bază teoretică a abordării bolnavilor în cadrul diverselor specialități medico-chirurgicale, se cuvine să menționăm faptul că medicina contemporană a asimilat, de câteva decenii, această concepție, fapt ce permite medicului practician somatician să evalueze *implicațiile etiopatogenice ale factorilor psihologici* în apariția și evoluția unor boli somatice (în primul rând cele psihosomatice) dar și să trateze - în limitele competenței sale - manifestările psihiatrice dintr-o serie de boli somatice (tumori cerebrale, endocrinopatii etc.), abordând cauzele somatice ale acestora.

Întrucât **tulburările patologice psihice** sunt abordate din punct de vedere diagnostic și terapeutic de către psihiatri - familiarizați cu noțiuni de psihologie generală și, mai ales, cu acelea de psihopatologie și psihofarmacologie - este firesc ca medicii somaticieni - de la medicii de familie și interniști, până la cei din specialitățile chirurgicale - să trateze conform pregătirii lor de specialitate multitudinea de boli somatice, având însă datoria morală și profesională de a considera într-un mod avizat implicația cauzală (etiologică) a factorului psihologic în bolile pe care le tratează, ca și implicațiile psihologice (somato-psihice) ale acestor boli asupra psihismului bolnavilor afectați. Adăugând la aceste „datorii psihologice” față de bolnavii somatici **problemele pur psihologice**

care apar inerent în cadrul relației dintre medic și pacient, ca și diversitatea trăsăturilor de personalitate ale acestuia din urmă, intrăm astfel în domeniul de acțiune al psihologiei medicale.

Putem observa, așadar, că pregătirea psihologică a medicilor somaticieni devine o problemă serioasă, căreia învățământul medical a început să-i acorde atenția cuvenită în țările dezvoltate, în special Anglia, Elveția, Germania, Olanda, Spania și țările scandinave și sau SUA și Japonia. În planul didactic al pregătirii viitorilor medici, se remarcă includerea unor cursuri și lucrări practice de Psihologie Medicală pe durate de studiu variind între 6 semestre, în țări precum Elveția, și 2 semestre în Ungaria (1 curs săptămânal + 1 lucrare practică săptămânal, adică de 4 ori mai mult decât în România, unde s-a reușit, totuși, introducerea după revoluție a acestei discipline în învățământul medical).

Un proces similar, de a se acorda *mai multă atenție problemelor psihologice ale bolnavilor somatici, se înregistrează în rândul psihologilor clinicieni* care au realizat, de circa două decenii, faptul că o direcționare a lor exclusivă spre îngrijirea bolnavilor psihiatrici nu le epuizează posibilitățile terapeutice cărora ei le-ar putea da o utilizare optimală în cadrul programelor comunitare de modificare a comportamentelor cu risc pentru boală ale unor bolnavi, în special psihosomatici, căzuți pradă unor adevărate vicii precum fumatul, excesul de alcool, excesul de alimentație (sau alimente nesănătoase), sedentarismului și înclinației către drog.

De altfel, Asociația Psihologilor Americani consideră Psihologia Clinică a Sănătății (*Clinical Health Psychology*) drept o adevărată „specialitate pentru secolul XXI” (Cynthia Belar), iar Asociația Psihologilor Canadieni regretă abordarea tardivă de către psihologi a problematicii bolilor „fizice” (somatice), responsabilă de decesul a 80% din populația globului.

Din păcate, în ultimele două decenii a apărut o dispută de taxonomie dintre disciplinele desprinse din trunchiul Psihosomaticii (Psihologia Medicală, Psihologia Sănătății, Medicina Comportamentală), care revendică, fiecare pentru sine, conceptele, care - **se aplică bolnavilor somatici* analizați din perspectiva bio-psiho-socială a sănătății** și a bolii, (modelul omonim al G Engel) ca și din cea a relației lor cu medicul și cu echipa de îngrijire.

„Prestdigitația” cu care autorii contemporani (englezi sau americani) au înlocuit în anii '80 ai sec XX Psihologia Medicală cu două denumiri actuale - **Psihologia Sănătății (Health Psychology) (HP) și Medicina Comportamentală (MC)** - ne-a obligat la o prudentă și riguroasă delimitare a domeniilor constitutive (uneori greu de disociat ale fiecăreia dintre cele două discipline) dar **nu a reușit să ne convingă de utilitatea renunțării la termenul de Psihologie Medicală**, deoarece, considerăm că tot acest vâst teritoriu – cuprinzând probleme de interferență dintre medicină și psihologie - poate fi

* *Bolnavii somatici* = bolnavi cu suferințe „fizice”, corporale, din domeniul patologiei interne („medicale”) și externe (chirurgicale). Încădararea didactică în această categorie se face spre a se diferenția de *bolnavii psihiatrici*, cu boli psihice, studiați de către psihiatrie.

cel mai bine desemnat prin *sintagma* “**aspecte psihologice ale medicinei**” (*exprimată lapidar ca Psihologie Medicală*).

Toate aceste aspecte psihologice fac referire la cele două entități majore antagonice care formează obiectul de studiu (și de practică) al profesiei medicale.

- **sănătatea** propusă de noi spre abordare psihologică de către Psihologia Sănătății și

- **boala** (asupra căreia am propus să-și centreze preocupările Medicina Comportamentală.

Scindarea Psihologiei Medicale în cele două ramuri menționate nu poate eluda faptul că o serie de problematice, ca de exemplu stresul psihic sau comportamentele de risc pentru boală sunt comune, superpozabile - dar cu alte accente - atât Psihologiei Sănătății cât și Medicinii Comportamentale. Trebuie să subliniem și faptul că disputele cu privire la numele care trebuie să-l poarte acest domeniu interdisciplinar nu trebuie să priveze corpul medical sau al psihologilor clinicieni (ca și al studenților mediciniști sau psihologi) de posibilitatea însușirii unor noțiuni ce se înscriu, cu foarte puține excepții, în aceeași problematică (mai sus menționată), indiferent de numele disciplinei care le revendică apartenența.

Din acest motiv, vom prezenta această problematică sub forma unor capitole a căror grupare se constituie domeniul de definiție al Psihologiei Sănătății, Medicinii Comportamentale dar și al Psihosomaticii pe care o considerăm ca cea de-a treia componentă a Psihologiei Medicale (deși, așa cum se va vedea din scurtul istoric asupra abordării psihologice a bolnavilor somatici, termenul de psihosomatică a precedat pe cel de psihologie medicală).

Prin urmare, ca o reflectare a unei concepții personale a autorului lucrării de față, **Psihologia medicală constituie un ansamblu de domenii care studiază aspectele psihologice ale bolilor somatice (fizice)**. Aceste domenii, ce reprezintă conținutul de preocupări al psihologiei medicale, sunt următoarele:

I. Psihologia sănătății:

Cum putem rămâne sănătoși?

1. formarea unor deprinderi (*conduite*) salutogenetice
2. *stresul psihic* - privit ca o provocare din partea mediului natural și social – necesitând eforturi de adaptare, uneori soldate cu „costuri” reprezentate de „boli și nefericire” (Selye)
3. *conduitele de risc* pentru îmbolnăvire (conduite nocive pentru sănătate = patogene) – ex. fumat, alcool, droguri, etc.

II. Psihosomatica:

Cum ne îmbolnăvim datorită stresului și cum putem să-l evităm sau să-i anihilăm efectele?

4. acțiunea inductoare de tulburări patologice (*acțiunea patogenetică*) a *factorilor psihici* exercitată asupra corpului (somei) = tulburări și boli psihosomatice, analizate la nivel de mecanisme psihoneuroendocrine și imune

5. *răsunetul psihologic al bolii somatice* (tulburări somato-psihiice, adică reacții emoționale și comportamentale sau chiar sindroame psihiatrice reactive la disconfortul somatic și situația de bolnav).

6. *Tratamentul simultan (psihologic și medicamentos) al bolilor psihosomatice.*

III. Medicina Comportamentală

Cum ne comportăm când suntem bolnavi?

7. *răsunetul bolii, ca situație de impas esențial*, asupra vieții bolnavului cu afectarea calității vieții acestuia = situațiile bolnavului ca purtător al unui statut social specific

8. *relația dintre medic și bolnav* cu consecințele ei în raport cu complianța terapeutică (aderența la tratament), efectul Placebo, etc.

9. *comportamentul diverselor subpopulații de bolnavi* din punct de vedere al vârstei, sexului și natura diverselor boli.

2. SCURT ISTORIC ASUPRA DISCIPLINELOR DE INTERFERENȚĂ DINTRE MEDICINĂ ȘI PSIHLOGIE

A. DEZVOLTAREA PSIHOSOMATICII (LA ÎNCEPUT A FOST PSIHOSOMATICA !)

Dualismul cartezian („Materie și Spirit”) s-a propagat în gândirea medicală, diferințind bolile mintale de cele somatice de o manieră care tindea să infirme viziunea hipocratică ce susținea unitatea și interdependența dintre cele două „compartimente” ale ființei umane. A existat o latură pozitivă a acestei diferențe deoarece - în zilele noastre, dar și în urmă cu câteva secole - a devenit din ce în ce mai greu pentru un medic să cunoască, într-un mod eficient pentru bolnavii săi, ambele categorii de boli, iar consecințele unei astfel de conștientizări se văd în zilele noastre, când psihiatria este net distinctă de restul specializărilor medico-chirurgicale, (somatice, „nepsihiatrice”).

În același timp, a devenit tot mai clar faptul că suferințele în plan psihologic pot să genereze nu numai boli psihiice, ci și boli somatice (denumite psihosomatice), dar și că anumite **boli somatice**, ca de exemplu tumorile cerebrale, insuficiențele de organ (hepatică, renală sau chiar respiratorie și cardiacă) **pot antrena tulburări psihice importante** (mergând până la stări delirante sau comatoase).

Într-o astfel de perioadă, situată între sfârșitul sec. XIX și începutul sec. XX, a luat naștere *Medicina Psihosomatică* ce și-a revendicat sursa primară în Școala din Kos a lui Hipocrate și care, ulterior, a împrumutat termenii de specialitate (cum ar fi cel de psihosomatică utilizat de Heinroth pentru tulburările somnului) din rândul conceptelor psihiatriei dominată de gigantul Freud și elevii săi dar și de alte mari personalități cu duble valențe - de medic și psiholog.

Viziunea psihanalitică a impregnat psihosomatica printr-o tendință de a se explica bolile psihosomatice prin cauze exclusiv psihologice fără a se considera în mod competent baza biologică (adesea moleculară) a unor boli extrem de răspândite (astmul bronșic, boala coronariană, boala ulceroasă, reumatismul inflamator: poliartrita reumatoidă, spondilita anchilozantă etc.). O astfel de exagerare a constituit-o „**limbajul simbolic al organelor**“ care - după ce definește în mod convingător tulburările psihosomatice de conversie (existente prioritar la isterici) - eșuează în ridicol atunci când încearcă să explice astmul bronșic, boală cu substrat genetic, markeri imunologici și cauze perfect delimitate: alergenii. Explicația „simbolică” a astmului este dată prin frustrarea copilului de dragostea maternă, resimțită în timpul coitului cuplului parental și transpusă simbolic la nivel bronșic propriu printr-un spasm generator al crizei de astm (fără comentarii, în sec. XXI!). De asemenea, o exagerare a constituit-o tentativa (de altfel plauzibilă!) a autoarei, celebră în lumea psihosomaticii, Flanders Dunbar, de a afilia **fiecăreia dintre bolile psihosomatice un anume tip de personalitate**, fapt ce neglija, încă din start, experiența medicilor nepsihiatri („somaticieni”) care îngrijeau bolnavi afectați de cel puțin 2-3 boli psihosomatice asociate (de ex. astm, ulcer, hipertensiune arterială), ceea ce ar fi condus la un aberant „triplu tip” de personalitate. Aici s-ar înscrie și **teoria conflictelor specifice** capabile să grupeze aceste boli psihosomatice, precum hipertensiunea arterială, teorie elaborată de Alexander, care nu putea explica de ce oamenii aflați în situații conflictuale asemănătoare fac alte boli sau rămân neafecțați din punct de vedere patologic.

Totuși, aceste din urmă două teorii au meritul - relevat de cercetările din ultimele decenii - de a sesiza cele două componente aflate în dispută pe terenul influenței factorului psihologic asupra organismului uman: *configurația (pattern-ul) agenților stresori* - studiată în prezent de către epidemiologi, psihologi și sociologi - și *vulnerabilitatea psihică (și de organ) față de stres*, înscrisă în variabilele de personalitate ale individului afectat.

Prin urmare, așa cum nici Columb nu și-a atins ținta călătoriei sale - descoperind, însă, America - atât **Fl. Dunbar cât și J. Alexander își regăsesc o parte din teoriile lor într-o serie de concepte psihosomatice contemporane** precum tipul comportamental A descris de Rosenman și Friedman (în prezent având o specificitate mai redusă, nu numai pentru boala coronariană, ci și pentru multe alte tulburări și boli psihosomatice) sau factorii de stres profesional postulați de Karasek și Theorell - ca favorizând infarctul miocardic - sub forma variabilelor de control decizional scăzut și supraîncărcarea muncii, în condiții de monotonie a efectuării sarcinilor de serviciu.

O altă confirmare a teoriei conflictelor specifice a lui Alexander o constituie și **pattern-ul hormonal specific diferitelor tipuri de emoții** - cu impact somatic specific hormonilor respectivi - cel mai cunoscut fiind efectul deprimant asupra imunității exercitat de cortizolul crescut în cursul stărilor depresive.

Întrucât aceste exemple se referă la domeniul Psihosomaticii - axat pe mecanismele patogenezei psihogene - se poate înțelege de ce, dată fiind enorma diversitate a situațiilor stresante capabile să îmbolnăvească „la un moment dat” organismul uman, acesta

este afectat numai la nivelul unor organe „fragile“ care canalizează localizarea efectelor stresului psihic, generând așa numitele boli psihosomatice.

În același timp s-a conturat cadrul psihologic al relației dintre medic și pacient – ca element constitutiv al actului medical menit să faciliteze sau să întârzie vindecarea. Extensia cadrului de studiu al acestei relații prin apelul la alte discipline umaniste precum sociologia medicală, bioetica, antropologia, etc. a condus la desprinderea din domeniul Psihologiei Sănătății a unei noi discipline centrată prioritar pe Relația interpersonală dintre medic și pacient dar și pe dimensiunea psihosocială a tipurilor de conduite capabile să genereze îmbolnăviri sau pe comportamente nocive pentru sănătate, capabile să aducă organismul uman în contacte cu puternice noxe: tutunul, alcoolul, alimentele bogate în grăsimi, sedentarismul etc.

Această adevărată „Coastă a lui Adam” - de sorginte psihosomatică a fost denumită **Psihologie Medicală** în țările Europene, mai puțin în Elveția, unde s-a creat un termen echivalent, Medicină Psihosocială.

Pentru cei interesați de istoricul Psihosomaticii recomandăm o inegalabilă monografie - nu numai sub aspect documentaristic - elaborată în 1977 de **Văleanu și Daniel** - Elemente de psihosomatică feminină, Ed. Medicală, București.

B. APARIȚIA PSIHOLOGIEI MEDICALE ȘI METAMORFOZELE EI SEMANTICE

Cartea de față încearcă să prezinte elementele constitutive ale Psihologiei Medicale, denumită, (spre sfârșitul sec. XX, în Elveția și Germania) Medicină Psihosocială, în zilele noastre, „dispărută din punct de vedere semantic” și înlocuită cu Psihologia Sănătății. Această nouă etichetă dată Psihologiei Medicale - după o limitare conceptuală la studiul comportamentelor (de aici și un alt termen, „Medicina Comportamentală”) implicate în prezentarea și redobândirea sănătății conform M. Brouchon-Schweitzer și R. Dantzer, (1994) - ajunge să-și anexeze teorii aparținând, în trecut, Psihologiei Medicale sau Medicinii Psihosociale, în lucrări mai recente de Psihologia Sănătății, (în diferite variante de titluri) elaborate de Sarafino (1995, 2005), Jane Ogden, 2000, David Marks, 2002, Paul Benett, (2000) și Michelle Crossley, (2001), etc..

Până la enumerarea principalelor elemente de conținut ale acestor științe de interfață dintre Psihologie (dar și Sociologie) și Medicină, vom mai face doar câteva remarci, tot cu caracter istoric asupra acestei evoluții.

Cel mai important moment al evoluției Psihologiei Medicale, centrat pe relația în plan psihologic dintre medic și bolnav, ni se pare acela care a condus la apariția Medicinii Psihosociale. Ca să fim mai exacti, se poate spune că aceasta din urmă reprezintă o amplificare, mai ales în plan social, a elementelor constitutive ale Psihologiei Medicale (PM).

Astfel, perioada de „înflorire” a PM, cu extensie rapidă sub raportul abordărilor teoretice (și mai puțin din punct de vedere al aplicării practice a acestor concepte), a durat până spre anii '80, când dezvoltarea uriașă, ca și recunoașterea oficială a acestei disci-

pline a condus - în mod paradoxal - la „dispariția ei semantică“ prin înlocuirea denumirii ei - cel puțin în Elveția și Germania - cu aceea de Medicină Psihosocială iar în USA, Anglia, Olanda, Spania, țările scandinave și alte țări cu aceea de Psihologia Sănătății, sau mai spre zilele noastre de Medicina Comportamentală.

Să ne explicăm. Odată cu răspândirea concepției psihosomatice în rândul corpului medical, legată de eforturile unor reputați autori precum **J. Alexander, Fl. Dunbar, French, Kourilsky, Lipowski, von Uexkull, Klotz, B.P. Schneider, A. Haynal, E. Heim** etc., o imediată consecință a acestei reconsiderări a intervenției factorului psihic în etiopatogenia bolilor somatice a fost aceea a **studierii influenței pe care o are climatul psihic al relației dintre medic și pacient asupra evoluției bolii**: frenator sau accelerator în procesul vindecării. O importanță capitală în această direcție au avut-o lucrările lui **Michael Balint** (lucrarea sa de căpătâi „The Doctor, his Patient and the Illness“); acesta a inițiat o adevărată doctrină a introspecției și eticii asupra relației medic-pacient cu rol de catharsis pentru medicii care se implică emoțional într-un mod plin de o reală abnegație în tratarea pacienților pe care îi au în grijă.

Parcurgând - din punct de vedere emoțional, alături de bolnavi - drumul spre vindecarea acestora sau trecerea lor în neant (în cazul incurabilității), medicii au început să găsească răspuns la multe întrebări despre ce este bine și ce este rău în modul cum ei se comportă cu pacienții lor, dincolo de sfaturile medicale propriu-zise acordate.

Luând în considerație toate aceste probleme - ce vizează în ultimă instanță autoanaliza vieții emoționale a medicilor izvorâtă din implicarea lor afectivă în tratarea pacienților - **Balint** a întemeiat grupurile care îi poartă numele, reușind să atragă o mulțime de aderenți într-o activitate cu caracter de întruniri periodice cu mari beneficii în plan psihologic (veritabil catharsis colectiv) și etic pentru medicii participanți.

Ulterior, prin activitatea unuia dintre elevii lui Balint, **Boris Luban-Plozza**, aceste grupuri - inițial formate din medici generaliști și conduse de către un psihiatru sau un coleg cu experiența grupurilor Balint - și-au lărgit componența, *prin cooptarea la discuții și a studenților mediciniști sau a asistentelor medicale (modelul Ascona)*, iar ulterior și a *membrilor familiei bolnavilor (modelul Monte Verita)*.

În spiritul acestei tendințe de atragere a unor forțe umane și foruri organizaționale (din afara relației strict duale dintre medic și pacient) în serviciul promovării sănătății bolnavilor, inclusiv în studierea intervenției factorului social în patogeneza - se înscriu preocupările altor autori elvețieni de prestigiu precum **Edgar Heim, J.P. Schneider, Jurg Willi** și **Claus Buddeberg** care se numără printre principalii fondatori ai noii ramuri medicale de interferență cu psihologia și sociologia, **Medicina Psihosocială**, (o alternativă taxonomică a actualei medicini comportamentale), desprinsă din trunchiul Psihosomaticii, ca un domeniu interdisciplinar menit - în liniile sale cele mai generale - să optimizeze relația dintre medic și echipa de îngrijire, ca și cu familia sau factorii sociali care au tangență cu tratarea bolnavilor considerați ca membri ai unei societăți care trebuie să se simtă solidară cu omul aflat în nevoie („Mensch in Not“).

C. PSIHOSOMATICA ÎN PREZENT

Revenind la Psihosomatică (PS), - la rândul ei – aceasta a evoluat:

- în profunzime – prin caracterul științific al cercetărilor întreprinse la nivel de biologie celulară, asupra mecanismelor psihoneuroendocrine și imune ca și a modificărilor produse de stimulii psihologici (în special stresul psihic) la nivel de biologie celulară.

- în suprafață – prin „infiltrarea” în toate specialitățile medicale clinice.

Din acest motiv, **Buddeberg și colab.** în 1996 au evidențiat faptul că **domeniul medicinei psihosomatice a început să se diferențieze în sectoare** ce reprezintă aplicația concepției psihosomatice (inclusiv a metodelor diagnostice și, mai ales, psihoterapeutice axate pe etiologia psihogenă și reculul somato-psihic al bolii psihosomatice) în cadrul diverselor specialități medico-chirurgicale. Autorii exemplifică aceste **ramuri ale „Psihosomaticii Speciale”** prin: PS imunologică (psihoneuroimunologia - fondată de **R. Ader în 1981**) reumatologică, ginecologică, oncologică (psihooncologia), etc.

În 1998, prin apariția - în limba engleză - a lucrării noastre „Psychoneuroallergology”, s-au pus bazele Psihosomaticii Alergologice, iar în anul 2000 am realizat o altă premieră internațională, alături de **C. Dragomirescu și O. Popa-Velea**, prin editarea lucrării intitulată „Dimensiunile psihologice ale actului chirurgical” ce reprezintă o veritabilă psihosomatică chirurgicală.

Desigur, vor continua să apară și alte subdiviziuni* ale Psihosomaticii, adevărate „filiale” în rândul specialităților clinice ale asistenței medicale, motiv pentru care autori precum **Hoffmann și Hochpfel** sau **Studt și Petzold** utilizează termenii de „**psihosomatică generală**” și „**psihosomatică specială**” (aceasta din urmă cuprinzând patologia psihosomatică la nivelul fiecărui aparat: locomotor, respirator, cardiovascular, genito-urinar etc., ceea ce echivalează cu diferitele subramuri ale psihosomaticii) Noi am considerat mai potrivit pentru aceasta din urmă termenul de Psihosomatică Aplicată : dând acest nume și Societății cu același nume înființată în luna octombrie a anului 2005 (Societatea de Psihosomatică Aplicată și Medicină Comportamentală din România).

Evidențierea *legăturii dintre anumite comportamente nocive pentru sănătate, inclusiv lipsa de comunicare a unor indivizi și creșterea incidenței și severității bolilor* la aceștia, a constituit o altă preocupare de bază a Psihosomaticii care și-a structurat numeroase metode de intervenție psihoterapeutică de tip cognitiv-comportamental.

Întrucât, însă, *la baza comportamentelor cu risc de îmbolnăvire (tipul A, C, supra-alimentație, fumat etc.)* stau, în primul rând, cauze de ordin psihologic - cu punct de plecare din sfera personalității unui individ, inclusiv tarele sale ereditare - Psihosomatica și-a prelungit antenele în domenii legate de psihologia comportamentală detașând din

* Recent apăruta monografie „Neurogastroenterology” (2005) sub red. D.L. Dumitrașcu

sfera sa de preocupări *actuala disciplină a Medicinii Comportamentale*, iar studiul *modalităților de educare salutogenetică*, în spiritul cultivării sănătății indivizilor sănătoși și redobândirii acesteia de către bolnavi, a solicitat noțiuni și modalități de acțiune din domeniul pedagogiei. S-a impus, astfel, ca necesară desprinderea din trunchiul Psihosomaticii a unei ramuri noi, distincte, apărută în jurul anului 1980 și denumită „**Psihologia Sănătății**” care tratează cu precădere bazele psihologice și pedagogice ale comportamentelor sanogenetice, dar și factorii de risc pentru îmbolnăvire.

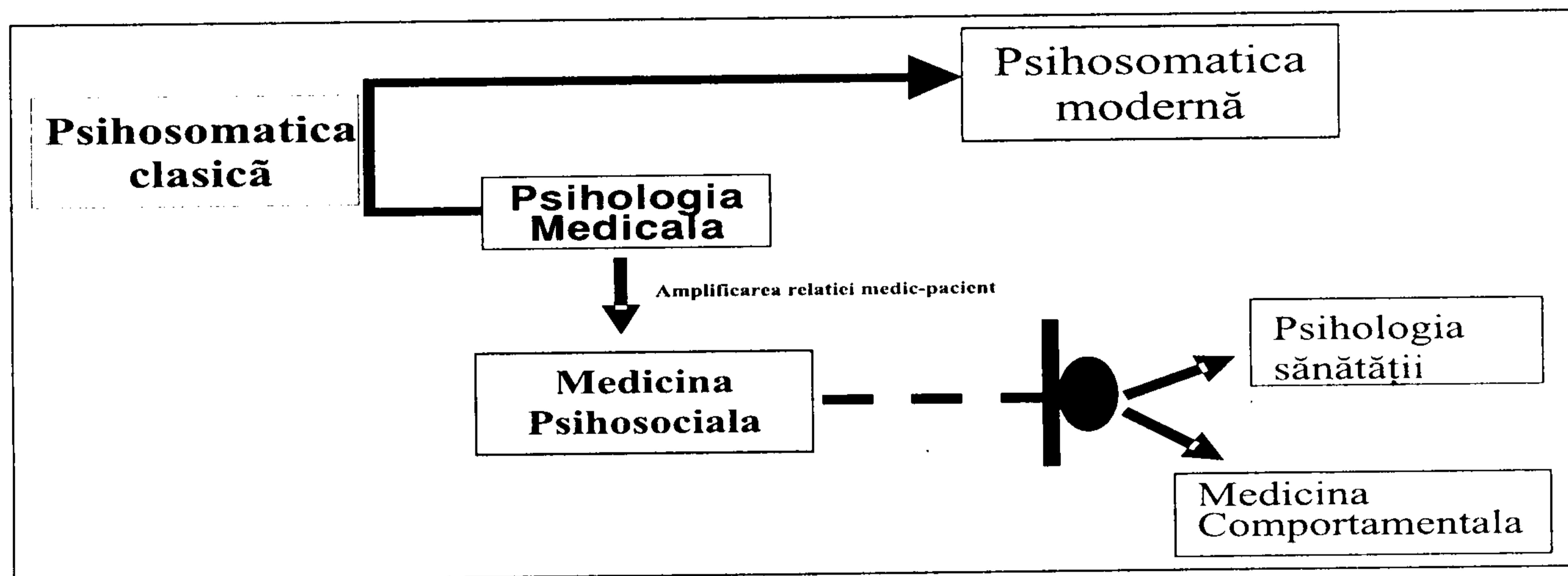


Figura 1

Acest veritabil „balet” realizat de metamorfozele semantice ale unor ramuri ale psihosomaticii care tratează - sub denumiri succesiv modificate pe parcursul a 2-3 decenii - **același conținut de probleme** poate fi reprezentat în *figura 1* ce rezumă opinia noastră în această privință.

După o astfel de operație de extragere a celor două noi discipline din sfera noțională și de preocupări a psihosomaticii - Psihologia Medicală și Psihologia Sănătății - am propus ca vechiul termen de Psihologie Medicală să devină o noțiune de maximă generalitate în ceea ce privește domeniul de interferență între medicină și psihologie (cu extensie și în sociologie), care să cuprindă cele 3 domenii interrelaționate (psihosomatica, psihologia sănătății și medicina psihosocială). Dintre care **Psihosomatica** ar urma să se ocupe cu precădere de studierea mecanismelor prin care excitanții psihici, cu valoare simbolică (semnificație nocivă sau benefică) - sunt convertiți, prin mecanisme psiho-neuro-endocrino-vegetative și imune, în stimuli capabili să modeleze în sens negativ (patogeneză) sau pozitiv (salutogeneză, recuperare) activitatea psihică și somato-viscerală a organismului uman.

Fără a mai relua principalele obiective ale celorlalte două discipline prezentate în cadrul paragrafului II A , p3, și respectiv III p4 vom apela la enumerarea acestor obiective în *figura 2*.

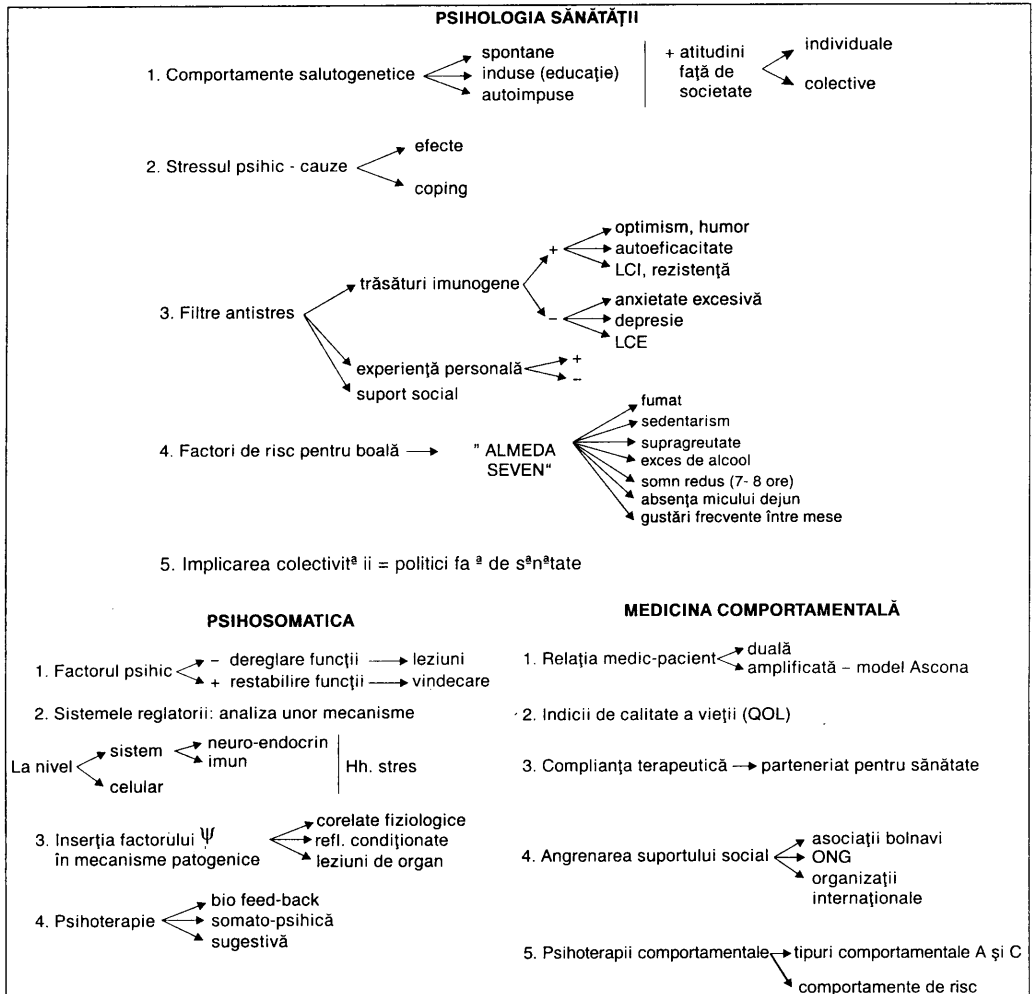


Figura 2. Principalele obiective ale Psihologiei Sănătății, Psihosomaticii și Medicinii Comportamentale

D. PUNCTE DE VEDERE EXPRIMATE LA ASCONA MEETING (16.06.2002) REFERITOARE LA TAXONOMIA DISCIPLINELOR DE INTERFERENȚĂ ÎNTRE MEDICINĂ ȘI PSIHLOGIE

Un sondaj efectuat de către I.B. Iamandescu, bazat pe propunerea acestuia de a se considera ca ramuri constitutive ale Psihologiei Medicale, Psihosomatica, Medicina Psihosocială și Psihologia Clinică a Sănătății, a evidențiat o tendință netă a participanților elvețieni consultați de respingere a noilor denumiri ale Psihologiei Medicale

prin care se realizează o veritabilă anexare a unor teritorii ale Medicinii Psihosociale (așa cum procedează autorii noilor monografii de Clinical Health Psychology și Behavioral Medicine). Dintre opiniile exprimate am putea menționa pe cele exprimate de către următorii participanți:

Arthur Trenkel și-a prezentat, drept răspuns, considerațiile sale asupra acestei probleme expuse în Rev. Psychol. Med., 1989: *Psihologia Medicală are ca obiect de studiu în primul rând relația dintre medic și pacient, dar și modul în care pacientul își trăiește propria boală. Psihologia Medicală îl învață pe studentul medicinist să-și perceapă propriile reacții psihologice în fața bolnavului spre a se putea servi de aceste percepții* - conștientizări ale gândurilor, sentimentelor și atitudinilor sale - **în munca sa de medic**. Autorul insistă foarte mult asupra dependenței subtile dar foarte importante care trebuie făcută între „**instruire**“ (învățământ) - adresată în principal studenților - și „**formare**“ (posibilă numai în cursul practicii medicale) care se efectuează „din mers“ (experiența clinică și a grupurilor Balint) dar și printr-o instruire ulterioară a medicilor practicieni (în primul rând a medicilor de familie) în domeniul Psihologiei Medicale.

O poziție asemănătoare o prezintă **Dr. Thomas von Salis** care consideră că „Psihologia Medicală“ trebuie considerată ca „o știință ce se adresează cu precădere studenților mediciniști“, iar punerea în practică a obiectivelor acestei științe ar trebui să aibă la bază cooperarea, printr-o muncă asiduă, dintre psihologi, sociologi și specialiștii medicali“.

Dr. Tazio Carlevaro a punctat răspunsurile la chestionar cu definiții precise, după cum urmează:

Psihosomatica: Ansamblul relațiilor corp-suflet din punct de vedere psihologic, fiziologic și patofiziologic (definiție sintetică demnă de reținut pentru tratatele actuale de psihosomatică).

Psihologie Medicală: Ansamblul cunoștințelor psihologice necesare în exercitarea medicinei (în particular, referitor la relația dintre pacient și medic).

Psihologia Sănătății: Ansamblul instrumentelor ontologice necesare pentru salvarea sănătății sau pentru a o redobândi. Acest termen include noțiunea de psihoeducație.

După cum se va vedea și în *tabelul 1*, preocupările Psihologiei Sănătății la început de secol XXI s-au extins de la cele inițiale – prezentate în cartea consacrată acestui domeniu din 1994 – până la cele pe care le putem constata analizând cuprinsul câtorva cărți apărute ulterior, inclusiv pe cele de Psihologie Medicală – Iamandescu (1995) și Medicină Psihosocială – Buddeberg și Willi (1998).

Ca o concluzie generală, cel puțin psihosomaticienii elvețieni păstrează o fidelitate doctrinară Psihologiei Medicale (în versiunea lor, Medicină Psihosocială), așa cum rezultă și din același tabel de mai jos care prezintă, comparativ, conținutul unor monografii din domeniile Psihologiei Medicale, Medicinii Psihosociale, Psihologiei Sănătății și Medicinii Comportamentale.

Psihologie Medicală (Iamandescu, 1995)	Medicină Psihosocială (Buddeberg și Willi, 1998)	Psihologia Sănătății (Bruchon-Schweitzer și R. Dantzer, 1994)	Clinical Health Psychology (P. Bennet, 2000)	Rethinking Health Psychology (M. Crossely 2000)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducere în Psihologia Medicală (PM) 2. Boala ca stare nouă, de disconfort somatic și psihic și de impas existențial 3. Modalități de implicare a stimularii psihice în patogeneză 4-7. Stresul psihic 8. Concepția psihosomatică în medicină. Tulburări și boli psihosomatice 9. Relația interpersonală dintre medic și pacient 10. Dinamica desfășurării relației dintre medic și pacient 11-13. Psihoterapia suportivă 14. Psihologia durerii și a situațiilor limită în asistența medicală 15. Psihologia medicamentului și complianța terapeutică 16. Principii și modalități practice de optimizare a actului medical prin mijloace psihologice 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Însămănțarea și obiectivele Medicinii Psihosociale (MPS) 2. Medicul/Doctoria 3. Bazele comportamentului social 4. Sistemele sociale și reglarea lor 5. Psihologia dezvoltării 6. Funcțiile psihice de bază 7. Psihologia personalității 8. Psihofiziologie 9. Sănătate și boală 10. Aspectele sociologice ale bolii 11. Relația dintre medic și bolnav 12. Convorbirea medicală. Cercetarea medicală 13. Adaptarea la boală 14. Situații speciale în asistența medicală (urgențe, vârstnici, stări terminale, etc.) 	<ol style="list-style-type: none"> I. <i>Introducere în Psihologia Sănătății (PS)</i> 1. Obiective. Definiții 2. Modele explicative clasice 3. Modele explicative în PS 4. Predictorii ai sănătății și bolii 5. Strategii de ajustare, ca moderatorii 6. Critica modelelor explicative în PS II. <i>De la stresul obiectiv la stresul perceput</i> III. <i>Controlul perceput și rolul său în tranzația dintre individ și evenimentul stresant</i> IV. <i>Strategii de ajustare sau coping</i> V. <i>Spportul social în relația stres-boală</i> VI. <i>Psihobiologia stresului psihic</i> VII. <i>Către un model bio-psiho-social al bolii</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Corelatele psihosociale ale sănătății 2. Stres și sănătate 3. <i>Comportament relațional cu sănătatea</i> 3. Decizii raportate la sănătate 4. Reprezentări și atitudini față de boală și sănătate <i>Psihologia sănătății aplicată</i> 5. Concepte legate de spitalizare 6. Munca în spital 7. Promovarea sănătății 8. <i>Intervenții clinice</i> 8. Intervenții psihologice 9. Metode de apreciere 10. Calitatea Vieții 11. Schimbarea unor comportamente de risc 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definiții ale Psihologiei Sănătății 2. Sănătatea și boala în societatea contemporană 3. Abordarea psihologică a promovării sănătății 4-5. Studiul durerii și boli 6. Abordarea sănătății mintale 7. Managementul bolii: relațiile dintre medic și pacient 8. Trăind în fața morții

Tabetul 1. Conținutul de bază al unor cărți de Psihologia Sănătății, comparativ cu Psihologia Medicală sau Medicina Psihosocială

E. ȘCOALA DE LA ASCONA

Întrucât autorul cărții de față datorează mult contactului științific cu prof. Boris Luban Plozza, șeful de necontestat al Școlii de Psihosomatică și Medicină psihosocială de la Ascona, considerăm utilă o prezentare a atmosferei de efervescentă spirituală și ale însemnatelor contribuții ale acestei școli ilustre la dezvoltarea psihologiei medicale (și psihosomaticii)

1. Istoric. Apariția Modelului Ascona și a Grupurilor Monte Verità

În ultimele patru decenii, în Centrul elvețian Ticino s-a dezvoltat o veritabilă școală de medicină psihosomatică și psihosocială, legată de numele unor mari personalități din aceste domenii: Michael Balint și Enid Balint, Erich Fromm, Julius Heuscher, André Haynal și Boris Luban-Plozza. Această școală s-a structurat pe baza desfășurării anuale a unor „colocvii internaționale“ dedicate analizei relațiilor în plan psihologic și social dintre medic și pacient dar și problemelor de bază ale psihoterapiei, cu un accent special pe art-terapie. În plus, adeseori au existat, în cursul acestor colocvii, tematici interesante abordate în stil brainstorming de către participanți veniți din Europa, America și celelalte continente.

Primul colocviu internațional s-a desfășurat în localitatea Grono (locul nașterii Prof. Dr. med. Dr.hc Boris Luban-Plozza) în anul 1960, desfășurându-se apoi încă 7 ani în aceeași localitate, după care ele s-au mutat în Ascona având loc la **Centrul Monte Verità** („Muntele Adevărului“, denumire predestinată) și bucurându-se de patronajul Secretarului General al Consiliului Europei începând din anul 1968.

Este util să subliniem importanța operei psihanalistului **Michael Balint** care a elaborat o metodă de întâlnire a medicilor în timpul căreia se discută nu atât cazurile pacienților, cât mai ales sentimentele și reacțiile medicului în fața unui anumit pacient pentru a facilita nu atât diagnosticarea pacientului cât a relației medic-pacient. Este vorba despre **grupurile Balint**, o *metodă pentru cunoașterea psihologică de sine și deci despre un instrument important de luptă anti-stres și anti-burn-out*. Metoda lui Balint a fost ulterior reluată de lucrătorii din domeniul social, nu neapărat medici (psihologi, infirmieri, profesori universitari etc.) apărând astfel **grupurile Ascona** definite „Modelul Ascona“ de către OMS și *în cadrul cărora participă, alături de medici și infirmiere, studenți practicanți la patul bolnavului*. **Grupurile Monte Verità** - apărute ulterior - *au adoptat și grupuri cu profesioni mixte (totuși, de obicei, de natură socială), la care participă, pe lângă medici, studenți sau cadre sanitare și pacienți și familiile pacienților*. Este vorba despre o metodologie care urmărește scopuri „suplimentare“ față de grupurile Balint: această metodă se referă la îndreptarea „diagnosticului“ nu doar asupra relației medic-pacient, ci și, în general, asupra relației bolnavului cu persoane care îl însoțesc în drumul său (medic, rude).

Centrul de Documentare Balint*, care are sediul la Ascona (Elveția), coordonează întâlniri și seminarii dedicate problemei stresului, prevenirii și tratamentului bolilor, în cadrul unei orientări psihosociale a medicinei, ca fiind cultura sănătății. La acest centru se pot obține informații privind seminariile de tehnici anti-stres.

Aceste grupuri Monte Verità, instituite din 1985, oferă participanților o experiență inedită în cursul căreia se încearcă să se întâlnească pacientul cu medicul (medicii, nu numai medicul curant) în cadrul unui „colocviu“ la care asistă și membrii familiei pacientului. Are loc, deci, o lărgire a grupului Balint (a se vedea capitolul respectiv), conservându-se spiritul și finalitatea acestuia. Această „lărgire“ reprezintă - potrivit aprecierii făcute de către Enid Balint, care a continuat opera ilustrului său soț, conlucrând cu B. Luban-Plozza și colaboratorii acestuia după 1970

- o inovație extrem de importantă din punct de vedere al conceptului familial („*family systems approach*”), familia aflându-se în relație cu „grupurile de discuție” care s-au dezvoltat în acei ani de „începuturi” la Clinica Santa Croce din Locarno.

Pe de altă parte, noutatea adusă de aceste grupuri - care oferă un model de formație și perfecționare pentru medic (dar și pentru psihologul clinician, considerăm noi) - este reprezentată de faptul că „medicul și pacientul său sunt implicați direct - și împreună! - în experiența bolii asupra căreia reflectează împreună” (P. Watzlawick).

Desfășurarea ședințelor acestor grupuri are loc în timpul congreselor și seminariilor (așa cum au fost Colocviile de la Ascona = „*Ascona Meetings*”) și reprezintă un prim pas important pentru acceptarea pacientului, nu numai în cadrul grupurilor ci chiar în cadrul conferințelor și discuțiilor de la întrunirile medicale (pe teme de Medicină Psihosomatică și Psihosocială).

Această metodă de pregătire reciprocă s-a extins treptat, în afară de medici, și la studenți și la personalul paramedical, la operatorii sociali, la preoți și la juriști.

Obiectivul fundamental rămâne, totuși, căutarea „tonului potrivit” în raportul cu bolnavul, bazându-se pe solitudinea limbajului său verbal ca mesaje somatice pe care el le lansează, cu începutul care derivă din mobilizarea forțelor autocurative ale pacientului și ale familiei sale, tocmai prin intervenția medicului: un ajutor pentru autoapărare. Din acest lucru derivă importanța fundamentală a diagnosticului raporturilor și terapiei acestora.

În multe țări, între care Germania, Austria, Italia, Ungaria, Anglia, Slovenia, ca și în România (dr A Veress), au început să funcționeze astfel de grupuri.

Din păcate, o dată cu dispariția profesorului Luban Plozza, activitatea acestui centru și-a pierdut din strălucire și participare internațională.

2. Preocupări și realizări ale „școlii din Ascona”

În decurs de aproape jumătate de secol, în jurul Prof. Dr. med. Dr. h.c. Boris Luban-Plozza s-a cristalizat o veritabilă școală de Medicină Psihosomatică și Psihosocială care își are rădăcinile în conceptele și activitatea unor autori de sorginte psihanalitică dar cu preocupări inovatoare în Psihosomatică și Psihologia Medicală - cum au fost M. Balint, Enid Balint, Erich Fromm - continuate la acest început de secol de personalități de marcă în acest domeniu, „călite” alături de această veritabilă „punte de viață” reprezentată de profesorul Luban-Plozza, denumit de către pacienții săi „Doctorul Boris”. Dintre aceste personalități așa cita în primul rând pe Dr. Arthur Trenkel - multă vreme Președinte al Federației Internaționale a Societăților de Psihologie Medicală și remarcabil teoretician al Psihologiei Medicale, activând la începutul carierei la Berna - Prof. dr. Graziano Martignoni (coautor, alături de Prof. B. Luban-Plozza, al unor lucrări interdisciplinare ale Medicinii cu Psihologia, Filosofia, Sociologia și Etica), precum și pe mai tinerii colaboratori ai Prof. B. Luban-Plozza: Dr. Tazio Carlevaro, Friedbart Kroeger și Lothar Knaak. Nu ultimul, pe o astfel de listă de elevi și colaboratori poate fi inclus și autorul acestor rânduri.

Începând din 1979, la „Întâlnirile Internaționale de la Ascona” a fost instituit în onoarea lui Balint **Premiul Internațional Balint**, rezervat studenților la medicină*, căruia i-a urmat în 1987, în colaborare cu Crucea Roșie Elvețiană, **premiul Balint pentru funcționarii sanitari, mai ales pentru infirmieri.**

* la ediția premiilor Balint din anul 2001, cei 8 studenți români, reprezentând catedra de Psihologie Medicală și Psihosomatică a UMF „Carol Davila” București, (condusă de prof dr IB Iamandescu) au obținut premiul special al juriului, premiul întâi individual și un premiu special pentru profesorul care i-a pregătit. Iar la ediția 2002, alte două studente românce au cucerit premiul I și respectiv, III.

Lucrările de concurs ale studenților trebuie să conțină 4 secțiuni:

Expoziție: Lucrul se bazează pe experiența trăită personal în cadrul relației dintre student și pacient și pe posibila sa evoluție.

☞ **Reflectare:** O astfel de activitate trebuie să reflecte nu doar gândurile apărute în această relație, ci și sentimentele și fanteziile reprimite de obicei în acest context.

Acțiune și Progresie: Ar fi oportun să se indice calea aptă a crea premisele necesare pentru transformarea adecvată a experienței în acțiune.

Școala de la Ascona a marcat de-a lungul timpului câteva realizări care s-au propagat cu reperiție și profunzime în rândul psihosomaticienilor europeni și americani. Ca unul care am participat la ultimele două „Ascona Meetings“ și am parcurs marea majoritate a cărților elaborate de Luban-Plozza și colaboratorii săi, consider ca relevante pentru contribuțiile Școlii de la Ascona la dezvoltarea Psihosomaticii, Medicinii Psihosociale și actualei psihologii a sănătății următoarele:

1. *Tentativa de a găsi un limbaj comun pentru psihosomaticienii din întreaga lume, participanți la Colocviile Internaționale de la Monte Verita (Ascona), inclusiv pentru studenții participanți la concursurile dotate cu Premiile Balint care, în mod sigur, au propagat conceptele și metodele balintiene și, în general, psihosomatice însușite în acest veritabil fief al psihosomaticii internaționale.*

2. *Amplificarea psihosocială a grupurilor Balint prin lărgirea cadrului profesional de participare (a se vedea Modelul Ascona și Grupurile Monte Verita deja prezentate la Istoricul Școlii de la Ascona).*

3. *Concentrarea preocupărilor către problematica de largă răspândire și acțiune la interfața dintre sănătate și boală:*

- stresul psihic;
- anxietatea și depresia;
- tulburările de somn;
- combaterea comportamentelor nocive pentru sănătate;
- rolul mișcării și al efortului fizic.

4. *Studiul aprofundat al relației dintre medic și pacient, lărgită prin participarea celorlalți membri ai echipei terapeutice, inclusiv prin asigurarea unei dimensiuni sociale a cadrului de îngrijire a bolnavului și prin considerarea și antrenarea familiei bolnavului în procesul tratării bolii acestuia.*

5. *Punerea în valoare a resurselor artei (în special a picturii și muzicii) ca element psihoterapeutic (Art-terapie), adjuvant în tratamentul bolilor dar și în promovarea sănătății.*

Referitor la utilizarea muzicii ca element terapeutic, trebuie menționat „Antrenamentul psihosomatic“ - elaborat de Luban-Plozza și Pozzi - metodă psihoterapeutică de relaxare ce utilizează exerciții centrate pe respirație, asociate cu muzica.

În ultimii ani, din 1999, sub îndrumarea Prof. Luban-Plozza, a luat naștere la București „Centrul Luban-Plozza pentru Studii în Medicină și Muzică“, condus de doi codirectori: Prof. Ioan Bradu Iamandescu și Prof. Grigore Constantinescu, în cadrul căruia are loc o activitate de cercetare științifică interdisciplinară bazată pe influențele psihosomatice ale muzicii abordate pe direcția unor studii întreprinse de către medici, psihologi (Catedra de Psihologie Medicală și Psihosomatică a UMF „Carol Davila“ București) și muzicologi (Universitatea de Muzică din București). Obiectivele cercetărilor, ca și rezultatele unor studii deja finalizate (prezentate la congrese internaționale sau publicate în reviste de specialitate) vor fi prezentate în subcapitolul consacrat muzicoterapiei.

6. Dezvoltarea unor concepte psihosomatice sau medico-psihosociale legate de relația medic-pacient, condensate sub formule ușor ironice dar cu valoare mnemotehnică precum „Angina temporis” (senzația de constricție toracică a medicului în fața unei săli de așteptare pline de pacienți), sindromul „totul doare”, în cazul fibromialgiei; sindromul „mamma mia”, prezent mai ales la muncitorii de origine italiană care țipau de frică în timpul consultației; sindromul „soțului uscat”, în cazul cuplurilor marcate de imposibilitatea comunicării orale; sindromul „garaj”, în cazul celor care se fac nevăzuți imediat după ce și-au internat soțul sau soția bolnavă, de parcă și-ar fi „parcat” jumătatea într-un garaj. „Sindromul Pirandello”, după autorul celebrei comedii *Șase personaje în căutarea unui autor*, caracterizează cazurile acelor pacienți care în familie se pierd în discuții inutile și atunci pornesc în căutarea disperată a „regizorului medic”, într-un *iter medicorum et magorum*.

7. Relevarea importanței educației sanitare ca element de bază nu numai al tratării bolnavilor ci și al promovării stării de sănătate pentru dezvoltarea unor comportamente sanogene în rândul colectivității („anticorpii sănătății”, în accepțiunea dată de Luban-Plozza, apar ca urmare la acțiunea medicului ca un veritabil vaccin - conținutul acestuia fiind reprezentat de sfaturile și atitudinile pozitive ale medicului).

Pe lângă numeroasele lucrări cu conținut teoretic publicate, având o astfel de tematică, această preocupare s-a reflectat cu precădere în însăși organizarea Reuniunilor Internaționale de la Ascona la care - de fiecare dată - au loc premieri, în cadrul festiv al acestor reuniuni, acordate organizațiilor laice promediceale (echipe de Crucea Roșie, funcționari ai diverselor municipalități, echipe de pompieri etc.). Rezultanta tuturor acestor responsabilități este formarea unei mentalități de responsabilitate individuală și colectivă pentru promovarea, păstrarea și redobândirea sănătății.

Bibliografie selectivă

1. Ader R. (red). Psychoneuroimmunology. Academic Press. London, New York, 1981.
2. Alexander F. La médecine psychosomatique, ses principes et ses applications. Payot, Paris, 1952.
3. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie, Payot, Paris, 1966.
4. Bell Verle L. In: How to conquer the addiction of rock music, institute in basic life principles. Illinois 1993, 81-85.
5. Bellar C. Clinical Health - Psychology. A specialty for 21st century. Health Psychol. 1997; 16(5): 411-416.
6. Bennet P. Clinical Health Psychology, 2000.
7. Bruchon-Schweitzer, Dantzer R. Introduction dans la psychologie de la sante. Press Univ. France, Paris, 1994; 13-42.
8. Buddeberg C., Radvila A., Kaufmann P. Was ist Psychosomatische und Psychosoziale Medizin. In: Medicine psychosomatique et psychosociale en Suisse. Verlag Babler-Bern, 1993.
9. Buddeberg C., Willi J. Psychosoziale Medizin. Springer Berlin, Heidelberg, 1998.
10. Dobrescu I Psihiatria copilului și adolescentului. Ghid practic. Ed. Medicală, București 2003.
11. Crossley M. Rethinking Health Psychology, 2001.
12. Dumitrașcu D.L. Neurogastroenterology, Ed. Univ. Iuliu Hațieganu, Cluj Napoca 2005
13. Dunbar F. Synopsis of psychosomatic medicine. Mosby, St. Louis, 1948.
14. Feldman M.D., Christensen J.F. Behavioural Medicine in Primary Care – A Practical Guide. Lange Medical Books / McGraw-Hill, 1997.
15. Iamandescu I.B. Psihologie medicală, ed. II. Ed. Infomedica, București, 1997.
16. Iamandescu I.B. Stresul psihic – din perspectivă psihologică și psihosomatică. Ed. Infomedica, București, 2001.
17. Iamandescu I.B. Elemente de psihosomatică generală și aplicată, Ed. Infomedica, București, 1999.
18. Iamandescu I.B. Psychoneuroallergology, Ed. Romcartexim, București, 1998.
19. Iamandescu I.B., Dragomirescu C., Popa-Velea O. Dimensiunile psihologice ale actului chirurgical. Ed. Infomedica, București, 2000.
20. Iamandescu I.B. Mutații contemporane în câmpul de preocupare al psihologiei medicale, Rev. de Psihiatrie. 2001; III, 3-4, 123-139.
21. Luban-Plozza B., Laederach-Hoffmann K., Knaak L., Dickhaut H. H. Der Arts als Arznei. Deutsche Artze Verlag, Koln, 1996.
22. Luban-Plozza B., Iamandescu I. B. Dimensiunile psihologice ale muzicii. Introducere în muzicoterapie. Romcartexim, București, 1997.
23. Luban-Plozza B., Pozzi U., Carlevaro T. Conviețuirea cu stresul. Ed. Medicală, București, 2000.
24. Luban-Plozza B. Legături de viață. Ed. Medicală, București, 2001.
25. Luban-Plozza B. Wege zur Gesundheit am Monte Verita XXVI Ascona Meeting. Monte Verita 23-24, April. 1994.
26. Luban-Plozza B., Poldinger W., Kroger F. Boli psihosomatice în practica medicală. Ed. Medicală, București, 1996.
27. Luban-Plozza B. și I. B. Iamandescu Dimensiunea psihosocială a Practicii Medicale. Ed. Infomedica, București, 2005
28. Restian A - Medicina Cibernetică, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1983.
29. Romila A. Psihiatrie ed. II - Asoc. Psihiat. Liberi, București, 2004.
30. Săndulache S. Filosofia religiei, Ed CARD, București, 2001
31. Studt H.M und Pelzold E.R. - Pszchotherapeutische Medizin de Gruyter, Stuttgart, 2000.
32. Trenkel A. Conclusions. Psychol. Médicale. 1985; 17 (2): 257-258.
33. Tudose F. O abordare modernă a psihologiei medicale, Ed. Infomedica, București, 2000.
34. Văleanu V., Daniel C. Psihosomatica feminină. Ed. Medicală, București, 1976.
35. Verres A., cap. Mișcarea Balint, Grupurile Balint, Ascona și Monte Verita

PSIHOLOGIA SĂNĂȚII

PARTEA I

SĂNĂTATEA UMANĂ ÎNTRE COMPORTAMENTE PROTECTOARE (SALUTOGENETICE) ȘI DE RISC PENTRU ÎMBOLNĂVIRE

CAPITOLUL 1

DOMENIUL DE PREOCUPĂRI AL PSIHOLOGIEI SĂNĂTĂȚII

1. DEFINIȚII

Este circumscris de câteva definiții dintre care vom reda următoarele:

Definiția extensivă (Matarazzo, 1980): Ansamblul atribuțiilor specifice - de ordin educațional, științific și profesional – aduse de către psihologi, promovării și menținerii sănătății, prevenirii și tratamentului bolii, precum și identificării coordonatelor etiologice și diagnostice ale bolii și disfuncțiilor legate de aceasta, și analizei și îmbunătățirii sistemului de îngrijire și formării unei politici a sănătății.

Definiții succinte

Sarafino (1990): o disciplină având 3 obiective intercorelate: promovarea unor comportamente și stiluri de viață sănătoase, prevenirea și tratarea bolii, ameliorarea îngrijirii bolnavilor

Murray, Ewans și Willig (2000): domeniu (câmp) interdisciplinar care tratează aplicarea noțiunilor și tehnicilor psihologice la sănătate, îngrijirea bolii și sănătății

Marks (2005) – o definiție aproape identică: „aplică cunoștințele și tehnicile psihologiei la sănătate, boală și la sistemul de ocrotire a sănătății”

Definiție restrictivă (M. Brouchon – Schweitzer – 1994): „studiul factorilor și proceselor psihologice care joacă un rol în apariția bolilor și care pot să accelereze sau să încetinească evoluția acestora”.

După cum se observă, după anul 1994 și până în prezent, definiția Psihologiei Sănătății (Health Psychology) s-a extins, cuprinzând treptat toate domeniile indicate din 1980 de către Matarazzo și care cuprind și pe cele considerate de noi ca aparținând - cu suprapunerile inevitabile - Medicinii Comportamentale.

2. CLASIFICARE DUPĂ DOMENIILE ABORDATE (Marks – 2002)

Cum era de așteptat, Psihologia Sănătății (HP) cuprinde, în prezent, 4 domenii (clinic, sănătate publică, sănătate a grupurilor sociale și de analiză critică a politicilor pentru sănătate = „Critical Health Psychology”) dintre care primele 3 interesează în mod deosebit pe medici și psihologi.

a) Psihologia Clinică a Sănătății (Clinical HP):

Definiția este cea dată de Matarazzo în 1980

Reprezintă un sistem teoretic subiacent: modelul bio – psiho – social al lui Engel, formulat de către APA (2001), sănătatea și boala sunt produsul combinării unor factori incluzând caracteristici biologice astfel (ex. predispoziția genetică), factori comportamentali (stil de viață, stres, convingeri/atitudini față de sănătate) și condiții sociale (influențe culturale, relații familiale și suport social).

Focalizare (centrare) pe tulburările (disfuncțiile și bolile fizice somatice)

Grupuri țintă: pacienți cu „tulburări specifice”

b) Psihologia Sănătății Publice

Definiție: Aplicarea teoriei psihologice, cercetării și tehnologiei la îmbunătățirea sănătății populației

Bază teoretică: susținerea comportamentelor preventive față de sănătate prin măsuri legale și fiscale (ex. obligativitatea unor vaccinări, amenzi pentru conducere sub influența alcoolului, etc.).

Focalizare (centrare) pe: promovarea sănătății și prevenirea bolilor (educație/intervenție)

Grupuri țintă: grupuri mari populaționale expuse la riscul pt anumite boli (ex. agricultori, mineri, etc.)

c) Psihologia sănătății comunităților (Community Health Psychology)

Definiție: teorii, cercetări și acțiuni sociale pentru promovarea unei stări de sănătate și o creștere a rezistenței față de boli și prevenirea unor probleme de sănătate în rândul unor grupuri sociale sau al unor indivizi izolați – în condiții sociale defavorizante (Society for Community Research and Action – 2001)

Bază teoretică: modelul social economic corelat cu starea de sănătate într-un context social - (de regulă, defavorizant).

Focalizare: promovarea/protejarea sănătății fizice și mentale

Grup țintă: grupuri/persoane defavorizate social (de ex. emigranți) vulnerabile față de expunerea la boală dar și la consumul de droguri sau boli cu transmisie sexuală.

Din analiza sarcinilor și grupurilor țintă ale acestor ramuri apare ca evidentă posibilitatea implicării medicilor și psihologilor în fiecare dintre ele, dar baza noțiunilor și tehnicilor de intervenție o furnizează Psihologia Clinică a Sănătății.

3. RELAȚII TAXONOMICE INTERDISCIPLINARE

Fără a mai relua o serie de probleme doctrinare discutate în capitolele din introducerea la Psihologia Medicală, va trebui totuși să prezentăm câteva relații cu domenii asemănătoare, menite să producă confuzii, ca de exemplu:

Medicina bio-psiho-socială și Psihologia medicală - ele însele fiind în genere, cvasisuperpozabile între ele) utilizează, în practică aceleași concepte și domenii de lucru ca și Psihologia Sănătății.

Sănătatea comportamentală (Behavioral Health)

Este un domeniu interdisciplinar dedicat promovării filozofiei sănătății care pune accentul pe responsabilitatea individuală în aplicarea cunoștințelor furnizate de știința comportamentului și medicina pentru menținerea sănătății și prevenirea bolii printr-o varietate de activități însușite și aplicate de însuși individul (Matarazzo, 1980 p 813). După cum se vede există o superpozabilitate cu definiția restrânsă a psihologiei sănătății cu care noi operăm în cartea de față.

Medicina comportamentală

Domeniu interdisciplinar referitor la dezvoltarea și integrarea cunoștințelor furnizate de științele comportamentale și medicale, în legătură cu sănătatea și boala, aplicarea lor la prevenire, diagnostic, tratament și reabilitare (Schwartz și Weiss, 1978).

Sociologia medicală

Ramura de interferență între sociologie și medicina axată pe studierea factorilor de mediu social, care acționează în mod protector (suportul social), sau nociv, (acțiune directă) pe latura biologică a ființei umane. Autoarea (Jane Ogden –2002) exemplifică prin frecvența mai mare a unor boli într-un anumit mediu social (ex. tuberculoza în mediile paupere, IMA la muncitorii necalificați).

Științele umaniste care au legături strânse cu psihologia sănătății sunt antropologia medicală și psihologică, bioetica, psihopedagogia și altele.

4. SCURT ISTORIC

Marilou Brouchon – Schweitzer menționează oficializarea acestei discipline în 1985, în Statele Unite, ca secție componentă a Asociației Psihologice Americane, precedată de o reuniune (grup de lucru), reunit în 1976 în Statele Unite (Stan Maes).

Primul președinte al societății americane a fost Joseph D. Matarazzo. Ulterior (1985) în Annual Review of Psychology, apare un prim număr, dedicat psihologiei sănătății.

Imediat, în 1986, la inițiativa profesorului universitar olandez Stan Maes a fost fondată Societatea Europeană de Psihologie a Sănătății.

Din 1986, după prima conferință europeană consacrată acestui domeniu, organizată la Tilburg, s-au răspândit în Europa asociații naționale de Health Psychology în Olanda, Anglia, Belgia, Germania, țările scandinave și în Spania

Au început să se predea cursuri în toate universitățile olandeze, inițial în Leide și Utrecht, ca și în alte universități europene, Londra, Alicante, Trier, și Lausanne. Au apărut numeroase monografii în acest domeniu dintre care cele din jurul anului 2000 au fost deja prezentate în introducerea cărții noastre.

Așa cum s-a mai arătat, psihologia sănătății tinde să înglobeze, la concurență cu medicina comportamentală, aspectele atitudinale și comportamentale implicate în promovarea sănătății și combaterea factorilor de risc pentru îmbolnăviri dar și problemele psihologice ale bolnavilor și ale sistemului medical de îngrijire (cu multiple adăugări de specialiști din alte domenii conexe, sociologi, psihologi, etc).

După cum am mai menționat această a doua secțiune a psihologiei sănătății - consacrată comportamentului bolnavului și relației dintre medic și pacient - noi o considerăm ca reprezentând domeniul de preocupări al medicinei comportamentale, ceea ce ne permite să evităm suprapunerile extrem de frecvente dintre ceea ce înțeleg să revendice ca fiind domeniul lor de studiu, diversele universități americane, și mai recent, europene.

Pare ca important faptul că, **indiferent de eticheta acestor discipline (psihologia sănătății, medicina comportamentală), ele studiază același ansamblu de preocupări legate de aspectele psihosociale ale sănătății și bolii ca și ale sistemului de îngrijire a sănătății.**

*

* *

SĂNĂTATEA ȘI DETERMINANȚII SĂI BIO-PSIHO-SOCIALI

1. DEFINIRE GENERALĂ A SĂNĂȚII

Începuturile umanității - inițial legate de apariția autoreflexiei, ca proprietate majoră a psihismului - au fost supuse, mai mult decât astăzi, funcționării unei reguli de acțiune și reflexie postacțională, regulă bazată pe “încercare și eroare” (cu corecția emergentă de tip feedback a acțiunii respective). Conform acestui mecanism de gândire, scăderea brutală sau insidios instalată a capacității omului primitiv de a-și desfășura obișnuitele sale activități (preponderent fizice) ale vieții zilnice a fost interpretată ca un “accident”, a cărui repetare - la același individ sau la alți indivizi - a permis conturarea, de-a lungul timpului, a noțiunii de **boală** (cu diferite accepțiuni semantice), semnificând o stare nouă, nefavorabilă, de rupere a echilibrului relațiilor individului cu natura înconjurătoare dar și cu ceilalți indivizi.

Se pare că ideea de boală a precedat pe aceea de **sănătate**. Aceasta din urma s-a constituit după ce individul, vindecat de boală, și-a regăsit senzațiile și capacitățile pierdute temporar în cursul bolii. Noua stare, de bine “redobândit”, a fost recunoscută și conștientizată ca un atribut personal de mare preț pe care, din acel moment, individul s-a hotărât să și-l apere cu toate mijloacele (amplificate și multiplicare odată cu progresele societății umane).

Evoluția cunoștințelor despre sănătate și cultivarea acesteia – legată strâns de succesele medicinei – a fost influențată de diferite credințe religioase, ca și de evoluția ascendentă a științelor sociale (psihologia și sociologia).

Definiție personală

Sănătatea reprezintă o stare globală (generală) a organismului uman conformă cu menținerea nivelului de funcționare (=viață) al sistemelor sale morfo-funcționale componente în cadrul reprezentat de ansamblul unor parametri de definiție: somatici (anatomo-fiziologici) și psihologici.

În esență, sănătatea reprezintă un echilibru dinamic al relațiilor individului cu mediul înconjurător, natural/artificial și social, relații ce pot fi sintetizate ca reprezentând înseși **premizele vieții**, asigurate de **schimbul de substanțe** (și energie = metabolism) și **informație** cu acesta.

Definiția OMS (W.H.O.)

În plan subiectiv, orice individ sănătos o apreciază, cel mai adesea, fugitiv, ca pe o stare de "bine", fără a o savura îndelung, ca atunci când se vindecă brusc după o boală acută trecătoare. Această senzație plăcută "de bine", (bien-être, valetudo, wohl) corespunde și unei "cenestezii pozitive", un fel de conștientizare a funcționalității normale a componentelor organismului, o sumă de informații cenestezice, în special la nivelul aparatului locomotor, tegumentelor și respirației. Din această optică subiectivă rezultă și **definiția Organizației Mondiale a Sănătății (WHO) care consideră sănătatea ca pe o stare de bine complet din punct de vedere fizic, psihologic și social - și nu absența bolii.**

Aceste evaluări cu tentă introspectivă se referă la **aprecierea subiectivă** a sănătății predominant somatice acoperind numai o parte din sfera noțională a sănătății globale (care include și sănătatea mentală) și corespunzând respectării unor parametrii psihici și sociali de definiție.

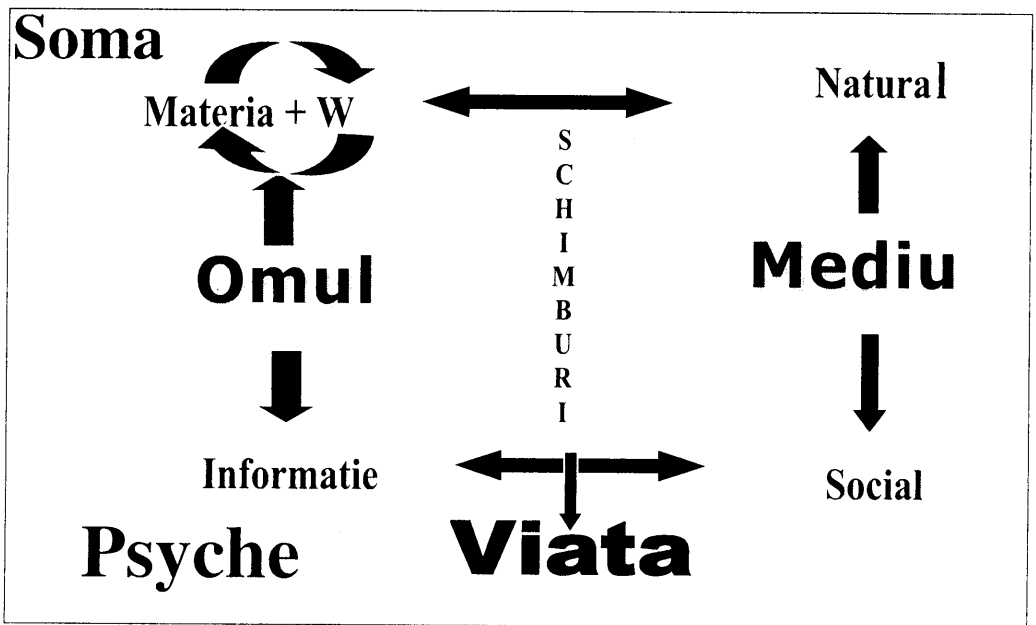


Figura 1. Viața umană, ca schimb de substanță și informație cu mediul înconjurător

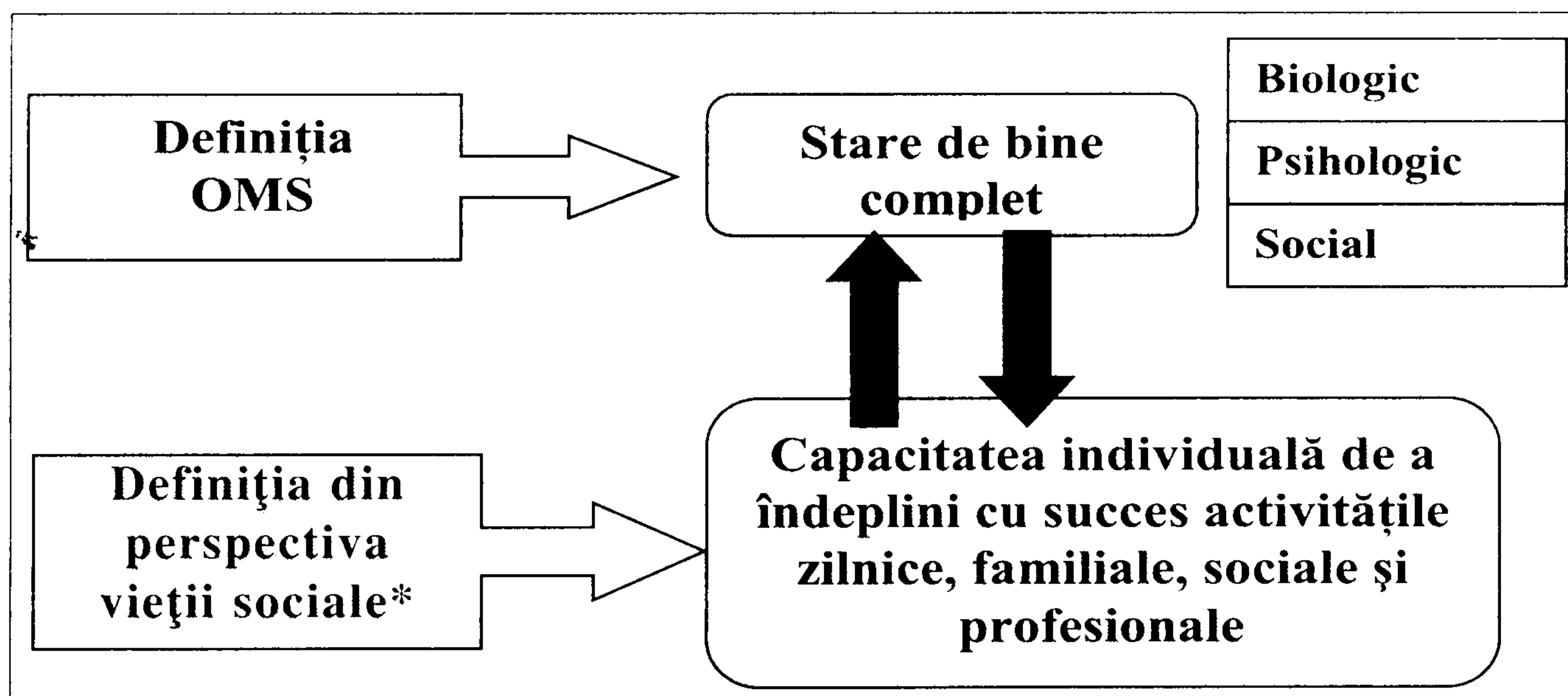


Figura 2. Definiții ale sănătății

2. SĂNĂTATEA SOMATICĂ

Se referă la ceea ce mai putem denumi sănătatea fizică „sănătatea trupului”.

Parametrii somatici ai stării de sănătate se referă la o serie de indicatori externi – de ex. fizionomia, tegumentele - sau interni – de ex. constantele sângelui - care circumscriu statistic normalitatea, ca de exemplu:

- **morfologici** (de ex. talia – cu extremele ei: gigantism și nanism)
- **funcționali** (de ex. nivelul glicemiei, depășit în diabetul zaharat),
- **de rol social** (capacitatea de a îndeplini exigențele profesionale ori ale vieții casnice sau alte solicitări sociale uzuale – de ex. curățenia trotuarului din fața locuinței).

În cadrul investigațiilor medicale ce studiază aspectele menționate mai sus ale normalității, există o mulțime de **indicatori** în funcție de metoda utilizată și de organul abordat, din care exemplificăm: **constantele umorale** (sânge, urină, LCR, etc.), **aspectele imagistice** ale structurii unor organe: radiografia pulmonară, ecografia renală, ecografia hepatică, tomografica osoasă, etc.

Toate aceste aspecte morfo-funcționale ale sănătății somatice se supun unui anumit grad de probabilitate și conțin o doză de arbitrar, referitoare la **zona de graniță, din câmpul unui continuum dintre sănătate și boală** în care – în cazul unor boli incipiente – există multe dubii diagnostice.

În plus, parametrii somatici “interni” ai sănătății pot fi afectați de boală în condițiile în care individul se simte perfect sănătos (ex. bolile infecțioase în perioada incubației, cancerul în primele stadii, etc).

Din acest motiv, **aprecierea subiectivă a stării de sănătate are numai o valoare psihologică pentru individ** și, în cazul unor boli latente, poate constitui o sursă de

* Zemp Stutz și Heim (1998)

eroare ce alimentează o relativ frecventă neglijare a unor examene periodice de sănătate.

În același timp, sănătatea somatică nu presupune coexistența obligatorie a unei sănătăți mentale, fapt ce explică existența unor boli psihice în contextul unei sănătăți somatice perfecte a bolnavilor respectivi.

3. SĂNĂTATEA MENTALĂ

3.1 Definiere

Deși ramurile Psihologiei Medicale studiază aspectele psihosociale ale bolilor fizice (somatice), importanța cunoașterii dimensiunilor psihologice ale sănătății (în plan mental și în plan comportamental) este la fel de mare, în cazul bolnavilor somatici. Un prim argument este furnizat de faptul că barajul - reprezentat de o sănătate mentală perfectă în fața solicitărilor mentale apărute sub forma stressului psihic - nu este, cel mai adesea, perfect și, din acesta cauză, el poate fi străpuns *prin zonele de "slabă rezistență" psihologică*. Aceste zone sunt reprezentate de anumite trăsături de personalitate cu rol permisiv față de propagarea stresului indus de factori externi sau de factori interni, ca de exemplu, puternica rezonanță la disconfortul somatic generat de boală.

Un al doilea argument este acela că, în practica medicală, se pot întâlni destul de frecvent *pacienți la care coexistă boli somatice cu tulburări psihice* ce necesită diagnostic și tratament, cum este cazul unor mari nevrotici cu boli psihosomatice asociate (de ex., ulcer duodenal + astm bronșic + hipertensiune arterială, etc. la un același bolnav cu o stare depresivă) (Iamandescu 1980).

În definierea sănătății mentale, criteriile de apreciere a normalității sunt mai puțin riguroase (au un grad mai mic de cuantificare) dar pot, totuși, să ofere suficientă garanție pentru o apreciere, mai ales când observația clinică se coroborează cu *elemente ale distribuției statistice* (raportarea la majoritatea de cca 68% din zona medie +/- minoritatea de cca 27% - incluse în normalitate) (Minulescu) și, mai ales cu *utilizarea testelor psihologice* din domeniul psihodiagnozei.

Într-o tentativă globală de a defini sănătatea din punct de vedere psihologic, trebuie să pornim de la cele două laturi intercorelate ale psihismului: procesele mentale și actele comportamentale. În esență, vom avea în vedere, ca și în cazul sănătății somatice, o **latură externă (comportamentală)**, mai ușor de evaluat - deoarece comportamentul este, prin definiție, observabil din exterior - și o **latură internă (activitatea mentală)**, abordabilă numai de către subiect prin introspecție.

Întrucât sănătatea mentală reprezintă rădăcinile (interne) ale comportamentului (acesta este pus în mișcare prin decizia luată în plan mental, după o "largă dezbatere" a instanțelor psihismului), vom păstra acest termen (sănătate mentală) într-un sens echivalent cu cel de sănătate psihică.

Definiția 1

Vom porni totuși de la o definiție "comportamentală" a sănătății mentale, care poate

fi considerată ca **un mod de a gândi, simți, și mai ales, a se comporta, al unei persoane, în conformitate cu normele (regulile) impuse de colectivitate.** Prin această definiție de lucru, vom accentua caracterul de afiliere la normele sociale, incluzând și particularitățile socio-cultural istorice ale acestor reguli, care, uneori, pot să creeze confuzii neesențiale. De exemplu, un individ care fluieră într-o biserică ortodoxă sau într-o moschee comite un lucru considerat anormal (dacă o face fără discernământ), iar o femeie având cu capul acoperit cu turban este considerată excentrică într-o țară creștină și perfect normală într-o țară musulmană.

Totuși normalitatea psihică (păstrăm și aici sinonimia cu sănătatea mentală) nu este total superpozabilă normelor socio-culturale, inclusiv juridice, existând multe cazuri în care micile abateri, ca de exemplu de la “codul manierelor elegante” sau de la regulile de circulație, pot să provină din ignoranță sau dintr-o rea intenție a individului și să nu aibă un caracter constant. Aceste exemple impun includerea **discernământului** între atributele normalității.

Definiția 2

Având în vedere că perspectiva psiho-medicală de apreciere a sănătății mentale este mai largă, mai explicită dar și mai adecvată decât cea socio-culturală, vom considera ca valabilă definiția dată de Mihaela Minulescu: *“O persoană sănătoasă mental prezintă o structură unitară a personalității, în care toate componentele complementare funcționează integrat, nu disruptiv, este conștientă de propriile limite și poate face față acestora; de asemenea, include și capacitatea de a învăța din experiența de viață”*. Potrivit aceleiași autoare, sănătatea mentală poate fi definită prin următoarele caracteristici:

- capacitatea de conștientizare, acceptare și corectitudine în modul cum se concepe pe sine;
- stăpânirea mediului și adecvarea în modul de a face față cerințelor vieții;
- integrarea și unitatea personalității;
- autonomia și încrederea în sine;
- perceperea realistă și sensibilitatea socială;
- continuitatea dezvoltării personale spre auto-actualizare.

3.2. Parametrii bio-psiho-sociali ai sănătății mentale

Sănătatea mentală este, în primul rând condiționată de o bază biologică reprezentată de structurile sistemului nervos central, mai ales ale scoarței cerebrale. Această afirmație este susținută de existența unor tulburări psihice în cazul tumorilor cerebrale dar și în cazul unor intoxicații precum cea alcoolică sau din cursul unor insuficiențe de organ (uremie), encefalopatie portală; etc. Un celebru adagiu latin exprimă plastic această relație: **„mens sana in corpore sano”**.

Referitor la interacțiunea individului cu mediul psiho-social, „Onion model” elaborat de Dahlgren și Whitehead în 1991, oferă posibilitatea unei vederi de ansamblu asupra modului în care nucleul biologic al individului respectiv (vârstă, sex, ereditate)

este învelit în straturi concentrice, de la interior spre exterior, de către *influența altor „determinanți ai sănătății”*, reprezentați de:

1. factori ai stilului de viață
2. influențe social-comunitare (la nivel de grup)
3. condiții de viață și muncă
4. condiții generale social-economice, culturale și de mediu macrosocial.

Sănătatea mentală trebuie apreciată în cadrul condițiilor de dezvoltare ale individului și mai ales, **în funcție de vârstă**. Astfel de exemplu, la copilul mic și la vârstnicii fără boli degenerative avansate, performanțele cognitive, aspectele afectivității, comportamentul, etc. sunt foarte diferite de nivelul maximal al sănătății mentale specifice adultului și care este denumită prin sintagma “maturitate psihică”.

Potrivit stadializării concepute de Erickson (citată de Luminița Iacob), etapele de “dezvoltare psihosocială” sunt marcate de *adaptarea și asimilarea la factorii sociali determinanți* (ibidem): părinții (0- 6 ani), școala și familia (6-12 ani), grupele de aceeași vârstă (adolescenți 13-18 ani), prietenii și relația de cuplu (tinerețe), familia și societatea (adultul matur), pensionarea și apropierea de sfârșitul vieții (bătrânețe).

Adultul matur își formează *comportamente de asumare a responsabilității asupra deciziilor sale, pune în centrul valorilor sale familia și societatea și-facultativ- își exprimă valențele creatoare (sau stagnează)*.

Copilul de diferite vârste aspiră la (și dobândește) autonomie și competențe specifice vârstelor pe care le parcurge, **adolescentul** – identitatea, **tânărul** - intimitatea sau izolarea (în relația de cuplu, cu prietenii), **adultul** – puterea de a genera, iar **vârstnicul** – evaluarea reușitelor din cursul vieții și înțelepciunea (sau disperarea).

3.3 Sănătate mentală și adaptare

Un **individ sănătos** din punct de vedere mental (psihic) posedă o adaptare suplă și armonioasă la cerințele mediului predominant social.

Pe scala normalității psihice adaptarea la mediul natural și psiho-social constituie un criteriu de departajare a gradelor de adaptare, motiv pentru care distingem mai multe tipologii în raport cu normalitatea definită mai sus. Astfel, vom distinge:

Bolnavul nevrotic*

Bolnavul nevrotic are o serie de tulburări mentale (în special în sfera afectivă), dar *reușește să se adapteze, este drept, cu mari eforturi*, la cerințele vieții cotidiene și normelor sociale (cf Hochapfel și Hoffmann). Datorită simptomelor sale psihice el cere, în mod repetat (uneori excesiv), ajutorul doctorilor deoarece este conștient de boala sa.

Bolnavul psihotic (prototip schizofrenicul)

Este *rupt de realitate*, trăiește într-o lume a sa, frecvent delirează, și nu recunoaște faptul că este bolnav, în ciuda unor tulburări mentale severe.

* termenul de “nevrotic” a fost eliminat prea ușor din nomenclatura psihiatrică reglementată de ICD-10 și DSM IV, dar este încă păstrat de către mulți autori germani (de ex. W Schneider – 2000) și din alte țări.

Tulburări de personalitate

Dacă sindroamele nevrotice și psihozele întrunesc elementele de definiție ale bolii (cu un debut, o perioadă de “platou” și, în final, o ameliorare - cel mai adesea - sau chiar vindecare, mult mai rar), **tulburările de personalitate** (termenul mai vechi de “*psihopatii*”) nu sunt considerate boli. Ele reprezintă o structurare timpurie, încrămențată, a unor trăsături de personalitate într-un pattern comportamental specific fiecăreia dintre ele, dar având ca numitor comun *inadaptarea sau o defectuoasă adaptare la viața socială*. Acești indivizi se comportă de o așa manieră încât, *fie că își complică singuri existența (de exemplu, tipurile de personalitate anancastă sau emotivă), fie că “îi fac să sufere pe ceilalți” (K. Schneider)* de exemplu, tipul borderline, tipul de personalitate disociată, paranoidă, etc. (DSM IV). Această din urmă grupă de tulburări de personalitate recrutează indivizi cu un **comportament antisocial**, adeseori delicvenți care - deși au discernământ - nu reușesc să învețe din propria lor experiență, de oameni certați cu legea și pedepsiți de către aceasta.

Clasificările psihiatrice mai noi îi scot pe acești indivizi cu “personalități dizarmone” din categoria bolnavilor deoarece tulburările lor comportamentale sunt constante, au o evoluție cvasi-permanentă, nefiind, în general, receptivi la psihoterapie sau la medicație psihotropă și nici la corecțiile aplicate de lege prin detenție (ibidem).

Personalități accentuate (Leonhard)

Se consideră de către psihologi și se adeverește de către marele public faptul că indivizii care se încadrează în normalitatea postulată de către testele psihologice, deși sunt foarte prețuiți de către cei din jurul lor pentru corectitudinea și eficiența lor în plan mental și comportamental – dau, în genere, impresia unor „mediocrități” puțin cam plicticoase, uniforme, mai ales „pe termen lung”, ceea ce poate să creeze un fenomen de saturație afectivă, mai puțin pentru colegii de serviciu, cât pentru membrii de familie și în special pentru partenerul conjugal.

Ca o opinie personală, nesuținută de probe științifice, avem impresia că acești oameni, „ca la carte”, (în special bărbații) ajung să producă – în cadrul conjugal, mai ales – o senzație de iritare ascunsă (în cazul în care ei reprezintă „modelul”), sau de monotonie exasperantă, motiv pentru care apar multe infidelități sau divorțuri declanșate de soțiile respectivilor „normali”. În cazul partenerelor „normale la teste”, soțul nu prezintă o astfel de tendință la separație fie din cauza atracției fizice – care compensează „monotonia” – fie din cauza existenței unei „supape” reprezentată de mici infidelități conjugale, acceptate mai ușor în spațiul balcanic (când autorii lor sunt bărbații).

Revenind la „normalitatea plicticoasă” postulată de testele psihologice de personalitate, este demnă de apreciat tentativa lui Karl Leonhard de a întreprinde un efort – sprijinit de clasificările anterioare ale tipurilor de psihopatii, în special a lui Kurt Schneider, – de a considera, pe baze clinice, existența unei zone de tranziție între normalul personalității și patologicul reprezentat de tulburările de personalitate.

Criteriul care permite diferențierea față de anormalitate este, în opinia noastră, **menținerea evoluției persoanei respective în cadrul unei adaptări sociale, cel puțin acceptabile, fără situații conflictuale zgomotoase cu sine și cu lumea din jur**. În cadrul acestei zone de tranziție se situează o serie de trăsături accentuate de personali-

tate (ex. emotivitatea, impulsivitatea, tendințele obsesive, paranoide, etc.) a căror prezență la un individ (una sau chiar mai multe) conferă acestuia un grad de originalitate, adeseori apreciat de către cei din jur .

În ceea ce privește adaptabilitatea acestor personalități accentuate” – din rândul cărora se recruțează valorile științifice, artistice, etc – ale societății – există posibilitatea unei „derapări” spre personalități dezarmonice, în cazul unor împrejurări ale vieții nefavorabile (Minulescu).

Redăm mai jos tipologia de bază a personalităților accentuate creată de Leonhard, nu înainte de a recomanda lucrarea fundamentală (fascinantă!) în care ele au fost expuse: „**Personalități accentuate în viață și literatură**”, carte ce ilustrează încă o contribuție originală a autorului, aceea de a exemplifica diversele trăsături accentuate de personalitate prin celebre personaje ale literaturii mondiale (create de Shakespeare, Tolstoi, Balzac, etc.).

Clasificarea sa cuprinde ca **trăsături accentuate ale firii:**

- tipul hiperperseverent (susceptibilitatea și ambiția);
- tipul hiperexact (conștiinciozitatea și seriozitatea sunt exagerate);
- tipul demonstrativ (teatral, se autolaudă și autocompătimește);
- tipul nestăpânit (irascibil, indispoziție cronică, devieri în direcția alcoolismului, sau sexuale).

Combi-națiile trăsăturilor de caracter accentuate conduc spre:

- tipul hipertimic (locvace, cu o constantă bună dispoziție);
- tipul distimic (posomorât, seriozitate exagerată);
- tipul labil (oscilații între veselie și tăcere, hiper- și distimie);
- tipul emotiv (trăiri afective puternice, determinate atât de evenimente triste cât și fericite);
- tipul exaltat (excesivă oscilație a afectelor între euforie și depresie);
- tipul anxios.

Combi-națiile trăsăturilor de caracter și temperament accentuate:

- tipul introvertit (trăiește preponderent în lumea imaginației);
- tipul extravertit (trăiește preponderent în lumea percepției);
- tipul introvertit - hipertimic.

N.B. Pentru detalii asupra datelor conținute în acest capitol, menționăm paragraful “Normalitate psihică” de M. Minulescu în B. Luban-Plozza și I. B. Iamandescu “Dimensiunea psihosocială a practicii medicale”, Ed. Infomedica 2002

3.4 Sănătatea ca problemă a colectivității

“Sănătatea unei națiuni este o problemă de ordin social și nu una de ordin personal”
(Bandura – 2005).

Problematica sănătății a fost abordată, cu mai multă hotărâre și amploare, de la jumătatea secolului trecut, de către forurile decizionale ale fiecărui stat. „Comanda socială” a unei veritabile politici a sănătății a venit odată cu **progresele medicinei care au permis creșterea duratei de viață** la vârste care “permit” dezvoltarea unor boli cronice de uzură până la un stadiu în care să atingă nivelul unor suferințe până atunci ignorate (câteva exemple: ateroscleroza coronariană și cerebrală, diabetul zaharat insulino-dependent, reumatismul cronic degenerativ). Prin urmare, prevenirea unor astfel de boli ar trebui asigurată printr-un **comportament sănătos, adoptat de timpuriu** sub influența unei educații bazate pe considerarea și combaterea factorilor psihosociali implicați în geneza unor conduite nocive, de risc pentru îmbolnăvire. O astfel de orientare asigură **condițiile desfășurării vieții prelungite („extended life”) cu cât mai puțină durere, infirmitate și dependență.** (Fries și Crapo – 1981).

Printr-un *model general al sănătății conceput mai ales ca rezultat al unor obiceiuri de viață sănătoase* (dietă, mișcare, odihnă, etc. echilibrate) *decât al utilizării unor medicamente* (“pentru slăbit”, “pentru calmare” etc) se poate frâna **procesul de “medicalizare a problemelor vieții**, realizată până acum printr-un marketing public agresiv al unor medicamente scumpe, prescrise pentru aceste probleme”. În plan psihologic individual, apare ca necesară formarea unei *mentalități asupra propriei sănătăți*, „self-management model” (Bandura, 2005), conform căreia **orice om trebuie să își autoadministreze sănătatea într-un mod conștient și responsabil**, ca parte integrantă a stilului său de viață, care să-i respecte particularitățile sale motivaționale adaptate la cele biografice. O astfel de individualizare a comportamentului salutogenetic implică plasarea interesului individului, mai ales a celui vârstnic, în sfera unor oferte, din partea societății, cu privire la posibilități de promovare a sănătății adecvate problemelor sale personale sau specifice grupului social de apartenență (de ex. excursii organizate în grup pentru septagenari și octogenari, ce dezvoltă autonomia plurivalentă a vârstnicilor).

Asistăm astfel la o **“redirecționare a eforturilor societății de la practicile de ofertă - supply-side”, către “remediile cerute – demand-side”** (ibidem).

Același autor propune din această perspectivă **implementarea unor “programe de sănătate psihosocială”** pe internet capabile să ofere unei largi populații - la nivel mondial- *repere comportamentale generale pentru păstrarea sănătății*. În același timp, internetul poate oferi posibilitatea unor “modele efective de furnizare a unei *instruiri personalizate*”, menită să schimbe sau să atenueze obiceiurile nesănătoase ale individului interesat de o astfel de schimbare și care poate găsi informațiile respective într-un mod facil, cu costuri reduse și având – pe această cale a internetului – senzația de anonim care îl protejează de jena frecvent întâlnită la cei cu vicii, când încearcă să obțină același gen de informații de la o altă persoană (Muniz și col. cit de Bandura)

4. CLIMATUL SOCIAL ȘI SĂNĂTATEA – INDUCTOR DE COMPORTAMENTE PATOGENETICE ȘI SALUTOGENETICE

4.1 Influența mediului familial

Moss (2005) analizează **efectele influenței familiei și universității** asupra copiilor, respectiv studenților, cu referire la conduitele acestora.

Astfel, copiii dintr-o *familie organizată*, fără mari conflicte și cu o bună comunicare între membrii ei (în primul rând părinții) vor avea mai puține tulburări emoționale și comportamentale.

În rândul acestor familii “pozitive” autorul marchează o diferență între *familiiile orientate spre independență și realizare* (împlinire de ordin material) ai căror copii devin mai doritori să se afirme și independenți, și *familiiile “stimulative”, cu o orientare intelectuală și spre recreere* care favorizează, la copiii respectivi, o dezvoltare perceptivă și senzitivitate mai bună, permițând o acomodare mai bună.

În mod opus, copiii crescuți în familii cu o *structură rigidă* se dezvoltă o insecuritate emoțională și o mai redusă stăpânire de sine (autocontrol).

Familiiile dezorganizate “produc” copii cu tulburări comportamentale frecvente

În ultimă instanță, **climatul social – reprezentat de influențele celor din jur** – în perioada dezvoltării individului (adolescent, școlar, student) are un rol important în *structurarea unor pattern-uri comportamentale* a căror varietate se reduce la caracterul lor adaptativ sau dezadaptativ, cu implicații inerente asupra sănătății. Nu trebuie nici un moment, însă, pierdută din vedere influența majoră a fondului genetic al trăsăturilor mentale și comportamentale ale unui individ (de exemplu, personalități de excepție crescute într-un mediu familial dezorganizat).

4.2 Comunicarea – element cu rol favorabil în salutogeneză

Comunicarea unui individ cu cei din jurul său are un rol extrem de favorabil asupra sănătății, nu numai somatice ci și psihice.

Această afirmație este susținută de observații clinice dar mai ales cercetări epidemiologice cuplate cu anchete sociologice care evidențiază - pe o scală având ca extreme: izolarea socială și rețelele de comunicare maximă - longevitatea mult crescută la cei care comunică în raport cu persoanele izolate (Matlin 1990) ca și numărul crescut de îmbolnăviri la acestea din urmă (studii asupra patologiei la bărbații necăsătoriți sau văduvi).

Considerăm că beneficiile comunicării pot fi sistematizate astfel:

- permite acumularea de informații capabile să optimizeze strategiile adaptative ale individului;

- oferă suport emoțional prin „descărcarea afectivă”, în cazul unei probleme personale, cuplată adeseori cu compasiunea și sfaturile interlocutorului (un bun exemplu este liniștea unui bolnav îngrijorat de amenințările bolii - de către medicul său curant);

- satisface una dintre nevoile psihologice umane, postulatele de către Linton, „nevoia de afiliere”.

- în plan hormonal, se corelează cu eliberarea de endorfine, cu rol în creșterea imunității (implicată în longevitate);

Comunicarea și avantajele ei pentru sănătate vor fi abordate și în multe alte capitole ale lucrării (de exemplu rolul religiei în salutogeneză).



STILUL DE VIATA ȘI SANĂTATEA. FACTORII PSIHO-SOCIALI ȘI RESURSELE BIOPSIHOLOGICE INDIVIDUALE

1. STILUL DE VIAȚĂ ÎNTRE OPȚIUNI ȘI CONSTRÂNGERI. EFECTE GENERALE ASUPRA SĂNĂTĂȚII

Knowles afirma în 1997 că 99% dintre indivizi se nasc sănătoși dar că ei devin ulterior bolnavi ca urmare a unor comportamente greșite față de sănătate dar și acțiunii nocive a unor factori de mediu (natural/artificial și social – n.n.).

Această tendință evolutivă către boală poate fi diminuată (imposibil de oprit în totalitate) printr-un comportament sănătos, ceea ce Matarazzo denumește “**sănătate comportamentală**” (Behavioural Health) subliniind accentul care se pune asupra laturii morale a acestei adevărate filozofii a sănătății pe care o posedă orice ființă umană.

Acest comportament față de sănătate este, în mare măsură, spontan - ca rezultat al unor **tendințe naturale** ale fiecăruia dintre oameni. Rezultatul unor astfel de conduite spontane – neglijând anumite **reguli** insuficient cunoscute sau respectate – poate fi apariția unor boli “comportamentale”, precum obezitatea. Pe de altă parte, o serie de **plăceri “dobândite”** precum fumatul sau consumul de alcool, conducând și ele la apariția bolii, reprezintă rezultatul unor decizii luate de individ, în ciuda interdicțiilor în acest sens, recomandări ce vin din partea societății.

Prin urmare această împletire de “acțiuni aparent spontane și decizii” (Matarazzo) influențează starea de sănătate și se înscriu în stilul de viață al unui individ. Sarafino – 1990 - definește –chiar dacă incomplet – stilul de viață ca fiind “totalitatea deciziilor și acțiunilor voluntare care afectează starea de sănătate”, dar meritul acestei definiții – care ignoră totuși faptul că stilul de viață include și alte conduite indiferente față de sănătate (ex. preferințele, „gusturile fine”, pentru anumite tipuri de muzică, mobilier, etc) – este acela că subliniază **dependența sănătății de comportamentul individual și social**.

Acest comportament include o serie de conduite care afectează negativ starea de sănătate (fizică sau psihică) (**factori nocivi, de risc, patogenetici**) sau, dimpotrivă, au un rol pozitiv, de menținere sau chiar cultivare a sănătății (**factori salutogenetici**).

Referitor la acești doi termeni, Jonasch subliniază faptul că cel mai indicat apare cel de salutogeneză (salus, salutis = stare de bine, echivalent cu sănătatea) având un sens primar, în timp ce sanare (a însănătoși) reprezintă sensul secundar de redobândire a sănătății, după ce deja a apărut boala.

Revenind la **stilul de viață, apare ca evident că, din punctul de vedere al relației**

sale cu sănătatea, el se constituie ca o rezultată a factorilor care o promovează sau o destabilizează (ruinează).

Factorii care se relaționează cu starea de sănătate interacționează de fapt cu terenul biologic și psihologic al individului într-un mod care poate fi sistematizat cf. fig 3 în:

a. acțiuni directe asupra somei (corpului) și psihicului:

- *stimuli psihici negativi* (de exemplu, pierderea serviciului – șomaj) pot duce la tulburări psihice de tipul unui sindrom depresiv. De ex.: fumatul persistent afectează bronhiile generând o bronșită cronică, uneori cancer pulmonar

b. acțiuni indirecte – prin intermediul celeilalte componente:

- *stimuli fizici* → soma → psihic. De exemplu, influența psihică a unor factori externi, de ex insolația și tulburările psihice secundare. (cefalee, insomnie, nervozitate etc.)

- *stimuli psihici* → psihic → tulburări somatice. De exemplu, un proces de divorț antrenează în plan psihologic o stare de nemulțumire difuză, anxietate crescută etc. tulburări psihice care favorizează apariția unei boli somatice ulcer duodenal.

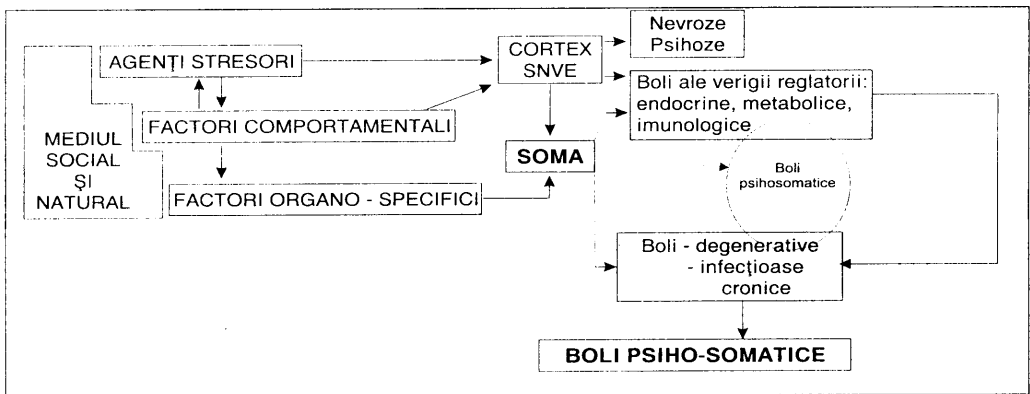


Figura 3. Interrelații bio-psiho-sociale în etiopatogenia bolilor psihosomatice.

2. ATITUDINEA FAȚĂ DE SĂNĂTATE – ÎNTRE CONVINGERI ȘI MOTIVE („HEALTH BELIEFS”)

Fără îndoială, cultivarea și păstrarea sănătății au la bază, în primul rând, comportamentul individului care trebuie să-și armonizeze calitățile și resursele biologice cu cerințele psihice și sociale.

Deciziile pe care trebuie să le ia, au la bază și ele, o interacțiune între ceea ce individul știe că trebuie să facă în acest sens și motivația biologică și psihosocială care îl impulsionează să acționeze în acord sau în dezacord cu regulile pentru prevenirea îmbolnăvirii.

Păstrarea și cultivarea sănătății este la omul sănătos, foarte diferită de **comportamentul mult mai strict și conformist al bolnavului** care urmează, de regulă, în cele mai mici detalii, tratamentul prescris de doctor. Tocmai **libertatea de decizie a omului**

sănătos îl face pe acesta să acționeze mult mai relaxat și mai personal față de abecedarul sănătății. Această libertate îi este totuși îngrădită de recomandările medicale care îi ajung, nesistemizate, la cunoștința dar și de o serie de cunoștințe sau chiar interdicții de ordin religios sau social. Există, deci, premize pentru ca orice individ să adopte, din startul maturizării (dar și din copilărie), un comportament responsabil față de propria sănătate .

Sistemul de cunoștințe și de convingeri pe care un individ le posedă cu privire la păstrarea și promovarea sănătății se formează din interacțiunea elementelor de **educație** asupra conduitelor salutogenetice și a celor de risc (patogenetice) cu elementele de **experiențe individuale**, inclusiv observațiile sale asupra bolilor proprii sau ale celor din jur.

Referitor la ceea ce se întâmplă în mintea unui om (evaluarea riscului și a propriilor posibilități) când este confruntat cu o serie de interdicții asupra unor comportamente ale sale având potențialul declanșării sau agravării unei boli, există numeroase teorii dintre care vom reda pe cele mai importante:

2.1 Modele atitudinale asupra comportamentelor salutogenetice.

a) Modelul mentalității personale asupra sănătății (“*Health Beliefs Model*”)

Din această perspectivă, Becker (1974) elaborează acest model care explică factorii cognitivi ce obligă un individ să adopte o serie de practici comportamentale preventive, de reducere a riscului de îmbolnăvire. Autorul consideră că un individ își formează astfel de practici prin:

1. Perceperea vulnerabilității (susceptibilității) sale în fața unei probleme legate de sănătatea sa (ex, riscul unei boli venerice).
2. Perceperea gradului de severitate al acestei îmbolnăviri potențiale.
3. Aprecierea (evaluarea) beneficiilor pe care le poate avea prin adoptarea comportamentelor preventive (de ex. utilizarea condomului).
4. Anticiparea (evaluarea) obstacolelor în calea acceptării unui astfel de comportament (în cazul menționat, efortul de voință pentru a nu ceda tentației) dar și a consecințelor negative acestui comportament preventiv (de exemplu, un alt caz: dietele extreme pentru slăbire, „silueta”)
5. Cunoștințe mai mult sau mai puțin vagi asupra unor modalități specifice de acțiune (provenite din comunicarea de către anturaj sau mass-media a unor date despre starea de sănătate sau simptomele unor boli posibile.

b) Teoria motivației pentru protecție

Elaborată de Rogers în 1983, această teorie susține faptul că un element hotărâtor în decizia de a adopta un comportament salutogenetic este reprezentat de **teama individului de a nu se îmbolnăvi**.

Această teamă de îmbolnăvire este puternic motivată în cazul în care:

- Frecvența bolii respective este crescută
- Severitatea bolii este mai mare
- Un exemplu îl constituie comportamentul evitant al unui bolnav alergic la medica-

mente față de administrarea oricărui nou medicament (se știe „susceptibil”, iar frecvența altor reacții alergice la medicamente și severitatea acestora sunt crescute tocmai pentru un astfel de bolnav).

Un exemplu opus, menționarea unor efecte secundare grave, dar extrem de rare, pe prospectul unui medicament.

De asemenea, dacă unei femei i se recomandă autoexaminarea lunară a sânilor ca un bun obicei profilactic pentru sănătate, ea nu va utiliza frecvent acest procedeu, în timp ce amenințarea cu riscul ignorării apariției cancerului de sân, o va face să îl adopte.

Aceste exemple, privite prin prisma teoriei motivației pentru protecție, relevă importanța educației sanitare a membrilor colectivității carora li se pot furniza explicații menite să le crească motivația pentru comportamente salutogenetice

c) Teoria social cognitivă

Elaborată de Bandura în 1986, această teorie aduce în discuție elementele fundamentale în adoptarea unui comportament salutogenetic care se axează pe **evaluarea raportului dintre beneficiu și cost** (eforturi materiale, „renunțări”, bariere, etc.). le putem sistematiza, sub forma următoare:

1. *Evaluarea cerințelor comportamentului cognitiv* (de ex. abandonul fumatului, regimul dietetic sau gimnastica de dimineață)

- este cu adevărat important pentru sănătate? Dovezile solicitate convingătoare
- este accesibil, posibil de îndeplinit? De ex. se pot vedea imediat rezultatele pe termen scurt?
- Nu aduce prejudicii? De ex. fumătorii se tem să nu se îngrașe dacă se lasă de fumat: curele rapide de slăbire pentru obezi pot dăuna sănătății : un regim dietetic pentru diminuarea colesterolului sau obezității poate crea unele dificultăți materiale sau legate de prepararea mâncărilor respective (de ex. trebuie să se renunțe la cantină).

2. *Evaluarea capacităților personale*

- este la îndemâna sa acest comportament? (lipsa de sănătate este o „barieră internă”)
- există bariere externe? (de ex. o soție pedantă nu dorește o bicicletă magnetică în sufragerie sau nu acceptă să gătească după rețetele pentru slăbire aduse de soțul obez)
- invocarea unor experiențe pozitive („m-am lăsat eu de fumat, o să mă las și de băutură!”)

3. *Exemplul celor care au adoptat același comportament*

Un exemplu sugestiv este cel dat de persoane de încredere sau de celebrități (ex. curele de slăbire ale unor actrițe sau ziariști care apar la TV cu o altă imagine incită curiozitatea pentru dieta respectivelor persoane și întăresc decizia de a adopta același regim alimentar).

Această teorie implică în esență evaluarea în plan cognitiv de către individ a ceea ce i se cere (ceva necesar și posibil) și ce poate face el (ce eforturi, ce renunțări?)

Exemplul celorlaltii poate înclina balanța în favoarea sau în neadoptarea comportamentului respectiv.

2.2 Conduite salutogenetice versus patogenetice între motivații individuale și norme sociale

De la cel mai neglijent până la cel mai pedant individ, responsabilitatea individuală în aplicarea regulilor de conduită privind sănătatea proprie dar și a celorlalti indivizi, devine un subiect de discuție dar și de reflexie a cărei importanță majoră atrage societatea într-o serie de *acțiuni concertate în scopul stimulării acestei responsabilități* – prin educație, motivație, sancțiuni (legi, regulamente) – spre atingerea scopului fiecăruia dintre noi: o viață cu o durată cât mai mare cruțată de disconfort fizic și psihic.

Responsabilitatea individuală în păstrarea sănătății proprii *se extinde și asupra sănătății celor din jur*, existând o mulțime de reguli de la sancțiunea drastică a agresiunilor fizice cauzatoare de vătămări corporale și până la acțiunile cu caracter poluant (fumat, zgomot, murdărie, etc).

Ființa umană – structurată social între liberate și constrângere – va adopta în stil de viață conform cu libertatea “de joc” între ceea ce este permis, util sau nu, și ceea ce este interzis, util sau nu.

Omul are o infinitate de comportamente înscrise în cadranele formate, cele 4 cadrane rezultate din încrucișarea celor doua axe: permis/nepermis și util/nociv.

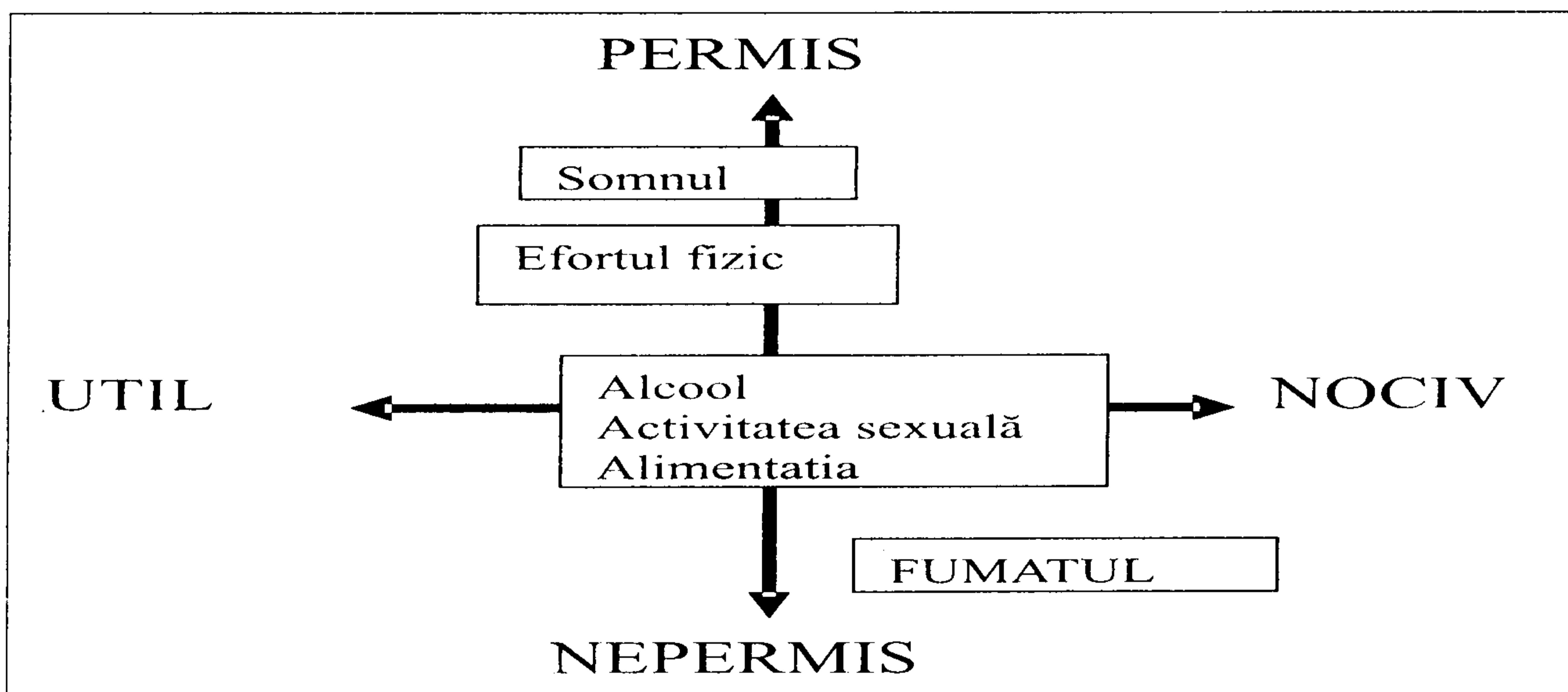


Figura 4. Comportamente permise/nepermise în raport cu utilitatea lor

Din figura de mai sus se pot distinge câteva variante alese spre exemplificare în cazul omului sănătos. Astfel, *consumul de alcool* apare chiar și în cadranul permis/util, cu referire la rolul protector asupra vaselor sangvine în cantități mici (cca. 300 - 350 ml/zi de vin), după cum alimentația bogată în proteine animale poate să fie considerată ca nepermisă (în cursul postului) chiar dacă ea conține alimente foarte utile (brânzeturi, lapte, pește, ou, etc).

După cum se vede, *somnul*, util de recomandat pentru menținerea sănătății, este

nepermis în cursul unor acțiuni precum conducerea automobilului, paza unor obiective, etc, iar *efortul fizic* nu are îngrădire la omul sănătos, deși poate fi nociv în cazul unor suprasolicitări peste limitele fiziologice (de ex, afecțiunile aparatului locomotor apărute la halterofili) sau în cazul interdicțiilor medicale la unele categorii de bolnavi (astfel de comportamente dictate de către medic nu sunt incluse în *figura 4*).

Activitatea sexuală permisă și utilă la omul sănătos, prezintă o serie de interdicții în cazuri fiziologice, fiind chiar nocivă la gravidele în ultimul trimestru de sarcină, iar sexul neprotejat este nociv în afara cuplului, prin pericolul contactării bolilor transmissibile sexual.

CONDUITE SALUTOGENETICE ȘI DE RISC PENTRU ÎMBOLNĂVIRE

1. RESURSELE BIO-PSIHO-SOCIALE SOLICITATE DE PROCESELE ADAPTATIVE

În cadrul acestei interacțiuni ale ființei umane cu **agenții externi** fizici (inclusiv accidente auto), chimici, biologici și psihologici (psihoindividuali și psihosociali), dar și cu **agenții interni** de cauze încă insuficient elucidate (bolile idiopatice, tumorale, unele psihoze, etc) apar **premizele bolii, ca stare de rupere a echilibrului în care organismul se află cu mediul său de viață, natural/ artificial (+/- poluat) și social.**

Spre a împiedica această posibilitate de instalare a bolii, orice individ beneficiază de resursele sale biologice și psihologice cu ajutorul cărora el reacționează spontan (involuntar) sau în cunoștință de cauză spre a se adapta la pericolele multiple care îl amenință sub forma microbilor, virusurilor, stressului, circulației rutiere și mai ales, a unor obiceiuri față de sănătate.

1.1 Resurse biologice

Despre resursele biologice care explica **rezistența crescută față de infecții** a unor indivizi medicina ne învață foarte multe lucruri, ca de exemplu rolul eredității, nivelul crescut al anticorpilor IgA secretori în cazul unor infecții respiratorii virale, în timp ce psihosomatica ori medicina comportamentală furnizează dovezi asupra corelației unor astfel de date biologice cu **trăsături de personalitate** precum optimismul, sensul coerenței, etc, existând –tot cu exemplul în cazul ales - studii care demonstrează acțiunea, suplimentară a stressului psihic față de agresiunea virală, așa cum se întâmplă cu studenții supuși stressului în cursul sesiunii de examene, când nivelul IgA din secrețiile nazofaringiene scade și această amprentă biologică se corelează cu frecvența mai crescută a infecțiilor respiratorii în această perioadă (Jemnot și col - 1993), (Iamandescu 1998).

1.2 Resurse psihologice

Dacă resursele biologice ca și studierea lor, aparțin domeniului medicinei, resursele psihologice ale individului, ca atribut al păstrării sănătății, constituie un obiect de studiu fundamental al științelor psihologice de interferență cu medicina: psihologia sănătății, psihosomatica și medicina comportamentală.

Resursele psihologice individuale se constituie în adevărate filtre antistress, ca de exemplu:

- **trăsături imunogene** de personalitate (v capitolul respectiv), ca element cu mare pondere genetică;

- **experiențe biografice** pozitive sau negative, (încorporarea unor interacțiuni cu mediul social) care cresc resursele adaptative ulterioare (ex. stagiul militar ca experiență dură de viață).

Ele sunt alimentate de suportul social care constituie baza resurselor sociale, prin interiorizarea – ca suport afectiv, în primul rând dar și ca o bază cognitivă – educațională – a „ofertelor” acestui sprijin (căldura afectivă a celor din jur, modelele de saluto-geneză propuse, etc.)

1.3 Resurse sociale

Resursele furnizate de rețeaua socială sunt generate în cadrul climatului social, definit ca un ansamblu de relații și influențe (favorabile sau nefavorabile) pe care individual le găsește în mediul familial, școlar, profesional sau macrosocial în care se dezvoltă.

a) Interacțiunea individului cu mediul psihosocial

Resursele psihologice servesc individului la o adaptare eficientă a individului la mediul social nociv pentru care Moss (2002) a propus un **model tranzacțional** referitor la interacțiunea dintre sistemul mediului de viață (context social) și resursele umane de acomodare (coping).

În cadrul acestei interacțiuni om-societate, care condiționează nu numai sănătatea mentală dar și pe cea somatică a ființei umane, se pot descrie, ca sisteme ce acționează antagonic asupra sănătății (ibidem):

Circumstanțe de viață stresante

Au ca rol supunerea sănătății fizice și psihice la o “presiune socială”

1. Evenimente negative cu caracter de schimbare.
2. Presiunea unor probleme familiale.
 - Probleme de sănătate ale soțului/soției (depresie, simptome fizice).
 - Probleme de sănătate și comportament ale copiilor.
3. Stressuri profesionale prelungite.
 - Presiunea muncii și a controalelor șefilor (supraveghetorilor).
 - Lipsa de autonomie și claritate în lucru.

Resurse furnizate de rețeaua socială (suportul social).

Constituie expresia suportului social care poate să atenueze stressurile enumerate mai sus.

Suportul social reprezintă un ansamblu de factori (materiali, informaționali, afectivi și stimuli sociali), care acționează în sens favorabil asupra individului, ca expresie a ajutorului, „susținerii”, celorlați membri ai societății, începând cu partenerul de viață, grupurile mici (întreaga familie, vecinii, colegii de serviciu și mai ales, prietenii), ca și organizațiile caritabile (biserica, în primul rând) și întreaga societate (aziluri/ spitale, forme de ajutorare a handicapatilor, etc.)

Desigur, în planul suportului social, comportamentul salutogenetic beneficiază în primul rând de oferta informațională, manifestată sub forma unei active propagande în favoarea conduitelor salutogenetice (școală, mass-media în primul rând).

b) Legături sociale cu rol salutogenetic

- Activități sociale cu familia și prietenii.
- Credințe și afilieri religioase.
- Apartenența la un club.

Calitatea relațiilor sociale.

- Coeziune familială.
- Implicarea în muncă, susținerea de către colegi și suportul șefilor.

2. FACTORII DE RISC PENTRU ÎMBOLNĂVIRE EVIDENȚIAȚI DE STUDIUL ALAMEDA

Desigur, un stres psihic (SP) poate sta la originea înclinației unui individ spre abuzul de alcool, după cum acest abuz va determina adeseori neplăceri (deci SP) ale persoanei respective atât în planul sănătății, cât mai ales în cadrul relațiilor sale cu familia, vecinii sau colegii de serviciu. Pornind de la acest exemplu se poate afirma că **factorii comportamentali ai stilului de viață cu rol nociv pentru sănătate reprezintă adevărații factori de risc** pentru o serie de boli, iar evaluarea lor în această calitate a constituit obiectivul a numeroase studii dintre care merită a fi menționat „Studiul (longitudinal) Alameda” din California sub conducerea lui **Belloc și Breslow (1972)** care au determinat *7 comportamente al căror cumul (peste 3-4) poate contribui la o scădere a duratei de viață cu circa un deceniu*. Aceste comportamente pot constitui - luate în mod separat - adevărați factori de risc pentru o serie de boli, astfel încât - o dată cu prezentarea lor - vom indica în *tabelul 1*, una sau mai multe boli în a căror etiologie plurifactorială este implicat fiecare dintre comportamentele studiate (v. tabelul 1 de mai jos, indicând conduitele patogenetice fundamentale care trebuie evitate conform studiului Alameda).

Factori comportamentali	Boli în care poate fi implicat etiologic
1. fumat	Cancer pulmonar, infarct miocardic, BPOC, artrită, ulcer
2. sedentarism	Boli cardiovasculare, obezitate
3. supragreutate	Obezitate, boli cardiovasculare, diabet zaharat, varice
4. consum excesiv de alcool	Ciroza hepatică, hipertensiune arterială, boli psihice
5. somn redus \leq 7-8 ore	Boli psihice, infecții recurente sau cronice (ex. TBC)
6. gustări frecvente între mese	Obezitate
7. absența unui mic dejun consistent	Ulcer, obezitate

Tabelul 1. Factori comportamentali de risc pentru boală
(modificat după Belloc și Breslow - Alameda County)

Din analiza celor două coloane ale tabelului se poate cu ușurință deduce că SP are un **rol cauzal**, în raport cu adaptarea comportamentelor patogene, și de **trigger** (agent

declanșant) al manifestărilor bolii sau devine un **efect** (prin recul somatopsihic), în raport cu bolile în care sunt implicate cele 7 componente nocive.

3. CONSIDERAȚII GENERALE ASUPRA CONDUITELOR SALUTOGENETICE

3.1 Considerații generale. Clasificare

Reprezintă comportamente menite să păstreze, să dezvolte sau să redobândească starea de sănătate, la nivel de individ și de colectivitate.

Ca orice comportament, ele au la bază **factori motivaționali interni (satisfacerea unor trebuințe biologice)** sau **externi (în special, pe baza unor modele educaționale, ca de ex. evitarea consumului de droguri)**. **Factorii motivaționali sunt modelați de cunoștințele despre sănătate și boală, furnizate de societate**, sub forma unor instrucțiuni, diseminate în colectivitate în mod organizat (școala sau publicații de specialitate sau de largă răspândire, de ex.) cu scop expres, profilactic sau deductibile, prin efortul personal al individului, din cunoștințele științifice sau tradițiile culturale filosofi-co-religioase disponibile la momentul respectiv.

Din această perspectivă a factorului motivațional, inclusiv gradul de voluntarism, dar și de conștientizare ale individului care adoptă o conduită salutogenetică, propunem următoarea clasificare:

A. Conduite salutogenetice „evitante”, facultativ acceptate

1. *interzicerea* fumatului, și a consumului excesiv de alcool – ca surse majore de îmbolnăvire
2. *cumpătare* în ceea ce privește:
 - hrana echilibrată în conținut de calorii și principii alimentare+accent pe vegetale (efect antistres)
 - numărul orelor de somn/ activitate
 - activitățile sedentare/ exercițiile fizice regulate
 - utilizarea automedicației aparent benigne (de ex. antialgice)
3. sex protejat
4. relații sociale echilibrate (bazate pe amabilitate, respect, agresivitate scăzută, etc.)
5. cultivarea emoțiilor estetice (natura, artele, în special muzica) în dauna celor violente, instinctuale

B. Conduite salutogenetice obligatorii reglementate social

- interzicerea drogurilor
- comportamentul la volan: centura de siguranță auto, respectarea limitei de viteză și a interdicției de a consuma alcool la volan,

- vaccinările obligatorii și cele facultative (călătorii în zone endemice, infecții tetanigene, etc.)
- verificări obligatorii (bilanțul de sănătate): angajare, permis auto, căsătorie, etc.

C. Conduite salutogenetice activ-formative: recomandări medicale vizând anumite boli larg răspândite (valabile, în special, la indivizii cu teren genetic predispozant):

- igiena orală, verificări stomatologice periodice
- diete cu limitarea unor alimente „periculoase”:
 - grăsimi animale, carne roșie (porc, vită, vânat, mezeluri, etc.);
 - dulciuri rafinate, făină albă, sare - în exces;
 - conserve + conservanți/ coloranți alimentari în exces;
 - alimentație săracă în fibre, afumături (pericol de cancer de colon)
 - preparare nocivă: prăjeli, afumări
- controlul tensiunii arteriale, glicemiei, colesterolului
- evitarea expunerii la razele ultraviolete B (protecție față de cancere cutanate, de sân, etc.)
- autoexaminare lunară a sânilor (depistare noduli mamari)
- verificări specifice la vârstnici sex feminin (ex. metoda Papanicolau după 35 ani, osteodensimetrie după 50 ani) sau masculin (de ex. ecografie prostată la vârstnici)

Tabel 2. Conduite salutogenetice

a) Conduite salutogenetice evitante (de menținere a sănătății), cu caracter de „recomandări și rol eminent preventiv-conservator, așa cum sunt cele încadrate într-un mod de viață prestabilit de comunitate (de exemplu, evitarea exceselor, posturile religioase, etc.) (Ikemi). Tot aici se poate încadra respingerea „de plano“ a unor comportamente nocive pentru sănătate, cum ar fi consumul de alcool și fumatul. În esență aceste conduite tind să mențină nealterată sănătatea individului

b) Conduite salutogenetice obligatorii reglementate social: sunt impuse de colectivitate: de ex. vaccinările, conduita la volan, etc. vezi tabelul 2.

c) Conduitele salutogenetice activ-formative implică o atitudine deliberată din partea individului de a-și dezvolta starea de sănătate actuală la un nivel superior care să îi permită atât o mai bună adaptare la viața pe care o duce și soldate, atât cu diminuarea frecvenței și amplitudinii stresului psihic, cât și cu o creștere a „pragului la care apare boala“. În plus, există și o atitudine de cooperare liber consimțită la măsurile salutogenetice recomandate (ex. spălătul dinților, gimnastica medicală, etc.).

În cadrul acestor comportamente active formative, cuprinse și clasificate în tabelul 2, se pot menționa: *dietele alimentare autoimpuse* (fie întocmite după recomandări „autorizate”), *jogging-ul*, *fitness-ul*, *drumețiile montane*, *cura heliomarină* (aplicată corect, cu evitarea expunerii la razele ultraviolete B dintre orele 10 și 16) și orice fel de

antrenament (inclusiv culturismul), dar un loc important îl ocupă și **conduitele de recuperare după o boală**. Referitor la aceste conduite, „de reconsiderare a sănătății prin prisma bolii”, vom menționa opinia noastră că ele se deosebesc de comportamentele profilactice „primare” (dinainte de îmbolnăvire) prin aceea că **gradul de libertate al individului este mult îngrădit de experiența bolii** care devine un motiv de acceptare necondiționată a unor recomandări de această dată exprese (de exemplu, renunțarea la fumat, dieta în ulcer).

*

* *

Referitor la mulțimea factorilor psihologici care stau la baza conduitelor salutogenetice, vom sublinia faptul că studiul fiecăruia dintre ei - inclusiv al unor componente demografice, socio-culturale și, mai ales, de personalitate - constituie obiectul unor preocupări de cercetare științifică (abia sedimentate) și conținutul unor întregi capitole de Psihologia Sănătății. În acest material, vom încerca doar o clasificare, încadrându-i în câteva tabele cu caracter sintetic și încercând doar să facem câteva remarci asupra unor aspecte mai deosebite.

În primul rând trebuie menționat că există, **în planul mental al oricărui individ, o permanentă dispută între utilitatea și plăcerea pe termen scurt și valoarea „de perspectivă”** - implicând și disconfortul (deci un stres psihic) - al majorității oricărui comportament salutogenetic (v. „principiul plăcerii vs. realității, apud Freud).

De asemenea, este important faptul că o conduită salutogenetică implicând disconfort și eforturi de voință, poate ulterior să asocieze, în mod reflex condiționat, **expresia emoțională pozitivă cuplată cu „efectul recompensă” al conduitei respective** (exemplu, starea de înviorare și randamentul intelectual crescut - consecutive unei reprize de gimnastică sau de jogging).

Considerând în ansamblu factorii psihologici implicați în edificarea și susținerea voluntară sau „din obișnuință” a comportamentelor salutogenetice, îi putem asocia cu variate tipuri de conduite salutogenetice a căror analiză relevă o strânsă împletire a factorilor biopsihologici individuali cu factorii sociali..

3.2 Condiții de formare și influențare a conduitelor salutogenetice

Sunt reprezentate de factori cu rol favorizant și defavorizant.

Factori demografici

Sunt incluși în *tabelul 3*.

Din analiza acestui tabel se observă, în genere, **frecvența crescută a comportamentelor salutogenetice la femei, la vârstnici și la unele persoane religioase** care asimilează - odată cu preceptele morale ale religiei respective - o serie de recomandări (interdicții), cu rol profilactic.

Se impun totuși câteva sublinieri:

Particularități în funcție de sex și vârstă

- **La bărbați**, media de vârstă mai redusă a bărbaților decât cea a femeilor (statis-

tica elvețiană din 1992: 84 ani la femei și 74 la bărbați cf Zemp- Stutz și Heim) invocă predominanța factorilor comportamentali implicați în numărul triplu de decese la **bărbații tineri** – prin ratele crescute la accidente auto, SIDA și sinucideri- și în numărul dublu de decese ale **adulților** între 55 și 65 de ani, prin boli coronariene și cancer pulmonar (asociate strâns cu fumatul, mai frecvent la bărbați) sau prin accidente și complicațiile alcoolismului .

● **La femei**, obezitatea, se dezvoltă – în oricare dintre etapele de vârstă- cu predominanță la femei, fapt explicabil prin implicarea cauzală a unor factori comportamentali majori, precum consumul crescut de dulciuri și efortul fizic mai scăzut la femei. De asemenea, preocupările pentru sănătate, dar și pentru frumusețe (adeseori concordante), inclusiv frecventarea medicului la cele mai mici simptome au constituit, dintotdeauna, un apanaj al femeilor.

Nu trebuie omis faptul că – dacă au o durată de viață mai mare – femeile prezintă, în schimb, mai frecvent acuze patologice, având și un ecou subiectiv mai mare al unor afectări minime ale sănătății.

● **La copii**, cu afectări mai puțin grave ale sănătății, există avantajul de a li se impune – adeseori în stil dictatorial- o gamă întreagă de conduite salutogenetice, atent supravegheate de părinți și educatori și care, ulterior devin deprinderi salutogenetice durabile (ex. igiena dentară, spălătul pe mâini, etc.). Totuși o educație lipsită de constrângeri evidente și bazată pe explicații pe teme legate de formarea unor conduite salutogenetice, constituie baza unor motivații capabile să prevină devenirea lor – la maturitate – consumatori de alcool, droguri sau tutun.

Apartenența etnică

Se corelează cu nivelul de dezvoltare socio-economică al țării respective, dar, implică și tendința de enclavizare a emigranților în ghetouri, ce favorizează bolile infecțioase cronice, transmisibile, (ex TBC), boli cu transmisie sexuală, alcoolismul, etc. în ansamblu denumie boli ale mizeriei. Factorii salutogenetici sau de risc legați de apartenența etnică sunt reprezentați în *tabelul 3*, punctul 3, care sistematizează date din literatură (în special Siegrist, 1995 și Zemp-Stutz și Heim, 1998).

Factori socio - culturali. Rolul religiei

Au o participare inevitabilă și constantă iar prezența și implicarea lor majoră în salutogeneză este legată de calitățile psihologice dar și de traiectoria biografică a individului.

Întrucât o largă majoritate a umanității își mărturisește și manifestă o serie de credințe religioase, am considerat că merită un paragraf special rolul apartenenței la o religie pentru promovarea sănătății și pentru creșterea duratei de viață.

Desigur, acest rol îl joacă religia **în primul rând pentru practicanții săi** consecvenți dar și ceilalți credincioși mai puțin „zeleși” dacă recurg cu convingere la speranța în ajutorul divinității – beneficiază de acest suport uriaș pentru sănătate.

Religia reprezintă o sursă de liniște interioară și încredere în sine capabile să insu-

fle optimism și să diminue sentimentul de vinovăție (Levin și Vanderpool, 1989).

Putem împărți rolul religiei, ca element global inductor de salutogeneză, în două mari categorii de acțiuni:

a) recomandă, sub formă imperativă, **comportamente salutogenetice specifice fundamentale** precum:

- moderația în desfășurarea activităților și procurarea plăcerilor
- practica rugăciunii, ca element antistres, inductor de speranțe (Taylor et al, 2004)
- alimentație calitativ reglementată (cvasipermanentă, ca de ex carnea de porc „exclusă” de cultul islamic)
- meditația (religiile hinduse)
- mișcarea (de ex. dansuri rituale însoțite de muzică)
- postul - cu restricții față alcool și de alimentele bogate în colesterol - condamnarea unor practici extrem de nocive, precum consumul exagerat de alcool, drogurile, practici sexuale excesive, sau nepotrivite.

b) **modulează în sens favorabil echilibrul psihic** al individului.

Considerăm că ea realizează acest efect în plan psihologic în sensul amortizării multiplelor și diferitelor stresuri care ne copleșesc de-a lungul vieții, cultivând răbdare, toleranța, bunele relații cu ceilalți și, mai ales speranța. Optimismul indus de religie acționează ca trăsătură imunogenă fundamentală al cărui rol în longevitate este de domeniul evidenței chiar pentru marele public, nu numai pentru cei care au întreprins studii epidemiologice referitoare la longevitatea persoanelor optimiste (de ex. Matlin, 1990)

Într-o tentativă de sinteză a legăturilor dintre religie și sănătate, Holt și col (2005) propune următoarele elemente salutogenetice legate de practicile religioase:

1. induce stări afective pozitive (inclusiv prin diminuarea dușmăniei/ ostilității și prin iertare, n.n.)
- 2 crește adaptabilitatea față de distress
3. oferă un suport social major (nu numai afectiv, ci și informațional sau, mai ales, material – dacă ne gândim la operele filantropice n.n.)
4. influența socială, prin condamnarea unor comportamente imorale (adeseori conducând la consum de alcool și droguri)
5. prescripția (de către cărțile religioase fundamentale, precum Biblia, Coranul, etc.) unui stil de viață salutogenetic,
6. crește curajul necesar înfruntării bolii prin cultivarea încrederii în forțele proprii dar și în ajutorul divin.

Există însă – în această clasificare – **și două elemente nefavorabile sănătății:**

- doză de fatalism în explicarea cauzelor bolii, ca pedeapsă divină, rezultând o atitudine pasivă în fața pericolelor bolii, manifestată în special, prin scăderea complinței terapeutice

- Unele precepte religioase, ca de exemplu, cele impuse de secta „Martorii lui

Factori demografici	Tipuri de conduită	Boli mai frecvente
1. Vârsta		
■ copii	Dependență de familie, școală; variabile personale în funcție de dezvoltarea psihoafectivă	Boli infecțioase, accidente, alergii
■ tineri	Sfidarea unor norme salutogenetice, impulsivitate, imprudență	Accidente auto, SIDA, alte boli venerice
■ maturi	Consum excesiv de tutun și alcool, sedentarism	Boli cardiovasculare, neoplasme, distress-ul - efecte evidente
■ vârstnici	Prudență, interes pentru educația medicală (sanitară), respectiv pentru indicații igieno-dietetice, conformism terapeutic excesiv	Boli degenerative + aceleași boli ca la adulți
2. Sex		
■ masculin (durată medie de viață >75 ani)	Responsabilități multiple, fumat (tendință crescută și la femei în prezent), ignorarea pericolelor, apel mai redus la medic	Infarct miocardic, cancer pulmonar și de prostată, accidente auto
■ feminin (durată medie de viață > 80 ani)	Prudență (inclusiv referitor la comportamentul sexual), apel crescut la medic, conformism terapeutic	Cancer de sân și uterin, anemii (hipocrome), disfuncții digestive, urticarie, endocrinopatii
3. Apartenență etnică		
■ Societăți occidentale	Educație medicală intensă (mass-media) + implicare profesională activă concomitent cu abuz de tutun, alcool, droguri + sedentarism	Boli psihosomatice frecvente (apoi și la migrarea în occident sau SUA)
■ Societăți orientale	Concepții filosofico-religioase cu dogme salutogenetice	Neoplasme la vârste înaintate
■ Emigranți/ enclavizare marile orașe	Adaptare dificilă la standardele țărilor occidentale de emigrație	Bolile „mizeriei”, consum de droguri, SIDA,
■ Statut socio - economic scăzut	Slabă educație sanitară, promiscuitate, alcoolism	Același tip de patologie (ca mai sus).

Tabelul 3. Factori demografici cu implicații în adoptarea unor conduite salutogenetice

Iehova”, care interzic membrilor săi să efectueze tratamente chirurgicale, creând premisele unor pierderi de vieți omenești, mai ales în cazul unor accidente.

Ca o concluzie la aceste considerații oarecum speculative, cităm două studii care le confirmă: Levin și Vanderpool (1991) au evidențiat **o rată mai scăzută a cancerului** iar McBride și col (1998) **o stare generală de sănătate mult mai bună** la persoanele religioase.

Factori psihologici individuali

Țin de **particularitățile temperamentale** dar, mai ales **caracteriale** ale diverșilor indivizi.

La acest punct terminal, individual, **confluează toate influențele educaționale** emanate de la diversele niveluri ale societății **experiența personală**, inclusiv de fost bolnav, a subiectului respectiv.

Pentru medicul curant, sau psiholog ale căror sfaturi privind modul de viață al pacientului și/sau familiei acestuia trebuie să fie cât mai adecvat însușite, este extrem de important să aibă în vedere **trăsăturile de personalitate** al celui pe care îl „înctrinează”.

Astfel, de exemplu, personalitatea anancastă (hiperexactă, hiperscrupuloasă - *Leonhard*) oferă exemplul unor conduite salutogenetice active, „scrupuloase”, în timp ce indivizii impulsivi vor ignora, adeseori, chiar factori de risc larg recunoscuți (de exemplu, un băutor de alcool se urcă la volan, cu speranța că nu va avea probleme; un obez ce nu poate refuza o tentație culinară, etc.).

Factori de risc profesionali

Pentru mulți oameni profesia - chiar dacă a fost aleasă pe baza unei reale vocații - poate să constituie o sursă importantă de stresuri psihice, începând cu cele minore dar zilnice și sfârșind cu SP majore generate de conflicte serioase și durabile.

Întrucât există o variată și bogată literatură cu privire la SP profesional, vom încerca doar să conturăm esența condițiilor stresante în mediul profesional după cum urmează:

1. *Specificul profesiei*: dictează dificultatea sarcinilor profesionale, fiind repute ca stresante o serie de profesii precum chirurgia, controlul traficului aerian, pirotehnia, etc.

2. *Condiții de ambient profesional* (zgomotul, poluarea, aglomerația, etc.) reglementate de ergonomie.

3. *Condiții relaționale*. Sunt esențiale pentru apariția distresului profesional (dar și a eustresului atunci când există relații de colegialitate excelente, cu asigurarea unor momente de destindere, punctate cu glume, într-o atmosferă prietenoasă, favorizând comunicarea, considerată ca una dintre componentele importante ale suportului social).

Dintre factorii stresanți, Thorp evidențiază:

- **cele 4 tipuri de șefi ierarhici** inductori de stres, desemnați prin porecle care spun totul despre fiecare tipologie - „vătaful de sclavi”, „zeflemistul”, „criticosul” și „pen-

sionatul la datorie“ - și care, în ultimă instanță, induc o stare de anxietate perpetuă a subalternilor, dublată de scăderea încrederii în sine (cel puțin pentru moment).

- **colaboratori leneși, ostili sau duplicitari**, generând nesiguranță asupra corectitudinii aportului lor la realizarea activității profesionale comune și, desigur, rivalități sau situații conflictuale persistente și/sau repetate.

- **lipsa perspectivei avansării, inclusiv opacitatea șefilor ierarhici** față de situațiile propuse de subalterni, aceștia din urmă simțindu-se frustrați prin subsolicitarea unor resurse, disponibilități personale în care ei cred cu convingere.

4. *Condiții legate de caracterul general al muncii* (modelul tridimensional al SP profesional - Theorell și Karasek - din figura 1).

Se pot distinge la acest capitol:

a) **Suprasolicitarea** prin cantitatea muncii (intensivă), termene scurte și lipsa unor măsuri de recuperare.

b) **Potențarea (sau amortizarea) intensității SP în cadrul interrelațiilor dintre natura solicitărilor, capacitatea decizională și suportul social.**

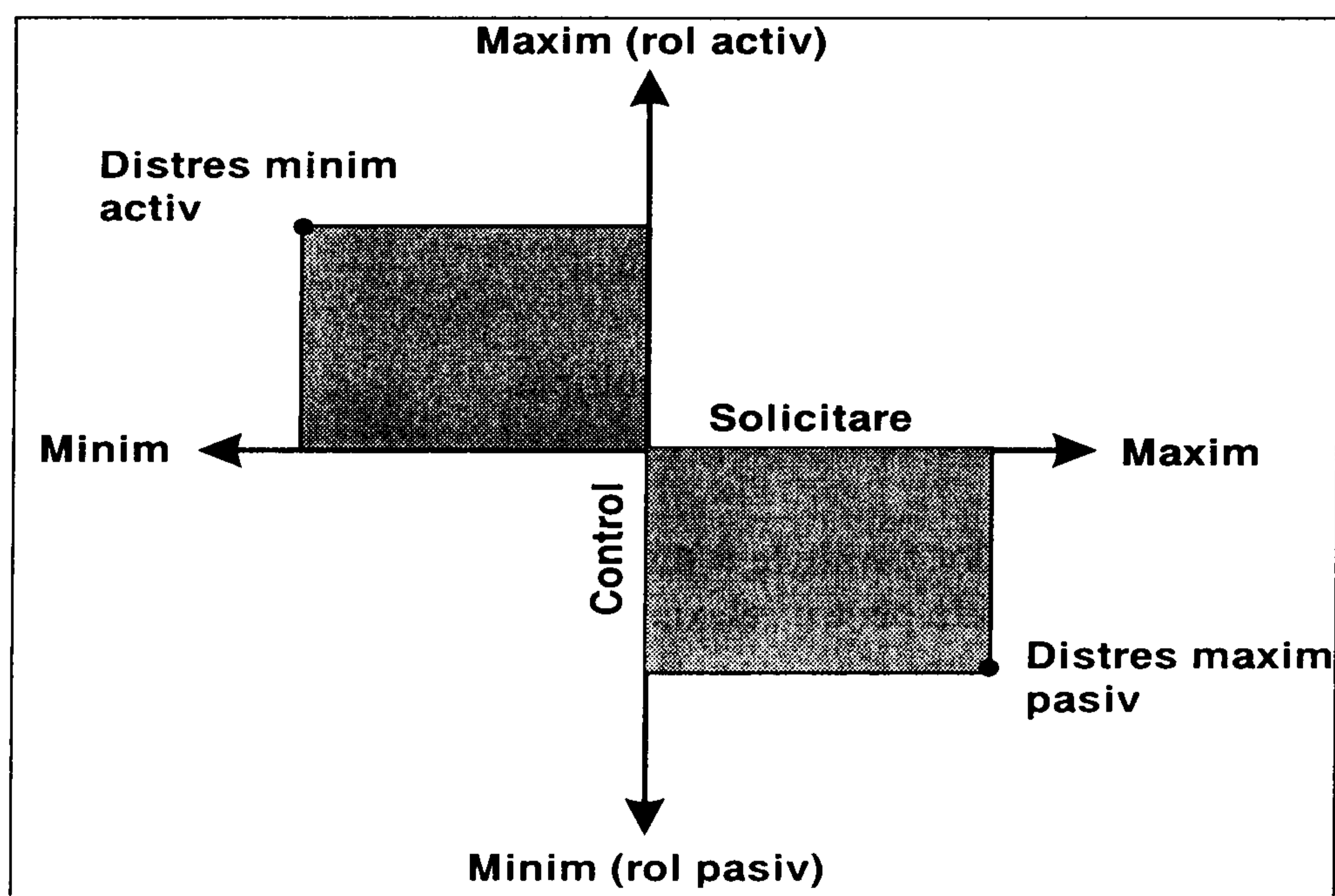


Figura 1. Condiții legate de caracterul general al muncii (modelul tridimensional al SP profesional (modificat după Siegrist - preluat din Buddeberg și Willi)

Cercetările lui Theorell și Karasek, completate ulterior de Siegrist, au evidențiat, ca un model de stres profesional, acel stres în care se configurează un complex situațional tridimensional alcătuit din:

- 1 -**amplitudinea și calitatea solicitărilor** (continuitate, plăcute-neplăcute);
- 2 -**posibilitatea de control și decizie (activ-pasiv) asupra sarcinii.**

Ambele dimensiuni reprezentate pe axe perpendiculare prin combinarea valorilor lor extreme binare (înaltă și scăzută), delimitează patru cadrane dintre care contrastul cel

mai mare îl reprezintă **distresul maxim pasiv** (solicitare crescută și control decizional minim) și **distresul minim activ** (solicitare redusă, control decizional maxim).

3 - suportul social ca factor cu rol de filtru în calea stresului și care - adăugat ca o a treia dimensiune la primele două - contribuie la conturarea unui model spațial tridimensional în care maxima morbiditate este plasată într-un „cub“ ale cărei dimensiuni sunt reprezentate de: solicitare crescută, control decizional și suport social scăzute (vezi figura 1).

În încheiere, vom prezenta un tabel (*tabelul 4*) conținând **agenții stresori și tipurile de SP specifice profesiei medicale**.

Tipuri de distres	
1.	Suprasolicitare emoțională
2.	Suprasolicitare de somn
3.	Deprivare de somn
4.	Rivalitate profesională (stări conflictuale „cronice cu acutizări repetate“)
Cauze ale distresului (agenți stresori)	
1.	Responsabilități multiple și majore față de pacient <ul style="list-style-type: none"> - risc vital sau de compromitere definitivă a unor funcții - pacienții problemă - dramele din viață sau implicate în boala pacientului - conflicte etice
2.	Presiunea timpului („Angor temporis“ - cf. Luban-Plozza)
3.	Componenta profesională permanent solicitată <ul style="list-style-type: none"> - conflicte cu pacienții - malpraxis - conflicte cu Casele de Asigurări - multiple - concurență profesională
4.	Conflicte de rol <ul style="list-style-type: none"> - neglijarea atribuțiilor familiale ≠ dublă muncă - renunțarea la ocaziile pentru relaxare
5.	Probleme financiare manageriale

Tabelul 4. Factorii de risc pentru profesia medicală

Bibliografie selectivă

1. Athanasiu A., Săhleanu V. *Elemente de psihologie medicală*. Ed. Medicală, București, 1983.
2. Belloc N., Breslow L. *Relationship of physical health status and health practices*. Preventive Medicine, 1972; 1: 409-421.
3. Buddeberg C., Willi J. *Psychosoziale Medizin*. Springer Berlin, Heidelberg, 1998.
4. Karasek R., Theorell T. *Healthy Work-Stress, Productivity, and reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.
5. Leonhard K. *Personalități accentuate în viață și literatură*. Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1979.
6. Luban-Plozza B., Pozzi U., Carlevaro T. *Conviețuirea cu stresul*. Ed. Medicală, București, 2000.
7. Thorp B. *Seminar anti-stress (ciclu de 5 conferințe)*. Material litografiat. București, 4-8 oct. 1992.
8. Willi J., Heim E. Hrsg. *Psychosoziale Medizin*. Bd I Grundlagen, Springer, Berlin, Heidelberg, N.Y., Tokyo, 1986.
9. Zemp Stutz E., Heim E. *Gesundheit und Krankheit*, p. 361-384. In: Buddeberg C., Willi J. *Medizinische Psychologie*, ed. 2. Springer, Heidelberg, 1998.

MODELUL BIO-PSIHO-SOCIAL (ENGEL) AL SĂNĂȚĂȚII ȘI BOLII

În 1977 psihiatrul elvețian de origine germană (americanizat) George Engel, propunea un model – ce va deveni celebru pentru explicarea naturii factorilor ce concură la apariția bolii- modelul bio-psiho-social . Validitatea acestui model ca și avântul luat de cercetările în domeniul Psihologiei Sănătății, au făcut ca, în anii de la începutul acestui mileniu să se poată vorbi, în aceiași termeni, despre un model al Sănătății (Bandura - 2002) deoarece antidoturile pentru acești factori – biologici, psihologici și sociali – reprezintă soluții de ordin comportamental (comportamente salutogenetice).

În ce constă modelul bio-psiho-social? El reprezintă o concepție holistică ce integrează în explicarea sănătății și bolii 3 categorii de factori care interacționează – fie negativ= patogeneza, fie pozitiv =salutogeneza – și a căror abordare cu metode specifice fiecăruia dintre acești factori (de către biologi, medici, psihologi, sociologi și alte specialități) contribuie la păstrarea/restabilirea sănătății.

Modelul Bio Psiho Social (MBPS) a fost precedat multă vreme de către modelul biologic (biomedical) al bolii deoarece acțiunea factorilor biomedicali, mai ales în bolile somatice, boli de care se interesează aproape exclusiv Psihologia Sănătății (Marks - 2002) - a fost evidențiată cu mai multă ușurință, constituind, de fapt, elementul care este implicat cel mai direct și care poate contribui exclusiv la apariția bolii (de exemplu, o fractură).

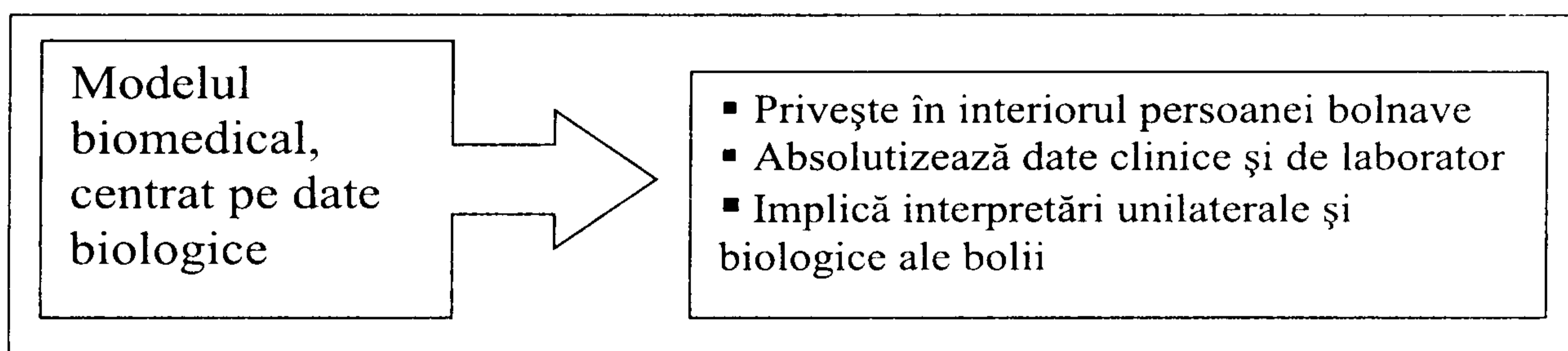


Figura 1

Din acest motiv, chiar și după recunoașterea valabilității – necontestate a modelului bio-psiho-social (MBPS), cei mai mulți dintre medicii practicieni continuă să utilizeze, și în zilele noastre, în plan diagnostic și terapeutic exclusive modelul bio medical, aflându-se pe o poziție considerată ca o “biologizare” a bolii (**atitudine biologizantă**). Faptul că, în realitate, acest MBPS este valid, chiar și în cazul unei boli soma-

tice fără o cauză psihogenă (în exemplul dat, o fractură), este argumentat însă de către elementele de ordin psihic, însoțitoare ale afectării în plan biologic a bolnavului, reacția somato-psihică la durere și imobilizare (anxietate, iritabilitate, etc) ca și de către factorii sociali implicați (consecințe în plan social=absenteism, diminuarea veniturilor în cursul spitalizării, relații familiale posibil a fi perturbate, etc).

Există și o altă tendință (actuală) de psihologizare a bolii (**atitudine psihologizantă**) mai ales în rândul psihologilor, care ar trebui să fie informați – în cadrul pregătirii lor universitare și postuniversitare – de faptul că există unele boli psihosomatice cu pondere ereditară (de ex, diabetul zaharat, cancerul, astmul bronșic, etc) în apariția cărora factorul biologic este inevitabil dar, trebuie, totodată, recunoscut că - după apariția bolilor respective - ele se “comportă” și în funcție de factorii psiho-sociali.

În cele ce urmează, vom detalia succint aspectele legate de cei trei factori biologici, psihici și sociali.

1. FACTORII BIOLOGICI

Sunt reprezentați de stimuli externi* cu caracter fizic (ex. radiațiile solare - insolația), chimic (ex. intoxicația cu CO) și microbiologic (bacterii, virusuri, paraziți, și alte microorganisme) ce participă la apariția bolii.

În același timp, factorul biologic trebuie considerat și din **perspectiva sa „internă” de expresie a terenului biologic** al individului ce va fi afectat de boală, deoarece foarte des boala apare ca rezultat al unei evoluții interne a proceselor sale constitutive biologice (ex. diabet zaharat) accelerat sau încetinit de factorii externi biologici (ex. consum de dulciuri) și/sau psihosociali (ex. concediere, divorț, stressuri zilnice minore, compenstate prin consum de dulciuri).

Din perspectivele salutogenezei, acest teren biologic reprezintă **resursele sănătății** iar din perspectiva bolii, **terenul de organ „meiopragic”** (cu o fragilitate la nivelul unor structuri considerate ca „locus minoris resistentiae”), pe care se grefează acțiunea nu numai a factorilor psiho-sociali, ci și a celor biologici eterni. De exemplu, un ulcer este agravat de reactivarea bacteriei *Helicobacter Pylori*, pe lângă acțiunea combinată a factorilor psihologici și sociali ce exprimă reacția bolnavului la un conflict social (ex. campania electorală a unui candidat). La rândul său acest „stress electoral” se concretizează și printr-un comportament cumulând alți factori de risc pentru boala respectivă (ex. fumat excesiv, consum crescut de cafea și alcool).

Toate considerațiile de mai sus tind să lărgească accepțiunea de factor biologic prin

* personal am denumit prin termenul “factori organo-specifici” acest grup de stimuli externi, fizici, chimici, microbiologici – ca și comportamentele care îi pun în contact cu organismul (fumat, consum de alcool sau de alimente nocive pentru unele boli- de ex: dulciuri, grăsimi - și expunerea neprotejată la boli venerice) – deoarece ei acționează cel mai intens asupra unui organ sau aparat. De exemplu, în etiopatogenia ulcerului acționează prioritar fumatul, cafeaua sau alte alimente excito-secretorii (condimentate, de ex.), aspirina, etc. sau, în astmul bronșic intervin în declanșarea crizei : alergenii (polenul, praful de casă, etc.), infecțiile virale respiratorii, ceața, mirosurile tari, etc.

evidențierea numeroaselor sale **interacțiuni cu ceilalți factori fundamentali ai sănătății și bolii: psihic și social**, care îl modelează în permanență, putând să producă uneori modificări calitative, care să îi confere o nouă dimensiune (de asemenea biologică) dar capabilă să inducă un alt mod de relaționare de același tip sau cu altă configurație psiho socială.

Un exemplu pentru a ilustra această afirmație este acela al unui bolnav care face un infarct miocardic în urma unui stres major (concediere) pe un teren biologic favorizant (tatăl decedat infarct miocardic). Acest teren biologic anterior infarctului se modifică considerabil (agravarea bolii după infarctul recent) devenind mult mai sensibil la o serie de factori externi organo-specifici precum efortul fizic excesiv, fumatul, etc. Totodată în plan psihologic survine apariția unei depresii secundare infarctului care constituie un factor agravant pentru prognosticul rezervat al bolii, mai ales dacă factorii psihosociali - reprezentați de consecințele concedierii, și greutățile materiale consecutive bolii - își exercită presiunea lor tot mai crescută iar suportul social ar putea să fie minim sau chiar absent (vaduv sau divorțat).

Absolutizarea factorilor biologici a generat, însă, un **model biomedical de abordare a bolnavilor** care poate fi rezumat în tabelul de mai jos (modificat după Restian) prin:

Factorii biologici sunt reprezentați de:

- a. Agenți fizici, chimici și biologici
- b. Comportamente nocive ~ stilul de viață (factori de risc)
 - Permisiv pentru a.
 - Scad imunitate (la indivizi cu trăsături imunogene negative)
 - Afectează sistemul neuro-endocrino-vegetativ
 - Acționează din exterior spre interior (organe → sisteme; celule → molecule)
 - modificarea lor prin medicație sau chirurgie omite:
 - efectul somato-psihic al bolii
 - etiopatogenia psihogenă
 - mobilizarea resurselor psihologice ale pacientului
 - nu explică integral multe boli (cum ar fi schizofrenia, cancer, HTA)

Tabel 1. Modelul Bio - Medical

Tendențele biologizante în explicarea bolii, proprii corpului medical se manifestă prin absolutizarea factorilor de teren (ereditari) și/sau dobândiți – ex un diabet insulenic apărut după o parotidită urliană – oreion- cu complicație pancreatică, implicând distrugerea celulelor Langerhans, dar acest debut al unui astfel de diabet insulenic poate fi grăbit printr-o alimentație bogată în dulciuri și de către stresuri majore.

2. FACTORII PSIHOLGICI

Sunt reprezentați de cel mai adesea de stresul psihic dar și de vulnerabilitatea psihică a individului (trăsături de personalitate favorizând instalarea distresului și efectele nocive ale acestuia).

Rolul factorilor psihologici este de **domeniul evidenței clinice**, inclusiv prin considerarea unor date furnizate de **epidemiologie** și, desigur, de **cercetarea experimentală**. Din păcate, observațiile clinice nu pot fi invocate cu certitudine în toate cazurile - chiar dacă apar convingătoare - ca în cazul paralelismului dintre evenimentul biografic și evoluția bolii (v. Kourilsky) sau riscului pentru sănătate generat de modificările de viață, însumate după modelul scalei Holmes și Rahe .

Totuși, se poate vorbi de faptul că rolul stresului psihic este admis de toată lumea (în special distresul ca factor declanșant sau coparticipant în declanșarea și agravarea bolilor) astfel încât vom încerca în tabelul 2 să prezentăm o sistematizare a unora dintre principalele "contribuții" ale stresului psihic în patogeneză subliniind faptul că acest rol este mijlocit de punerea în mișcare a unei mașinării complexe de **mecanisme psiho-neuro-endocrino-imune** ce răspund de efectele somatice (psihosomatice) ale distresului.

Factori psihologici

1. *Dezvăluiri prin observație clinică și epidemiologică*

- psihogeneza tulburărilor mentale (ex. PTSD) și tulburărilor somatice (boli psihosomatice)
- rolul permisiv al stresului psihic pentru agravarea bolii și pentru răspunsul prost la tratament
- comportamente de risc pentru boală și răspunsul psihologic al bolii, efectul placebo
- efectul favorizant în longevitate al eustresului și trăsăturilor imunogene de personalitate
- efectul benefic al psihoterapiei

2. *Demonstrații prin date de laborator ce se referă la :*

- hormoni de stres și efectele lor viscerale și imune (celule NK, INF gama)
- receptorii neuroendocrini (catecolamine, serotonină, histamină, endorfine)
- neuro-pattern pentru unele boli psihosomatice și tulburări somatoforme (Hellhammer - 2004)
- date neurofiziologice asupra schimbărilor din cursul proceselor neuropsihologice
- Tomografie cu pozitroni, poligraf, etc.

3. *Expresia lor majoră: bolile psihosomatice*

- multifactoriale (factorii psihologici - rol major)
- vulnerabilitate dublă: psihologică (stres) și de organ
- evoluție ciclică (pusee de activitate separate de pauze - acalmie clinică)
- influență favorabilă a psihoterapiei și medicației psihotrope

Tabel 2. Rolul factorilor psihologici în patogeneză (clasificare personală)

În plus, acțiunea lui asupra compartimentului somatic al organismului -cu suprasolicitare predominant funcțională- nu provoacă boala decât la nivelul unor **funcții și structuri somatice “fragile” predispuse**, motiv pentru care, în cadrul unui stres psihosocial general ca de exemplu în calamități naturale sau sociale (războaie, revoluții)-unii indivizi se îmbolnăvesc de ulcer, alții fac infarct, dar rămân destui neafecțați de boală.

3. FACTORII SOCIALI

Acționează cel mai frecvent, prin intermediul factorilor psihici generând stresuri psihosociale (omul nu trăiește singur!) dar poate condiționa acțiunea unor factori biologici (ex. accidente auto, bolile transmisibile, etc.)

Întrucât acțiunea lor a fost deja evidențiată parțial și va mai fi prezentată în capitolele următoare, vom reda succint rolul lor în sănătate și boală în tabelul 3.

Va trebui, să menționăm, în plus, faptul că Jane Ogden (2002) - conturând în mod precis și convingător domeniul sociologiei medicale - ne furnizează exemple care ne pot sugera o necesară și posibilă demarcație, în cadrul sintagmei „psihosociali“:

- **Factorii sociali** care exprimă presiunea socială/dar și suportul social, ca un context eminent extern;
- **Factorii psihologici**, ca o expresie a unui teren psihic cu o rezonanță specifică individului (indusă genetic sau biografic), la interacțiunea acestuia cu mediul extern (sociali dar și natural/artificial);
- Ar urma ca, după o astfel de delimitare să ne așteptăm ca implicarea sociologilor și respectiv psihologilor să se facă cu precădere la nivelul fiecăreia dintre cele două laturi (cu randament maxim în cercetare) dar, în practica celor care se ocupă de Psihologia Sănătății, cel mai adesea apropierea teoretică a celor două domenii nu solicită în mod expres înființarea unor „tabu-uri“ în acest sens.

Factorii sociali implicați în sănătate și boală

Condiționează stresul psihic personal

Cresc frecvența bolilor în timpul catastrofelor

Afectează biologia individuală

Condiții de viață non-igienice

Statusul material socio-economic scăzut cu rol favorizant pentru anumite boli (infarctul miocardic, tbc)

Comportamente de risc, condiționate social (tipul comportamental A, fumatul „contagios”, alcoolism, abuz de substanțe)

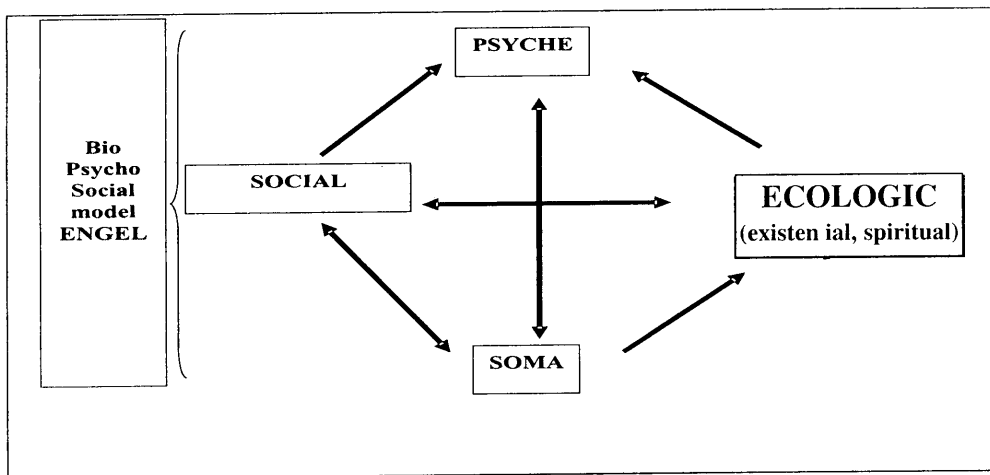
Comunicare/izolare: influențe opuse asupra sănătății

Abordare individuală (medici, psihologi) și colectivă - socio-politică (campaniile anti-fumat din SUA)

Tabel 3. Factori sociali implicați în sănătate și boală.

*
* *

Modelul bio-psiho-social tridimensional al lui Engel deși este considerat încă viabil, începe să acumuleze și unele critici (v. Armstrong, 2002) dar menținerea lui ca reper fundamental pentru înțelegerea sănătății și bolii considerăm că este deosebit de necesară. În plus, el a fost îmbogățit cu adaosuri precum factorii ecologici (Ikemi) sau spirituali (Poldinger).



4. FACTORII ECOLOGICI SAU SPIRITUALI, INCLUSIV CONCEPȚIILE RELIGIOASE

Autorii de mai sus, chiar dacă folosesc diferiți termeni, accentuează rolul unor factori psihologici derivați din **sistemele de convingeri** ale individului, la rândul lor induse de educația religioasă, precum și de influențe socio-culturale regionale de apartenență. Este vorba de atitudinea individului față de viață în general, de mentalități ce reglează opțiunile și deciziile sale - inclusiv comportamentele sale în legatură cu păstrarea sau ruina sa propriei sănătăți - ca și față de problemele ridicate de apariția și evoluția bolii.

Religia impune o serie de comportamente salutogenetice și constituie o sursă lăuntrică de rezistență față de boală. Beneficiile pentru sănătate aduse de către religie sunt redată în tabelul 4. (care sistematizează date din literatură citate de Restian sau de Săndulache)

În cazul persoanelor care nu aderă la credințele și practicile religioase, dar și la credințioși, există și alte valori spirituale cu caracter normativ, inclusiv față de sănătate.

Este cazul să amintim o parte dintre acestea, cu rol pozitiv: tendința de **recreere în mijlocul naturii**, procurarea unor emoții estetice furnizate de valorile artistice, practi-

care a mișcării (a unui sport sau a fitness-ului dar și obiceiul efectuării unor plimbări lungi, etc) toate aceste obiceiuri favorabile păstrării sănătății oglindind preferințe și constituind mentalități compatibile cu salutogeneza. Tabelul 5 redă o sinteză personală asupra rolului factorilor existențiali - ecologici, denumiți astfel de către Yujiro Ikemi în cartea sa „Integration of Eastern with Western Psychosomatic Medicine“.

Rolul religiei în salutogeneză

- Suport moral
- Luptă împotriva anxietății și depresiei
- Remisiune mai rapidă (Milcu)
- Conceptele de păcat și postul sunt implicate în stilul de viață salutogenetic
- Credința ar determina o prevalență mai scăzută a bolii, cum ar fi Insuficiența cardiacă cronică (Strohl)
- Rugăciunea pentru sine
- Eliberează forțe spirituale latente – eliberează endorfine (Stăniloae)
- Este necesară de asemenea și individului sănătos
- Rugăciunea pentru persoanele bolnave (de la distanță): scade complicațiile post-chirurgicale (ex. bypass = -30%, după Krucoff)

Tabel 4. Rolul religiei în salutogeneză (modificat Restian 2004)

Factorii ecologici / existențiali (IKEMI)= a patra dimensiune a MBPS

- reglează mentalitatea/ comportamente salutogenetice ale indivizilor (ieșiri în natură, artă, muzică, teatru)
- implică reglarea contactului individual cu mediul social
- derivă din concepțiile filozofice (religioase, de asemenea) asupra vieții
- reflectă influența religiei asupra sănătății individuale și colective
- generează terapia prin mijloace naturiste și ale terapiei complementare (yoga, acupunctura, etc.)

Tabel 5.

După cum se vede, cea de-a patra dimensiune a sănătății - existențială, ecologică - propusă de către Ikemi, este sinonimă factorilor spirituali - denumire vehiculată de alți autori (de ex. Poldinger - 1999). Ea exprimă, în estență, implicațiile și valoarea pentru sănătate a cultului divin și/sau cultului naturii (păgâne pentru atei sau divine pentru credincioși).

Considerăm că această dimensiune existențială a sănătății este legată, în ultimă instanță, de procesele mentale ale individului și că ea se exprimă în comportamentul acestuia în interacțiune cu ceilalți membri ai societății relații de suport social (salutogenetice) sau conflictuale (patogenetice). Din acest motiv, probabil (?), această formulare

a influenței factorilor spirituali asupra sănătății - în cadrul dimensiunii existențiale/ecologice - nu a reușit să se impună atenției majorității autorilor care utilizează MBPS în forma sa inițială tridimensională creată de Engel. Acest fapt nu trebuie să diminueze interesul asupra acestei problematice cu profunde și durabile efecte asupra sănătății.

Bibliografie

1. Ader R. (red). Psychoneuroimmunology. Academic Press, London, New York, 1981.
2. Alexander F. La médecine psychosomatique, ses principes et ses applications. Payot, Paris, 1952.
3. Armstrong D, Theoretical tensions in biopsychosocial medicine, în Marks D.F. (ed) The Health psychology Reader. Sage Publ. London. 2002, pp. 66-76
4. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot, Paris, 1966.
5. Bandura A. Self efficacy: the exercise of control. Freeman. New York, 1997
6. Bandura A. The growing centrality of self-Regulation in Health Promotion and disease prevention. The Europ. Health. Psychol., Sept, 1, 2005
7. Bandura A. Social foundations of Thought and Action, în Marks D.F. (ed) The Health psychology Reader. Sage Publ. London. 2002, pp. 94-106
8. Bandura A. Social foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NY: Prentice Hall, 1986
9. Becker MH The Health Belief model and personal health behavior. Health Education Monographs, 1974, 2, 324-508
10. Belloc și Breslow. Relationship of psychological health status and health practices. Preventive Medicine, 1972; 1: 409-421
11. Bell Verle L. In: How to conquer the addiction of rock music, institute in basic life principles, Illinois 1993, 81-85.
12. Bellar C. Clinical Health - Psychology. A specialty for 21st century. Health Psychol. 1997; 16(5): 411-416.
13. Bennet P. Clinical Health Psychology, 2000.
14. Bruchon-Schweitzer, Dantzer R. Introduction dans la psychologie de la sante. Press Univ. France, Paris, 1994; pp. 13-42.
15. Buddeberg C., Radvila A., Kaufmann P. Was ist Psychosomatische und Psychosoziale Medizin. In: Medicine psychosomatique et psychosociale en Suisse. Verlag Babler-Bern, 1993.
16. Buddeberg C., Willi J. Psychosoziale Medizin. Springer Berlin, Heidelberg, 1998.
17. Crossby M. Rethinking Health Psychology, 2001.
18. Dunbar F. Synopsis of psychosomatic medicine. Mosby, St. Louis. 1948.
19. Dahlgren P, Whitehead. A framework for the Determinants of Health, în Policy and strategies to promote equity in health. Stockholm Institute for Future Studies.
20. Engel D.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 196. 129. 1977
21. Feldman M.D., Christensen J.F. Behavioural Medicine in Primary Care – A Practical Guide. Lange Medical Books / McGraw-Hill, 1997.
22. Fries JF, Crapo LM. Vitality and aging: implications of rectangular curve. Freeman, San Francisco
23. Hoffman G. Hornhpfel SO. Neurosenlehre, Psychotherapeutische un Psychosomatische Medizin. Schattner, Stuttgart, 1999
24. Holt CL, Lewellyn LR, Rathweg MJ. Exploring religion – health mediators among African American parishioners. J of Health Psychology, 2005, 10, 4, 510-527
25. Iamandescu I.B. Stresul psihic – din perspectivă psihologică și psihosomatică, Ed. Infomedica, București, 2001.

26. Iamandescu IB. Corelații psihosomatice în astmul bronșic. Teză de doctorat, IMF- Buc. 1980
27. Ikemi Y Of eastern with western medicine. Ed. Kyushu, 1985
28. Jonasch K Salutogenese – Eine Einführung, în Verres R, Schweitzer J, Jonasch K, Süssdorf B. Heidelberger Lesebuch Medizinische Psychologie. Vandenhoeck and Ruprecht. Goettingen, 1999
29. Karasek R, Theorel T. Health Work- Stress, Productivity and reconstructing of working life. New York, Basic Moods, 1990
30. Knowles JH. The responsibility of the individual în Knowles JH (ed) Doing better and feeling worse: Health in United States, Norton, New York, 1977
28. Leonhard K. Personalități accentuate în viață și literatură. Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1979
31. Levin JS și Vanderpool HY. Religious factors in physical health and the prevention of illnee. Prevention in Human Services, 1991, 9, 41-64
32. Levin JS, Vanderpool HY. Is religion therapeutically significant for hypertension?
33. Marks D.F. (ed) The Health psychology Reader. Sage Publ. London. 2002
33. Marks D.F., Murray M., Evans C., Willig C. Health Psychology. Theory, research and practice. Sage Publ, London, 2000
34. Matarazzo J. D. Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology, pp. 16-40 în Marks D (ed) The Health psychology Reader. Sage Publ. London. 2002
35. Matarazzo J.D. Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. Am. Psychologist, 1980, 35, 807-817
36. Maes Stan. Preface în Bruchon-Schweitzer, Dantzer R. Introduction dans la psychologie de la sante. Press Univ. France, Paris, 1994; pp. 3-5
37. Matlin M. Psychology. Harcourt Brace College Publishers, 1992
38. Mc Bride JL, Arthur G, Brooks R, Pilington L. The relationship between a patient's spirituality and health. Family Medicine, 1998, 30, 122-126
39. Moss RM. Context and Coping: Toward an unifying conceptual framework, în Marks D.F. (ed) The Health psychology Reader. Sage Publ. London. 2002, pp. 167-185
40. Minulescu M. Conceptul de normalitate psihică în Plozza BL, Iamandescu IB, Dimensiunea psihosocială a practicii medicale. Ed. Infomedica, 2002, pp. 347-353
41. Iacob L. cap Etape ale dezvoltării psihice, pp. 91-107
42. Ogden J. The rethoric and reality of psychosocial theories of health: a challenge to biomedicine? în Marks D (ed) The Health psychology Reader. Sage Publ. London. 2002 pp. 77-89
43. Ogden J. Health Psychology. A textbook. Buckingham Open University Press
44. Poldinger E.
45. Sarafino E. P. Health Psychology: Biopsychosocial Interactions – Willey, New York, 1990
46. Restian A. Dimensiunea Spirituală a medicinei contemporane, în vol. "Conferința Națională de Medicina Familiei", Fundația "Medicina Azi", București, 2004, pp. 52-63
47. Rogers CW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. Journal of Psychology, 1975, 91, 93-114.
48. Schneider W. "Kritik an der ICD-10", în Studt HH, Petzold ER. Psychotherapeutische Medizin. Gruyter, Berlin, New York, 2000 pp.29
49. Thorp B. Seminar anti-stress (ciclu de 5 conferințe). Material litografiat, București, 4-8 oct, 1992
50. Zemp Stutz E, Heim E. Gesundheit und Krakheit, în Buddeberg C., Willi J. Medizinische Psychologie, ed2, Springer, Heidelberg, 1998

PARTEA II

ABORDAREA SPECIFICĂ A UNOR COMPORTAMENTE CU RISC PENTRU ÎMBOLNĂVIRE

În ceea ce privește tentativa de a corecta comportamentele nocive față de sănătate, medicul poate să întreprindă o serie de acțiuni ce pot fi încadrate fie în educația sanitară (cu rol preventiv, asupra populației sănătoase), fie în psihoterapia suportivă simplă, fie în psihoterapii speciale (în cazul psihologilor sau psihiatrilor specializați în diferite tehnici psihoterapeutice). Cel mai adesea, psihologul este chemat în consult pentru a prelua acele cazuri rezistente la recomandările, adeseori formale, ale medicilor somaticieni iar alteori, înșiși bolnavii apelează la consultul psihologic.

CAPITOLUL 1

FUMATUL

Este considerat ca „inamicul public numărul 1”, referitor la prejudicierea sănătății umane. Statisticile pe plan mondial indică cifre de milioane de decese imputabile acestui veritabil viciu pe care îl practică oameni de diferite naționalități, straturi sociale, confesiuni religioase, persoane cu nivel intelectual crescut dar și oligofreni, etc.

Principalele grupe de boli care sunt responsabile de mortalitatea pe glob: *cancerale* (nu numai cel pulmonar!) și afecțiunile cardio-vasculare (*infarctul miocardic și accidentele vasculare cerebrale*) recunosc în fumat un factor major de risc, maximă fiind implicarea fumatului în geneza **cancerului pulmonar** (peste 90% din bolnavi sunt fumători).

Ceea ce se invocă mai puțin ca fiind generate de fumat – deși apar cu o constanță adeseori mai mare – sunt **tulburările respiratorii** responsabile de scăderea capacității de efort (*bronșita cronică și emfizemul pulmonar*), **tulburările sarcinii** (greutate scăzută a sugarului sub 2,5 kg sau o rată mai mare a deceselor la naștere) și îmbătrânirea precoce a tenului după vârsta de 50 ani la marii fumători/fumătoare.

Un alt aspect negativ al fumatului îl constituie efectul său nociv asupra nefumăto-

rilor.

„**Fumatul pasiv**” realizat de către aceștia și generând disconfortul acut și/sau cronic produs de fumul celui de alături (fumătorul activ) sau de ceața densă care îmbăcșesește restaurantele sau cafenelele, dar și de mirosul de tutun impregnat în fumători înrâiți sau în așternuturile și tapiseria unor locuințe sau hoteluri de proastă calitate. Fumatul pasiv exercită, de asemenea, *un rol nociv asupra sănătății celor expuși* (inclusiv riscul de cancer pulmonar, mai mare decât la indivizii neexpuși) dar și amploarea acestor riscuri este dificil de evaluat cu rigoare științifică, datorită în special inconstanței și gradului variat de expunere. **Copii fumătorilor** sunt în mod special afectați de fumul de țigară din jurul lor, existând boli favorizate de fumatul pasiv precum infecțiile respiratorii și otice (Petty), dar mai ales astmul bronșic (potențează efectele alergenilor prin amplificarea secreției de IgE specifice) (date din lit. cit. de Iamandescu, 1998).

Noile reglementări privind interzicerea fumatului în locurile publice îi protejează nu numai pe nefumători dar și pe fumătorii care sunt obligați astfel să scadă numărul de țigări. Totuși apare, în special în sezonul cald, o nouă categorie de fumători, „fumătorii în aer liber”, din parcuri și de pe stradă, lipsiți de educație sau cu un egocentrism cinic, care – fumând chiar în timpul mersului pe stradă - obligă să inhaleze fumul lor de țigări pe trecătorii din jurul lor.

1. EVALUAREA EFECTELOR NEGATIVE ALE FUMATULUI

1.1. În plan biologic

Efectele nocive ale fumatului sunt atribuite celor câteva componente ale tutunului dar și hârtiei de țigară arse, inclusiv gazelor rezultate din arderea unei țigări. În total sunt cca 4000 de substanțe care, prin piroliză, eliberează o serie de substanțe dintre care cităm pe cele responsabile prioritar de rolul patogen al fumatului: nicotina, monoxidul de carbon, gudroane și o multitudine de substanțe iritante (date din lit. sistematizate de B. Grigore).

Nicotina este cea mai importantă dintre ele. Efectele sale nocive sunt *directe* (creșterea TA, pulsului, tahicardie persistentă și tulburări de ritm) și *copatogenice* – în asociere cu monoxidul de carbon crește agregarea plachetară. Rolul nefast al nicotinei este argumentat de faptul că, datorită unui efect euforizant (analog celui dat de heroină – Matlin), ea este principala cauză a inducției dependenței fizice și psihice la fumătorii de peste 20 țigări pe zi.

Gudroanele sunt responsabile de efectele cancerigene ale fumatului de țigarete, efecte ce apar și la distanță de căile parcurse de fumul de țigară, (de ex. coparticiparea la apariția cancerului de sân sau de col uterin) (Christensen).

Monoxidul de carbon, prin fixarea stabilă a hemoglobinei, accentuează hipoxia deja prezentă în vasele coronare datorită circulației anevoioase la acest nivel, cauzată de depozitele de aterom. Procesul de ateromatoză este accentuat în timpul fumatului de efectele catecolaminergice ale nicotinei soldate cu vasoconstricție și creșterea acizilor grași liberi care induc cercul vicios al aterogenezei prin depunerea lor pe pereții vascu-

lari.

Cumulând efectele nocive ale numeroaselor sale componente, în special a celor rezultate din arderea lor (mai ales a hârtiei, în cazul fumatului de țigarete), tutunul exercită un rol nefast asupra sănătății, așa cum a fost sistematizat în tabelul 1.

Aparatul respirator

cancerul pulmonar
precipită apariția bronșitelor cronice și a emfizemului pulmonar
uscăciunea mucoaselor nazale și buco-faringiene
sensibilitate crescută la infecțiile căilor respiratorii superioare (pareza cililor , staza mucusului).
incidență crescută a otitei medii și astmului la copiii ai căror părinți fumează

Aparat cardio - vascular

infarctul miocardic, accidente vasculare cerebrale și arteriopatia cronică obliterantă (prin favorizarea arteriosclerozei)

Aparatul digestiv

incidență crescută a ulcerelor
capacitate mai redusă de vindecare
rată mai crescută a recurențelor

Afecțiuni neoplazice

cancer pulmonar
cancer laringian
cancere ale cavității bucale și esofagiene
cancere gastrice, biliare, gastrice pancreatice,
cancere renale și ale vezicii urinare
cancer de sân și de col uterin

Sarcină

greutate scăzută la naștere (< 2500 g)
incidența sindromului de moarte subită a sugarului este de 2-4 mai crescută la mamele fumătoare în perioada sarcinii
apariția de deficite cognitive și tulburări de dezvoltare în copilărie

Alte efecte

carențe ale vitaminelor B și C
alterări ale epidermului (riduri, degete îngălbenite)
scăderea acuității vizuale și a memoriei
diminuarea funcției sexuale și chiar a fertilității
potențează și riscul dezvoltării unor boli profesionale (ex.: neoplazii prin expunere la azbest)

Tabel 1 Principalele efecte ale fumatului (modificat după Bogdan Grigore)

Stoparea fumatului (date furnizate de Petty, 1999) reduce riscul fumătorilor până la cel pe care îl au nefumătorii în circa 1-2 ani, pentru infarctul miocardic, 1-3 ani pentru accidentele vasculare cerebrale, și abia în 10-20 de ani pentru cancerul pulmonar.

Riscul de dezvoltare a BPOC ca și cel pentru agravarea cordului pulmonar cronic scade din momentul întreruperii fumatului pe o durată încă nedeterminată.

Referitor la *durata de viață pe care fumatul o scade cu circa 7-13 ani la fumători*

(în funcție de vârsta debutului), stoparea fumatului „recuperează” anii respectivi proporțional cu vârsta renunțării la fumat.

1.2. În plan social economic

Fumatul întretine o rată crescută de îmbolnăviri, greu de evaluat cu precizie, dar o serie de statistici evidențiază cifre elocvente, ca de ex. cea din anul 1985 în USA care indică circa 225.000 de decese prin boli cardio-vasculare și 131.000 decese prin cancer pulmonar, toate acestea fiind imputabile fumatului.

Alte statistici indică o scădere a duratei medii de viață cu 5 ani la fumătorii care depășesc 20 țigări (1 „pack”) pe zi, fumate peste 25 de ani și cu 8 ani la cei care fumează 40 țigări (2 „packs”) pe zi pe aceeași durată. În același timp, se consideră (WHO –1988) că **evitarea fumatului diminuează mortalitatea prin cancer cu cca 25%**. Ceea ce merită subliniat este faptul că țările cu un nivel de trai înalt corelat și cu o educație sanitară mai eficientă (ex. Belgia, Anglia, Irlanda) au un procent mult mai redus de fumători decât România (Steptoe și Wardle) iar nivelul surprinzător de mare al fumătorilor din Germania ar putea să reflecte ponderea crescută (peste 10 milioane) a emigranților din țări sărace.

2. INCIDENȚA PE VÂRSTĂ ȘI SEX

Procentul de fumători a cunoscut o variație interesantă în raport cu presiunea educațională, mai ales prin mass-media, împotriva fumatului. Dacă statisticile vechi citate de Matarazzo (1982) indicau o predominanță a sexului masculin, statistici mai noi (Petty, 1999) evidențiază faptul că fumatul continuă să persiste în rândul a 70 milioane de americani și devine din ce în ce mai răspândit în rândul sexului feminin (la femei nu se înregistrează scăderi ale procentului de fumătoare așa cum se întâmplă cu fumătorii de sex masculin și chiar cu media generală a ambelor sexe).

De asemenea, se menține la cote îngrijorătoare fumatul în rândul copiilor și adolescenților, dar la studenții mediciști din București, date preliminare obținute de noi, indică o frecvență mai scăzută decât cifrele furnizate de statisticile internaționale. Din păcate, obiceiul de a fuma apare la **vârste tot mai mici** decât cea considerată drept clasică, 10-15 ani (debutul fumătorului „în closetul școlii”) și anume la 6-10 ani, în rândul copiilor proveniți din părinți aparținând unor medii defavorizate și, mai ales, de clasate (de ex. „auroiaci”). Oricare ar fi nivelul vârstei de apariție, debutul fumatului la copil are urmări dezastruoase asupra sănătății, din acest segment populațional provenind cele mai „sigure” victime ale fumatului. Acest viciu este răspândit în toate structurile sociale, fiind practicat în special de persoanele cu statut social inferior, dar și de personalități marcante din mediile științifice, artistice, politice, economice.

3. CAUZE PSIHLOGICE SAU CONJUNCTURALE

Chiar dacă fumatul este un obicei ce **se instalează pe baza unui proces de imitație** - precedat sau nu de o inițiere efectuată de către „împătimiți ai acestei deprinderi, ade-

seori cu profesii stresante (militari, mineri, etc.) - fixarea lui în deprinderile individului este imputabilă acestuia deoarece în structura personalității sale – dar și în biografia sa – există o serie de factori favorizanți, similari, până la un punct, cu cei întâlniți în celelalte cazuri de asemenea „clasice” de „dependență de substanțe” („sucht” – termenul german sau „substance-abuse”) precum consumul excesiv de alcool și consumul de droguri.

Deși datele din literatură accentuează **rolul factorilor externi**: distress, depresie, „contagiune”, etc. am observat – pe baza analizării acestor categorii de oameni supuși unor vicii extrem de dăunătoare sănătății – că o mare parte dintre ei prezintă **trăsături obsesiv-compulsive** și, desigur, un nivel ridicat de anxietate, mai rar de depresie- care îi predispun la căutarea unor mijloace de reducere imediată a anxietății iar mijloacele cele mai „eficiente” sunt tocmai cele 3 mari tipuri de „substanțe”

Nu trebuie pierdut din vedere rolul distresului reprezentat de **oboseala** acumulată în cursul unei suprasolicitări (chiar plăcute!) și mai ales – de către stările afective negative induse de evenimente – cel mai adesea - cu caracter conflictual, aversiv sau „de pierdere”.

Dacă acestea sunt cauze psihologice ale recurgerii la fumat „ca mijloc de diminuare a tensiunii intrapsihice la fumătorii „consacrați”- nu trebuie omise nici **cauzele rezistenței la oprirea fumatului** reprezentate „în esență de senzația de „bine”, de relaxare pe care o procură – atât datorată nicotinei, cât și datorată unor solide reflexe condiționate - fumatul unei țigări (sau fumatul din lulea, considerat ca mai puțin nociv, datorită absenței hârtiei care generează hidrocarburi cancerigene).

Deși aproape toți fumătorii recunosc legitimitatea abandonării fumatului, iar marea majoritate chiar încearcă să renunțe la acest obicei, punerea în practică a acestei renunțări este extrem de dificilă. Medicul care indică o astfel de măsură trebuie să anticipeze dificultățile prin care va trece fumătorul.

4. ABORDAREA PSIHOLOGICĂ A FUMĂTORULUI

4.1. Probleme ale complianței terapeutice (aderenței)

De regulă nu există nici un fel de obiecții ale fumătorilor față de indicațiile medicilor (și nu numai!) pentru stoparea fumatului. Totuși, întrucât **culpabilizarea și stigmatizarea fumătorilor este mai mică decât a consumatorilor de alcool**, aceștia din urmă se conformează mai ușor la interdicția medicală și socială.

Problema centrală a complianței (aderenței) fumătorilor, cu grade diferite ale severității bolilor ce reclamă abandonul fumatului, este aceea că motivația lor, chiar dacă este crescută, se lovește de rezistența pe care o induce un ansamblu de **factori obiectivi** – *inductori ai hipocomplianței* care sunt cei reprezentați de:

1. dependența nicotinică (o dependență fizică și psihică) la marii fumători.

2. distresurile psihosociale (imposibil sau greu de înlăturat, în afara intervenției psihoterapeutice) care acționează indirect, prin „întărirea” reflexelor condiționate care asociază ritualul fumatului cu obținerea unei „deteriorări” psihice, stare de relaxare

indispensabilă spre a face față abundenței distresurilor profesionale sau furnizate de mediul socio-familial (dintre toate, cel mai constant apare, în opinia noastră, stresul de suprasolicitare!).

3. Influența anturajului, fie ca presiune (colegi, prieteni, de asemenea fumători), fie ca ocazie de recidivă (întruniri, activități care îi readuc tentația fumatului).

Ațiunea factorilor obiectivi mai sus menționați este potențată de o serie de **factori subiectivi** a căror anihilare este obligatorie pentru a se putea trece la înlăturarea dependenței fizice și la comutarea acelor mecanisme de coping (bazate pe „consumul de substanțe” inclusiv fumatul) în raport cu suprasolicitările profesionale și/ sau familiale care nu pot fi, cel mai adesea, înlăturate. Menționăm dintre factorii subiectivi:

Lipsa de voință, cel mai frecvent (și pe drept!) invocată deși ea ascunde o anumită manieră de eschivare de la efortul (tot un stres) de schimbare a unor stereotipuri.

Teribilismul, inclusiv impresia de forță de seducție/ provocare la tineri/tinere, un adevărat limbaj nonverbal cu conotații sexuale;

Temeri cu privire la apariția obezității în cazul renunțării la fumat (negate de Matarazzo în 1980, dar probată în anii ce au urmat de luări în greutate de 3-4 kg. la cei care au reușit abandonul fumatului).

De menționat că apariția unei boli cu prognostic sever, infaust (ex. infarct miocardic întins, arterită obliterantă cu posibilitatea de amputație, etc.) creează resurse neașteptate bolnavului pentru o spectaculoasă renunțare (rapidă, completă) la fumat (și de această dată, teama este o motivație cu rol pozitiv!)

4.2. Modalități de intervenție ale psihologului

Se cunosc multe „rețete” pentru abandonarea fumatului. Majoritatea fac apel la modificarea unor secvențe comportamentale cu rol favorizant în condiționarea reflexului de a fuma, iar îndemnul de a renunța brusc este total nerealist în cazul fumătorilor de peste 12-15 țigări pe zi, după cum tactica reducerii progresive – mai realistă!- prezintă riscul recidivei (ca și la alcoolici).

Bennet remarcă faptul că există 2 categorii de „fumători înrăiți” la care sevrajul este foarte dificil: dependenții de nicotină (reacționează pozitiv la substituției nicotinei) și fumătorii „habituali” – dependenți mai mult de „reflexele de fumător”, formate de-a lungul timpului. **Dependenții de nicotină pot fi recunoscuți** după faptul că, la deșteptare, aprind obligatoriu o țigară (Petty) și provin din rândul celor care fumează mai mult de un pachet de țigări pe zi.

Renunțarea la fumat implică amplificarea motivației individului în această direcție, menită să anihileze toate celelalte motivații în favoarea acestui viciu. Prin urmare, vom distinge:

1. creșterea motivației pentru renunțarea la fumat

Matlin indică un ansamblu de măsuri care pot fi suficiente, în cazurile mai ușoare (dependență numai psihică, nu și fizică). În cadrul acestei propuneri de sevraj, pacientul urmează să efectueze:

- contracte cu sine însuși – prevăzând amenzi autodictate în caz de fumat pentru

fiecare țigară.

- întocmirea unor liste cu bunuri ce vor putea fi cumpărate cu banii economisiți prin necheltuirea lor pentru țigări
- anunțarea familiei, prietenilor și colegilor despre renunțarea la fumat
- întocmirea unor jurnale în care să se analizeze motivele pentru care nu s-a putut abține de la fumat în ziua respectivă

2. *scheme cognitiv-comportamentale de „constrângere”*

- evitarea locurilor și situațiilor unde se fumează.
- condiționări aversive, de tipul alegerii locului de fumat lângă gheana de gunoi sau WC
- încercarea unor manevre substitutive: ținerea unui creion între degete, gume cu nicotină, etc.
- aderarea, în unele cazuri, la grupuri de nefumători sau la politica unor firme care oferă prime angajaților care s-au lăsat de fumat.

3. *planificarea și reducerea gradată a țigărilor*

- *reducerea numărului de țigări* să fie progresivă (proporțional cu „numărul de referință”; de ex. un fumător de 40 țigări pe zi poate să scadă cu câte 2 țigări pe zi, iar unul cu 20 țigări pe zi cu câte o țigară). Se mai recomandă și reducerea conținutului din țigară, de ex. 1/2 sau 3/4 din țigară, atunci când se ajunge la 12 țigări pe zi (limita peste care apare dependența fizică).

- *atingerea pragului de 10-12 țigări*

Constituie un moment critic deoarece apar simptome de sevraj (iritabilitate, scăderea atenției, somnolență, oboseală, diaree, concomitent cu nevoia imperioasă de a fuma -Petty) care dispar imediat ce fumătorul aprinde o nouă țigară. Mulți pacienți (sau subiecți sănătoși) recad în această perioadă. Soluțiile sunt reprezentate de :

- Asocierea unor tranchilizante,
- Continuarea metodelor aversive,
- Sprijinul familiei

4. *Substituente de nicotină* (Petty-1999) Joacă un rol central în susținerea organismului fumătorilor de nicotină (prevenind tulburările de sevraj mai sus menționate) Utilizarea lor trebuie supravegheată de către medic deoarece nu sunt total lipsite de efecte secundare (ex. iritație gastrică). Pe piața americană există mai multe preparate pe bază de nicotină, după cum urmează: Nicotin polacrilex (guma de nicotină), **plasturele cu nicotină transdermic** (doză variabilă după durata de acțiune intenționată: 16-24 ore), **sprayul nazal cu nicotină** (singur sau în asociere cu primele două - asigurându-se astfel o cantitate de nicotină capabilă să permită realizarea sevrajului) și - cel mai tentant - **nebulizatorul de nicotină de forma unui portțigaret ce eliberează 1 mg de nicotină după cca 40-80 de inhalații (echivalentul unei țigări).**

5. Comportamente ajutătoare: eficiența sevrajului fumătorilor prin folosirea preparatelor /dispozitivelor pe bază de nicotină este mult susținută și amplificată de o serie de *scheme comportamentale axate pe obiceiurile dar și situațiilor obișnuite din viața familială. Astfel, se cere fumătorului „abstinent” să utilizeze bomboane, guma de mestecat obișnuită sau nicotina de substituție conținută de „țigările” improvizate (sub diversele forme descrise mai sus) în momentele unei pauze de cafea, de plictiseală, sau cele care preced sau succed actul sexual, de convorbire telefonică în cursul blocajelor enervante de trafic rutier, e.t.c*

6. Menținerea stabilității sevrajului

Odată ajunși în stadiul final, de sevraj complet, foștii fumători trebuie să anticipeze (prin consiliere psihologică) situațiile capabile să-i conducă la reluarea fumatului. De fapt, se evită toate conduitele menționate pentru scăderea progresivă a numărului de țigări fumate, cu mare atenție la condițiile sociale capabile să redeștepte vechile obiceiuri de fumător (anturaj, momente festive, etc.).

7. Medicația psihotropă ajutătoare

Dacă în urmă cu câteva decenii sevrajul nicotinic se acompania obligatoriu de tranchilizante uzuale (meprobamat, benzodiazepine, etc.), în ultimii ani această medicație - utilizată încă la pacienții foarte anxioși - este completată de alte tranchilizante nebenzodiazepinice precum buspirona (la cei cărora sevrajul le crește anxietatea), de antidepressive (la cei cărora asociază și/sau exacerbară depresiei) și mai ales - Bupropionul - un preparat cu rol de neuromodulator - cu proprietăți catecolaminergice - care a înregistrat o rată de 50% de succes ale curelor de sevraj nicotinic (Petty -ibidem)

*

* *

Nu trebuie omis faptul că „este mai ușor să te lași de fumat decât să te menții nefumător!” dar campania de abandonare a fumatului indicată de medici și susținută de psihologi dar și de anturaj-a reușit să înregistreze destule succese evaluate de diverși autori (cit. de Grigore – 2002) între 30 și 50%, iar succesele realizate în scăderea numărului de fumători în USA a diminuat cu cca 25-30% incidența infarctului miocardic în această țară.

În același timp, repetăm, bolile severe cu amenințare vitală induc o puternică motivație pentru abandonul fumatului, iar sevrajul rămâne definitiv în cele mai multe cazuri.

Bibliografie

1. Bennett P. – cap. Smoking pp. 5-6 în P. Bennett, Introduction to clinical health psychology, Buckingham, Philadelphia, 2000
2. Grigore B. – cap. Tutunul, pp.28-31 în B. Luban Plozza și I.B. Iamandescu, Dimensiunea psihosocială a practicii medicale, Ed. Infomedica, 2002
3. Iamandescu I.B. – Psychoneuroalergology. Romcartexim, București, 1998, pp. 35-38
4. Matarazzo J.D. Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. Am. Psychologist, 1980
5. Petty T.S. – Cap. Renunțarea la fumat, pp. 2486-2488 în manualul Merck, ed. XVII, Ed. All, București, 1999
6. Rigotti M. – Cap. Smoking, pp. 141-149 în Feldman M.D., Christensen J.F. – Behavioral Medicine in Primary Care. Lange – M. Grawhill, N. York 1997
7. Wardle J. Steptoe – Cognitive predictors of health behavioral in contrasting regions of Europe. British J. of Clinical Psychol. 1992, 31, 485-502

CAPITOLUL 2

CONSUMUL DE ALCOOL

Consumul de alcool reprezintă o practică obișnuită, sub formă de băuturi care îl conțin în grade variate și care își pierd calitatea de aliment (vinul, cidrul, sake-ul japonez, etc.) pe măsură ce concentrația sa crește, cum este cazul băuturilor alcoolice distilate (vodka de ex.).

Aceasta deplasare de la uz spre abuz a consumului de alcool etilic marchează încadrarea alcoolului ca fiind –în caz de consum moderat (și însoțit de prezența în băutura care îl conține a unor substanțe-aliment: polifenolii, de ex. din vin) – un factor de protecție față de instalarea infarctului miocardic iar, în caz de consum excesiv – indiferent de natura băuturii - o importantă cauză de îmbolnăvire dar și de comportament anti-social și accidente, generând costuri sociale importante.

O statistică americană din anul 1987 aprecia aceste costuri la 110 miliarde de dolari (Gallant cit. de Matlin) și faptul că în USA „cca 11-16% din populație are probleme cu alcoolul” (ibidem)

Aceste costuri pot fi sistematizate, în prezent, ca fiind generate de implicarea alcoolului în producerea unor daune majore precum: boli psihice și somatice, accidente rutiere mortale (40% cf Kent, 1990), pagube de ordin material, inclusiv scăderea productivității muncii și absenteism, numeroase conflicte sociale, culminând cu omoruri și violență (65% cf Kent, ibidem).

În plan social, consumul excesiv de alcool deteriorează relațiile familiale, destrămand căsniciile sau deteriorându-le prin balansul între agresiune și remușcări (inclusiv tentative eșuate de sevraj).

1. EFECTELE PSIHOLOGICE ȘI SOMATICE ALE ALCOOLULUI – ALCOOLUL ÎNTRE ALIMENT ȘI DROG

Alcoolul este perceput de populație ca fiind stimulent dar farmacologii îl clasifică în rândul substanțelor psihoactive inhibitoare asupra scoarței cerebrale.

Consumul moderat de alcool nu atrage – în mod obișnuit – tulburări psihice sau organice (excepție unii bolnavi cu ulcer, hepatită cronic, etc. sau bolnavii cu etilism cronic).

În cazul unor doze crescute, corespunzând unei alcoolemii de peste 200-400mg% apare intoxicația etilică („beția”) în grade variate putând merge până la comă sau chiar la deces.

În cazul unui consum cronic – de asemenea, în grade variabile ca frecvență și cantitate (băutorul de tip latin bea zilnic vin; „beția scandinavă” se referă la băuturi disti-

late consumate, de regulă, în week-end-uri cu dezlănțuiri violente mergând până la comă alcoolică) – apar manifestări patologice somatice și psihice, acestea din urmă conturând tabloul intoxicației etilice cronice („etilismul cronic”).

1.1 Intoxicația etilică acută

Fazele acțiunii alcoolului asupra cortexului cerebral, reverberate prin relee cortico-subcorticale-somatice asupra întregului organism – pe lângă acțiunea directă congestivă și excitosecretoare asupra mucoasei digestive (în special cea gastrică) explică atât efectele alcoolului în plan mental cât și pe cele în plan comportamental.

1. Astfel, **faza de excitație**, de la începutul ingestiei alcoolului, se manifestă prin euforie, logoree și dezinhibiția unor comportamente de cenzură induse social, inclusiv dezinhibiția timidității sau chiar a unei prudențe (la volan, de ex.) ce caracterizează pe mulți indivizi în stare de „trezie”. Explicația acestor senzații, stări afective și, mai ales, comportamente dezinhibate - care uneori exprimă o altă fațetă a personalității unui individ („in vino veritas!”) – este dată de deprimarea de către alcool a unor zone corticale care țin sub control regiunile subcorticale și a căror „eliberare” datorată alcoolului, explică manifestările menționate.

2. Într-o fază mai avansată a consumului de alcool inhibiția corticală se extinde și apar binecunoscutele manifestări ale **stării de ebrietate** cu tulburări de vorbire specifice, mișcări necoordonate, mers dezechilibrat, etc.

Bolnavul se află în acest moment (corespunzând unei alcoolemii crescute dar cu răspuns variabil în funcție de terenul individului și de gradul de „antrenament”) în starea de intoxicație etilică acută. Ulterior el își va aminti doar parcellar sau deloc evenimentele personale sau din jurul său petrecute în cursul acestei faze (amnezia cu implicații adesea judiciare).

3. Evoluția intoxicației etilice acute include apariția unui **somn aproape imposibil de evitat** iar dacă doza de alcool, ingerată înainte de apariția stării de somn, este mult crescută peste uzanțe - poate surveni starea de **comă etilică** al cărei tratament rapid instituit poate împiedica decesul, nu prea des întâlnit, dar posibil.

De menționat că **intoxicația etilică acută induce modificări psihologice reversibile** și nu lasă urme dacă gradul acestei intoxicații a fost moderat (fără comă) și, mai ales dacă nu se repetă frecvent (v. mai departe cuantificarea consumului de alcool).

În afara unor posibile consecințe negative în plan psihosocial, inclusiv poziția delicată în care se pune individul ajuns în stare de ebrietate, acesta poate să constate - atunci când consumul de alcool a fost moderat și memoria a reușit să păstreze starea generală euforică - și celelalte efecte „utile” ale alcoolului: învingerea timidității, dezvoltură căpătată după 1-2 pahare, uitarea/alungarea grijilor, încălzirea plăcută după o expunere la ger, etc.

În special **euforia** pe care o induce cu regularitate repetarea consumului de alcool (asociată ulterior cu situații rituale sau aniversare), îl face pe individul respectiv să devină un consumator cronic de alcool, un veritabil „eufoman” (unul din primii termeni

acordați consumului de substanțe, alcoolul fiind considerat primul drog) (Teitel).

După experiența unui consum de alcool de diferite grade (redus, moderat sau crescut) – orice individ are, în prezent, 3 posibilități de evoluție:

- să urmeze actualele recomandări, de a consuma zilnic cca 200-300 ml vin pentru protecția față de riscul bolilor cerebro-vasculare (autorii americani susțin că vinul poate fi înlocuit de alte băuturi în concentrații de alcool echivalente)
- să oscileze între consumul normal admis și consumul patologic
- să devină un consumator cronic, cumulând frecvente episoade de intoxicație acută, adesea generând conflicte sociale dar și accidente personale (răniri sau chiar boli acute-ex. o pneumonie - și mai ales cronice).

1.2. Etilismul cronic

Consumul prelungit (repetat) de alcool în cantități excesive conduce la o depreciere a sănătății psihice și somatice a individului care sunt exteriorizate prin conduite deviante, adeseori cu caracter antisocial. Acest ansamblu de transformări ale băutorului de alcool este desemnat prin termenul de alcoolism, corespunzând „la interior” unei intoxicații cronice etilice (etanolic), iar „la exterior” unui comportament „demascator” stigmatizat de societate.

Treptele parcurse de băutorul cronic sunt:

a) intoxicații etilice acute ocazionale;

b) abuzul de alcool, sub forma unui consum cronic (după autorii cit. de Bușoi) subîmpărțit în două etape:

→ cu **risc de îmbolnăvire** (35-49 UA la bărbați și 14-35 UA la femei),

→ **periculos** (depășind 35 UA la femei și 50 UA la bărbați), cu efecte patologice deja instalate, cel mai adesea *somatice* (produse în asociere cu alți agenți etiologici, ca de ex. gastroduodenita și/sau pancreatita cronică, hipertensiunea arterială, hepatita cronică, etc.) dar și *psihologice* (insomnie, somnolență diurnă, tulburări de memorie, etc.);

c) dependența fiziologică de alcool cu un tablou clinic de intoxicație etanolică completă.

Apare în contextul prezenței unei veritabile intoxicații etilice cronice (alcoolism) cu manifestări lezionale somatice și neuropsihice amplificate de un consum repetat și în cantități crescute de alcool.

Ingestiile acestea abuzive de alcool sunt „tolerate” (sindromul de toleranță) cu prețul unor manifestări frecvente de intoxicație acută etilică „nezgomotoase” (deși apar la alcoolemii peste 500 mg/dl, se citează chiar 700g/dl).

1.3 Sindromul de abțință

Tentativele de abandonare a consumului de alcool (personale sau solicitate de anturaj) sau imposibilitatea de a procura băutura îl predispun pe bolnavul alcoolic la apariția sindromului de sevraj.

Întrucât acest sindrom de abțință reprezintă principalul obstacol în calea intențiilor bolnavului de a abandona viciul alcoolismului, iar recunoașterea simptomelor de

abstinență poate demasca un alcoolism discret (nedeclarat), vom reda în tabelul 1 (nedeclarați) criteriile diagnostice ale DSM IV pentru abstinența alcoolică. Utilitatea cunoașterii simptomelor respective apare mai ales în cazul unor alcoolici frecventând diverși medici specialiști pentru bolile generate sau favorizate de consumul abuziv de alcool.

- | |
|--|
| <p>A. Încetarea (sau reducerea) uzului excesiv și prelungit de alcool.</p> <p>B. Două (sau mai multe dintre următoarele simptome, survenind în decurs de câteva ore sau zile după criteriul A.</p> <p>(1) hiperactivitate vegetativă (de ex. transpirație sau puls peste 100);</p> <p>(2) tremor marcat al extremităților;</p> <p>(3) insomnie</p> <p>(4) grețuri sau vărsături;</p> <p>(5) iluzii sau halucinații vizuale, tactile sau auditive tranzitorii;</p> <p>(6) agitație psihomotorie</p> <p>(7) anxietate</p> <p>(8) crize de grand mal</p> <p>C. Simptomele de la criteriul B, cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională sau în alte domenii de funcționare importante.</p> <p>D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.</p> |
|--|

Tabel 1. Criteriile de diagnostic pentru 291.81 DSM IV. Abstinența Alcoolică

1.4 Comportamentul alcoolicului (v. tabelul 2) este marcat de acte trădând în esență minime reacții de păstrare a aparențelor (uneori reușite la alcoolicii care beau seara, pe ascuns, în special femeile). Cel mai adesea, conflictele cu cei din jur având o încărcătură agresivă (generatoare de accidente și infracțiuni variate, inclusiv penale) – consumul de alcool nu mai trece neobservat. Decesul poate să apară la „supradoze” sau poate fi autoindus, sinuciderile recrutând un procent crescut dintre alcoolici

1.5 Simptomele neuropsihice în cursul alcoolismului cronic sunt numai parțial exteriorizate prin comportament, așa cum a fost prezentat acesta în tabelul 3. În mod constant alcoolicul prezintă unele simptome pe care nu le pune pe seama consumului de alcool (de ex. somnolența diurnă, ideile prevalente) dar cel mai adesea el recunoaște – mai ales în momentele de luciditate – deteriorarea sa psihică, regretând irascibilitatea sa, diminuarea potenței, scăderea randamentului său intelectual (în special tulburările de atenție și de memorie), etc. și ajungând adeseori într-o stare depresivă care, nu rareori, îi favorizează tentativele de suicid (unele dintre acestea fiind „finalizate”).

1. nevoia constantă de alcool (un pahar, dimineața = „eye opener” și, peste zi, „repartiția băuturii pentru evitarea simptomelor abstinentei).
2. egocentrism, preocupări obsesive pentru obținere/ocazii de consum băutură
3. neseriozitate, neonorare promisiuni, minciuni frecvente,
4. irascibilitate +/- violență (în absența/după consumul de alcool), agresivitate (violență familială și socială)
5. frecvente remușcări, autoacuzare, tentative de suicid. Formulă acronim CAGE:
 - C= „cut-down” (vrea să abandoneze alcoolul),
 - A = „annoyed” (tracasat de reproșurile celorlați),
 - G= „guilty” (senzația de vinovăție pentru că bea),
 - E= „eye opener” (alcoolul îi „deschide ochii”)
6. conflicte sociale: conjugale/ familiale (molestare soție/ parteneră și copii), la serviciu (+/- absentism), infracțiuni majore (accidente, vătămare corporală) afectare constantă a familiei

Tabel 2. Comportamentul alcoolicului

Redăm în tabelul 3 o schematizare a principalelor simptome psihice (dar o altă parte a simptomatologiei psihice a alcoolicului figurează și în tabelul 2, în calitate de „rădăcini mentale” ale comportamentului expus în acel tabel).

Tulburări cognitive: deteriorarea atenției și memoriei, amnezie, idei prevalente (gelozie, persecuție, etc.), delir, halucinații, demență
 Tulburări afective: anxietate, iritabilitate, afecte (stări emoționale ample, brutale, de scurtă durată, pasagere – ex. țipete, plâns, etc.)
 Tulburări comportamentale: somnolență/ insomnie, sexualitate exacerbată (inițial) sau diminuată (cronic), agitație psihomotorie până la sindrom de abstenență cu tablou de delirium tremens
 Tulburări neurologice: tremor fin extremități

Tabel 3. Simptome neuropsihice în alcoolism

1.6. Tulburările și bolile somatice produse de alcool

Practica medicală a înregistrat – în primul rând prin mijloace clinice, ulterior cu ajutorul laboratorului – o gamă largă de tulburări produse de alcool și afectând reversibil (în faza de intoxicație acută) și ireversibil (în faza de consum periculos și mai ales în cea de etilism cronic) o multitudine de organe și aparate. O încercare de prezentare în amănunt – numai și a principalelor boli induse/ favorizate de către alcool – depășește cu mult cadrul capitolului de față, centrat pe aspectele psihologice și sociale ale consumului excesiv de alcool. Din acest motiv vom recurge la prezentarea „ravagiilor somatice” ale alcoolului la prezentarea tabelului 4, reprodus cu acordul autorului, Dr Grigore Bușoi, dintr-o lucrare anterioară.

Nr. Afectare crt.	Efect acut (de ordinul lunilor)	Efect cronic (de ordinul anilor)
1. Sistemul gastro-intestinal	Întârzierea golirii gastrice Reflux gastroesofagian Injurii asupra mucoasei gastrice Scăderea dizaharidelor Inflamația esofagiană Recidivă ulcerosă	Carcinom esofagian Gastrită atrofică cronică Carcinom gastric
2. Nutrițională	Interferența cu metabolismul vitaminelor Inhibă gluconeogeneza Pierderea indirectă de K și Ca Pierderea de Mg, Zn și P Deficiență tiaminică Deficiență de vitamină PP	Deficiență foliați Deficiență tiaminică Cetoacidoză alcoolică Descresțerea Ca seric Sindromul Wernicke-Korsakoff Pelagra
3. Sistemul nervos central	Tulburarea coordonării motorii Apnee în somn	Depresie Demență Neuropatie periferică Lărgirea circumvoluțiunilor corticale frontale Accident hemoragic cerebral
4. Sistemul imun		Creșterea riscului de infecții Descresțerea polimorfonuclearelor Descresțerea imunității mediate celular Descresțerea limfocitelor T Afectarea fagocitării
5. Sistemul endocrin	Creșterea corticosteroizilor plasmatici Creșterea catecolaminelor plasmaticice	Testosteron scăzut Atrofie testiculară Amenoree, anovulații
6. Ficatul	Ficatul gras Mărirea ficatului Hepatita alcoolică	Ciroza Carcinom hepato-celular
7. Inimă	Creșterea moderată a HTA Sindromul „Holiday heart“	HTA Cardiomiopatie
8. Mușchi	Creșterea șanselor de injurii musculare Necroză musculară acută	Miopatie alcoolică cronică
9. Sânge		Anemie megaloblastică Diminuarea funcției trombocitare
10. Sân	În lapte 90-95% din nivelul alcoolului sanguin	Creșterea riscului de cancer mamar Ginecomastie la bărbați
11. Pancreas		Pancreatita acută Pancreatita cronică Formarea de pseudochiste
12. Plămâni	Creșterea tusei și producției de spută	Pneumonie

Tabel 4. Efectele alcoolului asupra diverselor organe și aparate (reprodus cu permisiune după Bușoi - 2002)

2. CONSUMUL DE ALCOOL ÎNTRE UZ ȘI ABUZ

2.1 Limite admise

Cercetările ultimilor ani au condus la o concluzie deja amintită și anume: consumul excesiv de alcool ca și absența totală a acestuia constituie factori de risc pentru Boala Cronică a Inimii (Chronic Heart Disease), inclusiv infarctul de miocard (Bennet).

Din acest motiv, ca și pentru faptul că obiceiul consumului de alcool este larg răspândit și – în limitele apreciate la nivelul bunului simț individual și colectiv – produce bună dispoziție și antren, creând punți de comunicare – partizanii utilizării acestui „aliment cu potențial de drog” au impulsivat cercetări menite să stabilească limitele consumului de băuturi alcoolice.

Astfel în Anglia în ultimul deceniu al sec XX, au fost stabilite de către Colegiul Regal al Medicilor limite de consum săptămânal de alcool de diferite proveniențe – vin, bere, băuturi distilate, etc. – unificate prin stabilirea **unității de alcool, egală cu 8g de alcool** (Bușoi, 2002) sau mai ușor de apreciat = 1 drink = un pahar de 200 ml vin, o sticlă de bere și 30-40 ml băutură spirtoasă.

Conform datelor menționate în 1995 (Bennet) s-a stabilit că riscul de consum nociv începe de la depășirea dozei totale săptămânale de 21 UA pentru femei și respectiv 28UA pentru bărbați. După o serie de critici provenite din diverse medii științifice medicale, s-a revenit la limitele stabilite înainte de 1995 și anume doza săptămânală de 14 UA pentru femei și 21 UA pentru bărbați.

Datele prezentate de Bușoi indică 2 categorii de consumatori de alcool cu predispoziție de a acumula diferite îmbolnăviri:

- cei care sunt **cu risc de îmbolnăvire** (peste 14 UA și respectiv 21 UA) și
- cei care au ajuns la un **consum periculos** (peste 35 UA și respectiv peste 50 UA), când, după opinia noastră ei au devenit deja bolnavi, fie că prezintă sau nu simptome somatice (cele psihice pot fi decelate la un examen atent).

Pentru înțelegerea mai rapidă a ceea ce înseamnă aceste limite vom explica prin conversia acestor valori în cantitățile corespunzătoare de vin (cea mai puțin contestată băutura)

Astfel **la femei**, cele 14 UA - admise ca doza săptămânală – corespund la 112 g alcool, convertite la cca 1000 ml vin concentrație 12 % (170 ml de e vin pe zi), iar cele 35UA – ca limită pentru consum periculos – în cca 2400 ml vin / săptămână (~ 345 ml vin/zi)

La bărbați doza admisă de 21 UA/ săptămână este reprezentată de cca 1680 ml vin 12 % (240 ml pe zi) iar doza de 50 UA , consum periculos corespunde la 3300 ml vin 12 % (470 ml /zi)

2.2 Tipurile de băutori

Trebuie remarcat faptul că un individ ar putea fi etichetat, cu posibile erori, drept alcoolic nu numai după apariția semnelor de dependență (deja foarte târziu) ci **după cantitatea săptămânală** consumată peste limitele de consum periculos (multiplicată cu numărul de ani) și după comportamentul său modificat (descriș mai sus) precum și după

„relațiile sale cu alcoolul” încadrate după o clasificare mai veche (din 1960) aparținând lui Jellenek :

- tipul alfa - **Băutorul certăreț** (conflictual) („Konflikttrinker) – cu o dependență psihică de alcool, un comportament de băutor nedisciplinat dar fără pierderea controlului
- tipul beta – **Băutorul ocazional** – fără dependență dar obligat să consume alcool de ocazii frecvente (de ordin profesional sau socio-cultural).
- tipul gama - **Băutorul dependent** - cu dezvoltarea unei dependențe fizice și psihice și cu pierderea controlului la abținere.
- tipul delta – **Băutorul în oglindă** – cu o dependență foarte accentuată de alcool (fizică și psihică), incapabil de abținere dar cu păstrarea controlului chiar în momentul consumului unor doze mari de alcool (acest tip corespunde sindromului de toleranță)
- tipul epsilon – **Băutorul episodic**, de tipul „gunoierului” – cu o dependență psihică și pierderea controlului dar cu o capacitate crescută de abținere, adesea posibil de trecere în tipul gama

3. CONSUMUL EXCESIV DE ALCOOL CA PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE INDIVIDUALĂ ȘI A COLECTIVITĂȚII

Datele prezentate anterior, ca și opiniile de bun simț ale oricărui individ, indiferent de gradul său de instruire, converg spre considerarea alcoolului ca un factor major și larg răspândit, generator de suferință pentru cel care îl consumă (comportament dezonorant și boli fizice și psihice) ca și pentru societate (accidente, omoruri, infracțiuni din cele mai diverse).

Convertite în **cheltuieli individuale și sociale**, pagubele produse de consumul de alcool nu numai cronic ci și ocazional (în doze mari sau chiar reduse, la conducătorii auto) justifică o cercetare epidemiologică, sociologică și psihologică etc. a acestui fenomen, cu adevărat de „masă”.

Statisticile privind consumatorii de alcool nu sunt ușor de întocmit dată fiind poziția delicată, stigmatizantă a consumatorilor de alcool intervievați. Din acest motiv, vom încerca să oferim o evaluare a incidenței consumului crescut de alcool depășind 10 litri pe cap de locuitor într-un an, în câteva țări europene ceea ce ne oferă doar perspectiva conturării **consumului de alcool mediu pe an** pentru o țară dintre cele câteva incluse într-o statistică prezentată de Krausz și Ditmann (anii 1990-1992), dintre care „podiumul” este ocupat de **Germania** (12 litri alcool pur/cap de locuitor), Franța (11,8 litri) și Spania (10,9 litri).

Mai relevantă pentru problemele de sănătate este cifra de 2-5 procente cazuri de dependență alcoolică în Germania (Krausz și Ditmann). În aceeași țară se consideră că între 5 și 8 milioane de locuitori au probleme de sănătate legate direct sau indirect, de consumul de alcool (*ibidem*). De asemenea 50.000 de cetățeni germani mor din cauza accidentelor (auto, de muncă, etc.) produse sub influența alcoolului.

Statisticile engleze considerate de Bennet (2000) evidențiau un procent de 27% bărbați și 12% femei din Marea Britanie care depășesc limitele de risc pentru consumul de alcool.

Același autor evidențiază faptul că acest consum descrește cu vârsta prezentând un maxim de 40% pentru bărbați (la femei de 24%) între 18 și 24 de ani (rezistența biologică maximă) și un minim o dată cu înaintarea în vârstă (inclusiv cumulul de boli care contribuie la abandonul sau reducerea consumului de alcool: 18% la bărbați peste 64 de ani (la femei 7%).

Nu este surprinzător faptul că **incidența consumului de alcool este mai mare în rândul păturilor sociale mai sărace**, fapt explicabil, în opinia noastră, prin nivelul mai redus al educației sanitare, dar și prin munca predominant fizică a „gulerelor albastre” care predispune la consumul de alcool (un fapt anecdotic, constatat la colegii de generație cu care am efectuat munci agricole în cadrul practicii de vară din anul 1962 la GAS Bragadiru și care - epuizați de o activitate fizică neobișnuit de dură pentru ei - simțeau seara – încă obosiți – nevoia să consume alcool).

4. TRATAMENTUL ALCOOLISMULUI

Tratamentul alcoolismului cu dependență fizică se efectuează în unități spitalicești psihiatrice, sub supraveghere medicală riguroasă. Cuprinde 2 etape principale:

4.1 Dezintoxicarea

Se realizează prin asocierea medicației (în primul rând benzodiazepine +/- disulfiram în perioada de abținere) cu psihoterapia de susținere și, mai ales, cognitiv-comportamentală, dar și prin colaborare, în special după externare și, acolo unde este posibil, cu familia (prioritar cu partenerul marital) (date sintetizate după Prelipceanu – 2004).

Nu insistăm asupra acestei etape care este, în mod obligatoriu o problemă de stricte specialitate psihiatrică.

4.2 Prevenirea recăderilor

Constituie cea mai anevoioasă etapă a tratamentului unui alcoolic. Administrarea medicației aversive de tipul disulfiramului nu este totdeauna posibilă (foarte multe contraindicații + pericolul unor reacții severe, chiar letale), iar medicamentele mai noi, cu alte mecanisme de acțiune (ex. Naltrexona și Acamprosatul) sunt încă greu de procurat și nu sunt, nici ele, lipsite de efecte secundare periculoase.

În acest context, eforturile terapeuților se îndreaptă spre abordarea psihologică a bolnavilor, în primul rând, prin *creșterea motivației bolnavului pentru menținerea abținerei*, obținută prin tratamentul anterior.

Există o strategie referitoare la *comportamentul bolnavului în raport cu ocaziile intempestive pentru consumul de alcool* dar și cu impulsurile pentru reluarea consumului, provenite din condiționarea reflexă a unor situații anterioare în care bolnavul era obișnuit să consume alcool (de ex. la sfârșitul zilei, după parcare mașinii în garaj, cocktail-uri, vizite ”la țară”, la prieteni „cu cazan de țuică”, etc.). astfel de situații trebuie

incluse într-o listă specifică pentru pacientul respectiv, care va trebui să evite momentele respective sau să „le compenseze” prin „contramăsuri” – de ex. la cocktail-uri, să consume băuturi acide (sucuri de fructe, coca-cola, etc.).

5 PREVENIREA CONSUMULUI EXCESIV DE ALCOOL LA NIVEL DE INDIVID ȘI DE COLECTIVITATE

Constituie o problemă a cărei abordare aparține mai multor factori de intervenție.

5.1 Factori de intervenție

1. *medicul de familie* – în cadrul educației sanitare a bolnavilor și dar și în cazul evaluării factorilor de risc pentru o boală nou diagnosticată (ex. HTA, cardiopatie ischemică, hepatită cronică, ulcer)
2. *medicul specialist* care tratează aceleași boli dar cu posibilități mai reduse de intervenție (timp limitat, număr mai mic de revederi cu bolnavul)
3. În acest eșalon al asistenței medicale, **psihologul clinician** are o arie mult mai largă de competențe dar mult mai îngustă (deocamdată!) de intervenție deoarece își exercită cunoștințele personale, de regulă, asupra unor bolnavi deja cu consum excesiv de alcool, selecționați pentru tratament și trimiși de medic.

În planul general al prevenirii consumului excesiv de alcool psihologul clinician poate interveni doar în cazul unor clienți care se autoconsideră sănătoși – mari consumatori de alcool.

4. nu trebuie neglijat **rolul familiei** (de altfel greu încercată de avatarurile alcoolice al bolnavului respectiv) în susținerea dar și monitorizarea comportamentului acestuia față de ingestia excesivă de alcool
5. la nivel de colectivitate pot acționa diverși factori de decizie la nivel ministerial (Ministerul Sănătății, Ministerul Educației) sau diverse organizații nonguvernamentale ce promovează protecția socială sub diferitele forme ale acesteia și, desigur, mass-media care antrenează specialiști din rândul medicilor și psihologilor pentru o largă acțiune de educație sanitară.

5.2 Conținutul (sumar) al intervenției profilactice/terapeutice

Nu vom prezenta decât un ansamblu redus dar foarte accesibil celor care consumă excesiv alcool (băutorilor problemă)

1. Depistarea acestei subpopulații cu risc crescut. Se poate face, între altele, prin aplicarea testului AUDIT recomandat de către Organizația Mondială a Sănătății, și reprodus cu permisiunea autorilor -din lucrarea „Abuzul și dependența de substanțe psihoactive” (autor D. Prelipceanu și V. Voicu).

Interpretarea testului:

- scorul mai mare de 8 plasează subiectul în categoria de „risc înalt pentru consum dăunător de alcool”

- sub scorul de 8 subiectul se plasează în categoria „risc scăzut sau inexistent de consum dăunător de alcool”
- scoruri mari la întrebările 4, 5 și 6 sugerează sindromul de dependență alcoolică.
- scor mare numai la primele trei întrebări sugerează consum riscant de alcool

TESTUL AUDIT

1. CÂT DE DES BEȚI O BĂUTURĂ CONTȚINÂND ALCOOL?
 (0) niciodată (3) 2 la 3 ori pe săptămână
 (1) lunar sau mai rar (4) 4 sau mai multe ori pe săptămână
 (2) 2 la 4 ori pe lună
2. CÂTE DRINK-URI CONSUMAȚI ÎNTR-O ZI OBIȘNUITĂ, ATUNCI CÂND BEȚI?
 (0) 1 sau 2 (2) 5 sau 6 (4) 10 sau mai mult
 (1) 3 sau 4 (3) 7 sau 9
3. CÂT DE DES BEȚI 6 SAU MAI MULTE DRINK-URI DE ALCOOL ÎNTR-O SINGURĂ DATĂ?
 (0) niciodată (2) lunar (4) zilnic sau aproape zilnic
 (1) lunar sau mai rar (3) săptămânal
4. CÂT DE DES AȚI CONSTATAT ÎN ULTIMUL AN CĂ NU PUTEȚI SĂ VĂ OPRIȚI DIN BĂUT ODATĂ CE AȚI ÎNCEPUT?
 (0) niciodată (2) lunar (4) zilnic sau aproape zilnic
 (1) lunar sau mai rar (3) săptămânal
5. CÂT DE DES ÎN ULTIMUL AN NU AȚI REUȘIT SĂ FACEȚI CEEA CE ERA AȘTEPTAT SĂ FACEȚI DIN CAUZA BĂUTULUI?
 (0) niciodată (2) lunar (4) zilnic sau aproape zilnic
 (1) lunar sau mai rar (3) săptămânal
6. CÂT DE DES ÎN ULTIMUL AN AȚI AVUT NEVOIE SĂ BEȚI PRIMA BĂUTURĂ DE DIMINEAȚA CA SĂ VĂ REVENIȚI DUPĂ O BEȚIE ZDRAVĂ?
 (0) niciodată (2) lunar (4) zilnic sau aproape zilnic
 (1) lunar sau mai rar (3) săptămânal
7. CÂT DE DES ÎN ULTIMUL AN AȚI AVUT UN SENTIMENT DE REMUȘCARE SAU DE VINOVĂȚIE DUPĂ CE AȚI BĂUT?
 (0) niciodată (2) lunar (4) zilnic sau aproape zilnic
 (1) lunar sau mai rar (3) săptămânal
8. DE DES ÎN ULTIMUL AN NU AȚI PUTUT SĂ VĂ AMINTIȚI CE S-A ÎNTÂMPLAT ÎN NOAPTEA TRECUTĂ DIN CAUZĂ CĂ AȚI BĂUT?
 (0) niciodată (2) lunar (4) zilnic sau aproape zilnic
 (1) lunar sau mai rar (3) săptămânal
9. DVS. SAU ALTCINEVA A FOST RĂNIT CA REZULTAT AL FAPTULUI CĂ AȚI FOST BĂUT?
 (0) nu (4) da, în ultimul an
 (2) da, dar nu în ultimul an
10. O RUDĂ, UN PRIETEN, UN DOCTOR SAU O ALTĂ PERSOANĂ A FOST ÎNGRIJORATĂ DE BĂUTUL DVS. SAU V-A SFĂTUIT SĂ-L REDUCEȚI?
 (0) nu (4) da, în ultimul an
 (2) da, dar nu în ultimul an

2. Informarea detaliată asupra naturii riscurilor (comportament penibil și stigmatizare socială, accidente, boli, deteriorare psihică)

3. Adoptarea unui stil de comunicare deschis (dar nu centrat pe înspăimântarea pacientului care va fi tentat să-și revină din spaimă apelând tot la băutură)

- Empatic - persoana în cauză să simtă intenția de a-l sprijini, în cadrul unei colaborări amicale
- Fără atitudine paternalistă, de impunere a conduitei de scădere a consumului de alcool - subiectul va trebui dirijat discret către o decizie personală în acest sens
- Fără etichete (alcoolic) și fără agresivitate (condamnarea, fără menajamente, ca și etichetarea induc, în mod nedorit, o opoziție reacționară din parte consumatorului)

4. Conținutul principal al recomandărilor. Ne vom limita la următoarele recomandări, făcute de către autor (ibidem)

- Limitarea, inițial, a numărului de pahare consumate zilnic
- Auto-monitorizarea comportamentelor legate de consum
- Schimbarea ritmului de consum
- Învățarea asertivă a refuzului de a bea;
- Inițierea unui sistem de premiere pentru realizarea obiectivului de a „sări” peste un pahar sau de a nu mai bea, pur și simplu, pentru o perioadă semnificativă de timp;
- Învățarea unor abilități alternative de coping

În prezent există programe elaborate de OMS care mută centrul de greutate al intervenției terapeutice profilactice asupra băutorului la nivelul eșalonului de medicină de familie al asistenței medicale.

Bibliografie

1. Bennett P. – Pgf. Alcohol pp 6-7 în Introduction to clinical health psychology, Open Univ. Press, Buckingham, Philadelphia, 2000
2. Bușoi G. – Cap. Alcoolismul în practica medicală pp. 32-37 în B. Luban Plozza și I.B. Iamandescu – Dimensiunea psihosocială a practicii medicale. Ed. Infomedica, București, 2002
3. Jellinek E.M. – The disease concept of alcoholism Yale University Press, New Haven, 1960
4. Krausz M. and Dittmann V. – Cap. Storungen durch Alcohol pp. 67-71 în Freyberger H.J., Schneider W., Stiegler R.D. – Kompendium um Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin Karger, Basel-Freiburg 2002
5. Matlin M. – Cap. Depressants pp. 154-156, în M. Matlin. Psychology Harcourt Fort Worth
6. Manualul Merck ed.XVII – Cap. Alcoolismul pp. 1580-1583, ed. All, București, 1999)
7. Prelipceanu D. – Cap. Alcoolismul în D. Prelipceanu (ed.) Ghid de tratament al abuzului de substanțe psihoactive. Ed. Infomedica București, 2004
8. Prelipceanu D., Victor Voicu Abuzul și dependența de substanțe psihoactive, Ed. Infomedica, București, 2004
9. Teitel A. – Farmacologie. Curs litografiat. IMF București, 1960

CAPITOLUL 3**OBEZITATEA****1. DATE GENERALE**

Obezitatea este una dintre cele mai frecvente tulburări întâlnite în practica medicală.

Adagiul românesc - cu tentă rubensiană - „grasă și frumoasă“ omite faptul că obezitatea este o adevărată boală, definită - mai mult sau mai puțin arbitrar și/sau exact - ca o creștere a greutateii corporale prioritar pe seama țesutului adipos) cu peste 20% din greutatea considerată ca normală pe baza unor criterii de vârstă, sex, înălțime (cea mai uzuală formulă este cea a lui Broca: $I \text{ (cm)} - 100 = G$ (greutatea „ideală“). **Indicele de masă corporală (BMI)**, stabilit prin raportarea G actuale la suprafața corporală (în m^2), contribuie la stabilirea conceptului de obezitate când este mai mare de $27 \text{ kg}/m^2$.

Simptomele psihice și somatice ale obezității sunt numeroase dar ele reflectă, de fapt, **consecințele în plan somatic** ale acestei boli asupra tuturor organelor și aparatelor organismului), dar și **psihologic** (aspect inestetic, implicații asupra rolului socio-profesional etc.).

2. COMPLICAȚIILE OBEZITĂȚII**2.1. În plan somatic**

În ansamblul lor, complicațiile obezității - redate în tabelul 1 contribuie la apariția altor boli, la alterarea calității vieții bolnavilor obezi, dar și la scăderea duratei de viață cu circa 3 ani (după Baron, care mai menționează că, în SUA, o ideală normalizare a greutateii corporale ar contribui la scăderea cu 25% a incidenței cardiopatiei ischemice și cu 3,5% la scăderea accidentelor vasculare cerebrale sau a insuficienței cardiace).

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Cardiopatia coronariană printre factorii de risc (FR) ai bolii: fumat, sedentarism etc.; 2. Hipertensiunea arterială (de 6 ori mai frecventă la obezi), constituie și un FR pentru cardiopatia coronariană; 3. Diabet zaharat de tip II (de 3-4 ori mai frecvent la obezi); 4. Hipercolesterolemie (de 2 ori mai frecventă la obezi); 5. Neoplazii, constituind FR pentru cancerul colo-rectal și de prostată (la bărbați), utero-ovarian, biliar și de sân (la femei); 6. Bolile artrozice; 7. Boli digestive (litiataza biliară, refluxul gastro-esofagian); 8. Boli tromboembolice; 9. Insuficiența respiratorie (factor extra-pulmonar); 10. Insuficiența cardiacă (FR și scăderea toleranței la efort); 11. Boli cutanate (de ex., intertrigo micotic/bacterian); 12. Expunere crescută la accidente. |
|--|

Tabelul 1. Consecințele patologice ale obezității

2.2. În plan psihosocial

Pe lângă **complexele de inferioritate** legate de aspectul inestetic (accentuat sau diminuat, în funcție de standardele socio-culturale), persoanele obeze sunt adeseori expuse unei veritabile **discriminări sociale** (începând cu poreclele și respingerea la jocuri și terminând cu neangajarea în diverse activități profesionale).

Referitor la cele mai grave consecințe ale obezității, este obligatorie menționarea faptului că **rata mortalității** este mai crescută la obezi, variind între +35% (la cei cu $G=135\%/N$), +100% (G peste $150\%/N$) și 1000 %, crește de 10 ori, la cei cu G mai mare cu $200\%/N$.

Dispoziția adipozității de **tip abdominal superior** este asociată cu o incidență crescută a mortalității generale și prin bolile cardiovasculare.

3. ETIOLOGIE

La obezi, metabolismul bazal (influențat și el pe baze genetice dar și de variabile dobândite, inclusiv conjuncturale), apare - în urma unor cercetări asupra membrilor de familie obezi - ca fiind redus, în ceea ce privește rata eliberării de energie în cursul unor zile, scădere ce poate atinge aproximativ 400 Kcal.

Pe lângă această **diminuare a metabolismului bazal**, obezii mai prezintă și o rată mai scăzută a consumului de energie legat de ingestia de hrană (fapt ce contribuie și el la un bilanț energetic pozitiv cauzator de creștere ponderală (comparativ cu persoane de aceeași vârstă, sex, înălțime și suprafață cutanată).

Ca o concluzie generală, rezultată din descrierea acestor mecanisme, se poate anticipa faptul că **obezitatea apare în condițiile în care aportul de energie datorat ingestiei de alimente este mai mare decât cheltuielile acestei energii (prin efort fizic - în special - sau alți factori de solicitare a organismului - dar și din cauza unor particularități metabolice** induse genetic sau de către urmele unei boli sau de alți factori endogeni sau exogeni cu implicații metabolice).

3.1 Obezitatea genetică este prezentă în *peste 50% din cazuri* (Köpp), fiind demonstrată mai ales prin studiile asupra gemenilor dar și prin studii epidemiologice longitudinale, analizând **descendenții din părinți obezi - într-un alt mediu**, generator de comportament alimentar corect și furnizând o hrană judicioasă.

3.2 Cauze extragenetice

Cauzele patologice ale obezității sunt numeroase, dar nu acoperă decât un procent din incidența bolii și sunt reprezentate în principal de boli metabolice, unor endocrinopatii (hipotiroidism și sindrom Cushing - cel mai adesea) etc., inclusiv administrării unor medicamente psihotrope.

Cauzele fiziologice ale obezității sunt legate de **graviditate** și de **menopauză** (la femei) și de **înaintarea în vârstă**.

Cauzele comportamentale pot fi încadrate în două mari grupe:

1. **Alimentația defectuoasă** prin exces cantitativ și/sau aport caloric crescut (defect calitativ al hranei preferate de către individul obez);

2. **Descrescerea activității fizice** - apare mai frecvent în generarea obezității decât în tentativa de a slăbi prin efectuarea de diverse exerciții aerobice, însă este în mod cert un mijloc de menținere - alături de o dietă adecvată - a unei scăderi ponderale obținută prin diverse metode (Baron, 1997).

Din păcate, **activitatea fizică - nu poate reprezenta o soluție exclusivă a unei scăderi ponderale satisfăcătoare**, deși constituie un factor important de inducere *per se* a normalizării ponderale (pe termen scurt); aceasta rezultă din faptul că un program aerobic destul de greu de respectat pentru mulți pacienți obezi (20'-30', de 4-5 ori pe săptămână) produce o pierdere de numai 500-1000 kcal pe săptămână (cantitate echivalentă cu consumul zilnic de 90-180 g ciocolată și 1-2 litri de „Pepsicola“) și de numai 7-15 kg într-un an (*Ibidem*).

De aici concluzia că exercițiile fizice (plimbări lungi, jogging, gimnastică aerobă, înot) sunt utile în tratamentul și/sau prevenirea obezității numai atunci când sunt practicate pe termen lung și sunt asociate dietei hipocalorice.

În plus, activitatea fizică contribuie la scăderea ponderală pe seama masei adipoase și crește rata pierderilor calorice la nivelul metabolismului bazal (**Liebl și colab.**), contribuind și la **creșterea rezistenței la efort fizic**, la **scăderea tensiunii arteriale** și a **adezivității plachetare**, la **ameliorarea metabolismului glucozei** și **acțiunii insulinei** la diabetici, ca și la **scăderea concentrației lipidelor sanguine**.

În ultimă instanță, **activitatea fizică reprezintă, per se, ca și prin consecințele favorabile asupra bolilor mai sus menționate, un factor de scădere a mortalității prin bolile cardiovasculare.**

Prin aceste efecte fiziologice, activitatea fizică susținută, chiar dacă este moderată, constituie un element **inductor al unei bune dispoziții psiho-afective**, înlăturând oboseala intelectuală și conferind individului o stare de prosepțime.

Referitor la formele de practicare se recomandă - **la tineri - exerciții aerobice** (eventual însoțite de o ridicare de greutate) și - **la vârstnici - plimbări zilnice**, într-un tempo după posibilități (optimal 5-6 km/oră).

Cea mai bună formulare privind raportul dintre factorii genetici și cei dobândiți în ceea ce privește implicarea lor în apariția și dezvoltarea obezității aparține autorilor Meyer și Stunkard (1993) care consideră că **„factorii genetici stabilesc într-o mare măsură dacă un om poate să devină obez, dar factorii de mediu sunt responsabili dacă și în ce măsură“** se va realiza această predispoziție (vezi Köpp în Studt și Petzold, p.463).

4. COMPORTAMENTUL ALIMENTAR INDUS DE FACTORII PSIHOSOCIALI

4.1. Caracterizare globală

Bolnavii cu obezitate „primară“ (termen propus de noi pentru o diferențiere de obezitatea secundară unor condiții patologice bine definite) prezintă un comportament alimentar caracterizat prin câteva trăsături asociate între ele în grad variabil dintre care

– conform răspunsurilor a 100 de obezi la un chestionar propriu (Iamandescu) în colab. cu Popa-Velea, Ilicea și Diaconescu, 2001 „Studiul unor factori psiho-comportamentali la bolnavii obezi” – menționăm următoarele:

- **Apetitul crescut**, uneori imperios, de regulă după o pauză de 4-5 ore de la ultima ingestie – persistând multă vreme după o ingestie rezonabilă cantitativ (sațietatea se instalează târziu).
- **Tahifagia**, mâncatul repede și cu mișcări de masticăție reduse („înghițituri“ mari).
- **Predilecție pentru dulciuri** (atenție la sucurile de fructe), ciocolată, prăjituri, dar și pentru alte tipuri de glucide (pâine, paste făinoase, cartofi, aluaturi – Pizza, de exemplu), ca și pentru lipide (animale – carne de porc, mezeluri, cârnați – sau vegetale: margarină, arahide etc.).
- **Ingestii compulsive** – în caz de distres (la subiecții anxioși) sau de eustres (în cazul relaxării, când subiectul se uită la televizor sau vede un film) cu „ronțăitul“ unor alimente care, cel mai adesea, sunt hipercalorice (Snacks-uri, semințe, alune, biscuiți sărați sau alte gustări picante).
- **Obiceiul de a „ciuguli“** câte ceva între mese, mai mult de ora 18.
- **Frecvența asociere a alcoolului** ca element inductor al unui cerc vicios de tipul: aperitiv (băutură alcoolică) > exacerbare apetit > ingestie rapidă de alimente > ușoară balonare > un nou impuls pentru ingestia de alcool > o nouă creștere a apetitului ingestie.
- **Predilecția pentru condimente** dar și anumite rafinamente gastronomice la o parte din obezi în contrast cu simplitatea („modestia“) gusturilor unei alte părți dintre aceștia care preferă (uneori din cauza sărăciei) ingestia unei mari cantități de pâine, cartofi, mezeluri ieftine, halva etc. (toate având o valoare calorică crescută).
- **Reacții psihologice devastatoare**, în absența ingestiei alimentare, de la simpla neliniște și senzația de foame imperioasă și până la nervozitate excesivă cu creșterea agresivității (și crearea facilă a unor reacții conflictuale) urmată de o rapidă liniștire (cu eventuale scuze de rigoare) după ingestia alimentară.

4.2 Tipuri de obezitate psihogenă

Din cele trei tipuri de obezitate descrise de Bruch în 1973 (constituțională, de dezvoltare și reactivă) numai ultimele două forme au la bază factori psihogeni inductori.

Obezitatea de dezvoltare (de formare) este o formă de obezitate edificată în cursul copilăriei, cauzele psihogene fiind atribuite fie unei **tulburări de comunicare** în cadrul familiei, fie unor **solicitări prelungite**, ambele situații nefiind echilibrate prin mecanisme adecvate de protecție emoțională ale copilului. Această formă de obezitate pare a fi datorată unei **atmosfere relativ constante** de constrângere și unor **evenimente psihotraumatizante majore**, relevate de anamneza psihologică. Psihanaliștii vorbesc de o veritabilă fixare la nivel oral a personalității acestor bolnavi. Considerăm că, dincolo de aceste aplicații, trebuie să existe și un comportament alimentar generat de condițiile menționate.

Obezitatea reactivă este în mod inteligibil legată de situații declanșante cu valoare de stresori majori, **debutul instalării obezității fiind marcat de stresul respectiv**. Subiecții obezi nu prezintă în mod obligatoriu o ereditate obeză și – în lumina unor date mult ulterioare lui Bruch – se pare că **hipercortizolemia de stres**, la fel ca și cea întâlnită în depresii, contribuie - prin efectele adipogenetice ale acestui hormon la instalarea obezității (posibil prin mecanisme parțial similare cu cele întâlnite la obezii cu sindrom Cushing, caracterizat prin hiperproducție de cortizol).

Referitor la implicarea cortizolului în activitatea leptinei, este de așteptat, conform studiului recent efectuat de Rosmond și Udden de la Universitatea Götteborg, inițierea de către hormonul corticosuprarenal a unei rezistențe la acțiunea generatoare a senzației de sațietate pe care o exercită leptina la subiectul normal. În acest fel are loc următoarea secvență: hipercortizolemie de stres > inactivare sau rezistență la leptină → semnale reduse de sațietate → hiperfagie de stres → aport crescut de alimente (energie) → „colectarea“ energiei și adipogeneză în depozitele centrale viscerale (bogate în receptori pentru glucocorticoizi) → obezitate abdominală.

Indiferent de valabilitatea acestei secvențe ipotetice, apare tot mai evidentă legătura dintre stresurile psihice prelungite, mai ales cele însoțite de reacții depresive și instalarea obezității prin mecanismele hipercortizolemiei de stres.

4.3 Comportament alimentar hiperfagic – caracteristici și forme clinico - patologice

Peter (cit. de Köpp) descria, încă din 1979, două forme de comportament alimentar („Essverhalten“): Accesele de ingestie nocturnă („Sindromul hiperfagiei nocturne“), prezente la circa 10% dintre obezi și „Accesele de orgie alimentară“ (echivalențe nevrotice impulsive, însoțite de un complex de simptome, inclusiv de natură motorie) prezente la cca. 5% dintre obezi. Marea majoritate a obezilor – restul de 85% - prezintă un comportament hiperfagic continuu (moderat dar constant), relativ „fixat“ în conduita alimentară a obezilor, confirmat și de datele noastre.

Accesele de „**Binge eating**“ („**orgie alimentară**“) se instalează pe un teren nevrotic și sunt asemănătoare puseelor de bulimie (dar în cazul acestora din urmă există elementul diagnostic suplimentar de provocare a vărsăturilor – și intensa culpabilitate a bolnavilor respectivi).

În schimb, **accesele de „hiperfagie nocturnă“** se instalează la subiecți fără un teren nevrotic obligatoriu și în condiții mai firești, de viață. Așa de exemplu, la menopauză, când multe femei – complexate de propria îmbătrânire și scădere a feminității - își pierd obiectul afecțiunii lor (copiii emancipați își caută parteneri de vârsta lor, se căsătoresc etc., iar soții – în apogeul lor profesional - sunt tot mai greu accesibili și uneori își caută amante mult mai tinere). Aceste femei - atinse de o depresie, cel mai adesea moderată și bine mascată - prezintă astfel de accese hiperfagice nocturne (uneori consumă, într-un mod foarte discret și în cantități moderate, alcool – cu sau fără asociere tabagică). De menționat că dimineața, aceste paciente obeze prezintă adeseori inapetență și „sar“ peste micul dejun.

Personal, am observat existența unui **comportament hiperfagic generat de**

eustres (cu „condiționare rituală“), prezent la o bună parte dintre obezi care – atunci când se relaxează (inclusiv seara, la televizor) sau când sunt bine dispuși pentru o reușită din ziua respectivă, sau după fiecare zi cu activități profesionale încărcate dar plăcute – simt nevoia să mănânce „ceva bun“, eventual asociind 1-2 „pahare“ care cresc, și ele, apetitul. Desigur, rădăcinile unui astfel de comportament sunt reprezentate de evenimentele rituale plăcute (sărbători, nunți, botezuri etc.) în cadrul cărora eustresul – manifestat prin bucuria intensă, râsul etc. – constituie un impuls hiperfagic, urmat de veritabile ospete.

Am accentuat acest aspect oarecum atipic față de datele din literatură deoarece există – în mod justificat – o opinie generală conform căreia obezii își descarcă anxietatea și își alungă „gândurile negre“ prin consumarea unor alimente care le oferă o satisfacție imediată (dulciurile) sau le astâmpără foamea exagerată ce însoțește hipercortizolemia de stres. De altfel, Mirsky a observat cu multe decenii în urmă un fapt relativ banal, referitor la comportamentul sugarului al cărui plâns este „calmat“ de către mamă prin oferta suptului sau a biberonului cu lapte. Adesea o astfel de manevră, ce poate sta la baza unui comportament alimentar hiperfagic cu rol „anxiolitic“ al „fostului sugar“, este și un mijloc de a scădea anxietatea a însăși mamei respective.

Ingestia compulsivă este o asemenea modalitate de comportament alimentar hiperfagic declanșat cel mai adesea de un set situațional dominat de anxietate, de așteptarea unui rezultat, de griji, efort mental, nervozitate. Ea constă în ingestia grăbită a unor alimente (bomboane, semințe, săluri etc. ce pot fi ingerate prelungit), ca un veritabil **automatism alimentar**, momentele mai sus menționate având un caracter de intensă excitație în plan afectiv. Între aceste cauze de ordin afectiv, care generează hiperfagia și conduc la supraalimentație, au fost incluse și *încordarea, stările conflictuale, nerăbdarea, plictiseala prelungită, „golul sufletesc“, izolarea, abandonul* de către ființa iubită – toate acestea fiind **corelate experimental de către Köpp cu contracțiile de foame ale stomacului** urmărite timp de câțiva ani cu ajutorul unor sonde-balon introduse în stomac la subiecții obezi.

Prin urmare, se poate afirma că *variate „mișcări“ în plan emoțional, survenite în mod repetat și/sau prelungit pot contribui la condiționarea unor forme de comportament alimentar*, fixate conform varietatelor pattern-uri sus menționate.

Nu trebuie omis faptul că există situații în care anxietatea și chiar depresia (mai ales în cazul în care ele sunt extrem de pronunțate) se însoțesc de un comportament alimentar cu totul opus (de ex. slăbirea la persoane care au trecut prin momente critice sau cea întâlnită la mulți depresivi ce refuză să se alimenteze). Explicații pot fi invocate, dar ele depășesc cadrul acestui capitol. Cercetări personale (Iamandescu 2005) au evidențiat la studenții și tineri obezi, două subpopulații: a) cu valori crescute la depresie și anxietate și b) cu valori normale - la aplicarea testului HAD (Hospital Anxiety and Depression), utilizat de noi.

5. PROFILUL PSIHOLOGIC AL OBEZULUI

Numeroasele tentative de conturare a unei tipologii psihologice a obezilor întâlnite în literatură sunt tributare unor speculații bazate pe caracterul întâmplător al eșantioanelor avute în vedere, ca și concepțiilor vehiculate de către diverși autori.

Un astfel de exemplu este furnizat de tipul descris – prin prisma psihanalizei – care pornește de la *valoarea emoțională a hranei*, care „umple o lipsă” (Alby) și poate fi considerată de către unii obezi ca un adevărat drog („toxicomanii gurii” după formularea lui Held). Bolnavii obezi ar fi persoane imature fixate la nivelul stadiului oral, intolerante la frustrări și constrângeri, pasive și dorind să fie iubiți.

Această **viziune strict limitată la un segment al populației bolnavilor obezi** contrastează cu imaginea unor energici oameni de afaceri, plini de realism și rezistență emoțională.

Încercând să combatem astfel de viziuni unilaterale vom înfățișa o veritabilă clasificare a variatelor trăsături de personalitate ale obezilor pornind de la două axiome:

- **relația psihosomatică**, referitoare la influențele diverselor tipuri de stres psihologic asupra comportamentului alimentar, se exercită în funcție de trăsăturile variate de personalitate ale obezului, de particularitățile sale somatice și psihofiziologice, conducând la variate pattern-uri de comportament alimentar (prezentate anterior).

- **recul somato-psihic al obezității**, ca și al comportamentului hiperfagic – apare, și el, determinat de particularitățile de teren psihic și somatic, inclusiv de tipul de obezitate și condițiile biografice de instalare a acestuia.

Așadar, considerăm utilă conturarea unor profiluri psihologice multiple ale obezilor bazându-ne pe aplicarea celor două „axiome” prezentate mai sus la realitățile clinico-psihologice ale obezității, și integrate în complexul trăirilor lor psihocomportamentale, adesea existând și o întrepătrundere a caracteristicilor acestor profiluri.

5.1 Tipul obezului bonom – prezentat ca un veritabil etalon pentru obezitate în general – omul cumsecade, jovial, energic, optimist, extravertit, adeseori coleric sau sanguinic, ușor naiv, ambițios și perseverent (dar lipsit de voință referitor la înfrânarea apetitului său alimentar). Se poate considera că, în acest caz, avem de-a face cu un adevărat cerc vicios pozitiv cu punct de pornire într-o **atitudine optimistă cu tentă hedonistă**, corelată cu un apetit crescut care „încarcă bateriile” optimismului prin satisfacția postprandială și crează premisele unui „apetit sănătos” prezent pe un teren metabolic predispus genetic spre obezitate.

Adeseori acești subiecți amplifică eustresurile printr-un comportament elementar exacerbat și **condiționează reflex starea euforică (potențată sau nu de alcool) cu un comportament hiperfagic**.

5.2 Tipuri de obezi crispați, adesea nevrotici („frământați de gânduri” negative), adeseori prezentând sindroame afective asociate (anxietate, depresie), care „ali-

mentează obezitatea“ realizând un cerc vicios negativ cu punctul inițial marcat de tulburarea afectivă de bază generatoare de nevoia compensatoare de hrană și închiderea cercului prin reacția afectivă negativă la instalarea obezității.

5.3 Tipuri de obezi complexați cu handicap fizic și psihic (secundar) evident. Marii obezi (gradul 2 în special, și gradul 3), precum și copiii mândăcioși și adesea sedentari - deveniți ținta ironiilor celor din jur - constituie subiecți indispensabili pentru variate abordări terapeutice: medicale, psihologice și psihiatrice.

Nu este exclus ca un „obez jovial“ să devină un obez „crispăt“ într-un context biografic anxiogen sau în cazul unor situații cu caracter de pierdere.

5.4 Bolnavii deveniți obezi ca urmare a unor tratamente medicamentoase pentru alte afecțiuni patologice (psihoze – medicație psihotropă diversă, tuberculoză - izoniazidă, bolile necesitând corticoterapie) se vor încadra, și ei într-unul dintre profilurile menționate în funcție de personalitatea lor de bază și de contextul biografic al instalării obezității.

6. CONSECINȚELE OBEZITĂȚII ÎN PLAN PSIHOLAGIC

Bolnavul obez este cel mai adesea **complexat de aspectul inestetic** al obezității sale (mai ales femeile terorizate de exigențele siluetei confruntate cu etaloanele top-modelelor) dar și de o anumită rigiditate fizică vizibilă, de exemplu, în cazul aplecării sau unor eforturi obișnuite, inclusiv cele referitoare la actele zilnice (îmbrăcare, urcatul scârilor etc.) sau în cazul purtării unei vestimentații pretențioase; aparițiile în sala de fitness, la bazinul de înot sau pe plaja mării, îi crează veritabile complexe de inferioritate. Toate aceste consecințe somato-psihice ale obezității, dar și altele – adeseori mult mai importante – ne obligă la o sistematizare a efectelor negative psihologice ale obezității, toate constituind veritabile obiective ale psihoterapiei după cum urmează:

6.1. Tulburări legate de foamea imperioasă

Sunt frecvent întâlnite stări de *iritabilitate*, *dispoziție agresivă* sau *senzația de „leșin“* pe care o acuză obezii în cazul unei pauze alimentare mai lungi de câteva ore. Există un pattern specific pentru fiecare obez în ceea ce privește aceste *fenomene „de abținere“*.

De altfel obezitatea reprezintă, în multe cazuri, o formă de *dependență alimentară de tip toxicoman* (vezi Held) având manifestări de sevraj oarecum similare cu cele întâlnite la consumatorii de droguri. Considerăm aceste tulburări ca fiind de maximă importanță în cazul instituirii tratamentului obezității.

6.2. Complexe de inferioritate (justificate) sau dismorfofobii

Dacă în obezitările ușoare aceste complexe de inferioritate sunt abia schițate, în cazurile de intensitate medie – gradul 2 – (în special la obezii cu o **autostimă relativ scăzută sau fluctuantă**) și mai cu seamă la marii obezi există un adevărat sindrom dismorfofobic (reacție exagerată față de propriul aspect inestetic), caracterizat, în plus de o serie de inconveniente ale obezității: disconfort (gâfâit la simple eforturi, transpirații facile, lentoare în mișcări), afectarea unor activități uzuale (inclusiv efectuarea actului sexual), ironii și porecle din partea anturajului sau etichetarea lor facilă drept „leneși“ etc.

Pentru copiii obezi, îndepărtarea lor de la jocuri este, și ea, o formă de **stigmatizare socială** deși, adeseori, persoanele obeze devin adevărați confidenți de încredere, situați în umbra unor persoane normoponderale pe care le invidiază în secret.

6.3. Exacerbarea anxietății bazale și instalarea unor stări depresive

Dacă distresul cronic sau acut pot să genereze stări de anxietate puternică ce se cer calmate (după un algoritm structurat inconștient - în multe cazuri – prin calmarea plânsului sugarului de către ingestia promptă de lapte oferită de părinți), este valabil și fenomenul invers de ordin somato-psihic de creștere a anxietății la obezi ca urmare a unei scăderi a autostimei, a poziției adeseori depresive în fața celor din jur, mai ales înaintea unor întâlniri de afaceri sau, mai ales, în cazul tinerilor obezi cu parteneri de sex opus.

Mult mai evident este distresul secundar obezității manifestat prin stări depresive (adeseori mascate) ce agravează un cerc vicios deja instalat prin posibila apariție a obezității în contextul unor distresuri generate de „pierderi“ (decese, concediere, divorț, eșec profesional etc.)

6.4. Apariția unor restrângeri ale activității fizice și a contactelor sociale

Reprezintă consecințe previzibile ale obezității deductibile din primele trei.

6.5. Preocupări obsesive pentru slăbire prin angrenarea în diverse „cure de slăbire“ prin diete adesea fanteziste și variabile ca valoare (unele chiar dăunătoare, preparate naturiste, acupuncturi, homeopatie, fitness etc. fără a obține rezultate durabile (eventualele succese inițiale, urmate de recidive în mai puțin de 6 luni).

7. PRINCIPII DE ABORDARE PSIHOLOGICĂ A BOLNAVILOR OBEZI

7.1. Psihoterapia suportivă simplă

Tratamentul obezității este - de la început și până la sfârșit, chiar dacă bolnavul primește o medicație cu diverse ținte terapeutice – o veritabilă psihoterapie polimorfă, dominată de forma cea mai accesibilă (pentru medicul de familie, nutriționist sau endocrinolog), psihoterapia suportivă simplă, constând într-un complex de măsuri axate pe susținerea bolnavului în campania dificilă de scădere a greutateii sale. Astfel suportul psihologic oferit de către medic bolnavului obez se bazează pe:

- **informarea** completă și instruirea acestuia asupra cauzelor și efectelor obezității, ca și asupra modalităților de aplicare a regimului dietetic, a programului fizic și eventual a schemei terapeutice medicamentoase ori cu agenți terapeutici neconvenționali, preparate naturiste sau alte metode ale medicinei alternative precum acupunctura, homeopatia etc.

- **încurajarea** (prin mijloace persuasive sau sugestive) a bolnavului concomitent cu mijloace discret coercitive în situațiile de încălcare a regimului acceptat inițial.

- **procurarea unor momente de relaxare** (eventual ședințe de training autogen Schultz sau antrenament psihosomatic Luban-Plozza și Pozzi, cu utilizarea asocierii muzicii).

Din păcate, destul de rar este posibilă obținerea remisiunii ponderale a obezilor la

acest nivel (eșalon) al asistenței medicale (**fiind nevoie de participarea la „program“ a unor pacienți cu un tonus psihic excelent, cu o voință puternică și cu o răbdare remarcabilă**), mai ales că – după o scădere relativ rapidă a curbei ponderale – **urmează o fază „în platou“** cu menținerea greutateii și perspectiva recăderii, în cazul pacienților ușor descurajați. Toate aceste realități clinice impun apelul la psiholog sau la psihiatru, mai ales că medicul curant se simte frustrat datorită eșecului terapeutic imputabil cooperării defectuoase a pacientului.

De cele mai multe ori un astfel de eșec este ușor previzibil în cazul în care medicul nu s-a asigurat că pacientul posedă o **puternică motivație** pentru a se angaja în această campanie dificilă pe un teren plin de capcane provenind atât de la pacient („necazurile“ proprii, tentațiile de diverse fakturi), dar și din mediul socio-profesional (adesea și familiar) al acestuia.

De altfel Baron consideră că tratamentul obezității trebuie să fie instituit numai la acei pacienți obezi care sunt ferm decizi să-l efectueze (din motive medicale, cosmetice, psihologice sau sociale) și care îndeplinesc o serie de condiții de selecție prezente în tabelul 1. Referitor la **natura dietei pentru slăbire**, este suficient să arătăm că - potrivit autorilor americani – proporția de lipide trebuie să fie sub 30%, cea de proteine sub 15%, iar cea de glucide în jur de 55% (acestea din urmă provenite, mai ales, din alimente hidrocarbonate, nu din preparate pe bază de zahăr.

1. RW > 120% și BMI > 27 kg/m²
2. Pacienți motivați pentru acceptarea dietei și exercițiilor
3. Atitudine realistă față de obiectivele și cifrele propuse (și viteza slăbirii)
4. Asigurarea surmontării unor procese survenite pe parcurs (stresuri, abuzuri de substanțe – alcool etc.)
5. Prezența unui suport social (material, emoțional, informațional)
6. Tratament psihiatric în cazul unor sindroame depresive, abuz de substanțe, etc.
7. Boli asociate (HTA, diabet zaharat de tip II, hiperlipemii)

Tablelul 1. Indicații pentru curele de slăbire (după datele furnizate de Baron)

Un loc aparte îl ocupă *subiecții supraponderali* (RW între 100 și 120) care – dacă doresc să prevină instalarea obezității, pot intra – și ei – în această campanie contra obezității. Un element de asigurare a persistenței scăderii ponderale îl constituie obișnuirea bolnavului de a efectua exerciții aerobice sau – cel puțin – mersul pe jos pentru cel puțin 5-7 ore pe săptămână.

Köpp formulează o idee extrem de utilă medicilor cu dotare psihologică (naturală sau dobândită): **scopul tratamentului obezității nu trebuie să fie limitat la obținerea scăderii ponderale** ci bolnavul trebuie ajutat (eventual prin mijloace psihoterapeutice) **să-și amelioreze capacitatea de rezolvare a conflictelor**, de luare corectă a deciziilor, ca și de a gusta pe deplin bucuriile vieții. Medicul trebuie să renunțe la ambiția profesională a performanței obiectivată în numărul de kilograme eliminate și trebuie să limiteze **scopul terapeutic la posibilitățile de acomodare ale bolnavului** cu care trebuie

să colaboreze strâns spre a putea soluționa propriile conflicte interioare ale acestuia dar și spre a-l adapta cu o serie de stimuli de mediu, inductori ai unui comportament hiperfagic.

De altfel, Stunkard (1999) afirmă că o scădere cu 10% a greutatei unui obez diminuează considerabil riscul pentru complicațiile bolii.

7.2. Psihoterapii speciale

a) *Terapia cognitiv-comportamentală*

Pornește de la cunoașterea cauzelor de ordin psihic ale obezității, punând accentul pe comportamentul alimentar cauzal și pe problemele pe care le ridică cura de slăbire.

După Stunkard (1980) se pot descrie următoarele secvențe:

- Instituirea pacientului în postura de partener angrenat în îndeplinirea planului terapeutic;
- Anunțarea anturajului și prietenilor de începerea curei de slăbire
- Precesiunea analizei stimulilor alimentari și a consecințelor acestora în cadrul comportamentului hiperfagic („pofțicioșii“ sunt mai puțin sensibili la stres decât cei ce mănâncă spre a se calma);
- Fixarea unor recompense ce vor scădea tensiunea psihică și anxietatea generate de scăderea ingestiei;
- Contract la inițierea curei în care se prevăd cantitatea și calitatea hranei, viteza masticăției și deschiderea unui jurnal pentru notarea acestor aspecte;
- Reducerea stimulilor alimentari (de exemplu, ocolirea unei patiserii aflată în drumul spre serviciu la „orele gustării“), ca și a stimulilor condiționați (locuri și momente de alimentare suplimentară);
- Inducerea unor pauze;
- Cântărirea zilnică și autosugestie negativă (comentarii negative despre sine, ca obez, în fața oglinzii);
- Automonitorizarea hranei ingerate (notarea alimentelor ingerate și conținutul lor caloric);
- Expuneri intenționate, cu caracter de „călire“, la alimente cu miros plăcut și prezentare apetisantă, la o anumită oră și într-un anumit loc (de exemplu la un bufet expres de bună calitate), fără a se așeza la masă;
- Atenție specială acordată ingestiei alimentului, utilizând tehnici reductive (de exemplu, numărarea înghițiturilor și rărirea ritmului masticăției, sau obligația de a mânca la o oră anume și într-o cameră mereu aceeași și cu aceleași tacâmuri);
- Efortul fizic sub formă de exerciții de gimnastică sau a unor plimbări.

b) *Hipnoterapia*

Cure scurte axate pe sugerarea interdicției pentru bolnavi de a consuma alimente interzise (Crasilveck și Hall – 1975) sau, din contră, sugerarea întăririi Ego-ului pacientului și încrederii în sine privind succesul curei.

c) *Imageria dirijată*

Se reprezintă în plan mental imaginea pacientului ajuns cu bine la finalul curei de slăbire și se repetă, în același plan mental, imaginea unor conduite alimentare adecvate.

d) *Tehnici de relaxare și autohipnoză (vezi detalii R. Baron 1997).*

Bibliografie selectivă

1. Baron R.B. *Pharmacologic treatment of obesity*, Am. J. Nutr. 1994, 60, 153.
2. Baron R.B. *Obesity* pp. 150-156, în Feldman M.D., Christensen J.F., *Behavioral Medicine in Primary Care – A Practical Guide*, Lange Medical Books / McGraw-Hill, New York, 1997.
3. Deter H.C. *Klinische Krankendemonstration – Anorexia nervosa*, Inn. Med. 1979; 6: 195-201.
4. Iamandescu I.B., Popa-Velea O, Paveliu Fraga, Ilicea E., Diaconescu Liliana *Studiul unor factori psiho-comportamentali la bolnavii obezi*. Conferința Națională de Psihoneuroendocrinologie, Curtea de Argeș, mai 1999.
5. Köpp W., Schildbach S., Schmager C., et al. *Borderline diagnosis and substance abuse in female patients with eating disorders*, Int. J. Eat. Disord, 1994; 14: 107-110.
6. Köpp W., *Adipositas*, pp. 176-179, în Studt H.H., Petzold E.R. *Psychotherapeutische Medizin*, De Gruyter, Berlin – New York, 2000.
7. Lindpainter K. *Finding an obesity gene; A tale of mice and men*, N. Engl. Med., 1995; 332: 679-684.
8. Meyer J.M., Stunkard A.J. *Genetics of human obesity* în: Stunkard A.J., Wadden, T.A., *Obesity. Theory and therapy*.
9. Stunkard A.J. *ibidem*, *Loc. cit.* 8.
10. Stunkard A.J - Cap. *Obezitatea* pp în Manualul Merck - ed. XVII, Ed. ALL, București, 1999.
11. *** *BMI – Gewichts-Klassifizierung: Deutsche Gesellschaft Für Adipositas* 1995.

CAPITOLUL 4

DROGURILE

Dr. Alexandra Mihăilescu

Consumul de substanțe trebuie văzut în primul rând ca o problemă de sănătate.

Cu cât se cunosc mai multe despre abuzul de substanțe, despre rolul jucat de factorii de mediu și de mecanismele de învățare, cu atât se face un pas înspre înțelegerea felului cum se poate preveni această boală. O metodă este și aceea de a schimba percepția publicului și a profesioniștilor din sănătate despre dependența de droguri și față de opțiunile de intervenție, prin demontarea acelor mituri care afirmă că dependentul de droguri nu este bolnav, ci numai lipsit de voința de a renunța la consum.

O persoană poate alege în mod conștient, la un moment dat, să folosească droguri, dar dependența de substanțe nu înseamnă numai uz excesiv de droguri. Cercetări științifice recente au dovedit în mod indubitabil că drogurile nu numai că interferă cu funcționarea normală a creierului, creând sentimente puternice de plăcere, dar au de asemenea și efecte pe termen lung asupra metabolismului și activității creierului. Modificările produse în neurobiologia creierului transformă abuzul de substanțe în dependență, care este o boală **cronică, recurentă și care poate fi tratată**. Prin tratament, ajustat fiecărei persoane și situații în parte, persoanele cu dependență de droguri pot învăța să-și controleze condiția și să ducă o viață normală.

Programele de prevenție a consumului de droguri și programele de formare a profesioniștilor în intervențiile bazate pe evidențe științifice în adicții, care au început să fie aplicate și la noi în țară prin intermediul ONG-urilor și programelor europene*, sunt eficiente în reducerea abuzului de substanțe.

1. DATE PRIVIND CONSUMUL DE DROGURI ÎN ROMÂNIA

În 2004, Uniunea Europeană existau aproximativ 2 milioane de utilizatori de droguri. În România, fenomenul a apărut după 1989, și, din fericire, cazurile de dependență sunt încă relativ rare. Surse ale poliției înregistrau între 1989 și 1996, 225 persoane cert dependente (Prelipceanu ș.a., 2005), dar în anul 2003 numărul dependenților

* ONG ALIAT (București) și Institutul Jellinek (Amsterdam) au desfășurat la București între anii 2002 și 2004, proiectul MATROM „Educație continuă pentru profesioniștii din domeniul adicțiilor din România”, care și-a propus crearea și dezvoltarea unei infrastructuri la nivel național care să realizeze formarea și instruirea în domeniul dependenței de alcool și droguri a profesioniștilor care activează în domeniul sănătății, inclusiv a medicilor generaliști și a specialiștilor în adicții din România.

de opiacee și opioide avea o medie de aproximativ 24,000, majoritatea fiind concentrați în București, mai mult de 25% din utilizatori fiind tineri sub 25 ani. Cel mai utilizat drog este **heroina**, cea mai comună formă de administrare fiind cea intravenoasă, cu o continuă scădere a vârstei de începere a consumului de drog. Datele existente din 2003 arătau un consum redus de cocaină, ca și de cannabis și derivați. (sursa: *Raportul României la EMCDDA privind situația consumului de droguri – 2003*)

2. CAUZE

Toate datele din literatură susțin foarte puternic o **abordare integrativă, multi-disciplinară** în format bio-psiho-social a tulburării legate de consumul de substanțe. Pentru aceasta este necesar să fie cunoscute cauzele care pot determina începerea consumului de droguri.

2.1 Factori psihosociali generali

O persoană poate folosi drogurile din mai multe motive, cum ar fi:

- Curiozitate sau experimentare
- Presiune din partea grupului sau dorința de a fi parte a grupului
- Trăirea unui sentiment de relaxare și euforie plăcută
- Efect de anestezie care ajută la ușurarea durerii fizice sau emoționale.

Cauzele medicale ale dependenței de droguri nu sunt pe deplin cunoscute. Cercetătorii nu pot să afirme cu certitudine decât că uzul repetat de droguri adictive poate aduce schimbări dramatice în structura și funcția creierului, încât **se poate ajunge la uzul compulsiv al drogului**.

2.2 Factori biologici

Cercetări științifice recente speculează că anumiți oameni sunt predispuși la adicția la drog mai mult decât alții și că aceasta se datorează factorului genetic. Toate studiile genetice efectuate pe gemeni, au arătat că **vulnerabilitatea datorată factorului genetic** contribuie în mod semnificativ la posibilitatea de a folosi droguri și de a deveni dependent de droguri (sau de alcool), inclusiv dependența de nicotină sau cafeină. Un fapt care nu a fost încă stabilit este dacă vulnerabilitatea genetică este o vulnerabilitate generală, non-specifică sau este specifică pentru fiecare substanță. La această oră se poate spune că existența unor factori genetici care determină o **vulnerabilitate nespecifică** pentru dependența de droguri a fost stabilită, dar rolul, dacă ea există, al unei vulnerabilități genetice specifică de drog rămâne încă să fie studiat.

2.3 Procesul de învățare și condiționare

Consumul de droguri este un comportament menținut de consecințele sale. Drogurile pot întări comportamentul de uz de substanță fie prin efectele plăcute asupra organismului (**întărire pozitivă**), fie prin efectele negative care apar la întreruperea consumului (sevrăjul determină **întărire negativă**).

2.4 Factori de mediu și sociali

Factorii culturali, comportamentul de grup, legea, costul și disponibilitatea drogului, toate influențează experimentarea inițială a substanțelor de abuz, inclusiv alcoolul și tutunul. Acești factori influențează de asemenea, folosirea inițială a drogurilor dezaprobat social cum sunt opiaceele și cocaina, dar factorii de personalitate contribuie cu un rol mult mai important.

Factorii sociali și de mediu influențează de asemenea folosirea drogului, **deși vulnerabilitatea individuală și psihopatologia sunt probabil, determinanți** mult mai importanți ai dezvoltării dependenței de drog. În general folosirea unor substanțe mai puțin dezaprobat (cum sunt alcoolul, tutunul, cannabisul) precedă uzul de opioizi și cocaină, iar aceste substanțe premergătoare sunt uneori denumite „**droguri de intrare**” („gateway drugs”).

2.5 Factorii familiari

Unii cercetători atestă faptul că dependența de drog este un simptom care determină un **conflict între membrii familiei** subiectului dependent și că acesta din urmă poate juca un rol în menținerea problemelor unei familii disfuncționale. În același timp, dependența de droguri apare de multe ori în familii în care **unul sau ambii părinți sunt dependenți** de drog sau de alcool sau prezintă altă patologie psihiatrică.

Caracteristici ale familiilor subiecților dependenți de drog (și ale celor dependenți de alcool):

- Dependență de substanță la multe generații ale aceleiași familii
- Incidență crescută a lipsei unui părinte prin divorț, abandon, deces, sau încarcerare
- Supraprotecție sau control excesiv de către unul dintre părinți (de obicei mama), a cărei viață este dependentă de comportamentul copilului cu dependență (relații simbiotice)
- Tată distant, neangajat, rece sau absent (când tatăl este în viață)
- Copil neascultător, care deși apare ca fiind legat de grup rămâne în mod neobișnuit dependent de familia de origine, chiar și la vârsta adultă. (pseudoindență).

De menționat că în ciuda aparentei psihopatologii generalizate în familiile subiecților dependenți, de cele mai multe ori, **familia aduce ruda dependentă** la tratament, și pacientul de multe ori crede că **familia este cea care îl va ajuta** să se vindece. De asemenea, terapeuții consideră implicarea familiei ca fiind importantă, dacă nu chiar esențială, pentru o intervenție eficientă.

Modelul bio-psiho-social al abuzului de substanțe prezentat aici nu poate da o importanță unuia sau altuia dintre factori sau vreunei interacțiuni dintre ei.

Putem numai să afirmăm faptul că, pentru diferite categorii de droguri, factori diferiți pot să joace un rol cauzal mai mult sau mai puțin semnificativ în perpetuarea abuzului de substanță sau în a facilita recăderea. De exemplu, efectele pozitive de întărire pot

fi mai importante în cazul abuzului de cocaină, în timp ce fenomenele acute și supărătoare de sevraj pot fi mai importante la reluarea consumului de opioizi după întreruperea consumului. Chiar și în cazul aceleiași substanțe, factorii diferiți pot avea importanță mai mare sau mai mică pentru diferiți oameni. Un model multifactorial implică faptul că **anumite tratamente sau intervenții pot fi mai efective pentru o singură categorie de substanță** decât pentru alta și că, chiar printre oamenii care abuzează de același tip de substanță, pot fi indicate tratamente diferite.

Este foarte important să reținem că orice interpretare care accentuează o singură parte a acestui sistem multifactorial, fie ea biologia persoanei, neurotransmițătorii, influențele sociale sau comportamentul, ne face să pierdem ansamblul caracterelor dependenței de drog.

3. SIMPTOME

Figurează în tabelul 1. Ele pot preta la frecvente greșeli diagnostice prin atribuirea lor, fie unei boli somatice, fie unei boli psihiatrice.

Simptome fizice:

Oboseală, acuze somatice repetate, ochi roșii sau cețoși, o tuse trenantă

Simptome emoționale

Schimbări ale personalității, schimbări bruște ale dispoziției, scăderea stimei de sine, iritabilitate, comportament iresponsabil, judecată deficitară, depresie, lipsa de interes generalizată

În familie

Certăreț, nu ia în seamă regulile, se îndepărtează de familie

La școală

Interes scăzut, atitudine negativistă, scad notele la școală, multe absențe, probleme de disciplină

Probleme sociale

Prieteni noi, anti-sociali, probleme cu legea, schimbări în stilul vestimentar și al muzicii ascultate, la stiluri mai puțin convenționale.

Tabel 1. Semne de alarmă pentru abuzul de substanțe la adolescenți (Focus Adolescent Services):

4. PREVENȚIA

Cea mai bună soluție pentru a preveni abuzul de droguri este de a nu consuma deloc acel drog.

Scopul activității de prevenție trebuie să fie creșterea gradului de conștientizare a aspectelor caracteristice și a riscurilor implicate de consumul de drog, precum și formarea unei atitudini generale asupra drogurilor prin informare și educare. Creșterea gradului de conștientizare are rol în formarea trăsăturilor de caracter (stimă și încredere în sine, abilitatea de a lua decizii, aptitudini sociale, etc.). În acest fel se poate atinge scopul preventiv: schimbarea comportamentului de consum de substanțe psihoactive – reducere sau abandonare.

Există câteva **arii de intervenție de tip protectiv:**

- Relațiile intrafamiliale

- Relațiile din cadrul grupului
 - Mediul școlar
 - Relațiile din cadrul comunității
- ☛ Între strategiile preventive recomandate:
- implicarea în mod activ a familiei și persoanelor cu influență de la nivelul grupului și comunității,
 - educarea tinerilor pentru a recunoaște presiunea grupului și trucurile industriei de publicitate
 - furnizarea de alternative la consumul de drog

5. TRATAMENT

Există tratament, care trebuie să aibă o abordare de natură bio-comportamentală și socială: **o combinație a intervențiilor de natură farmacoterapeutică și psihosocială**, cu accent pe creșterea motivației, prevenirea recăderilor, schimbarea stilului de viață și pe tratamentul (psihiatric și somatic) al comorbidității și monitorizare.

■ **Pacienții cu probleme de dependență și comorbiditate psihiatrică puțin severe.** Dacă aceștia prezintă un nivel satisfăcător de integrare socială, ei vor profita în egală măsură de un regim de îngrijire în ambulator versus îngrijire în spital.

O bună parte din persoanele care consumă droguri pot renunța fără un tratament propriu-zis. Pentru aceia care caută ajutor, în special cei care au tulburări mai puțin grave, **intervențiile de tip scurt**, sunt de multe ori la fel de eficiente ca și tratamentul intensiv. Scopul unei intervenții de tip scurt este să ofere pacientului informații despre tulburare și să ofere sugestii pentru a-l ajuta să-și modifice comportamentul. Medicul trebuie să accentueze consecințele negative, prezente și viitoare ale abuzului de droguri. Se pot oferi **materiale informative**. Apoi medicul poate să facă o recomandare specifică de a opri consumul de drog. Ar trebui să existe posibilitatea unui contact telefonic pentru a întări efectele intervenției. Pacientul poate reveni într-o luna și să raporteze progresul. Dacă pacientul a fost capabil să oprească consumul în așa măsură încât să limiteze consecințele negative ale consumului, este posibil ca să nu mai fie necesar un alt tratament.

Din moment ce intervențiile de tip scurt nu modifică mediul din care provine subiectul, nu modifică schimbările survenite în creier datorită abuzului de drog, și nici nu furnizează deprinderi noi, probabil că ceea ce explică cel mai bine schimbarea în comportamentul de abuz, este **o schimbare a motivației pacientului** (o modificare a proceselor cognitive).

■ **Pacienți care nu răspund, sau a căror dependență este mai severă.**

Există mai multe intervenții care s-au dovedit a fi utile.

Tratamentul începe cu terapia sevrajului, urmată de consiliere pentru a preveni recăderea.

a) Terapia sevrajului (detoxificarea)

Sevrajul la diferite categorii de droguri produce diferite efecte adverse și necesită

abordări diferite:

Sevrăjul la opiacee (heroină, morfină, codeină): efectele variază de la minore la severe. Efectele minore includ: rinoreea, transpirații, căscat, sentimente de anxietate și **craving** (dorință irepresibilă de a consuma drog). Efectele severe includ somnolență, depresie, pupile dilatate, puls rapid, tahipnee, creșterea tensiunii arteriale, crampe abdominale, dureri musculare, vărsături și diaree. Tratamentul sevrăjului la opiacee include substituția cu metadonă (agonist opioid). Se poate folosi și clonidina (agonist α_2 adrenergic). Aceasta suprimă neliniștea psihomotorie, lacrimația, rinoreea și transpirația. Alte medicamente care pot fi de ajutor în tratamentul sevrăjului la opiacee, atunci când metadona nu este disponibilă sunt: hidroxizin, prometazina, pentru greață și vărsături, loperamidul pentru diaree, metamizol sodic pentru durerile musculare și articulare.

Sevrăjul la stimulanti ai sistemului nervos central (amfetamine, metamfetamina, cocaina). Efectele includ depresie, oboseală, anxietate și craving intens. În anumite cazuri, semnele și simptomele pot include gânduri de suicid și tentative de suicid, paranoia și episoade acute de psihoză. Tratamentul cuprinde medicație specifică pentru tratarea depresiei sau a episodului acut psihotic, tratament de susținere fizică și psihologică, prevenirea recăderilor.

Sevrăjul la deprimante ale sistemului nervos central (benzodiazepine, barbiturice, meprobamat, glutetimid) efecte minore pot include neliniștea, anxietatea, insomnia și transpirații. Efecte mai serioase includ halucinații, tremor, convulsii, puls, tensiune arterială crescute, creșterea temperaturii. Cea mai severă complicație include **deliriumul**, care are potențial letal. Tratamentul sevrăjului cuprinde scăderea progresivă a drogului, tratament de susținere a funcțiilor biologice, tratamentul depresiei și anxietății cu alte tipuri de medicamente: antidepressive, betablocante, clonidină.

Sevrăjul la marijuana (cannabis) prezintă manifestări blânde de tipul: greață, vărsături, neliniște, creșterea agresivității, insomnia, transpirații. Tratamentul este de susținere fizică și psihologică.

În prezent, în România detoxifierea este efectuată la spitalele de psihiatrie (Spitalul Clinic de Psihiatrie „Al Obregia”, București; Spitalul Socola, Iași, Clinica de Psihiatrie „Ed. Pamfil”, Timișoara, și altele). Substituția cu metadonă în București este inițiată în centrele LSM 4 (Dr. C. Bengescu) și LSM 3 Titan.

b) Prevenirea recăderilor

După detoxifiere, terapii precum consilierea, programele de tratament al dependenței de droguri, grupurile de întraajutorare, pot ajuta pacientul să rămână abstinent.

Prevenția recăderilor în comportamentele adictive se realizează cel mai bine cu ajutorul unei colecții de **strategii cognitiv-comportamentale** și de **proceduri de schimbare a stilului de viață**. Acest model cognitiv-comportamental a fost propus de Marlatt și Gordon. Ei definesc **situațiile de risc crescut ca triggeri** ai recăderilor: *stările emoționale negative* (ex. frustrare, furie, depresie, anxietate, plictiseală, etc.), *conflictele interpersonale, presiunea socială* (subiectul este supus influenței altei persoane sau unui grup de persoane care exercită presiune asupra lui pentru a-l angaja într-un comportament de risc). De asemenea Marlatt argumentează că indivizii care au răspunsuri eficiente de *coping* vor dezvolta convingeri de autoeficiență (ex. încredere a somnului) referitoare la capacitatea de se abține de la consum. Strategiile de coping a situațiilor de

risc pot fi specifice (pacientul învață să-și reducă anxietățile prin diverse tehnici și este încurajat să exploreze perspective/ cogniții alternative) și globale (intervenții în sensul schimbării stilului de viață).

6. CONCLUZII

Dependența de droguri este o afecțiune a creierului cu **tendința la recădere și cronicizare**, în particular, atunci când apare în **combinație cu comorbiditate** psihiatrică și o **lipsă a suportului social**.

Există tratament, iar acesta trebuie să reprezinte o combinație a intervențiilor farmacologice și psihosociale.

Bibliografie:

1. Abdel-Mawgoud M, Fateem L, al-Sharif AI. Development of a comprehensive treatment program for chemical dependency at Al Amal Hospital, Dammam. *J Subst Abuse Treat.* 1995 Sep-Oct;12(5):369-76.
2. Beirut LJ Dinwiddie SH. Et al. Familial transmission of substance dependence: alcohol, marijuana, cocaine and habitual smocking. *Arch Gen Psychiatry;* 1998: 55:982
3. Broome KM, Flynn PM, Simpson DD. Psychiatric comorbidity measures as predictors of retention in drug abuse treatment programs. *Health Serv Res.* 1999;34:791-806
4. Buisman W, Ossemann D (aut), Hriscu E (co-aut, trad) Ghid de predare în domeniul consumului și abuzului de substanțe, *Jellinek/European Addiction Training Institute, Amsterdam în colab cu ONG ALIAT, București, 2004*
5. ROMANIA NATIONAL REPORT ON DRUGS SITUATION 2003
6. 2005 Annual report from the EU drugs agency, No8/2005, No9/2005
7. Georgescu M. Psihiatrie -ghid practic. *Ed. National* 1998
8. Howard, Louise Reviewer Treatment of the Addictions: Applications of Outcome Research for Clinical Management. *Psychological Medicine.* 27(1):241-242, January 1997
9. Iamandescu IB, Dimensiunea psihosocială a practicii medicale, *Ed Infomedica, 2002*
10. Kaplan&Sadock's -Manual de Buzunar de Psihiatrie Clinica (ediția a treia). 2001 Liga Română de Sănătate Mintală (traducere în limba română, adaptare, note)
11. Kreek MH, Koob GF. Drug dependence: stress and dysregulation of brain reward pathways. *Drug alcohol Depend.* 1998; 51:23
12. Prelipceanu D., Mihalcea C., Simache D. -Ghid de tratament in abuzul de substanțe psihoactive, *Ed Infomedica, 2002*
13. Schafer, John I; Brown, Sandra A. 2,3,4 Marijuana and Cocaine Effect Expectancies and Drug Use Patterns. *Journal of Consulting & Clinical Psychology.* 59(4):558-565, August 1991
14. Schneider, V. Drug Problem in Eastern Europe. Evaluation and scientific co-ordination, *Rev Rom de Med Legală,* 3 (3) 1995
15. <http://www.jellinek.nl/>
16. <http://www.niaaa.nih.gov/>
17. <http://www.emcdda.org>
18. <http://eddra.emcdda.eu.int/>

CAPITOLUL 4

TULBURĂRILE DE SOMN

Dr. Carmen Răpițeanu

1. SOMNUL - INSTRUMENT PREȚIOS PENTRU SĂNĂTATEA ȘI ECHILIBRUL NOSTRU MENTAL

Somnul este una din cele mai importante necesități ale omului. El contribuie la refacerea energiei organismului și la menținerea acestuia în condiții de echilibru și de randament.

În timpul somnului creierul nostru, deși își reduce activitatea bioelectrică, lucrează, producând vise (importante pentru menținerea echilibrului psihic) și filtrând amintirile (ștergându-le sau îndepărtându-le pe cele neconsistente, lipsite de importanță și, dimpotrivă, conservându-le și sortându-le pe cele care ne pot fi de un real folos).

Somnul conservă și potențează mai bine memoria, optimizează atenția și facilitează procesul de învățare.

Studii statistice au atătat că „61% din copiii între 7-8 ani care dormeau mai puțin de 8 ore aveau o situație școlară slabă” (Săucan).

În opinia oamenilor de știință, scopul principal al somnului constă în reînnoirea celulelor. Astfel, în timpul somnului țesuturile se refac, rănilor se cicatrizează mai bine, o convalescență se accelerează și crește secreția anumitor hormoni (prolactina, hormonul de creștere).

Datele din literatura de specialitate arată că durata somnului este unul dintre factorii care condiționează longevitatea.

Deci somnul este absolut necesar pentru a trăi sănătos și pentru a atinge o vârstă înaintată.

2. STADIILE SOMNULUI

Secole de-a rândul s-a crezut că somnul este o stare eminentemente pasivă. Primele studii moderne privind somnul apar după descoperirea electroencefalogrammei (EEG) de către psihiatrul german Berger în anul 1924. Folosirea electroencefalogrammei ca metodă de investigare a somnului a condus la descoperirea ritmurilor cerebrale existente în timpul somnului, stabilindu-se două realități:

1. somnul nu este un act pasiv ci dimpotrivă unul activ,
2. somnul este caracterizat printr-o serie de etape sau stadii care îl fac neuniform și variabil.

Fiziologic, somnul este compus din 3-5 cicluri fiecare conținând două faze: una de

somn lent și alta de somn paradoxal.

Somnul lent este caracterizat prin unde electrice mai lente decât cele din starea de veghe, iar somnul paradoxal este caracterizat printr-o activitate corticală rapidă, fiind expresia activității onirice și întrerupe periodic somnul lent.

Actual somnul se investighează cu ajutorul polisomnografului, care măsoară simultan activitatea cerebrală (electroencefalograma - EEG), mișcările oculare (electrooculograma) și tonusul muscular (electromiograma).

În cursul somnului se pot aplica și alte teste fiziologice în paralel cu cele de mai sus: electrocardiogramă (ECG), investigarea saturației de oxigen a sângelui, măsurarea expansiunilor toracice, a răspunsului galvanic cutanat (GSR) și a nivelului acidității gastrice, etc.

Datele EEG se folosesc pentru descrierea stadiilor somnului.

Somnul este compus din 3-5 cicluri, fiecare având o durată de aproximativ 2 ore. Un ciclu conține două perioade diferite. La început este faza de somn lent cu 4 stadii: I, II (în timpul cărora rămânem sensibili la zgomote), III și IV (în timpul cărora nu mai percepem stimulii sonori și somnul este profund și recuperator). Urmează faza de somn rapid (paradoxal) care se încheie cu o perioadă fragilă a somnului de 2-3 minute când cel mai mic zgomot ne poate trezi. Apoi, începe un nou ciclu. Pe măsura trecerii nopții perioadele de somn rapid devin mai lungi, iar stadiile somnului profund (III și IV) se scurtează. Cu cât se apropie sfârșitul nopții, cu atât visăm mai mult și dormim mai puțin profund.

Pentru a dormi bine trebuie să ne respectăm ciclurile de somn, al căror număr și durată variază de la un individ la altul. Dacă ne trezim în mijlocul unui ciclu sau nu respectăm durata de somn necesară riscăm să ne simțim obosiți și să nu avem dispoziția de lucru necesară în cursul zilei ce va urma.

3. FACTORII CARE INFLUENȚEAZĂ SOMNUL

Somnul este condiționat de personalitatea noastră care se reflectă în stilul de muncă, de recreere și implicit în stilul de a dormi.

„Astfel, poziția preferată pe care ne-o alegem instinctiv în timpul somnului, ține direct de caracterul fiecăruia dintre noi.“ (S. Dunkel cit. de A Percek, 1991, p.79).

Autorul citat consideră pe baza studiului întreprins pe marginea acestei teme, că „cei care dorm cu fața în jos, sau pe burtă, sunt structural indivizi perseverenți, energici, întreprinzători și care exteriorizează o tendință înăscută de a-i domina pe cei din jur.

La rândul lor, cei care dorm pe spate, picior peste picior și cu mâinile pe după cap, țin de categoria marilor individualități. Poziția pe dreapta și cu mâna sub cap, este cea preferată de oamenii siguri pe ei, echilibrați psihic și descurcâreți, în vreme ce cea ghemuită se pare că aparține celor timizi din fire, reținuți, puțin încrezători în propriile forțe și care simt nevoia de protecție.“ (S. Dunkel, cit. de A. Percek, 1991.)

Stare de veghe	= starea de trezire activă - EEG înregistrează unde electrice foarte rapide 30 cicli/secundă și de amplitudine redusă (unde beta)
Somnolența	= starea de veghe pasivă (când persoana se pregătește să doarmă) - stare de relaxare fizică și psihică - ochii se închid și se deschid alternativ - EEG înregistrează unde alfa întâmplătoare și rapide 8-12 cicli/secundă
Somnul lent:	- Stadiul I = perioada de adormire - gradul de relaxare fizică și psihică se accentuează - EEG înregistrează ușoară încetinire, 5-7 cicli/secundă, unde theta - Stadiul II = stadiul somnului superficial - respirație lentă care alternează cu perioade mai lungi de respirație în ritm normal - EEG înregistrează unde theta 3-5 cicli/secundă alternând cu fusuri de unde rapide 12-14 cicli/secundă (fusuri de somn); caracteristice acestui stadiu sunt și complexe K (complexe trifazice) - Stadiul III = stadiul somnului profund - scad ușor temperatura corporală, tensiunea arterială, frecvența cardiacă și respiratorie - EEG înregistrează unde lente 0,5-2,5 cicli/secundă, cu amplitudine mare (unde delta) - Stadiul IV = stadiul somnului foarte profund - relaxare musculară maximă - tensiunea arterială, frecvența cardiacă și cea respiratorie sunt scăzute - se produc refaceri tisulare, crește secreția anumitor hormoni (prolactina, hormonul de creștere) - EEG înregistrează tot unde delta
Somnul rapid (paradoxal):	- Somn REM - musculatura se află în stare de relaxare totală (Rapid Eye Movement) - neregularitate a pulsului și a respirației, acestea fiind când mai rapide, când mai lente - capacitate mai redusă de menținere a temperaturii corpului - mișcări rapide ale globilor oculari - este perioada de somn cu vise - se produce o excitație sexuală (tumescentă peniană sau lubrefiere vaginală) - Traseul EEG este asemănător cu cel din stadiul de somnolență, înregistrând unde în dinți de fierăstrău

Tabelul 1. Stadiile somnului

Somnul este influențat de vârstă. Astfel, nou-născutul doarme 20 de ore din 24, sugarul - 14 ore (somnul contribuie la maturația sistemului nervos), copilul mic - 12 ore, tânărul 8-9 ore și vârstnicul 4-6 ore cu treziri frecvente. De la 30-35 ani somnul lent profund se diminuează, iar după 60 de ani fazele de trezire dintre cicluri se măresc. De asemenea și durata totală a somnului REM se reduce cu înaintarea în vârstă.

Referitor la variațiile somnului în funcție de sex, studii recente arată că femeile după 60 de ani au o perioadă de adormire mai lungă (aproximativ o oră) și se trezesc mai repede. Cu toate acestea femeile rezistă mai bine procesului de îmbătrânire deoarece somnul profund diminuează mai puțin repede.

Tensiunile emoționale, anxietatea și sentimentele negative trăite în timpul zilei pot

perturba somnul, iar liniștea sufletească favorizează un somn odihnitor.

Alți factori care condiționează somnul sunt: bagajul genetic, munca desfășurată (intensitatea solicitării fizice și psihice, orarul de lucru, satisfacția obținută), obiceiurile, factorii de mediu (zgomote, lumină, temperatura mediului ambiant), consumul de substanțe psihostimulante și starea noastră de sănătate.

4. ASPECTELE CLINICE ȘI CLASIFICAREA TULBURĂRILOR DE SOMN

Incidența tulburărilor de somn a crescut în ultimii ani, iar dintre acestea cele mai frecvente sunt insomniile.

O persoană care suferă de tulburări de somn prezintă: un facies obosit, încercănat, prezintă gesturi nesigure, dificultăți în concentrarea atenției, o lentoare în vorbire și în ideatie, somnolență diurnă, iritabilitate, tulburări de dispoziție și afectarea activității socio-profesionale.

Tulburările de somn sunt determinate de stresul psihic, de factorii de mediu (zgomote, lumină, decalarea orelor de somn), de substanțe psihostimulante consumate seara, de activități stimulative efectuate înainte de culcare, de afecțiuni medicale (lombosciatica, poliartrita reumatoidă, neoplazii, boli febrile, crize de astm bronșic, tulburări de ritm cardiac, boli coronariene, crize de hipertensiune arterială, afecțiuni digestive, boli endocrine, boli neurologice) și de afecțiuni psihiatrice (tulburări depresive, anxioase, schizofrenie, demențe, tulburări disociative).

Redăm în tabelul 2 clasificarea tulburărilor de somn conform DSM-IV-TR și Kaplan & Sadock.

Tulburările de somn primare sunt cele care nu se datorează unei tulburări mentale sau unei condiții medicale generale și nu sunt induse de consumul de substanțe. Ele sunt datorate unor anomalii endogene ale mecanismelor de reglare somn-veghe.

Dissomniile sunt anomalii în cantitatea, calitatea și reglarea somnului. Parasomniile sunt caracterizate prin evenimente comportamentale și fiziologice anormale ce apar în timpul somnului și care în copilărie sunt legate de dezvoltarea copilului, în vreme ce la adulți sunt predominant psihogene.

Cea mai frecventă tulburare la adulți este insomnia primară, precipitată de situații psiho-stresante și care constă în dificultăți în inițierea sau în menținerea somnului prezente de cel puțin trei ori pe săptămână timp de o lună. Insomnia primară determină un disconfort psihic și afectarea activității socio-profesionale.

În copilărie au o prevalență crescută coșmarurile și episoadele ușoare de somnambulism (așa-numitele „deșteptări cunfuzate” - episoade repetate în care copilul se ridică, poate privi în jur, se mută la capătul celălalt al patului sau chiar se plimbă prin cameră, de obicei cu ochii deschiși, într-o manieră mecanică, nu răspunde la întrebări și este greu de trezit).

La vârstnici sunt mai frecvente următoarele tulburări: sindromul picioarelor neliniștite (manifestat prin senzații neplăcute în picioare în timpul repausului care dispar

prin mișcarea lor), apneea hipnică (caracterizată prin sforăit zgomotos în timpul somnului întrerupt de intervale de apnee și somnolență diurnă), tulburările de somn secundare unei condiții medicale generale, unei tulburări mintale (tulburare depresivă, demență) sau cauzate de medicamente.

I. Tulburări de somn primare

A. Dissomniile

1. Insomnia primară
2. Hipersomnia primară
3. Narcolepsia
4. Tulburare de somn legată de respirație
 - a) Apneea hipnică obstructivă
 - b) Apneea hipnică centrală
 - c) Tipul mixt
 - d) Hipoventilația alveolară centrală
5. Tulburare de somn prin ritmul circadian
6. Dissomnie nespecifică în alt mod (NAM)
 - a) Tulburare prin mișcarea periodică a picioarelor
 - b) Sindromul picioarelor neliniștite
 - c) Sindromul Kleine-Levin
 - d) Sindromul asociat cu menstruația
 - e) Somnul insuficient
 - f) Beția hipnică
 - g) Insomnia de altitudine

B. Parasomniile

1. Tulburare prin coșmaruri
2. Tulburare prin teroare nocturnă
3. Tulburare hipnică deambulatorie
4. Parasomnie NAM
 - a) Bruxismul hipnic
 - b) Tulburare comportamentală de somn REM
 - c) Vorbire în somn
 - d) Lovirea capului
 - e) Paralizia hipnică familială

II. Tulburări de somn legate de altă tulburare mintală

III. Alte tulburări de somn

A. Tulburare de somn ce rezultă dintr-o condiție medicală generală

B. Tulburare de somn indusă de substanțe

Tabelul 2. Clasificarea tulburărilor de somn (conform DSM-IV TR)

5. TRATAMENTUL TULBURĂRILOR DE SOMN

În alegerea tratamentului se iau în considerare: natura și etiologia tulburărilor de somn, condițiile de mediu, de viață, durata tulburării de somn, antecedentele personale fiziologice și patologice (somatice și psihiatrice), tratamentele utilizate.

Etapale terapeutice sunt:

1. Respectarea igienei somnului (menținerea orarului de somn, evitarea somnului diurn, desfășurarea de activități fizice în timpul zilei, pregătire pentru somn atunci când

se resimte oboseală reală, evitarea meselor abundente seara și a activităților stimulative de tipul vizionării TV și înlocuirea acestora cu lecturi sau muzică relaxantă, aerisirea camerei și evitarea medicamentelor și substanțelor cu acțiune stimulantă asupra SNC.

2. În cazul tulburărilor de somn secundare bolilor somatice și psihice se va urma tratamentul etiologic al acestora și se va efectua psihoterapie în funcție de situația psihopatologică.

3. În cazul tulburărilor de somn primare tratamentul diferă în funcție de tipul lor și de mecanismul de producere. De exemplu:

- În insomnia primară, psihoterapia este tratamentul de elecție fiind folosite tehnici de deconținere (care să reducă temerile pacientului că nu va putea dormi), antrenamentul autogen Schultz (care induce o stare de relaxare fizică și psihică), tehnici de meditație (care realizează o distragere a atenției persoanei de la lumea exterioară și de la șirurile de gânduri care o preocupă), placebo-terapia prin efectul ei sugestiv.

Se mai pot folosi ceaiuri sedative și medicamente sedativ-hipnotice dar pe o perioadă de timp limitată datorită riscului de dependență.

- În hipersomnie se dau medicamente stimulante de tipul amfetaminelor.

- În apneea de somn se efectuează ventilație cu presiune pozitivă continuă și se tratează cauza obstrucției respiratorii frecvent în rinita alergică și obezitatea.

- Coșmarurile, mai frecvente la copii, pot fi determinate de experiențele înspăimântătoare din timpul zilei, apar și în cursul perioadelor de anxietate, ele beneficiind de psihoterapie prin mijloace expresive (modelaj, desen, terapie prin joc).

- Tulburarea prin teroare nocturnă (pavor nocturn), se manifestă prin trezirea bruscă a copilului care este speriat, țipă, plânge și de obicei pare confuz, iar după câteva minute se liniștește și revine la somnul normal, amintirea viselor lipsind.

Tratamentul este rareori necesar în copilărie dar copilul trebuie trezit timp de câteva zile înainte de survenirea unei terori nocturne regulate pentru a evita pavorul nocturn pe perioade extinse de timp. Sunt utile psihoterapia și administrarea de benzodiazepine și imipramină pe perioade limitate.

Bibliografie selectivă

1. Luban-Plozza B., Pozzi U., Carlevaro, T. Conviețuirea cu stresul, Editura Medicală, București, 2000.

2. Percek, A. Universul complex al insomniei, Editura Ceres, București, 1991.

3. Sadock B., J., Sadock, V., A., Kaplan & Sadock Manual de buzunar de Psihiatrie Clinică. Ediția a 3-a, tradusă și adaptată de Liga Română de Sănătate Mintală și Dr. Lucian C. Alexandrescu, Editura Medicală, București, 2001

4. Săucan D. Șt. Somnul și viața. În: Revista de Psihologie, 1993, Nr. 1.

CAPITOLUL 6

TULBURĂRI FUNCȚIONALE SEXUALE PSIHOGENE

1. DATE INTRODUCTIVE

Sexualitatea reprezintă, în zilele noastre, o problemă bio-psiho-socială ale cărei rădăcini biologice instinctuale, modelate prin evoluția speciei umane condiționează în ultimă instanță, sănătatea psihică și somatică a individului. Sexualitatea are implicații extrem de variate în patologia umană și este la rândul ei condiționată de tulburări mentale și somatice.

1.1 Instinctul sexual

Freud definea stricto sensu instinctul sexual ca fiind tot ceea ce se raportează la dorința senzuală de acuplare având drept finalitate procreația. Această definiție realizează o limitare la utilizarea organelor sexuale ale partenerului. În sens larg, Freud îngloba în instinctul sexual satisfacțiile conexe legate de zonele erogene dar și satisfacțiile deviate și anume perversiunile. Definiția în sens larg acordă instinctului sexual o amplificare psiho-socială prin condiționare multiplă – „factorul extragenital“, „extrasenzual“.

Instinctul sexual reprezintă baza sexualității individului dar impregnarea sa masivă cu elemente psihosociale necesită, cel puțin în plan didactic – o separare a elementelor sale de bază, utilă în special în cazul utilizării psihocomportamentale la indivizii cu tulburări ale activității sexuale.

1.2 Dorința sexuală

Dorința sexuală reprezintă o umanizare dar și un început de direcționare a instinctului sexual interferând cu sentimentul complex al dragostei, acesta din urmă având în sfera sa noțională elemente asexuale – imaginative și afective – alături de dorința sexuală, precis direcționată către persoana iubită. Putem considera că Freud a introdus termenul de sublimare tocmai spre a evidenția, pe de o parte, unul dintre cele mai bogate izvoare ale creativității, și anume dorința sexuală nesatisfăcută prin obiectul ei natural iar, pe de altă parte, modul în care natura ideală (asexuată) a sentimentului de dragoste îmbracă în produse, de asemenea spirituale, energia biologică ce stă la baza dorinței sexuale.

2. TULBURĂRILE DE DINAMICĂ SEXUALĂ

Tulburările de dinamică sexuală reprezintă o gamă largă de tulburări ale dorinței sexuale sau ale desfășurării diferitelor etape ale actului sexual. Ele apar cu o frecvență crescută ca motive principale de prezentare la medic dar cerceterea lor în cadrul unui examen clinic medical și/sau psihologic ridică considerabil această frecvență (o dublează sau chiar triplează). În afara unor cauze biologice (medicale) prezentate în tabelul 1, cea mai mare parte a acestor tulburări este cauzată de procese cognitive și afective cu tonalitate negativă și propagate pe direcția psihosomatică.

Înainte de descrierea principalelor tipuri de tulburări de dinamică sexuală, a cauzelor lor biologice și psihosociale, ca și a modalităților de abordare de către medicul somatician vom încerca prezentarea unei clasificări a cauzelor TDS, efectuate de către unul dintre noi (Iamandescu – 2000 – Curs postuniversitar de Psihosomatică pentru medicii de Medicina Familiei și ginecologie). Trebuie făcută o delimitare între cauzele biologice (tabelul 1) și ceea ce interesează subiectul de față, și anume, factorii cauzali de natură psiho-socială (tabelul 2) ai tulburărilor de dinamică sexuală.

1. Endocrinopatii:

- Diabet zaharat
- Insuficiențe: hipofizară, CSR, tiroidiană
- Hiperfuncție: tiroidiană, CSR (Cushing)

2. Insuficiența de organ: hepatică, renală, respiratorie, cardiacă

3. Boli genitale: vulvo-vaginite de diverse etiologii, prostatite cronice, adenom (+ caranom) de prostată

4. Hernii abdominale voluminoase

5. Boli infecțioase acute sau cronice (însoțite de sindrom astenic, de epuizare, etc.)

6. Boli psihice: psihoze, sindroame depresive, unele sindroame anxioase.

Tabelul 1. Cauze medicale frecvente ale tulburărilor funcționale sexuale

2.1. Clasificarea tulburărilor de dinamică sexuală

Iamandescu (ibidem –2000) consideră în rândul anomaliilor psihosexuale:

Categoria conduitelor sexuale deviate (parafiliile) clasificabilă în două grupe:

- *parafilii asociate cu efectuarea contactului sexual:*

- a) legate de partener de același sex (homosexualitatea);
- b) heterosexuale, cu parteneri “nefirești”: pedofilia (copii), gerontofilia (vârstnici), zoofilia (animale), necrofilia (cadavre).

c) cu procurare de stimuli anormali: sadismul, masochismul

- *parafilii cu absența contactului sexual (eventual înlocuit prin masturbare):*

- a) fetișismul,
- b) voyeurismul,
- c) exhibiționismul;

Categoria tulburărilor sexuale funcționale la subiecții normali (tulburări de dinamică sexuală). Această categorie se clasifică (după Buddeberg, 1996) în funcție de:

- *Faza de excitație (apetit) sexuală*: absența impulsului sexual, aversiune sexuală;
- *Faza de contact sexual propriu-zis (coitus)*: anerecție, impotență – (la partenerii de sex masculin), lipsa plăcerii, dispareunie, vaginism (la partenerile de sex feminin)
- *Faza de orgasm*: ejaculare precoce, ejaculare întârziată sau imposibilă (la partenerii de sex masculin), plăcere absentă sau redusă (la partenerile de sex feminin).

DSM clasifică ciclul de răspuns sexual în:

1. Dorință: fantezii în legătură cu activitatea sexuală și dorința de a avea activitate sexuală
2. Excitație: senzație subiectivă de plăcere sexuală care acompaniază modificările fiziologice
3. Orgasm: atingerea culmii plăcerii sexuale cu relaxarea tensiunii sexuale și contracții ritmice ale mușchilor perineali și ale organelor de reproducere
4. Rezoluție: senzația de relaxare musculară și de bine

2.2 Principalele tulburări de dinamică sexuală (TDS)

Dintre TDS prezentate în tabelul de mai sus merită o mențiune suplimentară următoarele:

Dispareunia – reprezintă senzația de jenă (dureroasă, usturimi etc.) pe care o simt femeia sau bărbatul în cursul intromisiunii penisului în vagin. Apare mult mai frecvent la femei, având la bază, fie boli genitale (vulvo-vaginite micotice sau de altă natură, etc.), fie tulburări ale secreției lubrifiante vaginale (secreție prezentă la femeile sănătoase încă din faza de excitație sexuală). Această tulburare a secreției lubrifiante vaginale este cauzată cel mai adesea de absența excitației sexuale a femeii (deci este indusă psihogen) datorită indiferenței sau repulsiei față de partener dar și pe fondul unor tulburări afective pasagere sau de durată (depresia, de exemplu). De asemenea, în cursul menopauzei scăderea lubrifierii vaginale este indusă de scăderea (dispariția) hormonilor sexuali feminini și poate fi corectată prin tratamentul de substituție. Cea mai frecventă cauză este legată însă de absența sau timpul redus acordat preludiului erotic.

Ejacularea precoce – reprezintă declanșarea rapidă a ejaculării la bărbat (în mai puțin de 3 minute) de la actul intromisiunii și poate surveni chiar înainte de aceasta, în cursul preludiului erotic sau în momentul pregătirii intromisiunii („ante portas“). Apare la bărbații emotivi (uneori și cu discriinii, ca de exemplu, hipertiroidismul) dar și în cazul unei excitații extreme (în special la primul contact sexual cu partenera respectivă sau în cursul unei anxietăți crescute de diferite cauze (de exemplu, condiții improprii actului sexual, teama de boală, etc.).

1. Cauze generale, „comune“, transparente

a) cunoștințe sexuale

- insuficiente - educația sexuală scăzută
- axare pe factor biologic
- eronate – prejudecăți sexuale – performanțe – standarde
- orgasm – simultan
- strict în coitus
- expectanțe nejustificate

eșec

anxietate

trac

b) lipsa preludiului erotic

c) inhibiții sexuale (dependente de experiența personală)

- eșec anterior
- supra/subestimare

d) partener necorespunzător preferințelor sexuale

e) factori externi perturbanți

- direcți: zgomot, promiscuitate
- indirecti: evocă situații anterioare negative
- teama de sarcină sau boală.

2. Condiții psihologice individuale

a) Teren psihic particular

- narcisicul - performanța
- obsesivul - pudoare excesivă, fobii (act sexual, consecințe: murdărie, boli), traume psiho-sociale
- paranoid, epileptic – teama de pierdere a controlului
- demonstrativ (histrionic) – fantezii sexuale, deziluzii

b) Experiențe anterioare psiho-traumatizante sau partener-etalon

- eșecuri anterioare
- gelozie extremă

c) Anxietate legată de identitatea sexuală

- aspect organe genitale: la limita normalului, inestetice

d) Culpabilitate

- problematizantă: păcate, aventuri
- masturbare

3. Cauze dependente de partener – factori și circumstanțe actuale dar și anterioare (necesită psihoterapie de cuplu)

a) Conflicte între parteneri: actuale, redeschise (jigniri vechi, etc.)

b) Transferul anxietății asupra partenerului

c) Incidențe la debutul relației sexuale

d) Complexe de inferioritate: vârstă, statut social

e) Conduita sexuală inadecvată

f) Partener „epuizat“ fizic/psihic – bolnav psihic (depresivi, în special)

 Tabelul 2. Cauze psiho-sociale ale TDS (Iamandescu – 2000).

Repetarea actului sexual de câteva ori în ziua respectivă poate conduce la întârzierea ejaculării și în timpul normal al unui act sexual (3-18 minute) dar eșecurile repetate - alimentate de atitudinea neînțelegătoare a partenerii - pot „croniciza“ o astfel de tulburare creând veritabile complexe de inferioritate bărbatului respectiv.

2.3. Modalități de prelevare a anamnezei sexuale

Referitor la informațiile prelevate în cursul anamnezei, Buddeberg recomandă următoarele modalități de abordare a acestui subiect extrem de delicat atât pentru pacient dar și pentru medicii tineri.

O scurtă anamneză sexuală poate fi luată:

- în timpul examenului de aparat genital
- în cursul discuțiilor despre condițiile de viață, despre stres

Pentru ambele moduri de abordare ar exista două posibile întrebări:

- „Cât de mulțumit sunteți de viața dumneavoastră sexuală?“
- „Ce fel de probleme sexuale aveți?“

În ceea ce privește termenii ce desemnează tulburările sexuale, cei științifici pot fi utilizați în cazul unor persoane cu intelect ridicat, mai ales foarte pudice iar termenii metaforici pot fi folosiți cu prudență la pacienții cu o pregătire intelectuală redusă. Dialogul pe această problemă trebuie limitat de dorința pacientului de abordare a acestui subiect.

2.4. Tipuri de abordare psihologică (consiliere sexologică) în tratamentul disfuncțiilor sexuale

Consilierea sexuală reprezintă o modalitate de îndrumare a pacientului cu TDS funcționale pe baza determinării de către medic (chiar și un medic de MF, un endocrinolog, ginecolog sau urolog) a unor cauze – de regulă comportamentale – ale acestor tulburări, inclusiv delimitarea lor de factorii organici (diverse boli) și ea constă într-o veritabilă educare a pacientului (inclusiv a partenerului de cuplu), în legătură cu corectarea unor atitudini greșite în sfera sexualității, luându-se în considerare și contextul psiho-social de apariție. Atunci când simpla corectare a unor atitudini defectoase, expectanțe nejustificate, etc. nu conduce la dispariția tulburărilor acuzate de către pacient(ă), se recurge la ajutorul psihologului (psihoterapie comportamentală, de exemplu) sau psihiatrului (acesta din urmă putând să intervină și prin utilizarea medicamentului, de exemplu în depresii). În cele ce urmează, vom reda sub o formă schematică conținutul consilierii psihologice.

a) *Obiective*

● De perspectivă generală

- încadrarea comportamentului sexual (deja afectat – realmente sau iluzoriu) al pacientului în conduitele sexuale normale („recapitularea“ unor elemente de educație sexuală „neînșușită“ de pacient);
- includerea tulburărilor pacientului în cadrul unei relații de reciprocitate în plan psihic și biologic (sexual);
- depășirea granițelor de comunicare (limbaj, de exemplu) între medic și pacient.

● Nespecifice

- modificarea fanteziilor sexuale inadecvate, a unor false percepții sau a unor

- inhibiții „gratuite“, asupra unor parametri ai sexualității;
- furnizarea unor modele de conduită sexuală normală – adaptată la situația concretă a pacientului (în special tineri cu experiență sexuală redusă);
- centrarea atenției pacientului asupra relațiilor sale psihologice și sexuale.

b) Forme de counseling

- individuală (rare) – ex.: dispareunia de menopauză;
- în cuplu (cel mai frecvent) – ex. ejaculare precoce.

c) Principii de aplicare

1) *abordarea „profilactică“ a pacientului în legătură cu eventualele tulburări de dinamică sexuală în cazuri de:*

- evenimente fiziologice: sarcină, după naștere, menopauză;
- schimbări de viață cu caracter negativ: pierderi (divorțul, decesul partenerului);

2) *stabilirea preocupărilor reale în legătură cu tulburările de dinamică sexuală personale, pentru complianță, cooperare;*

3) *în cazul consilierii sexuale a grupului – a nu se învinovăți un partener („acuzatul“) în prezența celuilalt („solicitantul“).*

d) Conținut tematic (după Buddeberg și Laederach)

1) *Evidențierea conflictelor psihologice adiacente tulburării de dinamică sexuală și clasificarea lor;*

2) *Diminarea anxietății (dată de „standarde nerezonabile“, de eșec anterior, de „situația de examen“ prin:*

- Evidențierea caracterului situațional, pasager;
- Asocierea „secvențelor negative“ cu stimuli relaxanți;
- Parcurgerea parțială – corectă a secvențelor ce preced actul sexual;

3) *Creșterea receptivității față de reacțiile corporale personale și ale partenerului, în funcție de sex și chinetoterapie;*

4) *Demolarea unor fixații comportamentale deficitare;*

5) *Indicarea apelului la psiholog sau psihiatru în cazul:*

- Tulburărilor psihologice severe – ex. depresia;
- Situații conflictuale complexe sau inabordabile;
- Eșec al consilierii sexuale (într-un context psihologic sever al tulburării de dinamică sexuală).

e) Dificultăți de aplicare și limite ale eficienței

- Ignorarea sau bagatelizarea tulburării sexuale sau a contextului psihologic de către medic sau pacient;
- Pacientul sau doctorul preferă „Medicamentul“;
- Susceptibilitate extremă a pacientului sau a partenerului și investigarea excesivă

de către medic a situațiilor intime ale pacientului (sau ale partenerului);

- Refuzul partenerului pentru terapia de cuplu;
- Ignorarea grupului de apartenență al pacientului sau partenerului;
- Defavorizarea unui partener (ex. solidarizarea terapeutului cu partenerul de același sex);
- Context nevrotic sau psihotic de apariție.

Bibliografie selectivă

1. Buddeberg C. *Sexualeberatung*. Enke. Stuttgart, 1996.
2. Buddeberg C., Laederach D. *Psychophysiology*. In: Buddeberg C., Willi J. *Psychosoziale Medizin*, Springer Berlin-Heidelberg, 1998.
3. Brandenburg M. *Psychosexuale weitliche störungen* în: Studt H.H., Petzold E.R. *Psychotherapeutische Medizin*, Walter de Gruyter, Berlin - New-York, 2000.
4. Iamandescu I.B. *Curs postuniversitar de Psihosomatică aplicată* – Catedra de Psihologie Medicală și Psihosomatică, UMF „Carol Davila“, București, aprilie 2000.
5. Iamandescu I.B., Ciorțea Monica. *Studiul indicilor de calitate a vieții corelați cu anxietatea și depresia la bolnavele histerectomizate*. Conferința de Psihoneuroendocrinologie, Curtea de Argeș, 1998.
6. Mitrofan Iolanda, Ciupercă C. *Incursiune în psihosociologia și psihosexologia familiei*, Ed. Press Mihaela, București, 1998.
7. Văleanu V., Daniel C. *Psihosomatica feminină*, Editura Medicală, București, 1997.

PARTEA III

STRESUL PSIHIC - FACTOR MODULATOR COMPLEX AL SĂNĂTĂȚII

CAPITOLUL 1

CADRU CONCEPTUAL

1. DEFINIȚII

Hans Selye - „părintele stresului“ - îl definește ca pe o **reacție generală nespecifică a organismului la acțiunea externă a unor factori - agenți stresori** - de natură variată (fizică, chimică, biologică și psihică).

Lazarus și Folkman definesc stresul drept un „**efort cognitiv și comportamental (cu exprimare afectivă preiganantă, am adăuga noi) de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările externe sau interne care depășesc resursele personale**“ (1984) (teoria cognitivă a stresului).

Definiția reputatului profesor și cercetător român **M. Golu** : „stare de tensiune, în-cordare, disconfort, determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă (sau pozitivă, am adăuga noi, în cazul eustresului), de frustrare sau reprimare a unor motivații (trebuințe, dorințe, aspirații - inclusiv subsolicitarea, n.n.), de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme“.

Completările noastre la această definiție (**Iamandescu, 1998-1999**), în afara sublinierii **dihotomiei semnificației puternice pentru organism a agenților stresori negativi (distres) și pozitivi (eustres)**, sunt reprezentate de includerea în rândul situațiilor generatoare de stres a **suprasolicitării cognitive-afective și voliționale** (chiar în cursul unei activități pasionante pentru subiect!) și a efectelor, insidios propagate la scoarța cerebrală, ale unor agenți fizici (zgomotul, adesea având și o rezonanță afectivă negativă), chimici (noxele ambientale) și biologici (boala, ca sursă a unor reflexe aferente viscerocorticale), toți acești stimuli non-psihologici producând - în ultimă instanță - un „**stres psihic secundar**“ (Iamandescu, 1993).

Revenind la definițiile bazate pe evaluarea în plan cognitiv (dar cu ecou afectiv) a discrepanței percepute (eronat sau nu) de către subiect, între cerințele sarcinii și posibilitățile sale de a le face față, - definiții ce postulează și caracterul anticipativ al reacției de stres - se cuvine să exprimăm câteva rezerve asupra capacității lor de cuprindere în totalitate a sferei noțiunii de stres. Astfel, o imagine cu impact afectiv major (revederea unei persoane foarte dragi sau, din contră, imaginea unui accident cu victime masacrate, ori un vis de coșmar) - dar mai ales instalarea insidioasă a unui stres de suprasolicitare într-un climat afectiv pozitiv - ca și eustresul în general, nu au aproape deloc de-a face cu anticiparea unui „dezechilibru de forțe“ în fața unei

amenințări. (Se poate specula totuși - în astfel de situații, lipsite de o amenințare directă a subiectului - asupra „amenințării“ momentane a echilibrului său sufletească dar așa ceva se întâmplă și în timpul unui film „horror“, „gustat“ de către spectator și inclus, de regulă, în rândul eustresului).

În altă ordine de idei, toate definițiile de până acum ale stresului psihic, inclusiv cele menționate, accentuează latura conștientizării de către individ (ca și anticiparea, realizată la nivelul evaluării cognitive) a potențialului nociv al agenților stresori avându-se, deci, în vedere distresul. Prin aceasta se omite, cum am încercat să sugerăm mai sus, **inclusiunea în definiție a eustresului, concept similar din punct de vedere al intensității stărilor afective (însă cu polaritate opusă) și al reacțiilor psihosomatice apărute, inclusiv implicațiile sale în patologia acută** (de exemplu, criza de astm declanșată de o bucurie neașteptată), dar total diferit în perspectiva repetării sale pe termen lung (**implicații pozitive privind longevitatea**).

În 1998, **Derevenco** prezintă o definiție psiho-biologică a stresului, inspirată de **teoria cognitivă a stresului** elaborată de școala lui Lazarus. Astfel, în această definiție accentul este pus pe „dezechilibrul biologic, psihic și comportamental dintre cerințele (provocările) mediului fizic, ambiental sau social și dintre resursele - reale sau percepute ca atare - ale omului, de a face față (prin ajustare sau adaptare) acestor cerințe și situații conflictuale“ (Derevenco, 1998).

Referitor la **definirea stresului PSIHIC (SP)**, se cuvine să repetăm faptul că el **reprezintă un caz particular de stres, înscris în sfera noțională a „stresului general“, fiind declanșat de anumiți agenți stresori: cei psihologici**. Aceștia sunt *dotări cu semnificație negativă* (inductori de distres) *sau pozitivă* (eustres) pentru indivizi și operează în planul conștiinței numai după decodificarea lor și evaluarea „sarcinii“ pe care ei o pun în fața individului (Iamandescu, 1998).

În ultimele decenii, accentul definiției acestui veritabil sindrom s-a mutat pe **mecanismele de coping** interesând prioritar psihologul sau pe caracterizarea ansamblului manifestărilor ce compun această reacție (**tulburări psihice și/sau somatice** multiple și polimorfe), în scopul analizării impactului său asupra activității unor **organe și aparate „dotate“ cu disfuncții** potențiale sau actuale.

În plus, efectele SP se exercită cu precădere asupra unor indivizi cu o **anumită constituție psihică, predispusă** (ereditar sau prin traume psihice anterioare) apariției unor tulburări cu implicații disadaptative comportamentale (obiective de interes atât pentru medic cât și pentru psiholog).

Dacă **ceea ce se definește, în mod obișnuit, prin stres psihic, reprezintă, în opinia noastră, stresul psihic primar** (cu agenți stresori psihici posesori ai unei semnificații, ca de exemplu, cuvântul „cutremur“, capabil să declanșeze instantaneu reacția de stres), în cazul „**stresului psihic secundar**“ este vorba tot de o reacție de stres psihic dar care survine în continuarea (sau aproape instantaneu) unui stres primar, declanșat de agenți stresori nepsihogeni (exemplu cazurile de insolăție, o senzație dureră-roasă sau o stare febrilă).

Cel mai elocvent exemplu îl constituie **stresul psihic secundar reprezentat de boală**, în cadrul căreia simptomele psihice sau somatice generează stres psihic secundar nou, cauzat de disconfortul psihic și somatic (dar și un stres psihic primar prin semnificația de pericol pentru viață sau integritatea individului ori pentru inserția lui socio-

profesională).

Încercând o unificare a diferitelor definiții ale stresului psihic date de autori ca Selye, von Eiff, Pichot, M. Golu, și Bruchon-Schweitzer, putem considera că stresul psihic (SP), în ipostaza sa cel mai frecvent invocată de distres, reprezintă o **reacție a întregului organism la unul sau mai mulți excitanți corespunzând așa-numitului „cel de-al doilea sistem de semnalizare“** descris de către Pavlov (limbajul), dar și la stimuli nonverbali ce posedă o semnificație cu o largă rezonanță afectivă pentru subiectul în cauză.

Reacția de stres psihic se manifestă sub forma unui sindrom „nespecific“, în linii generale - ce include **manifestări psihice** (predominant cognitive și afective, cu exprimare comportamentală) și **tulburări funcționale (psihosomatice)** care pot afecta sau nu sănătatea unui individ. Așa de exemplu, o serie de manifestări, definitorii pentru stres (ex. respirația accelerată, tahicardia, încordarea musculară) apar, fie că este vorba de un efort fizic sau de o ceartă violentă.

Nespecificitatea reacției de stres - susținută inițial de către Selye și permițând o cuantificare necesară a diferitelor tipuri de stres sub forma unor markeri clinici și umorali (de ex. creșterea cortisolului) - nu mai este acceptată în zilele noastre decât convențional, existând diferențe - uneori considerabile - între stresurile psihice la diverșii agenți stresori (de exemplu, stresul de examen și stresul de detenție, etc.).

Conform unei definiții personale prezentate în lucrări anterioare despre stres (Iamandescu, 1993, 1998, 1999), **stresul psihic reprezintă un sindrom constituit de exacerbarea, dincolo de nivelul unor simple ajustări homeostatice, a unor reacții psihice și a corelatelor lor somatice (afectând cvasitotalitatea compartimentelor organismului) în legătură cu excitația externă sau internă exercitată de o configurație de factori declanșanți (agenți stresori) ce acționează intens, surprinzător, brusc și/sau persistent și având uneori un caracter simbolic „de amenințare“, alteleori un rol extrem de favorabil pentru subiect (percepuți sau anticipați ca atare de subiect). Alteleori, agenții stresori mai pot să reprezinte excitanți psihici cu rezonanță afectivă majoră (pozitivă - eustres sau negativă - distres) sau surse de supra-solicitare a proceselor cognitive (atenție, gândire, etc.) și voliționale, dar cu mențiunea că SP are la bază în primul rând o **participare afectivă pregnantă**. O schematizare a interacțiilor generate în cursul SP la nivelul diverselor „compartimente“ ale psihicului și structurilor neurovegetative endocrine este redată în *figura 1*.**

2. DISTRES ȘI EUSTRES

Din fericire, există nu numai stresul negativ (distres) ci și stresul pozitiv (eustres). Mai puțin pătrunse în vocabularul curent, aceste două cuvinte (eustres și distres) desemnează două tipuri fundamentale de stres, reliefate de către Selye în 1973.

2.1 Distresul este termenul ce desemnează **stresurile care au un potențial nociv pentru organism**. Toate caracteristicile stresului general sau psihic amintite anterior s-au referit la această accepțiune a stresului. Ceea ce merită să fie subliniat este

legat de principalii hormoni eliberați în cursul distresului: catecolaminele (în special noradrenalina și adrenalina) – care pot favoriza bolile cardiovasculare – și cortizolul, care scade rezistența organismului față de infecții și față de cancer.

În literatură, **distresul acoperă în general sfera noțiunii de stres** apărând într-o serie de situații (agenți stresori) cu semnificație extrem de nefavorabilă pentru majoritatea indivizilor și din acest motiv noi vom folosi uneori cuvântul stres tot pentru această semnificație negativă (de distres).

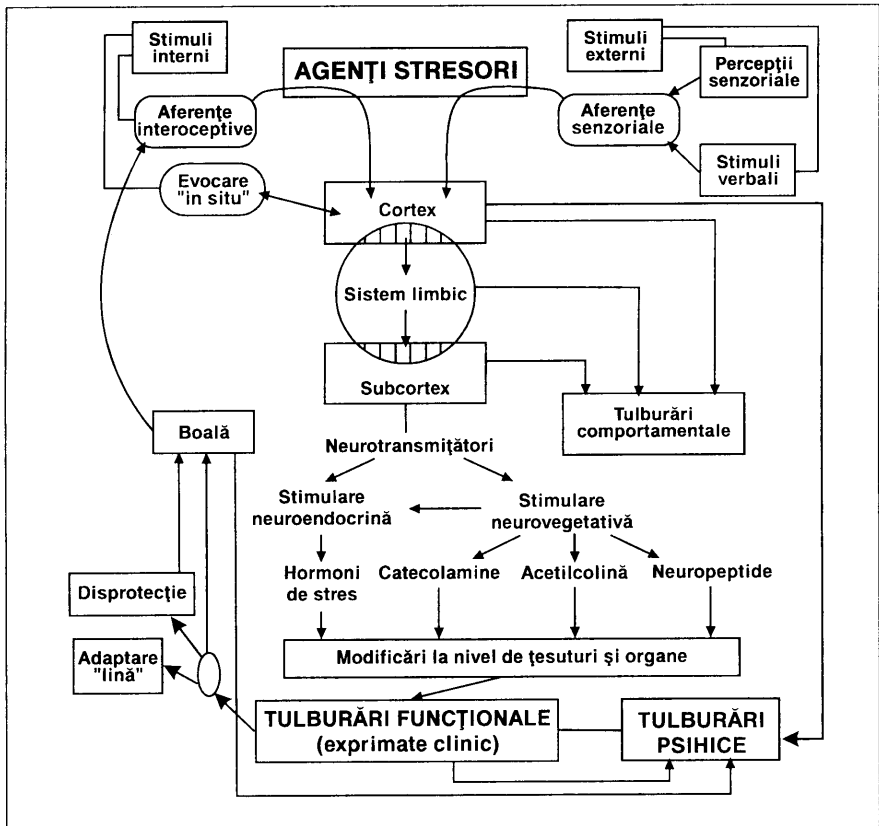


Figura 1. Principalele mecanisme psiho-neuro-endocrino-vegetative și manifestările lor din cursul stresului psihic (Iamandescu, 1993)

În viziunea unor autori (Kaplan, French) care - pe lângă Lazarus - au elaborat **teoria cognitivă a stresului psihic (SP)**, la baza distresului există o neconcordanță între resursele, abilitățile, capacitățile individului, și cerințele sau necesitățile impuse acestuia. În această optică, prin care se conferă anumitor situații o semnificație stresantă cu care suntem de acord, **putem codifica astfel unii termeni care sunt prezenți în diferitele definiții ale SP:**

1. „amenințare“: este semnificația de anticipare a unui pericol;
2. „frustrare“: ia naștere când un obstacol se interpune în realizarea unui scop;

3. **„conflict“**: situația creată de interferența a două sau mai multe solicitări cu motivații opuse, realizând o adevărată competiție;

4. **rezolvarea unor probleme** dificile sau imposibile (în raport cu contextul situațional de rezolvare).

La acestea noi am mai adăuga:

5. situațiile cu caracter de pierdere, nu numai materiale (pierderi financiare, concediere, distrugere locuință, etc.) ci și emoționale (decesul unei ființe apropiate, decădere socială, etc.)

6. **suprasolicitarea** peste limitele capacității intelectuale (inclusiv parametrii atenției, memoriei, rezistenței la perturbații etc.) și ;

7. situațiile de **subsolicitare** (deprivarea senzorială cu monotonie, lipsă de informație sau lipsă de activitate soldate cu o gamă largă de stări psihice, mergând de la simpla plictiseală și până la izolare externă) McGrath - (cit. de Floru). Subsolicitarea stresează pe individ. Aceasta se explică prin aceea că la fiecare om există o nevoie înnăscută (și potențată social) de afirmare a unei largi game de posibilități, care să-i evidențieze capacitatea sa, aspirație care nu-i este satisfăcută decât într-o activitate în cursul căreia este solicitat în mod adecvat acestor posibilități (suprasolicitarea provoacă tot distres). Stresul de subsolicitare apare în condițiile vieții moderne, destul de frecvent în activitățile de „deprivare senzorială“ realizată în unele situații de izolare profesională sau fortuită - cu scăderea stimulării „obișnuite“ a cortexului cerebral datorită unei activări nespecifice corticale insuficiente, prin intermediul sistemului reticulat activator ascendent. O formă mai subtilă, dar mult mai nocivă, o constituie situațiile de **subsolicitare aspirațională** prin insatisfacerea unor trebuințe sociale (diferite de cele biologice și implicând procese de comunicare interumană, implicit nevoia de autoafirmare etc.).

8. **remanența unor stări afective negative** (pierderea unei ființe dragi, eșec profesional sau de altă natură, etc.) sau **redeșteptarea lor sub acțiunea unor excitanți condiționali** (sau, pur și simplu, circumstanțiali), ori **readuse la suprafața conștiinței** prin vise, asociații de idei etc.

Lazarus subliniază **caracterul subiectiv al perceperii de către individ** a unor solicitări, evaluate de el ca depășindu-i posibilitățile (chiar dacă uneori realitatea este alta) deci **distresul apare când există un dezechilibru între solicitările obiective asupra organismului și posibilitățile pe care subiectul consideră că le are spre a le face față.**

b) **Eustresul** reprezintă tot o stare de stres, validată printr-o reacție însoțitoare moderată catecolaminică și cortizolică, alături și de multe alte reacții fiziologice de tipul celor ce vor fi descrise la capitolul consacrat mecanismelor fiziologice ale SP. Diferența față de distres este însă fundamentală atât **din punct de vedere al agenților stresori (stimuli cu semnificație benefică pentru individ, excitanți plăcuți ai ambianței sau trăiri psihice pozitive ori „palpitante“, de la emoții până la sentimente etc.) cât și al consecințelor sale pentru organism care sunt, în general, favo-**

rabile (von Eiff). Totuși, în cazul unei reacții catecolaminice generate de eustres pot apărea tulburări grave la un cardiac sau, în cazul unui acces de râs, se pot declanșa crize de astm la o mare parte dintre cei suferinzi de această afecțiune.

	<i>Distres</i>	<i>Eustres</i>
Calitatea agenților stresori	Neplăcuți , amenințători suprasolicitanți	Plăcuți , solicitare moderată într-un climat afectiv pozitiv
Tipuri de reacții	„ Active “: furie, rușine groază, etc. „ Pasive “: tristețe adâncă neajutorare, nesiguranță lipsă de speranță	Bucurie, triumf, extaz, „senzații tari”, râsul în cascade, excitație sexuală, dragoste, etc. Efort fizic moderat
Tipuri de situații	Conflict, suprasolicitare, frustrare, „examen”, pierderi majore (ex. deces, divorț, concediere, etc.) N.B. Buddeberg și Willi consideră: a) situații de distres activ (implicare activă prelungită dar cu posibilitate de control redus b) situații de distres pasiv („pierderi”, fără posibilitatea oricărui control, cu caracter de lipsă de perspectivă și „neajutorare”	Câștiguri financiare și morale, contemplare extatică (opere de artă, în special muzica, peisaje naturale), surse de râs (lecturi, spectacole etc.) N.B. Situații de provocare directă (ex. jogging-ul sau jocuri de noroc) sau indirectă (ex. filme polițiste) în care subiectul este solicitat dar activarea fiziologică rezultată are loc pe fondul siguranței asupra controlului „provocării” (eustresul „activ” = creșterea moderată a cortizolului)
Reacție endocrină	a) catecolamine ↑↑+ cortizol ↑ b) catecolamine ↑+ cortizol ↑↑	catecolamine + endorfine + serotonină prolactină + CRF
Sistem imun	inhibiție (cel. NK ↓, fagocitoza ↓ Interferon γ ↓)	imunostimulare (cel. NK ↑, Interferon γ ↑, IgAs ↑)
Aparat cardiovascular	Predomină creșterea TA	Predomină creșterea AV

Tabelul 1. Distres și Eustres

Din punct de vedere al hormonilor de stres, în cursul eustresului are loc, de cele mai multe ori, numai o moderată creștere a secreției de adrenalină și, de asemenea, cresc „endorfinele cerebrale, ca neurohormoni modelatori ai plăcerii” (Hăulică).

Pe termen lung, efectele fiziologice ale eustresului nu au fost studiate sistematic, astfel încât opinia de mai sus a lui von Eiff este doar plauzibilă și are deocamdată numai girul observației clinice*. De altfel, însuși Selye (1968), apreciind că „eustresurile nu durează niciodată în mod cronic”, considera că ar trebui studiate serii mari de vârstnici cu o activitate susținută în domenii care le produc mari satisfacții (de exemplu, artă, știință), comparativ cu cei care resimt „disperare, nu ajung la nimic, nu au nici un succes” (*ibidem*).

Eustresul poate fi indus în mod frecvent de comorile artei sau de splendorile naturii, generatoare de contemplarea unei grădini înflorite, a unei expoziții de pictură.

ori audiția unei simfonii „senine“ de Haydn sau Mozart, de către unii subiecți extrem de receptivi, i-ar putea face pe aceștia să „vibreze“ la aceste mesaje artistice, să „intre“ într-o stare de eustres, **generat de stări psihice cu tonalitate afectivă pozitivă puternic exprimată (extaz) și, mai ales, cu durată prelungită (de ordinul orelor, mai rar al zilelor).**

Alte exemple elocvente de eustres: revederea unei persoane foarte dragi, aflarea veștii reușitei la un examen, un spectacol comic „epuizant“ prin accesele de râs* violente și frecvente, jocurile „de noroc“ (fără miză pecuniară), dar și un film horror dacă „senzațiile tari“ nu depășesc limita la toleranță - pragul pentru distres - a individului. Tot în cadrul eustresului se mai includ și stările de excitație sexuală sau meciurile de fotbal în care suporterul trăiește victoria echipei favorite (altfel apare... distresul). Sentimentul de dragoste împărtășită constituie un eustres cu rol dinamizator, atât asupra conduitei, cât și a creativității (lucru pe care l-ar realiza - prin „sublimarea“ descrisă de Freud, în caz contrar, și distresul generat de o dragoste neîmpărtășită). Rolul benefic al eustresului se răsfrânge, mai ales, asupra funcțiilor organelor interne, fenomen cunoscut încă din Evul Mediu (Avicenna, Massimo DiBologna, Basilio D'Ançira, citați de U. Eco).

Din păcate, conceptul de eustres a început să dispară din literatura ultimilor ani (ex. Petzold și Studt, 2000 sau Bennett, 2000) fapt ce se poate explica prin teama unor autori adepți ai rigorii științifice extreme - de a nu se putea găsi criterii de delimitare a SP, datorită polimorfismului emoțiilor, ca și a reacției hormonale de stres și foarte posibil datorită „intrării în conflict“ cu procustiana teorie cognitivă a SP (de fapt, a distresului) devenită a adevărată dogmă. **Noi vom menține conceptul de eustres, considerându-l extrem de util pentru concentrarea numeroaselor și variatelor tentative antistres - spontane sau psihoterapeutice** - într-o „zonă“ a unor reacții psihologice și psihosomatice menite să apere sănătatea psihică și fizică a individului de ravagiile distresului).

Derevenco (1992) încadrează în noțiunea de **eustres (nu numai psihic) acele situații capabile să genereze o activare psihoendocrină moderată, exemplificând cu un efort fizic de intensitate medie ori o activitate profesională ergonomic organizată. Dansul este, de asemenea, un exemplu ideal de eustres.**

Toate aceste considerații ne fac să circumscriem aria de apariție și de utilizare terapeutică a eustresului la situațiile clare menționate mai sus și dintre care unele (de exemplu, râsul, muzicoterapia), constituie importante conduite antidistres.

Este dificil însă de apreciat în ce măsură o capodoperă artistică poate genera un eustres (potențial declanșant având emoția estetică provocată în special de perfecțiunea formei) sau distres (conținutul emoțional, implicit sau explicit, al operei de artă este interpretat în mod personal și specific de subiectul receptor și - în virtutea unor „tangente afective“ - poate declanșa la acesta o furtună emoțională, uneori cu tonalitate negativă). Din acest punct de vedere există dificultăți în aprecierea „pe termen lung“ a efectului stresant (favorabil - eustres, sau nu - distres)

* există, totuși, chiar și argumente oferite de înțelepciunea populară : proverbul englezesc „cine râde mult trăiește mult“, „who laughs lasts“

realizat de frecventarea unor spectacole „răscolitoare“ (a se vedea Berlioz la primele contacte cu dramaturgia shakespeariană - este drept, mediată și de tulburătoarea interpretă Harriett Smithson) - sau să ne imaginăm ce stări sufletești contradictorii și pline de intensitate poate genera unui meloman audiția tetralogiei wagneriene.

Considerăm necesar să opinăm asupra faptului că **eustresul, fiind un „SP pozitiv“, are cel mai adesea în componența sa și elemente ale unui stres fizic** (de exemplu, dansul, râsul în hohote, actul sexual, practicarea unor sporturi, etc.), dar tonalitatea sa psihică este determinantă pentru includerea în sfera stresului psihic.

Eustresul este prin excelență un stres psihic acut; „fericirea“, atunci când este „cronică“, nu are amplitudinea paroxistică a stresului, dar constituie un fundal afectiv (cu numeroase conotații cognitive și emoționale), cu un rol favorabil asupra individului, în plan psihic și somatic.

Ceea ce, însă, constituie o apreciere relativ cvasiunanimă, este aceea că repetarea frecventă a eustresurilor constituie „per se“ o premisă a longevității (mai ales că produce o creștere a imunității antiinfecțioase și antitumorale) (v. *tabelul 1*). Prin contrast, distresul (stresul psihic negativ) cumulează calitățile de factor de risc pentru sănătate.

3. DIAGNOSTIC

În fața stresurilor majore sau minore, odată apărute, individul posedă aptitudini variabile de a le face față: efortul de a se stăpâni în cursul unei stări conflictuale acute, reprimarea unei replici agresive, menite să descătușeze starea de tensiune sau - din contră - strigăte, gesturi, inclusiv manifestări ireverențioase față de cei din jur. Blocarea conflictului în interior sau, cel puțin, suprasolicitarea mecanismelor voliționale, spre a se evita exteriorizarea afectelor individului stresat, reprezintă în sine o amplificare a stresului inițial având și un rol potențial patogen. Efectul negativ asupra sănătății al acestor „blocări la interior“ ale reacției la stres a fost argumentat în numeroase lucrări și este validat chiar de expresii populare cum ar fi: „a plesnit de mânie“ sau „i-a ieșit prin piele supărarea“, etc.

Diagnosticul stării de stres* (cu referire specială la STRESUL ACUT)

În cercetările psihofiziologice - în special cele utilizate în scopul surprinderii apariției SP la indivizii sănătoși sau bolnavi - se utilizează o serie de markeri clinici și de laborator ai SP (*tabelul 2*) înregistrați de către psihologi sau medicii care studiază dependența SP de o serie de variabile experimentale (agenți stresori, teren patologic, influența unor agenți terapeutici, etc.).

Chiar dacă riscăm folosirea unei deformări profesionale, vom utiliza pentru ansamblul elementelor de recunoaștere a stresului termenul de „diagnostic“, iar pentru manifestările predominant exterioare ale SP - termenul de „simptome“.

* v. detalii în I.B. Iamandescu *Stresul psihic și bolile interne*, ed All, București, 1993, pp. 19-25

A. Date de observație clinică

1. **Mimica** – *crispată – veselă - râs*
– *anxioasă – triumfătoare*
– *depresivă – extaz*
2. **Tensiunea musculară**
– *hipertonie („încordare“)*
– *hipoatonie („leșin“)*
– *tremurături, nesiguranța mișcării*
3. **Comportament**

<i>Distres</i>	<i>Eustres</i>
a. <i>activ – logoree</i>	– <i>hohote de râs,</i>
– <i>excitație – furie</i>	– <i>dans</i>
– <i>agitație motorie</i>	– <i>strigăte de bucurie, euforie</i>
– <i>inhibiție sexuală</i>	– <i>excitație sexuală</i>
b. <i>pasiv – „blocaj“ (groază)</i>	– <i>„mut de fericire“, extaz</i>
– <i>vertij, amețeli</i>	– <i>idem (în eustres)</i>
c. <i>paradoxal = a + b</i>	
4. **Modificări cardio-respiratorii**
 - a. *frecvența respirației (hiperventilație, apnee) + dispnee*
 - b. *puls – tahicardie*
– *bradicardie*
– *extrasistole*
 - c. *TA – creșteri*
– *colaps (leșin)*
 - d. *manifestări circulatorii: extremități reci, palide, eritem emoțional*
5. **Aparat digestiv:** *secreție salivară ↑↓, grețuri, vărsături, diaree, dureri, balonare*
6. **Modificări uro-genitale:** *micțiuni imperioase, excitație/inhibiție sexuală*
7. **Sistemul nervos:** *cefalee, amețeli, insomnie*

B. Constante umorale în SP

1. **Hormonii de stres**
– *catecolaminele*
– *cortizolul plasmatic, urinar și salivar*
– *alți hormoni (GH, ACTH, PRL, etc.)*
– *opioidele (endorfinele)*
2. **Glicemia**
3. **Acizi grași liberi, colesterol**

C. Indicatori psihofiziologici în SP

1. **Frecvență cardiacă + tensiune arterială**
2. **ECG** – *segmentul ST (subdenivelat în cadrul SP survenit pe un cord, de regulă, bolnav)*
– *tulburări ritm (extrasistole ventriculare)*
3. **Pletismografie**
4. **Aparatul respirator:** - *frecvența respirațiilor*
- *gazometria*
5. **Galvanometrie cutanată (reflexul psihogalvanic)**
6. **EMG + EEG**
7. **Timpi de reacție**

Tabelul 2. Markerii stresului psihic acut. (Iamandescu, 2002)

Astfel, SP cuprinde în tabloul manifestărilor sale, în primul rând **simptomele psihice**, inclusiv manifestări comportamentale. În același timp, orice fenomen psihic, exteriorizat sau nu - de la procesele cognitive (atenție, memorie, gândire etc.) și până la procesele voliționale și afective (acestea din urmă în modul cel mai pregnant)* - se însoțește de fenomene fiziologice de hiper- sau hipofuncție a organelor interne, mediate neuromoral și având în genere o intensitate moderată, sub cea a unui SP. Între simptomele psihice afective frecvente în **distres** menționăm: anxietatea, iritabilitatea, furia (în formele acute), fatigabilitatea, apatia, depresia (în formele cronice).

În **eustres** apar stări de bucurie, surpriză plăcută, triumf, exaltare, veselie și râsul în hohote, tandrețe, dragoste, excitație sexuală, extaz, etc. (tabelul 3).

Referitor la comportamentul individului în cursul unui SP - cronic, în special - remarcăm excesele referitoare la substitutul drogului (fumat, cafea, alcool), scăderea randamentului profesional, refuzul muncii și al acceptării responsabilităților, închiderea în sine, neglijarea aspectului fizic ca și a unor norme sociale (**Luban Plozza și colab.**) (tabelul 4, 5).

Cognitive

Distres

- Scăderea atenției, memoriei și randamentului intelectual
- Blocaj ideational
- Scăderea imaginației, creației
- Neîncredere în sine
- Lipsa de speranță
- Neajutorare
- Supraaprecierea dificultăților

Afective

Distres

- Iritabilitate, revoltă, mânie, furie
- rușine, jenă
- neliniște inexplicabilă, panică (grade diferite ale anxietății), groază
- teamă, frică, fobie
- nerăbdare, agasare, enervare
- apatie, plictiseală, astenie
- tristețe, scăderea bucuriei de viață, sentimentul inutilității
- insomnie psihogenă
- nehotărâre versus încăpățănare
- scăderea voinței versus efort de voință

Eustres

- Scăderea concentrării
- Scăderea vigilenței
- Încredere excesivă în sine și în ceilalți (scăderea simțului critic)
- Subestimarea dificultăților

Eustres

- Satisfacție, amuzament (râs)
- Triumf - câștig
- Mândrie
- Revelație (valori artistice, morale, științifice)
- Excitație senzorială sau „intelectuală”
- Bucurie
- Frenezie
- Excitație sexuală
- Extaz (artistic, intelectual, religios)

Tabel 3. Tulburări în plan mental și comportamental prezente în cursul SP acut - distres și eustres (I.B. Iamandecu - „Stresul psihic” - 2002

Cele mai cunoscute modificări somatice* induse de desfășurarea unor procese psihice sunt așa-numitele „**corelate fiziologice (somato-viscerale) ale emoțiilor**“ (tahicardie, tulburări de tonus muscular, reajustări vasomotorii, tulburări secretorii etc.) care p^ot îmbrăca în cazul SP o serie de manifestări sesizate chiar de persoane din afara domeniului medical și concretizate în expresii ca: „îmi bate inima“ sau „mi-a stat inima în loc“, ori „a albit de spaimă“ sau „s-a înroșit toată de rușine“, „am simțit o uscăciune în gât“, „mi s-a pus un nod în gât“ etc. (tabelul 5).

- | |
|--|
| <p>1 - Excese referitoare la „consum“</p> <ul style="list-style-type: none"> ● cafea ● alcool - alimente în general <p>- Control scăzut asupra vieții personale</p> <ul style="list-style-type: none"> ● aspect neglijent ● întârzieri la serviciu ● nerespectare angajamente <p>2 - probleme cu legislația</p> <ul style="list-style-type: none"> ● datorii ● amenzi ● „ieșiri“ violente ● furt, etc. <p>3 - „închidere“, izolare, refuzul muncii</p> <p>4 - atitudini excesive și contrastante față de boală: refuzul recunoașterii și acceptării situației de bolnav vs preocupare excesivă față de posibilitatea bolii.</p> |
|--|

Tabelul 4. Modificări comportamentale în cazul distresului psihic**
(în special SP cronic) (după Luban-Plozza și colab. și Burns, modificat)

O sinteză a tulburărilor psihice și somatice din cursul SP este redată în tabelul 5.

- | |
|---|
| <p>1. Tulburări de concentrare, atenție, memorie = scăderea randamentului intelectual</p> <p>2 - epuizare fizică (și psihică), îmbolnăviri frecvente</p> <p>3 - tulburări funcționale psihice (insomnie, fatigabilitate, etc.) și psihosomatice</p> <p style="text-align: center;">*</p> <ul style="list-style-type: none"> ● modificări ponderale (slăbire/îngrășare) ● tulburări de apetit (inapetență/hiperfagie), tranzit (constipație/diaree) ● tulburări de dinamică sexuală |
|---|

**Tabelul 5. Simptome psihice și fizice (somatice) în SP cronic -
apreciere generală (după Luban-Plozza și colab.)**

Aceste corelate somatice ale proceselor psihice amplificate dincolo de granițele normalului în cadrul stresului psihic și repetate în timp, **solicită anumite organe și aparate cu disfuncții latente ori deja manifeste** și pot să conducă la apariția unor tulburări patologice psihosomatice a căror reversibilitate poate să dispară, odată cu apariția

* *Bolnavii somatici* = bolnavi cu suferințe „fizice“, corporale, din domeniul patologiei interne („medicale“) și externe (chirurgicale), încadararea didactică în această categorie se face spre a se diferenția de *bolnavii psihiatrici*, cu boli psihice, studiați de către psihiatrie.

** De regulă, sunt prezente comportamente „compensatorii“ sau „sechele“ datorate distresului dar unele acte pot fi prezente și ca acompaniatoare ale eustresului: de exemplu, excese alimentare, bahice, etc.

leziunilor de organ, moment în care se poate vorbi de boli psihosomatice.

4. MECANISME DE COPING

Lazarus și Launier au descris (sub numele de „coping“ - 1978) o serie de strategii conștiente (cognitive și comportamentale) de ajustare sau acomodare printr-o adaptare nuanțată elaborate de individ pentru a face tolerabilă tensiunea interioară (stresul psihic) indusă de o situație potrivnică (ce depășește resursele personale).

După modul în care individul își concentrează atenția asupra problemei apărute sau asupra propriei emoții generate de problema respectivă, se disting **3 tipuri** de ajustări (după Suls și Fletcher):

■ **„Coping“ (ajustare) centrat pe problemă („coping“ vigilant).** Este utilizat în cazul SP generate de situații potențial reversibile.

Cuprinde evaluarea în plan mental a unor posibilități avute la îndemână de subiect. În cadrul acestor conduite, subiectul întreprinde următoarele operații (cu răsunet afectiv):

- evocă experiența anterioară (eventuale succese în aceleași situații);
- contează pe suportul social;
- va solicita informații și va căuta mijloace;
- elaborează un plan de acțiune.

Acesta din urmă este un element central, având rolul de a liniști subiectul chiar înainte de rezolvarea practică a problemei

■ **„Coping“ centrat pe emoții („coping“ evitant),** generat de situațiile fără ieșire, ireparabile (decese ale unor ființe apropiate, pierderea unui concurs important, etc.). Are rol pozitiv atunci când nu depășește o durată rezonabilă de timp (se apreciază în cazul decesului, ca fiind de circa 10 zile (cf Brouchon Schweitzer) și poate fi mai redusă în cazul unor distresuri mai puțin severe).

Reprezintă o strategie pasivă, „de uitare“, evitând confruntarea cu gravitatea situației, subiectul încercând o detentă emoțională prin abandonarea tentativelor de rezolvare a problemei - cel puțin pentru moment - și adoptarea unor strategii defensive constând în:

- negare (conduită parțial conștientă);
- resemnare;
- fatalism;
- agresivitate (acesta ca o reacție de revoltă oarbă contra destinului).

■ **Reevaluarea problemei**

Constă în reducerea diferenței - percepute inițial de subiect - între gradul de amenințare și propriile resurse, fapt ce ajută la perceperea situației ca fiind mai tolerabilă („reinterpretare pozitivă“, termen folosit de alți autori).

Strategiile de coping se automatizează și pot fi condiționate față de diverșii agenți stresori (de exemplu, evitarea unei persoane antipatice sau incomode devenită reflex).

Tipurile de coping, analizate dintr-o perspectivă planificată sunt mult mai

numeroase decât cele 3 „fundamentale“ descrise mai sus. În *tabelul 6* figurează câteva dintre clasificările „clasice“ și mai recente.

Lazarus și Folkman (1984)	Carver și colab. (1989)	Endler și colab. (1998)	Smith (1993)
1. Confruntare	1. Coping activ	1. Orientare spre sarcină	1. Evaluare primară (aprecierea proprietăților AS) - relevanța motivațională (tema interesează sau nu subiectul) - congruență motivațională (evenimentul este favorabil sau nefavorabil)
2. Distanțare	2. Planificare	2. Orientare spre emoție	
3. Autocontrol	3. Eliminarea activităților concurente	3. Orientare spre evitare	
4. Căutarea suportului social	4. Reținerea de la acțiune		
5. Asumarea responsabilității	5. Căutarea suportului social instrumental		
6. Evadare/ Evitare	6. Idem SS emoțional		
7. Rezolvarea planificată a problemei	7. Reinterpretare pozitivă		
8. Reevaluare pozitivă	8. Acceptarea		
	9. Negarea		
	10. Descărcarea emoțională		
	11. Apel la religie		
	12. Pasivitate mentală		
	13. Pasivitate comportamentală		
	14. Apel la alcool și medicamente		
			2. Evaluare secundară („cântărirea“ propriilor situații) - atribuirea responsabilității (persoana care va fi blamată sau creditată) - coping centrat pe problemă (utilitatea fiecăruia pentru subiect) - coping centrat pe emoție (idem) - așteptări viitoare (posibilitatea ca situația să se schimbe)

Tabelul 6. Tipuri de coping în literatura consacrată stresului psihic.

Importanța studierii mecanismelor de coping este extremă deoarece în orice tentativă pe care dorim să o facem spre a reduce efectele nocive ale distresului este obligatoriu să se țină seama de adecvarea sau inadecvarea acestei strategii adaptative la situațiile stresante electice pentru subiectul respectiv (decelate de el însuși sau de către psiholog).

Considerăm de interes o clasificare relativ recentă a lui Smith în 1993 care descrie implicarea în coping a 4 tipuri fundamentale de emoții negative, relaționate „în cuplu“ cu 4 tipuri de semnificații nocive pentru subiect:

- supărare (în accepția lui Lazarus, rezultat al amenințării pierderii stimei de sine și sociale) - învinuirea celui alt,
- vinovăția (idem, Lazarus - încălcarea de către subiect a unor norme morale) - autoînvinuire,
- frică/anxietate - pericol/amenințare,
- tristețe - pierdere ireversibilă, neajutorare legată de greutate sau pierdere.

În ceea ce privește tipurile fundamentale de coping, Folkman și Lazarus - în 1986 - au remarcat, pe baza analizei tipurilor de coping la 85 de cupluri căsătorite -, că **rezultatele cele mai favorabile în plan fiziologic au fost obținute prin utilizarea combinată a ambelor tipuri de coping, cu includerea solicitării suportului social și a reevaluării cognitive a problemelor.**

5. MECANISME DE APĂRARE INCONȘTIENTE

(Bewältigung, „defense“)

Sunt utilizate de către subiect în condițiile în care acesta evaluează cerințele unei situații (stresor) căreia, el trebuie să îi facă față, ca fiind peste posibilitățile sale. Din acest motiv, sunt puse în acțiune în mod inconștient (*Bewältigung*, „defense“) menite să scadă puternica tensiune psihică (distresul) generată de această evaluare.

Dintre aceste mecanisme vom prezenta foarte succint următoarele:

5.1 Refularea

Constituie un mecanism de scurt - circuit al conștiinței în cursul unei tensiunii psihice pentru subiect generate de anumite idei, imagini, pulsuni, sau dorințe penibile pentru subiect care sunt reprimite de mediul social. Se mai pot include aici unele eșecuri extrem de umiltoare pe care subiectul le „uită“ - fără intenție - ca și cum ele nu ar fi existat (spre deosebire de altele pe care „le ține minte toată viața“).

Tendențele refulate în inconștient exercită o presiune permanentă de revenire în conștiință cărora Freud le-a atribuit un caracter simbolic și diverse forme de manifestare (vise, acte ratate și lapsusuri, sublimări).

5.2 Comutarea

Ea reprezintă canalizarea inconștientă a trebuințelor, impulsurilor, motivelor - inclusiv a acelor interzise de dificultatea însăși a satisfacerii lor - către obiective care pot fi atinse procurând astfel o satisfacție durabilă subiectului.

Freud a consacrat termenul de sublimare prin care circumscrie aria recompenselor la domeniile artei și științei (ca obiective cu largă valorizare socială) și, de asemenea, limitează sfera pulsional - motivațională la cea sexuală. De exemplu stresul cauzat de o dragoste neîmpartășită poate activa resursele artistice în direcția creării unor capodopere literare, muzicale, etc..

5.3 Negarea (substituirea)

Constituie o tendință predominant inconștientă pentru subiect de a desprinde, dintre caracteristicile potențial nocive ale unor stresori - cu mare grad de amenințare - pe acelea care sunt cel mai ușor contracarabile. O altă varietate este aceea de a se atribui stresorului o serie de trăsături pozitive, menite să atenueze caracterul nociv al acestuia.

Cel mai elocvent exemplu din practica medicală îl considerăm pe acela de negare a unei evidențe terifiante furnizat de către bolnavii care se află în preajma confirmării diagnosticului de cancer (date extrem de sugestive) după ce - într-o fază anterioară, de „cancerofobie“ - s-au alarmat la cele mai mici aluzii la o astfel de boală.

5.4 Proiecția

Reprezintă un alt mecanism de apărare descris de Freud, de asemenea, se descarcă inconștient o stare de tensiune afectivă extremă, atribuindu-se unei alte persoane sau obiect, sentimentele, dorințele, impulsurile pe care subiectul refuză să și le atribuie sau le ignoră (nici nu le refulează, nici nu le sublimează).

5.5 Regresia (temporală)

Reprezintă revenirea la un mod de funcționare psihică mai simplu, caracteristic unui stadiu anterior al dezvoltării psihice (Doron și Parot - 1999). Exemplu cel mai concludent este oferit de regresia afectivă și comportamentală a unui bolnav adult suferind de o boală severă și care ajunge să se comporte conform unui stadiu de regresie la nivel infantil („se poartă ca un copil“).

6. IMPLICAȚII PSIHOFIZIOLOGICE*

6.1. Considerații generale

Stresul psihic este, în ultimă instanță, o reacție generală a organismului, indusă psihogen și care se edifică în funcție de evaluarea cognitivă a situației și de strategiile de ajustare.

Din acest motiv, teoria lui Selye trebuie corectată referitor la impactul stresului psihic asupra sănătății deoarece există o diferențiere între cele două tipuri de coping din punct de vedere al corelației neuro-endocrine și imunitare.

- **Evitarea (conduită pasivă):** conduce la diminuarea catecolaminelor și activității celulelor NK (deci a imunității, inclusiv antitumorale), și la hiperfuncția axei hipotalamo-corticotrope (soldată cu creșterea cortizolului), ceea ce accentuează inhibiția celulelor NK;

- **Ajustarea centrată pe problemă, (conduită activă),** ce acționează în sens contrar.

Există o variabilitate a răspunsului imun condiționată de infinitele combinații de strategii (conștiente, inconștiente, etc.). Așa de exemplu, Contrada evidențiază faptul că negarea, utilizată în situații implacabile (de exemplu, în cazul operațiilor pentru cancer sau pe cord deschis) poate favoriza un răspuns pozitiv al organismului, în timp ce utilizarea ei în faza primelor simptome întârzie diagnosticul.

6.2 Elemente sumare de psihofiziologie a stresului psihic

◆ IERARHIZAREA RECAȚIILOR

Lavallo descrie următoarele secvențe psihofiziologice în SP:

1. Captarea informațiilor senzoriale și interpretarea lor; se realiăează prin ajun-

* pentru detalii vezi I.B. Iamandescu, *Psihosomatica generală și aplicată, sub tipar, ed Infomedica*

gerea informațiilor senzoriale în diferite arii corticale (stație terminală, cortexul prefrontal) unde are loc procesarea lor și stabilirea semnificației. Aceste zone reprezintă sustratul neurologic al procesului de reevaluarea primară a stimulilor (stresorilor)

2. **Generarea emoțiilor pe baza evaluării;** este localizată la nivelul sistemului limbic (amigdala și hipocampusul având conexiuni cu hipotalamusul și trunchiul cerebral).

3. Inițierea unor **răspunsuri neuro-vegetative și endocrine;** implică reacții comune intercorelate ale celor două sisteme și diferențiate din motive didactice în:

- **reacții neurovegetative SIMPATICE** răspunzătoare de faza de activare din cursul stresului (stadiul de alarmă descrisă de Selye);

Reacția catecolaminică de stress (activare simpatică plus eliberare de hormoni medulo-suprarenali) s-a constituit în decursul filogenezei ca o reacție de stres adaptativă față de pericolele implicate de lupta animalelor pentru hrană și supraviețuire și a avut ca finalitate pregătirea răspunsului somato-motor, (încordare musculară) și metabolic (creșterea glicemiei, colesterolului și acizilor grași din sânge) echivalent cu efortul muscular necesar mișcării de alergare / luptă.

La om, absența contracțiilor musculare (lipsa efortului fizic) consumatoare de substratul metabolic menționat din cursul stresurilor psihice specifice vieții moderne creează – în cazul unui adult, stresat de o problemă insolubilă și prăbușit pe scaun ca „să-și revină” – „o situație de refuz” a acestui substratului metabolic oferit de reacția catecolaminică de stress sedentar, concretizat prin solicitarea excesivă a insulinei pancreatice (astfel de stresuri repetate vor favoriza apariția unui diabet) și depunerea pe endoteliul vascular a colesterolului și acizilor grași neutrilizați (favorizând procesul aterosclerotic (Boone și Christensen).

- **reacții ale sistemului PARASIMPATIC** având ca efect diminuarea activării de stres și revenirea la normal a funcțiilor activate de sistemul simpatic.

■ **reacția endocrină de stress**, corelată cu cea neurovegetativă, conduce la eliberarea unei game extrem de variate, polimorfe de hormoni de stress.

Referitor la acest subiect extrem, de important pentru domeniul psihosomaticii, menționăm faptul că va fi tratat în mod amănunțit în cel de-al doilea volum („Psihosomatică generală și aplicată”) urmând ca, în lucrarea de față, să subliniem câteva date care să intereseze în primul rând pe psihologi.

Schematic, se consideră că reacția catecolaminică de stress este puternic exprimată în cursul distresului la fel ca și eliberarea de cortizol care o continuă și o întărește. În cadrul acelei reacții de distres, catecolaminele (în special noradrenalina), au efecte nocive asupra inimii și vaselor (infarct miocardic, hipertensiune, accidente vasculare cerebrale) iar cortizolul deprimă imunitatea, favorizând dezvoltarea infecțiilor cronice și a cancerului. În cazul eustresului, se produc secreții moderate de catecolamine (senzația de „piele de găină” în cazul unei emoții foarte plăcute, inclusiv la debutul fumatului) și de cortizol (poate să crească din cursul unor emoții plăcute dar însoțite și de alți stimuli fizici, cum ar fi zgomotele pentru ascultătorii de muzică rock sau efortul fizic pentru practicanții de jogging). Cel mai mult sunt raportate la eustress, endorfinele, considerate ca hormoni ai plăcerii dar care, pe lângă acțiunea euforizantă au și efecte analgetice (explicarea acestui tip de efect la

injectarea morfinei) precum și efecte imunostimulante, crescând activitatea celulelor NK și secreția de interferon.

4 Feedback între cortex și sistemul limbic;

❖ **5. Impulsuri neuro-vegetative și secreții hormonale.** Finalizarea răspunsurilor neurovegetative și endocrine, în ultimă instanță mediatorii și hormonii de stres, are loc la nivelul tuturor organelor conform cu specificul acțiunii fiecărui neuromediator sau hormon, (de ex. adrenalina produce tahicardie, creșterea eliberării de limfocite, iar acetilcolina produce bradicardie și creșterea secreției gastrice de HCl, etc.)

◆ **ACTIVAREA NEURONALĂ ȘI STRUCTURILE CEREBRALE IMPLICATE ÎN STRESUL PSIHIC**

Buddeberg și Laederach desemnează activarea neuronală din SP ca un proces decisiv pentru integrarea informațiilor cognitive și emoționale în reacții neuroendocrine.

Structurile nervoase care sunt implicate în prelucrarea informațiilor externe și interne generatoare de SP aparțin de neocortex, sistemul limbic, hipotalamus și nucleii trunchiului cerebral, ei fiind dispuși pe o axă verticală ce se termină în hipofiză de unde se ramifică în cele două direcții activatoare somato-adrenală și adreno-corticală.

Informațiile interne (reprezentate de aspirații, gânduri, amintiri, fantezii, etc.) accesează direct neocortexul (mai degrabă, iau naștere la acest nivel „*in situ*“), în timp ce impulsurile viscerale (de exemplu, durerea sau senzațiile de disconfort) sunt preluate de sistemul nervos autonom și „urcă“ la nivel hipotalamic intrând în „centrala integrării emoțiilor cu activitatea somatico-viscerală“.

Informațiile externe sunt filtrate de sistemul reticular activator (ARS) în excitații care ajung direct la cortex (unde sunt prelucrate pe baza semnificației lor) și în excitații care sunt conduse la nivelul sistemului limbic și al hipotalamusului. În ambele situații, informațiile externe (ca, de altfel, și cele interne) generează emoții la nivelul sistemului limbic, iar acestea închid un veritabil cerc vicios prin parcurgerea releului psihosomatic și declanșarea unor tulburări viscerale și ale aparatului locomotor specifice stresului psihic (distres sau eustres).

◆ **CORELAȚII PSIHO-NEURO-ENDOCRINE ÎN STRESUL PSIHIC (după Henry și Stephens)**

Autorii menționați au edificat o concepție psihofiziologică a SP considerând că extraordinara diversitate a reacțiilor din stres poate fi ordonată pe două criterii:

- **perceperea controlabilității** agenților stresori și a urmărilor acestora pe baza unei autoaprecieri favorabile asupra propriilor resurse;

- **tipul de comportament adaptativ: activ sau pasiv.**

În funcție de agregarea acestor criterii, Henry și Stephens au conceput **două strategii fundamentale cu participare cortico-subcorticală și endocrină**, precum și cu afectarea corespunzătoare a reacțiilor comportamentale de stres întâlnite într-o secvență după cum urmează:

■ Perceperea stimulului;

■ Alegerea unei strategii adaptative în funcție de factorii genetici și de experiența subiectului;

■ Două tipuri de reacții în funcție de anticiparea controlabilității situației:

a) În cadrul controlului amenințat (dar nu pierdut!)

- Activarea unor mecanisme de provocare (sfidare) față de solicitare și invocarea unor reușite în situații similare, cu **implicarea amigdalei**, hipotalamusului și medulosuprarenalei.

- Reacție de **implicare activă (apărare sau atac)**, implicând controlul teritorial, mobilitate și agresiune, cu excitarea predominantă a sistemului somato-adrenal și cu o reacție hormonală intensă catecolaminică (creșterea adrenalinei și noradrenalinei), cortizolică variabilă (de regulă menținută în limite normale; cortizolul, însă, poate fi crescut moderat în eustres) și de creștere a nivelului de testosteron.

b) În cazul percepției pierderii oricărui control

- Apare **reacția de abandon**, cu inhibarea comportamentului organizat și participarea structurilor nervoase ale septului-hipocampului;

- Inducerea unor reacții comportamentale la imobilizare, supunere necondiționată și pasivitate;

- Corespondentul hormonal este reprezentat de excitația sistemului hipofizar cortico-suprarenal și creșterea ACTH, cortizolului (von Eiff - 1981), dar și scăderea testosteronului, în timp ce reacția catecolaminică este moderată.

CAUZE PSIHOSOCIALE

1. INTRODUCERE

În cazul stresului psihic, agentul stresor - reprezentat de o largă paletă de stimuli dotați cu o semnificație nocivă (în distres) sau intens favorabilă (în eustres) - acționează întotdeauna pe calea organelor de simț, cu proiecție corticală. În urma intervenției sale, apar, la nivel cortical, procese psihice complexe și variate, având ca rezultată subiectivă o stare de „tensiune“ care este resimțită aproape fizic datorită propagării unor influxuri nervoase cortico-subcortice, cu activarea centrilor neuro-vegetativi superiori și punerea în funcțiune a sistemului simpato-adrenergic și a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal, cu eliberarea consecutivă a unei game polimorfe de hormoni (catecolamine, ACTH, cortizol, STH, vasopresină etc.) și punerea sub tensiune a tuturor organelor și aparatelor organismului.

Această veritabilă activare a „somei“ rezultă în urma eliberării crescute de mediatori ai transmiterii neuro-vegetative și a așa-numiților „hormoni de stres“. Toți acești veritabili „mediatori“ ai SP au receptori specifici la nivelul celulelor diferitelor țesuturi și organe, prin intermediul cărora produc variate modificări funcționale concretizate prin amenințarea pasageră a homeostaziei mediului intern, dar care este urmată de revenirea la valorile compatibile cu funcționarea normală a organismului (aceasta în marea majoritate a SP care nu lasă în urma lor disfuncții la diferite niveluri, generatoare de boală).

În SP perturbarea homeostaziei somatice este precedată și cauzată de perturbarea homeostaziei psihice de către agenții stresori. Așadar SP are în toate cazurile repercusiuni asupra tuturor organelor și aparatelor, în primul rând cele cu rol reglator (sistem neuro-endocrino-vegetativ, aparat cardio-circulator și sistemul imun), dintre care unele - grevate de o patologie anterioară, pe fond sau nu de meiopragie dobândită sau constituțională - vor răspunde prin manifestări patologice. Nota obișnuită a SP acute, cotidiene, este „reacția de alarmă“, continuată sau nu de cea „de rezistență“, descrise de Selye, cu modificări generale și locale reversibile, în condițiile în care agenții stresori nu-și prelungesc acțiunea. Contracararea acțiunii acestora de către subiectul afectat se face de regulă prin adoptarea de către subiectul stresat a unor conduite comportamentale antistres, active dar și involuntare. Acestea sunt capabile să restabilească parametrii anteriori SP sau să împiedice chiar din „start“ antrenarea unei veritabile reacții de stres, înlocuite - atunci când SP lipsește - doar cu oscilații homeostatice aflate în zona normalului.

2. AGENȚI STRESORI PSIHOLGICI. CARACTERE GENERALE

Agenții stresori (se mai utilizează și formula simplă de „stresori“) sunt, **excitanți cu valoare de simbol**, în marea lor majoritate **stimuli verbali** (incluzând și **limbajul interior**). Sunt vehiculați pe căi nervoase la și de la cortexul cerebral și prezintă o **semnificație importantă** pentru subiect. Aceste trăsături îi diferențiază net de toți ceilalți agenți stresori (fizici, chimici etc.).

Dacă am considera agenții stresori inductori ai unui SP ca fiind capabili să-l declanșeze în mod implacabil la orice individ, atunci am putea asista la o uniformitate de reacții comportamentale în colectivitatea umană. Dar o caracteristică a acestor agenți este tocmai **caracterul lor potențial de a produce SP**, validat - în cazul distresului - numai de semnificația de amenințare, prejudiciu, nocivitate în general, pe care le-o oferă subiectul agresiionat.

De exemplu, divorțul care declanșează, de regulă, un stres psihic major și durabil la ambii parteneri, nu afectează în unele cazuri pe cei care îl apreciază - în mod justificat sau nu - ca pe o eliberare și care nu-și creează scrupule (în virtutea unui egoism condamnabil) în legătură cu copiii rămași fără afecțiunea unuia dintre părinți și adesea fără un sprijin material consistent. Cel mai adesea însă, ambii soți fiind realmente stresați de acest eveniment critic în viață, divorțul figurează la loc de frunte în rândul stresorilor psihici, dar numai în virtutea unor criterii statistice, deoarece el nu poate fi totuși considerat capabil să producă în 100% din cazuri un veritabil SP.

De asemenea, unul și același eveniment stresor nu poate induce de fiecare dată un SP la același individ, atât din cauza „dispoziției de moment“, cât și a semnificației diferite ce i se conferă în momentele respective. Aceste două fațete ale variabilei reprezentate de agentul stresor pot fi înlăturate în cazul în care acesta este reprezentat de un eveniment major, cum ar fi, de exemplu, seismul survenit în două rânduri: 1977 și 1986. Este cert că la o mare parte dintre subiecții mai tineri care nu au trăit seismul din 1940, reacția de stres, fie că nu s-a produs, fie că a fost moderată în 1977 (deși distrugerile au fost importante) față de 1986, când experiența dureroasă a seismului precedent i-a făcut pe aceiași subiecți să trăiască un veritabil SP, în ciuda benignității acestui ultim seism. Ca un caz anecdotic, ilustrând rolul dispoziției de moment, este relatarea unei persoane care nu a fost deloc stresată nici în 1977 și nici în 1986, de fiecare dată aflându-se într-o stare de euforie produsă de ingestia de alcool ocazională de aniversările unor rude.

Deducem din aceste considerații și exemple că un rol deosebit în apariția și amploarea SP îl au **particularitățile cognitive, afective, motivațional-aspiraționale și voliționale ale subiectului** respectiv, modelate de experiența sa de viață familială și profesională, incluzând evenimente psihotraumatizante anterioare (dar și relatări sau referiri la dramele rudelor sau prietenilor). **Toate aceste particularități ale personalității - modelate de biografia individului**, inclusiv de o serie de afecțiuni somatice „debilitante“ pentru sistemul nervos (tuberculoza, de exemplu, și multe alte boli) și **mai ales psihice** (nevrozele, în special) - sunt implicate în răspunsul individului la un stresor psihic potențial, contribuind la **conferirea unei semnificații nocive, imagine sau reale**, capabile să conducă la „**intrarea în starea de SP**“.

Din acest motiv putem înțelege de ce unele persoane prezintă o **vulnerabilitate (constituțională sau dobândită) în plan psihic** la acțiunea stresorilor tradiționali, fiind mai predispuse astfel la apariția SP. Adeseori în literatură se întâlnește expresia „vulnerabilitate de stres“ care desemnează, de fapt, o receptivitate psihică crescută față de stresorii psihogeni (și nu numai la aceștia) capabilă să conducă la apariția SP (Kourilsky). În acest context, dacă ar fi să se vorbească de o astfel de vulnerabilitate, **ar trebui mai degrabă să ne referim la vulnerabilitatea unor organe și aparate (inclusiv a psihicului individului agresionat) la stresul psihic**. Burns apreciază că circa 10% din populația americană prezintă sensibilitate excesivă față de stresori (un prag redus pentru instalarea SP).

Totuși, dată fiind răspândirea termenului de „vulnerabilitate la stres“, o vom accepta ca pe o **trăsătură proprie anumitor indivizi de a reacționa facil printr-un SP la o gamă largă de agenți stresori**.

O trăsătură importantă specifică stresului psihic, raportată la agentul stresor cauzal, o constituie **caracterul anticipativ** al SP (al distresului* în special) față de impactul cu un anumit eveniment sau cu unele circumstanțe generând consecințe ce amenință echilibrul psihic al subiectului. Cel mai elocvent exemplu în această privință este furnizat de stresul psihic declanșat de situațiile de examen, când această împrejurare este evaluată ca generatoare posibilă de consecințe dezastruoase, deci reprezentând o amenințare pentru viitorul apropiat sau îndepărtat al subiectului în cauză.

În cele ce urmează vom încerca să prezentăm cele mai importante caracteristici ale agenților stresori capabile să creeze condițiile apariției unui SP. Exemplele furnizate sunt valabile pentru distres, dar există situații similare cu valoare pozitivă, benefică pentru individ, care vor genera eustresuri.

1. Agenții stresori (AS) **au un caracter potențial stresant**, generând totuși SP numai în anumite condiții, chiar dacă unii dintre ei ar fi capabili să declanșeze un astfel de sindrom la majoritatea indivizilor (de exemplu, vestea despre nereușita la un examen afectează, în genere, pe orice individ dar poate lăsa indiferent un concurent nepregătit care nu-și făcea nici o iluzie). Se verifică butada lui **H. Selye (1968)**: „Nu contează ce ți se întâmplă, ci cum reacționezi la ceea ce ți se întâmplă“.

2. Totuși, datorită frecvenței crescute cu care sunt înregistrate între cauzele provocatoare de SP, sunt considerate ca **stresori o serie de evenimente cu caracter de amenințare iminentă** și având o serie largă de implicații și consecințe, de la care **individul se poate cu greu (sau deloc) sustrage**: calamitățile naturale (inundații, cutremure) sau sociale (războaie) sau evenimente biografice majore (divorț, deces al ființelor apropiate, eșec profesional etc.) și așa mai departe. Și aceste cauze de SP colectiv pot fi uneori dissociate de SP individual, deoarece solidaritatea umană în cazul unor dezastre resimțite de o largă colectivitate poate atenua SP resimțit de fiecare individ.

* există și în cazul eustresului, o reacție anticipativă - cu caracter de eustres moderat înaintea unor momente festive („febra sărbătorilor“), când eustresul devine maxim.

3. **AS capabili să declanșeze un SP sunt de natură variată, nefiind obligatoriu numai stimulii psihici**, fapt ce obligă la o departajare a **două categorii de AS**:

a) Cei care **acționează pe calea celui de-al doilea sistem de semnalizare** (vedem deci că importanța unor concepte pavloviste crește odată cu „proba timpului”) reprezentați prin **cuvintele**, ideile, procesele gândirii (mai ales evaluările unei situații nocive pentru individ, inclusiv disconfortul creat prin nesatisfacerea unor trebuințe).

În SP principalii agenți stresori sunt reprezentați de cei cu conținut noțional-ideativ, recepționați de subiect ca reprezentând indiciul unor situații amenințătoare „actuale” sau „în perspectivă”. De regulă, AS din această categorie sunt concretizați sub formă de situații psiho-traumatizante, sau - din contră - (în cazul eustresului) situațiile fericite, iar în limbajul medical curent ei sunt considerați AS specifici pentru SP, motiv pentru care noi i-am etichetat ca **AS psihogeni** propriu-ziși sau **simbolici**.

b) **Stimuli senzoriali externi** (senzațiile, percepțiile și reprezentările) despre care Pavlov spune că ele „se referă la lumea externă și sunt primele semne ale realității” precum și **excitațiile interoceptive** (în cazul unor boli cu simptomatologie zgomotoasă - în special dureri, prurit, „disconfort”, etc.). Acești stimuli pot deveni veritabili AS în două condiții: atunci când „bombardează” scoarța cerebrală timp îndelungat și cu o intensitate crescută (zgomotul, de exemplu) sau în cazul în care au o anumită semnificație pentru subiect (de exemplu, zgomotul făcut de scârțâitul unei uși într-un castel „bântuit de fantome”). În acest din urmă caz excitantul senzorial („zgomotul”) cu „semnificație” este, de fapt, tot un stimul „psihogen”.

4. De cele mai multe ori **AS au o semnificație electivă pentru subiect** cu mare „rezonanță afectivă” (cel mai adesea nocivă, dar și o semnificație pozitivă poate genera un SP ca în cazurile de eustres) (**miza crescută și gradul important de implicare**, conform lui Sells). Validarea potențialului stresant al AS se face tocmai prin acordarea unei semnificații majore pentru subiect, capabilă să-i perturbe acestuia echilibrul emoțional. Totuși, există SP de suprasolicitare intelectuală în care efortul mental intens și prelungit acționează „stresant” în absența oricărei semnificații negative (din contră, activitatea poate fi foarte plăcută).

5. **Parametrii** de acțiune ai AS sunt reprezentați de **intensitate, durată** (inclusiv repetabilitate) și atributul de **noutate**, precum și de **bruschețea** cu care ei acționează (Sells: „surprinz subiectul ca fiind nepregătit”). De menționat că SP zilnice sunt generate de AS de mică intensitate dar cu durată prelungită sau frecvență de apariție crescută (*tabelul 7, cf. lui Kanner*).

Cele mai grave apar SP provocate de AS cu semnificație majoră pentru individ (de exemplu, concedierea, ratarea unui examen) care multiplică prin consecințele lor numărul de AS și creează SP variate și intercondiționate.

6. Adesea există **constelații de AS de natură variată** determinând veritabile **situații stresante „polimorfe”** cum este, de exemplu, desfășurarea unei activități într-un ritm neadecvat cu perturbări senzoriale (variații ale intensității luminii ambiante, zgomot „de fond” etc.) și cu o durată prelungită pe fondul unei stări afective negative generate de o discuție și în condițiile prodromale ale unei îmbolnăviri.

În acest din urmă caz patologic, acțiunea agentului biologic (bacterie, virus, etc.) se propagă de regulă pe căile senzitive (cu aferențe interoceptive) dar și pe cale umorală, putând afecta centrii nervoși superiori inclusiv corticali, la care vin, în plus, aferențele senzoriale (vizuale, auditive, tactile), etc. Comportamentul rezultat este, în acest caz, dependent, în mod suplimentar, de buna funcționare a unor organe interne, atinse de procesul patologic, de exemplu fazele de debut ale unei pneumonii, hepatite epidemice etc.).

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Prea multe lucruri de făcut 2. Timp insuficient 3. Prea multe responsabilități 4. Gânduri deranjante („nu-ți dau pace“) 5. Obligații sociale 6. Stabilirea priorităților 7. Rătăcirea sau pierderea lucrurilor 8. Nu găsești timp spre a dormi suficient 9. Probleme cu copiii 10. Supraîncărcare cu responsabilități familiale 11. Neplăceri la serviciu |
|--|

Tabelul 7. Stresuri zilnice minore (după Kanner)

3. SCALE DE EVALUARE

3.1 Scala Holmes - Rahe

Încă din 1967, Holmes și Rahe au cercetat corelația dintre schimbările recente de viață și apariția unor boli (infecțiile în general, tuberculoza și infarctul miocardic), constatând că anumite evenimente - cauzatoare de SP, uneori trecut cu vederea - pot avea o influență certă în patogeneză la marea majoritate a indivizilor.

De exemplu, frecvența deceselor „imprevizibile“ ca și a infarctului miocardic este net crescută la un grup de subiecți din Finlanda care au înregistrat schimbări „de viață“ (concediere, divorț, chiar și mutarea într-o nouă locuință) în ultimele 6 luni în raport cu o populație martor fără astfel de schimbări și cu caracteristici demografice asemănătoare (Rahe și colab. - citat de Yuwiller).

Ierarhizând situațiile stresante cu caracter de „schimbare“ în viața diferiților indivizi, corelate cu posibilitatea crescută de apariție a bolii (deci sugerând un raport de cauzalitate), Holmes și Rahe au evaluat principalele evenimente, grupate în patru categorii („starea sănătății“, „munca“, „casa și familia“, „personal și social“), acordând fiecăruia un punctaj care indică potențialul patogen al evenimentelor respective. Într-un „clasament“ conform acestui punctaj primul loc îl ocupă moartea unuia dintre soți (100), „urmată“ de divorț (80), starea de arest (64), spitalizarea (62), îmbolnăvirea unui membru din familie (54) și situații profesionale, echivalente ca punctaj: pensionarea sau concedierea recentă și situația de recent căsătorit (50 puncte). Pe ultimele locuri: schimbări

ale obiceiurilor personale (12), petrecerea unei vacanțe (11) și „încălcări minore ale legii“ (11).

Valoarea unor astfel de scale este incontestabilă, mai ales pentru studiile de epidemiologie a diferitelor boli somatice și psihice, dar trebuie totdeauna analizată în cadrul anamnezei, „validarea prin SP“ (Iamandescu, 1993), de către fiecare individ a unor astfel de evenimente. În plus, chiar în condițiile în care acele „life changes“ postulate de Holmes și Rahe declanșau reale SP majore, apariția bolilor „prezise“ de scală a fost departe de proporția prevăzută datorită unor **factori de rezistență** care țin de personalitatea individului (psyche), dar și de terenul său de organ (soma). Astfel, Cohen și Williamson (în 1989) au considerat riscul pentru îmbolnăvire de numai 9% pentru cazurile cu punctaj crescut la această scală. S-a subliniat și de către alți autori importanța stresurilor minore zilnice cumulate în timp dar și modul în care este perceput de către indivizi propriul stres psihic (v. Scala stresului perceput de Cohen și Williamson).

3.2 Scala Lindermann

În ultimii ani și-a căpătat o bună reputație o **nouă scală a evenimentelor de viață cu rol de agenți stresori, elaborată de Lindemann și colab. (valabilă pentru Germania anulului 1994)** pe un număr de 251 de subiecți și care indică un punctaj și o ordine destul de diferite față de scala Holmes și Rahe, apărută în urmă cu circa 30 de ani.

În privința evenimentelor „**Casnice**“, - decesul partenerului de viață este punctat cu 86 p., iar divorțul (tot 70 p.) este „devansat“ de decesul unei ființe apropiate (73 p.) și o boală severă sau accident (72 p.). De asemenea, în jurul a 50 p. (căsătoria în scala Holmes și Rahe) figurează evenimente precum: conflicte cu legea (60 p.), incendiu al locuinței (60 p.), zgomot ambiant (51) sau penalități financiare și tulburări de somn (ambele 50 p.).

Un loc important în această scală recentă a lui Lindemann îl ocupă **stresul profesional** declanșat cel mai frecvent de „condițiile proaste de lucru“ (62 p.), solicitări profesionale extrem de crescute (61 p.), munca în acord sau sub presiunea timpului (60 p.) sau conflictele cu șeful (55 p.).

Analizând gradul de predictabilitate, la scalele prezentate, considerăm că este crescut, persoanele cu boli severe, în stadii avansate de evoluții, la vârstnici și la cei cu trăsături disimunogene de personalitate cu suport social redus.

Pe de altă parte gradul de inducere a SP depinde de semnificația (Klumbies - 1980) electivă a evenimentelor respective, condiționând astfel apariția bolilor somatice.

Există o serie de **teste experimentale de producere al unui stres psihic** (v. clasificarea lor în I B Iamandescu -“Stresul psihic și bolile interne“- 1993 sau „Trier Psycosocial Test“).

Analiza lor va fi făcută în volumul doi (Psihosomatică Generală și Aplicată).

VULNERABILITATEA PSIHICĂ LA STRES

1. CONSIDERAȚII NOȚIONALE

Referitor la terenul psihic asupra căruia acționează agenții stresori, este dovedit că în așa-numitele boli psihosomatice există o serie de trăsături de personalitate cu rol „permisiv” față de stresul psihic.

După cum am arătat în lucrări anterioare (1980, 1984), **opinăm împotriva existenței unor profiluri psihosomatice proprii fiecărei boli psihosomatice (BPS)**, postulate de către Fl. Dunbar. Opinia noastră rezultă nu numai din datele obținute la aplicarea testelor de personalitate, dar poate fi dedusă și din coexistența, la același bolnav, a unor BPS diverse - de exemplu, astm bronșic + urticarie + ulcer duodenal + hipertensiune arterială - cum am întâlnit la șase dintre bolnavii noștri (**Iamandescu, 1980**). De altfel, **G. Ionescu** (1990) observă aceeași perimare a acestor tipologii specifice diferitelor BPS.

Considerăm că **există un „profil general” de bolnav psihosomatic** și vom căuta să demonstrăm acest lucru la locul potrivit. Credem că la acest nivel, al personalității bolnavului, se realizează impactul factorului stresant psihic, în legătură cu care considerăm necesar să accentuăm rolul traumelor minime, dar cu acțiune îndelungată sau a „situațiilor fără ieșire” (Kourilsky).

Un rol important în privința recepționării intensității și duratei unui SP îl joacă atât **mecanismele de ajustare (coping)** față de SP, cât și **tipul locului de control**. Ele vor fi analizate într-un paragraf special.

De asemenea, anumite trăsături de personalitate, dezvoltate (accentuate) excesiv, crează indivizilor astfel afectați o vulnerabilitate crescută față de SP. O posibilitate relativ accesibilă pentru diagnosticarea acestor „hipertrofii” a unor trăsături de personalitate o reprezintă unele teste globale de personalitate dintre care MMPI permite cuantificarea - pe baza înregistrării amplitudinii scorurilor la scalele corespunzătoare - fiecăreia din trăsăturile măsurate. În cazul depășirii a 55 de centile există o probabilitate crescută pentru încadrarea în personalității accentuate sau, peste 70 de centile, fie în tulburări de personalitate, fie în sindroame nevrotice (o formulă relativ procustiană dar orientativă).

Vulnerabilitatea față de stres reprezintă nu numai o sumă algebrică a unor date de personalitate facilitând, mai mult sau mai puțin, „intrarea în stres” ori amplitudinea reacției la stres a unui individ. Ea este constituită de un pattern dinamic, de interacțiune, al acestor trăsături stabile de personalitate dar, adeseori, solicitate ca părți componente ale unui comportament relativ stereotip (ca de exemplu, tipul A). **Vulnerabilitatea psihică la stres apare ca un element favorizant pentru bolile psihice, dar și pentru cele psihosomatice (BPS) în cadrul cărora ea se asociază cu o vulnerabilitate de organ.**

În BPS, apărute ca urmare a unui SP mai intens recepționat de către un subiect cu un tip de personalitate vulnerabilă față de acțiunea AS, putem considera că mai există un agent de „rezonanță” pentru SP. Acesta închide un cerc vicios și este reprezentat de **tulburările somato-psihice inerente oricărei boli psihosomatice, dar amplificate și ele de un tip de personalitate cu o vulnerabilitate crescută, în special, în sfera afectiv-emoțională** (de exemplu, reacția unui bolnav cardiac la extrasistolele sale ventriculare apărute în cursul unor emoții) (Iamandescu, 1993).

Actualmente câștigă teren ideea că **tipul de personalitate** (postulat de către primii psihosomaticieni ca fiind specific pentru fiecare dintre afecțiunile psihosomatice, ca de exemplu tipologia specifică a pacientului astmatic, ulceros, coronarian etc.), nu mai reprezintă decât o **componentă într-un complex de factori nespecifici care modulează răspunsul individual al organismului la agenții etiologici. Acest complex multifactorial include în mod necesar trăsături de personalitate, formate pe o matrice constituțională și dobândite în cursul experienței (biografia) individului, și manifeste în planul inserției și interacțiunilor sale cu „rețeaua socială” (Malchair), ca și al situațiilor concrete** (evenimente cu rol stresor). Acestea din urmă pot juca un rol trigger psihogen în patologia clinică, indiferent de natura acesteia (de exemplu, o criză de tuse într-un „acces de enervare”).

Având o exprimare în actele de comportament, cu inevitabile ajustări conjuncturale impuse de acestea, considerăm că - în cazul unei hipertrofieri a trăsăturilor componente („personalități accentuate” descrise de Leonhard) - **diferitele tipuri de personalitate pot să conflueze într-un tip general, caracterizat printr-o „vulnerabilitate față de stres”, termen utilizat de Kourilsky, având o sferă mai largă decât cea a tipului psihocomportamental A, descris de Friedman și Rosenman.**

2. TIPURI COMPORTAMENTALE (A ȘI C) RELAȚIONATE CU STRESUL PSIHIC

Pe baza unor studii și observații personale (Iamandescu - 1977, 1980, 1984) considerăm că o vulnerabilitate față de stres poate fi întâlnită atât la indivizi cu trăsături de personalitate accentuate dincolo de limitele unei adaptabilități sociale normale (și contribuind la edificarea unor acte comportamentale adeseori „ineficiente”), cât și la indivizi cu **diverse tipuri de personalitate „neaccentuate”, dar înclinați către un comportament generator facil de stres psihic.**

Relaționarea acestor comportamente cu salutogeneza poate fi de tip negativ în sensul că posesorii trăsăturilor respectivelor tipologii nu conștientizează importanța pentru sănătate (neglijare involuntară) sau, chiar dacă, întrevăd consecințele negative ale comportamentului lor, nu acționează conform cu cele mai elementare norme de menținere a sănătății (ex, persistă să fumeze, să consume alcool în exces, etc.) și, mai mult, recurg la aceste „consumuri” ca la o modalitate de scădere a intensității distresului.

2.1 Tipul A (TABP)

Un astfel de comportament este prezent la indivizi cu diferite tipuri de personalitate (psihastenic, isteric, paranoid etc.), unificați prin posesia unor însușiri comportamentale asemănătoare, față de realizarea unei sarcini (de obicei profesionale) și de raportare la cei din jur, și posesori - prin aceste însușiri ai **tipului comportamental A** - Type A Behaviour Pattern - (TABP), descris de Friedman, Rosenman și evaluat printr-un chestionar elaborat de Jenkins.

Acest tip de comportament - dominat de sentimentul urgenței și cel al competiției - este prezent la șefi sau cei cu veleități de șef (v. testul Jenkins).

Componentele tipului A figurează în *tabelul 8*.

<i>Factori componenți</i>	<i>Elemente de risc demonstrate pentru boala coronariană</i>
A = ambiție maximă = nevoia de timp	Risc mai scăzut pentru boală (în raport cu factorii H și J).
S = neliniște = nerăbdare	Dintre bolnavii asimptomatici (clinic și EKG), majoritatea posedă acești factori
H* = competitivitate = ostilitate:	
- cognitivă (gânduri dușmănoase, dispreț, supărare)	Asociere cu interiorizarea supărării („anger-in“): crește riscul coronarian
- comportamentală (**) (agresivitate verbală sau fizică)	Acte agresive verbale*** sau motorii ample sau prelungite = factor major de risc coronarian, maxim sub 50 de ani, inclusiv pentru aritmii grave . Asocierea cu fumatul, scăderea funcției pulmonare, consum crescut de alcool și efort excesiv la locul de muncă - maximizează riscul coronarian.
J = implicare profesională majoră („workaholic“)	Asociată cu depresia, reprezintă un risc major
= modul de îndeplinire a sarcinilor	- cu dificultate - risc crescut - cu ușurință - risc minim

Tabelul 8. Tipul psihocomportamental A. Factori componenți

Observații:

* = -„**nucleul toxic**“ al tipului psihocomportamental A = **sindromul AHA** (ostilitate, agresivitate, iritabilitate) + presiunea timpului .

** = -**Agresivitatea** este un factor precipitant frecvent al IMA, acționând prin următoarele mecanisme: activare simpatică și efecte catecolaminice ample (creșterea frecvenței cardiace și a tensiunii arteriale), scăderea perfuziei miocardice și nivel ridicat de instabilitate electrică miocardică .

*** = -Exteriorizarea unor stări afective negative (inclusiv a agresivității), non-violentă și de scurtă durată (afecte „meteorice“), pare să se coreleze, din contră, cu un efect protector față de boală.

Posesorii tipului comportamental A, fie numai cu ostilitate crescută (Haynes) fie cu tot ansamblul trăsăturilor TABP, vor „rezona“ disproporționat, de exemplu prin secreție excesivă de catecolamine ± cortizol, la o arie extrem de largă de stimuli psihici negativi. **Tipul comportamental A reprezintă - în opinia noastră - un tip „ideal“ pentru „crearea“, de către însuși individul apartenent, a unor premise pentru „colecționarea“ facilă a numeroase și variate stresuri psihice și prin aceasta, el devine un important factor de risc pentru o serie mai largă de boli decât cele cardiovasculare, dar și a altor boli cronice psihosomatice.** (Iamandescu, 1993, confirmat și de Băban și Dumitrașcu - 1995).

Pornind de la aspectele vizând rolul tipurilor psihocomportamentale în favoarea instalării unor boli cu o componentă etiologică psihogenă (în special psihosomatice dar și a celor cu evoluție cronic-degenerativă), - inițial mai „ștearsă“, dar ulterior tot mai accentuată - nu se poate concepe o tentativă a inserției acestor factori etiologici în patogeneză decât apelând la conceptul de stres psihic fără a uita însă și **rolul condiționării reflexe a reacției de stres la unii stimuli indiferenți** (Caroline Koblenzer - 1987, Iamandescu - 1995). Aceste aspecte vor fi analizate într-un capitol consacrat dovezilor experimentale în favoarea implicării SP în patogeneză.

După cum s-a conturat în decursul timpului, ostilitatea ca element central al tipului A este responsabilă de relația dintre acest comportament și apariția bolii cardiace cronice (CHD), cardiopatiei ischemice, și numeroase studii au dovedit această idee.

Dintre acestea cităm un studiu longitudinal efectuat de Barefoot (1983) în care a urmărit **250 de medici**, obținând un rezultat edificator: subiecții cu rezultate crescute peste medie la ostilitate au suferit infarcte miocardice într-un număr de cinci ori mai mare decât ceilalți medici. Un studiu similar întreprins de Lahad et al în 1997 a evidențiat același **rol patogen atribuit ostilității** în apariția cardiopatiei ischemice pe un lot de femei la vârsta menopauzei. De asemenea Julkunem et al (1994) au evidențiat relația dintre ostilitate și progresia aterosclerozei pe o durată de 2 ani la un lot de 119 piloți. Și în acest caz progresia ateromului a fost considerată de 2 ori mai mare la cei cu ostilitate înaltă.

2.2 Tipul C

Tipul C - „represiv“, descris de Temoshock (1985-1990), pe baza dimensiunii „reprimare/vigilență“ (**Burne și colab., 1963**). Acest tip de comportament este considerat ca inductor de risc specific **cancerului de sân dar și pentru alte forme de cancer** (ex. melanomul malign). Este caracterizat prin:

- mecanisme de apărare puternice - incapacitate de verbalizare și de recunoaștere a emoțiilor, în special a celor negative, cu precădere supărarea;
- un complex de reacții negative secundare (subiacente) precum autodeprecieri, sentimente de neputință și de pierdere a controlului.

Bennett sublinia caracterul stoic al acestor pacienți, inasertiv dar cooperant.

Relația tipului C cu cancerul este văzută de unii autori (citați de Marilou Bruchon-Schweitzer) ca fiind nu cauzală, ci în sens invers (tipul C fiind secundar bolii) inclusiv ca o „amplificare a simptomelor“ sau o „afectivitate negativă“.

Alți autori (Conrada, de ex.) găsesc o relație între acest tip psiho-comportamental

și o disfuncție a sistemului imunitar (în special celulele NK) indusă de activarea „preferențială“ a axului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal și având ca rezultat final apariția unor infecții cronice dar și a unor neoplazii.

Se pare că interiorizarea emoțiilor reprezintă elementul central al acestui tip deoarece un studiu longitudinal pe o durată de 30 ani (!), finalizat de Scheffer și col. în 1987 pe un lot de 385 medici, a evidențiat că aceia care aveau un nivel crescut de exprimare (exteriorizare a emoțiilor) au dezvoltat cancere numai în procent de 1%, spre deosebire de cei care își interiorizau supărarea și alte emoții negative, cu un procent semnificativ mai crescut, de 14%.

Grossarth - Maticek și colab. (1982) și Jensen și Muenz (1984) descriu **atitudinea „rațională și antiemoțională“** a subiecților cu tip C, autorii din urmă citați (după Goodal) afirmând că au putut prevedea rezultatul pozitiv (pentru cancer) al biopsiei la bolnavii cu astfel de trăsături psihocomportamentale.

3. TRĂSĂTURI DISIMUNOGENE DE PERSONALITATE

3.1 Anxietatea excesivă

Referitor la anxietate, ea prezintă următoarele caracteristici: stare de neliniște, de teamă, chiar frică, nemotivată de existența unui pericol real, identificabil („teamă fără obiect“). Dacă în limba engleză există un termen identic („anxiety“), în limba germană ea se exprimă prin termenul „Angst“ (care mai înseamnă și frică), iar în limba franceză mai există un termen, „angoisse“, preluat și în limba română, „angoasă“ - care complică puțin înțelegerea termenului anxietate.

Aceasta se datorează faptului că **angoasa** ar reprezenta, după Littré (citată de Athanasiu) - o stare afectivă cu conținut somatic intens exprimat (identificat, în primul rând, prin dificultatea de a respira) și concomitentă cu „o mare tristețe“, în timp ce **anxietatea ar fi un prim stadiu al angoasei sau o angoasă** fără manifestările neuro-vegetative care o însoțesc de obicei.

Uzual se consideră că anxietatea - indiferent dacă atinge sau nu gradul de angoasă sau limita extremă, denumită „atac de panică“ - este însoțită de un cortegiu bogat de acuze somatice (Malchair) unele sugerând chiar adevărate boli (Dongier), deși examenul clinic și analizele de laborator nu îndreptățesc aceste temeri. Cele mai frecvente consecințe somatice ale anxietății sunt dispneea (hiperventilație, uneori neobservată de către pacient), hipersudorația, tremorul și insomnia.

Dar în practica medicală anxietatea are ca formă majoră de exprimare atacul de panică (v. chenarul decupat din DSM IV).

Atacul de panică imită frecvent o serie de boli cu atributele urgenței, chiar și un infarct miocardic, și pune probleme delicate de diagnostic diferențial, mai ales pentru medici neexperimentați.

O sinteză asupra tabloului său clinic evidențiază următoarele aspecte*:

* paragraf elaborat de dr. Alexandra Mihăilescu

Atacul de panică poate surveni în contextul oricărei tulburări anxioase (agorafobia, fobia socială, tulburarea obsesiv compulsivă, anxietatea generalizată sunt numai câteva dintre aceste tulburări) ca și al altor tulburări psihiatrice (ex. depresia, tulburări legate de consumul de substanță) și al unor condiții medicale generale (ex. boli de inimă, respiratorii, gastrointestinale). Mai multe atacuri de panică recurente, urmate de cel puțin o lună de preocupări referitoare la atacul următor, cu modificări comportamentale ca răspuns la atacuri, pun diagnosticul de tulburare de panică.

Caracteristica esențială a unui atac de panică o constituie o perioadă distinctă de frică sau disconfort intens, acompaniată de cel puțin 4 dintre cele 13 simptome somatice și cognitive enumerate mai jos. Atacul debutează brusc și atinge intensitatea maximă în 10 minute sau chiar mai rapid.

1. Palpitații
2. Transpirații
3. Tremor sau trepidație
4. Senzații de scurtare a respirației sau de strangulare
5. Senzație de sufocare
6. Durere sau disconfort precordial
7. Greață sau disconfort abdominal
8. Senzație de amețeală, dezechilibru, vertij sau leșin
9. Sentiment de derealizare sau depersonalizare
10. Frica de a nu înnebuni
11. Frica de moarte
12. Parestezii
13. Frisoane sau valuri de căldură

O metodă de tratament care dă rezultate bune în mai mult 70% din cazuri este terapia cognitiv-comportamentală. Tratamentul medicamentos de elecție este cu medicamente antidepressive de tipul inhibitorilor selectivi de recaptare de serotonina (sertralina, fluoxetina, etc). Alte medicații care pot fi folosite pe termen scurt sunt benzodiazepinele.

Lader consideră că există o **anxietate „normală“** (cea cotidiană, ca de exemplu cea a omului aflat la volanul unei mașini, pe un drum presărat cu pericole) și una **patologică („nevrotică“)** caracterizată printr-o hiperreacție de acest fel a unui subiect față de o cauză nemotivată, doar presupusă (adesea, ea este - tot patologică - fără un substrat definit și, în astfel de situații se pot invoca, la baza ei, procese inconștiente). Între aceste forme există așa-numita **anxietate reactivă**, desemnând o anxietate intensă, disproporționată, deși motivată de o cauză bine justificată. Spielberger subliniază necesitatea termenului de **„anxietate de caracter“** (sau „caracter anxios“ - „trait anxiety“) prin care traduce o dimensiune a personalității unui subiect înclinat în mod obișnuit spre anxietate „firea prăpăstioasă“ în limbajul curent (caz în care anxietatea apare frecvent, uneori cvasipermanent, mai mult sau mai puțin motivat).

La omul bolnav, apariția anxietății, reactive la situația sa „nouă“, complică și mai mult tabloul clinic al bolii de bază.

Firea anxioasă asociată cu un stil perceptiv vigilent-evitant ar avea un rol favorizant pentru îmbolnăviri ulterioare numai când are valori extreme

2. Starea depresivă însoțește unele boli și ar juca (încă neconcludent demonstrat) un rol etiologic în unele boli (ex. cancer), prin efectul imunosupresiv deja demonstrat (Bartrop) asupra celulelor NK. La omul bolnav, indiferent de tipologia personalității, depresia constituie o reacție în plan afectiv, caracterizată printr-o dispoziție „disforică”, ceea ce numim stare de „**deprimare**”, și concretizată în plan psihic prin senzații de **neputință** (de pierdere a energiei vitale), cu astenie - mergând de la tulburări de concentrare a atenției până la imposibilitatea de a duce la capăt activități simple, de **lipsă de interes** pentru problemele obișnuite ale vieții (inclusiv nevoile biologice, alimentare, sexuale sau cele legate de conveniențele sociale, ca de exemplu ținută vestimentară) și prin **sentimente de autoreproș** (în genere de culpabilitate sau **desconsiderarea** propriei valori). Dintre foarte numeroasele **corelate somatice ale depresiei**, punând uneori serioase probleme de diagnostic diferențial, menționăm, scăderea apetitului (inclusiv scăderea în greutate), insomnia (în special trezirea foarte devreme, matinală) sau, din contră, hipersomnia, pierderea energiei (oboseală, mai ales la trezire) și - ceea ce în literatură abundă - prezența a numeroase și variate forme de dureri (cefalee, algii cu sedii diferite etc.), multe din acestea încadrate în tulburările somatoforme.

Termenul „**depresie mascată**” trebuie propagat în rândul medicilor generaliști și interniști datorită faptului că aceasta se află la baza a cel puțin 5% din cazurile de bolnavi care consultă un medic (Kielholtz - 1974). Acest concept consemnează faptul că o multitudine de simptome fizice pot constitui masca unei depresii pe care pacientul o ascunde cu grijă față de cei din jur dar, adesea, și față de medic. Atunci când devine manifestă, ea este de resortul medicului psihiatru.

În plan psihic depresia atinge un maxim prin înclinația către suicid a subiecților respectivi.

3. Nevrozismul are un sens mai larg decât **anxietatea** - pe care o include, alături de **ostilitate, izolare, impulsivitate, culpabilitate, „sensibilitate”**, etc. - fiind considerat ca asociat frecvent cu boli somatice (Friedman și Booth-Kewley), deși Stone și Costa (1990) au constatat doar rolul de „amplificator al simptomelor”, corespunzând unei personalități înclinate către stres („distress prone personality”).

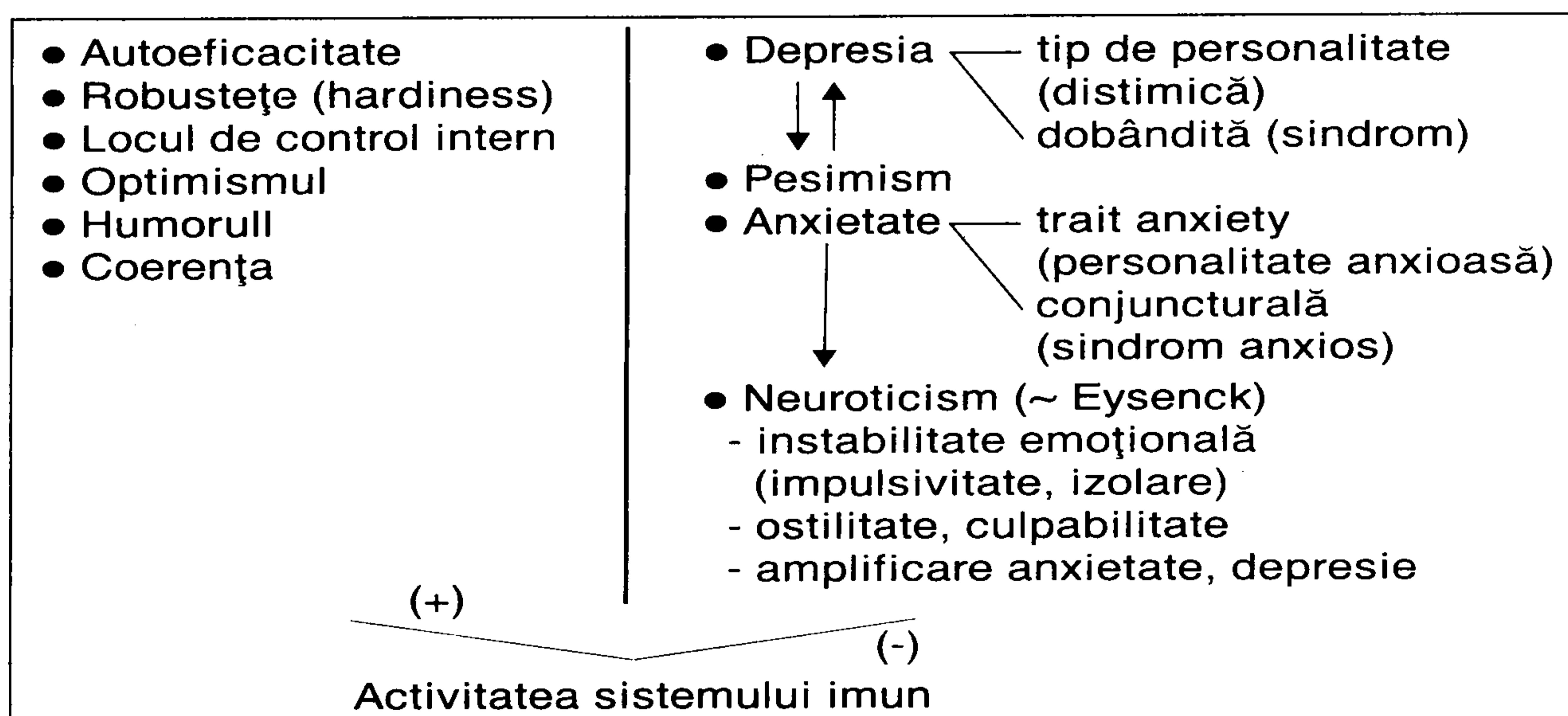
FACTORII MODERATORI (CU ROL DE TAMPON) AI IMPACTULUI AGENȚILOR STRESORI

1. CONSIDERAȚII GENERALE

Rahe și Arthur (1978 - citat de Marilou Bruchon-Schweitzer) au considerat 3 filtre principale, menite să atenueze impactul negativ al agenților stresori:

- perceperea **agentului stresor și evaluarea** semnificației sale în raport cu:
- **experiențe similare anterioare** precum și o serie de *date ale personalității* - locul de control, trăsături disimunogene, dar și cele imunogene de personalitate;
- suportul social și credința într-un ideal (inclusiv cea religioasă);
- **mecanismele de apărare inconștientă** (negarea, represia etc.);
- **eforturi conștiente** referitoare la:
 - planificarea acțiunii + solicitare de informații noi;
 - tehnici de relaxare ± medicamente ± distracții ± exercițiu fizic.

Se pot descrie (după Marilou Bruchon-Schweitzer și Margaret Matlin) următoarele trăsături cu un accentuat caracter constituțional (v. *tabelul 9*).



Tabelul 9. Trăsături imunogene și disimunogene de personalitate

Baza psihofiziologică a acestor „trăsături imunogene“ (*figura 2*) o constituie:

- reactivitatea cardiovasculară moderată;
- un nivel de catecolamine circulante relativ ridicat, ca și al limfocitelor (în situații adverse, inclusiv de natură infecțioasă).

După cum se observă, cele două trăsături de ordin fiziologic menționate corespund

unor modificări ce caracterizează, de regulă, eustresul.

În ceea ce privește fundamentul conduitelor stabile, el poate fi:

- genetic (biologic), conform opiniei lui Eysenck;
- dobândit (de esență socială), prin învățare (efectul de întărire prin recompensă) conform opiniei lui Bandura.

Watson și Pennebaker sistematizează **trăsăturile de personalitate implicate în patogeneză sau în sanogeneză** în:

- **afectivitate negativă**: depresie, anxietate, nevrozism;
- **afectivitate pozitivă**: optimism, umor, vitalitate, eficacitate percepută, control intern, stimă de sine (autoapreciere, încredere în sine).

2. TRĂSĂTURI IMUNOGENE

Reprezintă un grup de trăsături cognitive-atitudinale reflectând o atitudine generală față de viață a individului și fiind corelate cu „tonusul funcțional al sistemului imun“.

2.1 Optimismul

Constituie o componentă atitudinală a „gandiri pozitive“ care ne permite să descoperim mai ușor soluțiile și aspectele pozitive ale situațiilor cu care suntem confrunțați“ (Holdevici).

Acționează în două direcții - minimalizarea gravității evenimentelor și supraestimarea propriilor resurse de a le face față. În plus, **umorul** este o strategie de ajustare capabilă și ea de a reduce impactul evenimentelor stresante. Optimismul și umorul ar avea o valoare predictivă pentru longevitate (v. și Margaret Matlin) și ar constitui un factor prognostic pentru evoluția favorabilă a unor boli cum este cancerul (**Levy și colab. - 1988**).

2.2 Rezistența (robustețea)

Cunoscută în varianta engleză sub termenul **hardiness**, sau, în franceză, **endurance**, reprezintă o aptitudine a individului de a fi neobosit, implicându-se în activități diverse cu multă energie, curiozitate, gust pentru risc și gust pentru schimbare.

Prezintă 3 componente: **controlul perceput al evenimentelor**, **sfidarea dificultăților** și **implicarea**, dintre care doar prima pare să fie predictivă pentru o sănătate bună ulterioară (Brouchon - Schweitzer).

2.3 Locul de control intern (LCI)

Este sinonim cu mentalitatea individului conform căreia tot ce i se întâmplă i se datorează lui în bună măsură (și nu destinului!) și că această responsabilitate îl obligă să acționeze energic pentru îndreptarea unor situații nefavorabile, neașteptând de la alții rezolvare.

Este corelat cu o durată mai mare de viață și cu o sănătate mai bună. Acest atribut salutogenetic al LCI se justifică, printre altele, și prin creșterea responsabilității pentru

propria sănătate, dar o mulțime de experimente - ce vor fi prezentate în alte capitole ale cărții - susțin corelația sa pozitivă cu un nivel crescut al imunității subiecților care îl posedă.

❖ LCI este „inclus” autoeficacitate și - parțial în simul coerenței.

2.4 Autoeficacitatea (Bandura)

Reprezintă o viziune a subiectului asupra evenimentelor stresante, potrivit căreia:

- subiectul consideră că evenimentele cu rol stresant pot fi modificate, atenuate sau chiar preîntâmpinate de către orice individ (**controlul intern al stresului**) și nu se află la discreția întâmplării;

- subiectul consideră - în virtutea unei **încrederi în forțele proprii** - că el poate stăpâni sau limita acțiunea nocivă a unor astfel de evenimente.

Se coreleză în mod constant cu o bună stare de sănătate.

2.5 Simțul coerenței (Sense of coherence)

Aron Antonovsky a observat la supraviețuitorii lagărelor naziste de exterminare o calitate multi dimensională a personalității care îi unifică pe aceștia, în ciuda unor mari diferențe în sfera biologică și chiar a altor trăsături de personalitate. Aceste persoane se caracterizau printr-o orientare globală în viață, capabilă să le asigure:

- înțelegerea datelor esențiale ale problemelor de viață cu care erau confruntate (componenta - **coprehensibilitate**),

- resursele pentru a reacționa și a se adapta (componenta „**manageability**”),

- motivația („merită să te implici!”) de a se angaja în acțiune nu numai cognitiv ci și emoțional („din tot sufletul”) - **componenta meaningfulness**.

SOC reprezintă o trăsătură majoră imunogenă care măsoară resursele personale ale sănătății unui individ.

6. Humorul

Fără a intra în detalii asupra cauzelor care produc apariția râsului (în special exploziv și/sau prelungit) - cauze ce au fost discutate de autori celebri precum Kant, Bergson și Freud - trebuie spus că aptitudinea de „a avea umor” (inclusiv de a vedea ceva comic într-o variată gamă de situații și relații, chiar și în cele negative) este considerată ca o trăsătură de personalitate imunogenă, dintre cele ce predispun la longevitate (desigur în interacțiune cu factori genetici sau dobândiți ce pot limita drastic această predispoziție!).

Efectul cel mai frecvent al humorului este râsul, proces fiziologic complex ce antrenează peste 60 de funcții ale organismului.

Un efect destul de apropiat îl are chiar simplul zâmbet, fiind demonstrat **efectul de tip feedback** (exploatat de către tehnicile de bio-feedback și realizat prin activarea centrilor corticali) realizat prin declanșarea unei emoții de către mimarea expresiei faciale a acelei emoții, inclusiv a efectelor sale psihosomatice.

Nu trebuie neglijat efectul râsului în plan psihologic deoarece el are o acțiune multiplă, **efect antistres** - prin „decuplarea” în plan mental, de acțiunea agenților stresori

- dar și efecte de **creștere a funcțiilor cognitive** (atenție, memorie, imaginație - creativitate) și a celor afective (disipează anxietatea, crisparea sau „acoperă” timiditatea, etc.).

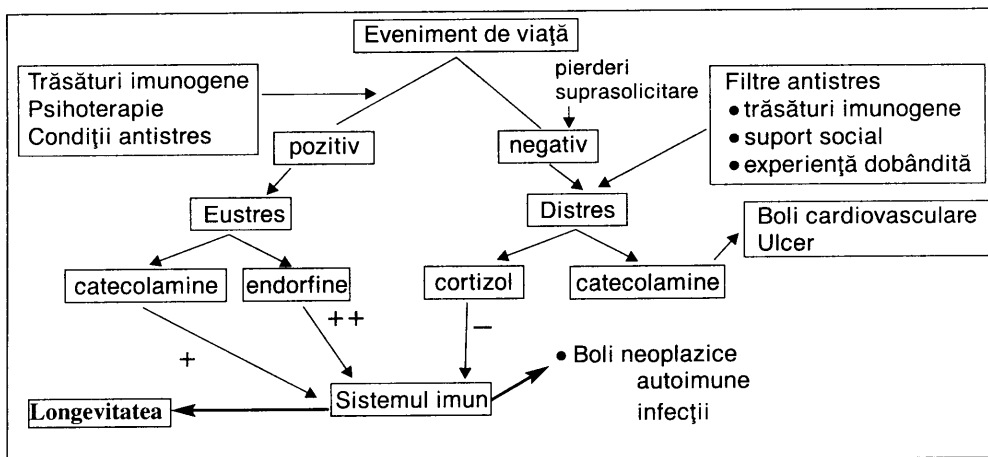


Figura 2. Baza psihofiziologică a trăsăturilor imunogene și disimunogene (schemă personală inspirată de modelele Contrada și Fischer)

3. STAREA DE ANXIETATE MODERATĂ

Anxietatea este considerată, atunci când survine într-un „grad moderat”, ca având rolul de „tampon” în fața „agenților stresori” (Marilyn Bruchon-Schweitzer și Paulhan - 1993). Ea trebuie diferențiată de „anxiety trait” care este o trăsătură stabilă a personalității unor indivizi.

„O stare de neliniște („îngrijorare”, sens mai potrivit - n.a.), nici excesivă, nici absolută, permite subiectului să anticipeze realist o situație adversă pe care o are de înfruntat (nici dramatizare, nici reprimare)” (ibidem).

Tallis (1990) consideră că „îngrijorarea acționează ca un sistem de alarmă cu efecte benefice”, ea constituind „un lucru negativ, numai dacă se instalează fără motiv sau durează prea mult”.

În opinia noastră, este însă necesar să se sublinieze că anxietatea excesivă, prezentă la o mare parte dintre bolnavi - ca urmare a anticipării unor pericole sau, mai ales, în condițiile eșecurilor terapeutice și a unei relații defectuoase cu medicul - are un rol dezorganizator al comportamentului și constituie o sursă importantă a unui exces de hormoni de stres.

4. ANTECEDENTE POZITIVE ÎN CONFRUNTAREA CU STRESURILE PSIHICE (starea de „antrenament”).

Țin de experiența personală a subiectului, de călirea lui prin stresuri psihice similare (uneori această „luptă” poate să-i scadă resursele, v. „energia de stres”), dar poate exista și situația unui individ care consideră ca argumente pozitive - într-o situație stre-

santă - experiența altora pe care subiectul și-o însușește prin parcurgerea unor mijloace variate de informare (inclusiv persoane apropiate, etc.).

5. MODERATORII PSIHO-SOCIALI: SUPPORTUL SOCIAL ȘI COMUNICAREA

1. Suportul social este definit ca ansamblul relațiilor interpersonale ale unui individ care îi procură acestuia:

- o legătură afectivă pozitivă: **suport emoțional** (simpatie, prietenie, dragoste, consolare, etc.);

- un ajutor practic: **suport material** (financiar, instrumental);

- informații și evaluări referitoare la situația amenințătoare: **suport informațional**.

Unii autori includ aici și **stima celor din jur** (Matlin).

Suportul social poate fi acordat de familie, colegi, prieteni dar și de instituții, în frunte cu biserica și cu diverse forme de protecție socială (aziluri, case de copii, etc.) ca și de societățile filantropice, (dar și spitale și personalul medico-sanitar, școli și grădinițe, etc.).

Important apare rolul de tampon pe care îl joacă suportul social în calea agenților stresori, iar unele experimente întreprinse în clinicile oncologice au demonstrat diminuarea riscului de mortalitate la bolnavii care au fost supuși unui program de ajutor în acest domeniu al susținerii în plan psihologic.

2. Comunicarea. Rolul comunicării în salutogeneză a fost discutat într-un pragraf anterior (comportamente salutogenetice).

MODIFICĂRILE PATOLOGICE INDUSE DE CĂTRE STRESUL PSIHIC

1. MODIFICĂRI PSIHO-COMPORTAMENTALE ȘI PSIHOSOMATICE POTENȚIAL REVERSIBILE

Vor fi tratate pe larg în volumul următor consacrat psihosomaticii.
Se au în vedere:

1.1 Reversibilitatea reacției psihosomatice de stres acut

Este o adevărată regulă, probată în larga majoritate a cazurilor, altfel, ar fi o adevărată nenorocire, omenirea fiind condamnată la o dispariție totală într-un interval greu de aproximat, dar foarte scurt.

Prin urmare, efectele stresului pe termen scurt (valabile, în mod covârșitor, pentru **stresul psihic acut**) sunt reprezentate de un larg evantai de **modificări în plan psihologic** predominant în sfera cognitivă și, mai ales, afectivă - însoțite de o serie corespunzătoare de *corelate* („concomitențe“) **somato-viscerale sau „corelate fiziologice“ ale emoțiilor** care - pentru un individ normal, „netarat“ din punct de vedere psihic și somatic (sănătos, deci, „la minte și la trup“) - nu lasă nici o urmă. Această constatare este valabilă, cel puțin în planul aprecierii longitudinale pe durata a 70 de ani, cât este considerată, în țara noastră, durata medie de viață. În caz contrar, sumația unor astfel de modificări (Carruthers consideră că există circa 100 stresuri psihice minore - „picături chinezești“ - într-o singură zi) poate să contribuie la diminuarea duratei de viață într-o proporție greu de estimat dar care nu pare a depăși o medie de 10 ani (vezi teoria energiei de stres a lui Selye, reluată de Birkenbihl (1980) și Hobfoll (1994)).

Modificările în plan psihic și somatic reversibile, corespunzătoare stării de stres psihic, pot fi considerate în dubla lor calitate de „markeri“ ai stresului psihic dar și de „efecte“ ale acestuia, atunci când - nu totdeauna! - se prelungesc mult timp după dispariția agentului stresor.

1.2 Modificări comportamentale și tulburări funcționale remanente poststres

În această din urmă ipostază, *de efecte poststres*, putem vorbi - destul de arbitrar, totuși - despre **tulburări funcționale psihice și psihosomatice** apărute în cadrul **stresului acut** și coexistând inițial cu modificările în plan psiho-comportamental specifice stresului și persistând în grade variabile după încetarea acțiunii agentului stresor. Această „variabilitate“ este ierarhizată de Dongier în **concomitențe emoționale, tulburări și, apoi, boli psihosomatice** (tabelul 10).

Într-o serie de cazuri, ale unor stresuri psihice majore, „ieșirea din stres“ nu poate fi corect apreciată decât doar printr-o monitorizare (aproape imposibilă!) a parametrilor

cognitivi și afectivi, modificați prin apariția stresului și definatorii pentru derularea acestuia. Revenirea lor la valorile normale poate fi considerată compatibilă cu ieșirea din stres.

Un exemplu edificator pentru astfel de tulburări persistente după dispariția stresorului (dar cu efecte remanente) ar fi tabloul psihic și psihosomatic al unui individ, la câteva minute după ce a scăpat dintr-un posibil accident auto. (Persistă tahicardia, crește tensiunea arterială, este încă speriat, etc.)

1.3 Tulburări comportamentale și somatice în SP cronic

Modificările psiho-comportamentale - cu caracter de distres - prezintă o relativă persistență și adeseori sunt accesibile nu numai observației avizate a psihologului sau medicului (în special psihiatrului) ci și observației anturajului individului stresat.

Prin releu psihosomatic, toate aceste urmări în plan psihologic se repercută asupra tuturor organelor și aparatelor, generând tulburări și chiar boli somatice al căror tablou general sunt relatate extrem de sintetic în același tabel 10. (*coloana consacrată tulburărilor și bolilor psihosomatice*).

Profităm de această ocazie, referitoare la existența unor **similitudini de ordin psihosomatic între eustres și distres**, pentru a insista asupra faptului că diferența dintre aceste două ipostaze antagonice ale SP este făcută de efectele lor diferite asupra calității și nivelului hormonilor de stres - eliberați în eustres și distres - și mai ales, efectele lor asupra sistemului imunitar.

În mod cert, există și alte diferențe în plan psihosomatic între efectele eustresului și ale distresului; ele vor fi menționate în paginile următoare dar, la fel de cert, mai există diferențe ce nu au fost încă evaluate.

Ca o opinie personală, considerăm că efectele unui stres acut sunt importante numai atunci când stresul acut este violent sau când - indiferent de intensitatea lui survine la un individ „tarat“ (psihic sau somatic). Pe de altă parte, efectele unui stres cronic pot - în anumite circumstanțe, ce vor fi analizate mai departe - să afecteze pe cei mai mulți indivizi, mai ales pe cei vulnerabili față de acțiunea stresului.

Într-o perspectivă „ascendentă“ a efectului stresului psihic va trebui să analizăm, în ordine, efectele asupra comportamentului individului (în special în SP cronice - deși cele acute pot avea uneori efecte majore!) și apoi, implicațiile unor SP nerezolvate (sau „rezolvate“ cu defect) asupra psihicului și somei (organele și aparatele organismului) individului afectat de stres.

1.4 Efectele stresului psihic asupra sistemului imun

Actualmente sistemul imun este considerat alături de sistemul neuro-endocrin vegetativ, cu care are strânse relații bidimensionale, un sistem vital de reglare a activității tuturor componentelor organismului - realizând coordonarea „eforturilor“ celulare și tisulare de apărare față de „agresiunea externă“ (virusuri, bacterii, protozoare, etc.), fiind, în același timp, supus influențelor pe care le primește din partea fiecărei componente a organismului, de la efectele benefice ale efortului fizic moderat și până la modificările nocive produse de distresul psihic (cel mai cunoscut fiind rolul imunodepresiv al depresiei psihice).

Aparate	Modificări reversibile		Boli psihosomatice (tulburări „fixate”, apar constant leziuni histopatologice)
	Componente psihofiziologice normale ale reacției (corelate somatice ale emoțiilor)	Tulburări psihosomatice (tulburări mai intense, mai durabile)	
Cardio-vascular	tahicardie, fluctuații tensionale	palpitații, lipotimii, sincope, hipotensiune sau hipotensiune	tahicardie paroxistică coronaropatii, HTA, arterioscleroză, Boala Raynaud
Respirator	suspin, tahipnee	dispnee nevrotică, opresiune respiratorie	astm, tuberculoză, frenocardie
Digestiv	inapetență, greutate („bulgăre”) epigastrică, greață	bulimie, inapetență, spasme, diaree, constipație	ulcer gastric sau duodenal, colon iritabil, rectocolită ulcero-hemoragică
Urinar	polakiurie	retenție urinară, cistalgii cu urini clare	enuresis
Locomotor	tensiune musculară, lipotimie	curbatură, cervicalgii și lom-balgii, astenie musculară	poliartrită reumatoidă, unele reumatisme abarticulare
Endocrin	reacții diencefalohipofizare și consecințele lor, descărcare catecolaminică	amenoree, dismenoree, hipoglicemie	hipertiroidism, tulburări de dinamică sexuală
Nervos	tremor	cefalee, epilepsie „funcțională”, hiperestezii	migrenă
Genital	secreții ale mucoaselor, erecție	impotență, frigiditate, vaginism, sterilitate	ovarită sclerochistică, fibrom
Vizual	lacrimi	inflamații (orgelet)	
Cutanat	paloare, roșeață, încălzire, răcire	prurit (generalizat sau localizat - vulvar, anal)	urticarie, angioedem, eczeme, peladă, psoriazis
ORL	modificări ale vocii, „nod în gât”	afonie, disfonie (mai frecvent) „voce gătuită” și strănuturi în salve, blocaj nazal	rinită spasmodică (vasomotorie), sindrom vertiginos

Tabelul 10. Corelate somatice ale emoțiilor, tulburări și boli psihosomatice

O sistematizare succintă și incompletă a unor argumente epidemiologice în favoarea acestei relații dintre stres și modificările sistemului imunitar figurează în tabelul 11.

Începând cu Ader, creatorul Psihoneuroimunologiei (care numără între autori o serie de valoroși cercetători români: Benetato, Baci, Hăulică), interrelațiile psiho-neuro-endocrino-imunologice au fost studiate din ce în ce mai amănunțit, ele putând explica adeseori apariția unor îmbolnăviri dintre care cancerul și SIDA sunt cele mai elocvente.

De asemenea lucrarea noastră (I B Iamandescu: Psychoneuroalergology - 1998) abordează relațiile factorului biologic cu alergica - ca formă de deturnare a imunității de la rolul protector al acestuia.

Stări afective	Markeri imunologici (inclusiv hormonal)	Autori
1. Hopelessness	↑ mortalitatea la vârstnici	Stern
2. Anxietate excesivă	↓ ThCD8 ₊	Brouchon-Schweitzer
3. Depresie	↓↓ NKCA, ↓ IF-gamma, ↓ TTL	Bartrop, Khanshary
4. Răsul	endorfine, ↑ NKCA	Dessaint, L.M. Popescu
5. Stări afective pozitive induse prin psihoterapie sau antidepressive	Ameliorări clinice ↑ ThO, ↓ cortizolemia ↓ inflamația intestinală (biopsie)	Cruess, Burkhardt, Drossman

Tabelul 11. Dovezi epidemiologice

Din analiza sumară a acestor date furnizate de literatură rezultă o concluzie ce justifică plasarea subiectului despre efectele stresului psihic asupra imunității: **modificările sistemului imun apar, și ele, într-un stadiu premorbid**, putând fi sau nu urmate de tulburări înscrise în sfera patologicului. În încheiere, vom reproduce un citat din Novera Herbert Spector: „psihoneuroimunologia are de-a face cu implicarea factorilor psihologici și comportamentali în imunitate. Input-ul senzorial (inclusiv generator de stres psihic) și cel antigenic (către sistemul imun) pun în mișcare un sistem complex și integrat de reacții nervoase, endocrine și imune“.

2. TULBURĂRI PSIHOPATOLOGICE DETERMINATE DE STRESUL PSIHIC

Contrar unor prejudecăți, prezente în rândul laicilor, nu toate bolile psihice sunt generate de către stresul psihic, cele mai bune exemple de boli psihice majore de cauză endogenă fiind furnizate de către două boli redutabile din domeniul psihiatriei: schizofrenia și psihoza maniacă-depresivă dar și de o serie de sindroame dementiale organice, etc.

Totuși, intervenția patogenă a SP a fost de mult recunoscută și ea a generat chiar și o clasă de boli având această etiologie majoră: psihogeniile, în care erau incluse atât boli psihice de largă răspândire precum nevrozele sau, mai puțin frecvente, psihozele reac-

tive, dar și alte boli psihosomatice considerate - pe drept - ca „boli din domeniul medicinei interne cu o etiologie psihogenă (stresul psihic în primul rând) dominantă“ (Romilă).

Capitolul extrem de vast consacrat tulburărilor psihiatrice generate de SP - care ar putea constitui subiectul unei voluminoase monografii de specialitate - va fi rezumat și redactat de o manieră cu totul impersonală prin recurgerea la autoritatea unui manual european de referință: ICD-10 (Clasificarea internațională a tulburărilor mintale și de comportament).

Astfel există două grupe de sindroame psihiatrice generate de stresul psihic: **reacții de stres sever și tulburări de adaptare (F. 42) și tulburări disociative (de conversie) (F. 43).**

La acestea se adaugă un al treilea grup, **F. 45 - tulburări somatoforme** - care cuprinde fie reacții strict subiective în sfera psihică, fie reacții obiectivabile, neuro-vegetative (autonome), toate însă imitând boli somatice și generând convingerea bolnavului în existența unor astfel de boli organice.

În acest capitol vom enumera succint doar primele grupe (F. 42 și F. 43) apărute în mod evident în legătură cu un stres major, iar grupul F. 45 va fi analizat la capitolul tulburărilor psihosomatice, deși chiar și o parte dintre sindroamele afiliate grupului F. 43 (tulburări disociative de conversie) sunt și ele psihosomatice: accidentele isterice care imită sindroame neurologice manifestate prin tulburări motorii sau senzoriale.

Reacții la stres sever și tulburări de adaptare F. 42.

Într-o sinteză efectuată după datele furnizate de G. Ionescu - după care ne vom conduce și în cazul următoarei grupe - aceste reacții au ca numitor comun două elemente:

- brutalitatea extremă a agentului stresor cauzal care amenință viața, integritatea fizică sau statutul socio-profesional (inclusiv marital sau reputația) victimei;
- vulnerabilitatea la stres mai crescută a acesteia în raport cu alte persoane.

2.1 Reacția acută la stres („șoc psihic“, „stare de criză“, etc.) F. 43.0.

Durează între 2 zile și 4 săptămâni (depășirea acestei limite coprespunde celeilalte tulburări - de „tulburare posttraumatică“).

2.2 Tulburarea posttraumatică de stres („stres posttraumatic“) F. 43.1.

- durează peste 30 de zile;
- **cauzele** sunt asemănătoare ca situații excepționale, dar intensitatea și durata stresului sunt mai mari ca în cazul reacției acute de stres, ca de exemplu, răpire, detenție, cutremure sau inundații, acte teroriste (răpiri, ostatici), accidente grave de circulație, moartea subită a unei persoane foarte apropiate.

- **vulnerabilitatea la stres** este mai accentuată
- simptom asemănător cu reacția acută de stres: stimulii evocatori, retrăirea traumatizantă a situației cauzale, stimuli evocatori, tulburări neuro-vegetative.

- **simptome noi**, predominant în „zona“ depresiei (scăderea elanului vital, anhedonie - izolare și scăderea capacității de a se bucura, de a iubi, de a trăi cu intensitate viața) sau în zona anxietății (manifestări psihic-anxioase intense, declanșate de distres).

- **risc suicidar** semnificativ

- **evoluția în timp** îmbracă 3 forme: *acută* (1-3 luni), *cronică* (peste 3 luni) și *debut tardiv* (manifestări clinice apar la 6 luni de la trauma inițială). Personal, considerăm că o ilustrare complexă a tulburării de stres posttraumatic, nesupusă acestor încadrării procustiene, o reprezintă cazul veteranilor americani ai războiului din Vietnam, la care o serie de manifestări psihice - unele de intensitate psihotică - au fost la baza unei inserții socio-profesionale grevată de numeroase eșecuri, inclusiv sinucideri.

3. CADRUL DE ACȚIUNE PRIORITARĂ A STRESULUI PSIHIC ÎN DOMENIUL PATOLOGIEI SOMATICE

În situațiile în care SP acționează brutal și/sau prelungit asupra unui teren psihic și/sau somatic fragil (vulnerabil), el poate declanșa adevărate boli, fiind deci, implicat în patogenează.

3.1 Caracteristici generale ale implicării SP în patogenează

Stresul psihic (SP) reprezintă, deci, un moment de solicitare a întregului organism, chiar dacă agresiunea agentului stresor se exercită inițial asupra psihicului, deoarece acesta influențează, prin releu psihosomatic, activitatea tuturor compartimentelor organismului.

Din acest motiv, **orice SP reprezintă un examen dat nu numai de psihicul individului solicitat, ci și de fiecare organ, în special de cele solicitate preferențial** și anume: glandele endocrine, sistemul imun, aparatul cardiovascular, aparatul respirator, precum și organele cu o bogată inervație cum sunt cele ale aparatului digestiv.

Acest examen este trecut cu succes într-o impresionantă majoritate a situațiilor, fapt ce explică rezistența aparent miraculoasă a organismului la avalanșa zilnică de SP sau chiar la SP prelungit, cu implicații majore în existența individului, și soldate cu o rezonanță extremă la nivelul tuturor organelor.

Istoria naturală a multor boli demonstrează o evoluție îndelungată a proceselor patologice induse de variații agenți etiologici și aflate într-un echilibru fragil cu forțele de apărare ale organismului ce acționează în sens reglator homeostatic. De regulă, există o acțiune de sumare a mai multor agenți etiologici între care și un SP major, ori SP minore dar repetate (sau cvasicontinue).

Dacă acțiunea SP a fost înregistrată ca **impact acut** asupra psihicului subiectului afectat (a se vedea exemplele privind efectele cutremurului din 1977) - având urmări imediate asupra sănătății psihice și somatice - o **evaluare a efectului său tardiv** dezvăluie, nu rareori, apariția unor sindroame psihopatologice, endocrine, psihosomatice sau chiar a unor boli din domeniul medicinei interne în a căror etiopatogenie factorul psihogen ocupă un loc mai modest (vezi pneumonia pneumococică în a cărei etiologie expunerea la frig, de exemplu, ocupă un rol mai important).

Pornind de la aceste constatări, la îndemâna medicului practician, vom prezenta în cele ce urmează o serie de afecțiuni patologice din variate domenii ale medicinei, în care SP are o participare „prioritară“, adică în raport cu alți agenți etiologici - ocupă un rol dominant.

Nu trebuie omise din această „demonstrație“ rolul jucat de „cel de-al doilea pol al interacțiunii stresante, **terenul de organ**“, dar și de **cel psihic** pe „matricea“ căruia SP

și-a gravat amprenta, uneori chiar la distanță de acțiunea agentului stresant care a declanșat „explozia“.

Un subiect cu antecedente ereditare pozitive pentru anumite boli psihice (părinți nevrotici, de exemplu) va dezvolta mai ușor, sub acțiunea SP, sindroame anxioase sau depresive decât boli somatice, iar în caz de antecedente pozitive pentru boli somatice, va fi afectat prin boli psihosomatice în virtutea unui „*locus minoris resistentiae*“ situat la diferite niveluri, inclusiv în structura sistemului nervos, și care va oferi locul de acțiune patogenică prioritară a stresului psihic.

O metodă relativ eficientă de evaluarea a relației dintre un eveniment cu caracter stresant (agentul stresor) cu foarte posibilă inducere a stresului psihic) și momentele evolutive ale bolii a fost realizată de către Raoul Kourilsky în anii 60 ai secolului trecut și constă în întocmirea unor tabeluri cronologice cu:

1. momentele evolutive ale bolii și 2
2. evenimentele inductoare de stres din biografia bolnavului pe o perioadă anterioară internării în spital sau prezentării la consultul ambulatoriu

Coincidența perioadelor de stres major cu momentele de agravare a bolii o pledează pentru legătura cauzală dintre stres și boală

3.2 Bolile somatice cu participare prioritară etiologică a stresului psihic (bolile psihosomatice)

După cum am văzut, sfera acțiunii prioritare a SP va include în mod firesc: *bolile psihice*, în primul rând psihogeniile (unde există o declanșare exogenă prin SP, aproape exclusivă a bolii) care formează obiectul de studiu al psihiatriei și sunt invocate numai tangențial în cadrul psihologiei sănătății, psihosomaticii și medicinei comportamentale;

Bolile somatice recunosc o participare etiologică a stresului psihic cel puțin în anumite momente ale evoluției lor atunci când etiologia lor este monocauzală și fără legătură cu stresul (de ex. o hepatită cu virus B transmisă prin seringă. Participarea minimală a stresului psihic în evoluția unor astfel de boli (infecțioase, ortopedice și din larga sferă a traumatismelor) se traduce prin adiționarea stresului psihic pe parcursul evoluției ulterioare a bolii, când de exemplu, plăgile chirurgicale se pot vindeca mai greu la cei stresați (aut cit. de Bennett), iar evoluția unei boli infecțioase poate fi și ea agravată, etc. în schimb există boli în a căror patogenie stresul psihic participă foarte frecvent la debut și aproape întotdeauna ca factor agravant al evoluției (frecvent declanșează complicații și uneori chiar decesul).

Aceste boli au fost numite psihosomatice, considerându-se atât ponderea crescută a etiologiei psihogene, cât și existența unui anume tip de personalitate a bolnavului, ambele conjugate cu un teren de organ receptiv la SP.

După cum rezultă în tabelul 10, există un foarte mare număr de boli psihosomatice (inclusiv altele neincluse în tabel, dar în cele ce urmează vom enumera principalele boli care se înscriu în aria Psihosomaticii Aplicate (vezi Iamandescu, 2005) și care trebuie abordate fie de către medici cu o solidă pregătire psihologică, fie mai ales, de către o echipă alcătuită din medic somatician (de medicina familiei sau din specialitățile medicale și chirurgicale + psiholog + psihiatru de legătură).

În cele ce urmează vom prezenta câteva grupe de boli psihosomatice, consid-

erând ca extrem de viabil și pragmatic acest concept de boală psihosomatică negat în prezent de noile taxonomii psihiatrice (ICD 10, DSM IV) dar a căror abordare, mai ales în echipă, asigură premisele controlului eficient ale unor boli responsabile în ansamblul lor de 80% din mortalitatea de pe glob și a căror cauză principală în afară de zestrea ereditară o constituie comportamentele nocive pentru sănătate.

Exemplificăm cu câteva categorii de boli psihosomatice:

- **boli interne**, boala ulceroasă, infarctul miocardic și alte forme clinice ale bolii cardiace ischemice, poliartrita reumatoidă, spondilita anchilozantă, etc, și marele grup al bolilor alergice (în special astmul bronșic și dermatita atopică)

- **boli dermatologice**: *pelada, psoriazisul, anumite forme de urticarie cu trigger psihogen*

- **boli infecțioase** cu componentă psihogenă importantă: tuberculoza (de fapt, tot o boală psihosomatică), zona zoster, hepatita epidemică cu virus A (expresia populară: „a dat în gălbinare, de atâta supărare“);

- **boli metabolice**: diabetul zaharat (ecloziunea și modelarea evoluției sale), obezitatea, anorexia nervoasă, etc;

- **în anumite cazuri de neoplasm** există argumentația convingătoare în favoarea implicării unui SP major în apariția bruscă a fazei clinice ori în diseminarea metastatică fulgerătoare;

- **boli endocrine**: boala Basedow, în primul rând, dar și alte afecțiuni endocrine, ca de exemplu: „amenoree de stres“, „nanismul psihosocial“, „hipocorticismul cronic“ la cei cu SP cronic;

Desigur că în orice boală, chiar cu o etiologie unică (de exemplu, afecțiunile patologice din domeniul ortopediei, multe dintre ele decurgând din accidente) există implicații, mai mult sau mai puțin evidente ale SP, atât din punct de vedere al circumstanțelor de producere (o fractură la un om stresat, un accident rutier în cazul unei stări de enervare accentuată) cât mai ales din punct de vedere al evoluției bolii a cărei vindecare poate fi întârziată de SP ulterioare.

SP solicită adeseori violent organismul uman dar caracterul „bizar și capricios“ al efectelor sale poate fi prevăzut prin studierea „punctelor slabe“ ale organismului, situate - așa cum s-a menționat - la diferite nivele.

3.3 Cronologia modificărilor patologice induse de SP

Între acțiunea de SP și apariția manifestărilor de boală există adesea o **perioadă mai mult sau mai puțin îndelungată de „latență“** a bolii, de luptă încununată de succes pentru lichidarea urmărilor SP, dacă nu în totalitate (în special ecoul său asupra vieții psihice a individului) cel puțin la nivelul organelor de reglare și interne solicitate pe parcurs.

Referitor la **insertia stresului psihic în rândul celorlalți agenți etiologici ai bolilor interne**, trebuie amintit că, cel mai adesea, factorul psihogen - acționând în exclusivitate sau asociat cu ceilalți factori etiopatogenici - declanșează, la nivel general al organismului sau local (de organ), tulburări funcționale pasibile de **reversibilitate**

completă, mai ales când ele se produc asupra unor structuri morfo-biochimice încă nealterate sau fără fragilitate constituțională. Din acest motiv, de regulă, stresul psihic nu antrenează atât de frecvent tulburări patologice organice, deși - în cazul persistenței sau repetărilor sale frecvente - se poate ancora și în organicitate (*tabelul 13*).

1. Acțiune „pregătitoare“

- „așterne patul“ bolii + (psihice sau somatice) alți factori organospecifici
- accelerează debutul unor boli „programate genetic“

2. Acțiune declanșantă

- exclusivă (nevroze și alte psihogenii)
- alternativă (boli psihosomatice)
- sumativă: toate bolile

3. Acțiune agravantă

- complicații
- decese

Tabelul 12. Modalități de inserție a SP în contextul plurietiologic al diferitelor boli

Ceea ce trebuie reținut este intrarea factorului psihogen în „elita“ factorilor etiopatogenici ai bolilor interne, poziție în care se cere tratat cu considerație de practicieni și descifrat în intimitatea mecanismelor sale de către cercetători.

4. APRECIERI FINALE

Se cuvine să menționăm - într-o evaluare finală a SP - că:

1. Modificările în plan psihic sau somatic ce caracterizează stresul sunt **reversibile în majoritatea situațiilor, (în special în cazul SP acute)**. Ele pot să dispară imediat sau la o anumită distanță de la acțiunea stresului (sau a unui stres „remanent“ de o mai lungă durată dar de o amplitudine redusă).

2. Persistența acestor modificări îndreptățește considerarea lor ca **tulburări psihologice** (cognitive, afective, în special) și ea poate conduce facultativ la organizarea lor în veritabile **sindroame psihopatologice**, cum ar fi sindromul anxios sau sindromul depresiv, în trecut, denumite generic drept „nevroze“.

3. Referitor la **corelatele somato-viscerale ale emoțiilor (concomitențe emoționale)** - sau mai corect, ale proceselor psihice - ele devin **tulburări psihosomatice** atunci când ating amplitudinea specifică stresului, și pot să evolueze multă vreme, prin repetarea distresurilor psihice, fără a conduce la apariția unor leziuni de organ, compatibile cu instalarea unor **boli somatice** (de fapt, boli psihosomatice). Această „organizare“ a tulburărilor psihosomatice poate, totuși, surveni prin conjugarea stresului psihic cu alți agenți organo-specifici cauzali ai bolilor respective (de exemplu, aspirina pentru ulcer și unele forme de astm sau fumatul pentru bronșită sau infarctul miocardic) și, mai ales, pe un teren predispus pentru aceste boli (*figura 4*).

4. **problematica tulburărilor psihosomatice prezintă o importanță deosebită** pentru medicii tuturor eșaloanelor de asistență medicală pentru următoarele motive:

- sunt *extrem de răspândite* (Constituie motivele pentru consultații medicale în ambulatorio-

riu în 30-40% din cazuri)–

- *imită sau preced bolile psihosomatice de largă răspândire (- și pentru că ele*
- *preocupă atât pe medicul de familie, cât și pe specialiștii nepsihiatri, creând confuzii cu bolile somatice și fiind adeseori reolvate de către psihiatri - când evoluează timp îndelungat fără a avea nici o bază organică (cazul așa-numitelor tulburări somatoforme dar și tulburările de conversie).*

- În raport cu stresul psihic, în opinia noastră, ele constituie însăși expresia acestuia la nivel somatic

- Implicarea lor în patogenează se încadează într-un **stadiu premorbid al bolilor psihosomatice**, (fiind posibile încă de reversibilitate, dacă se înlătură SP majore sau se limitează acțiunea lor)

Adeseori aceste TBS pot persista decenii fără a se ancora în organicitate, constituind un răspuns emoțional fixat prin reflexe condiționate la acțiunea stresorilor (de exemplu indivizi care acuză fie palpitații, fie „nod în gât”, etc. la fiecare stres mai puternic)

Ca o concluzie generală, pentru practica medicală, stresul psihic constituie o posibilitate demnă de luat în considerație cu privire la:

- Apariția și evoluția bolii, cel mai adesea însă în interacțiune cu ceilalți factori etiopatogenici ai acesteia
- Modificarea calității vieții bolnavilor (boala reprezintă cel mai adesea un stres psihic major de scurtă durată când este acută și sau cronic, de fond, când aceasta evoluează cronic).
- Agravarea bolii prin cerc vicios somato-psiho-somatic (ex. dureri atroce → depresie → infarct miocardic).

PRINCIPII DE CONDUITĂ ANTISTRES*

1. OBIECTIVE ȘI CLASIFICARE

Au la bază câteva premise care pot să permită oricărui individ să reziste nenumăratelor stresuri care ne asaltează zilnic

Trebuie să învățăm să trăim cu stresul care adesea este inevitabil. Secretul rezidă în a transforma stresul în energie învingătoare.

Este întotdeauna bine să învățăm să ascultăm propriul corp și să ni-l facem prieten (Luban Plozza).

În opinia noastră, baza oricărui comportament cu obiectivul de a face față stresului psihic e constituită de îndeplinirea următoarelor obiective:

1. reglarea optimă a nivelului de aspirații în raport cu nivelul de posibilități (diferență minimă în favoarea nivelului de aspirații)

2. asigurarea celor 3 nevoi psihologice fundamentale; le postulat de Ralph Linton: nevoia de afiliere, de securitate pe termen lung, și de noutate a experienței

3. formarea unei gândiri pozitive, bazate pe:

■ acceptarea stresului psihic ca pe o sfidare, abordabilă de pe poziția unui loc de control intern (prin asumarea responsabilității personale) dar incluzând și apelul judicios la suportul social

■ evaluarea corectă a caracteristicilor stresorului, în raport cu resursele personale (inclusiv evaluarea situațiilor ambigue ca nefiind în mod obligatoriu amenințătoare).

■ creșterea autoeficacității prin raportări repetate la realizările personale anterioare

Pornind de la aprecierea aforistică a lui Selye: „Sancțiunile stresului (în sens de distress - sublin. noastră) sunt bolile și nefericirea“, remediile împotriva acestuia trebuie să vizeze cei doi poli ai ființei umane: psihic și somatic. Sănătatea psihică și somatică sunt intercondiționate, ambele fiind supuse acțiunii stresului dar acestea trebuie apreciate din perspectiva unei rezultante, de tipul unei sume algebrice, dintre acțiunile nocive (sau cel puțin provocatoare) ale distressului și cele benefice ale eustresului.

Așadar, vom distinge următoarele tipuri de conduite:

● *evitarea sau limitarea/înlăturarea consecințelor* (deci distressul s-a produs);

● *procurarea de eustresuri*

● *provocarea de distressuri controlate*

● *activități în sfera loisir - ului (spectacole, excursii, etc.)*

● *muzică, activitate fizică de relaxare, promovarea râsului, (ca eustres cu beneficii multiple pentru sănătatea psihică și somatică).*

* Problemele acestui capitol vor fi tratate detaliat în volumul II, „Psihosomatica“

2. PRINCIPII DE CONDUITĂ ZILNICĂ

Încercând o sinteză a datelor diverșilor autori și completate cu opinii personale (figurând cu nota noastră: n.a.), vom considera ca principii de conduită antistress următoarele:

1. ierarhizarea obiectivelor într-o perioadă limită (zi, săptămână, lună trimestru, an) în obiective majore și minore, cotând realizarea lor cu un punctaj proporțional, astfel încât realizarea unui obiectiv major să fie compensată de neîndeplinirea mai multor obiective minore și invers (n.a.)
2. planificarea eficientă a timpului
3. a face ceva din plăcere cel puțin o dată pe săptămână (o dată pe zi – n.a.)
4. a rezerva în fiecare zi un moment de liniște
5. a realiza un echilibru între muncă/recreație, muncă și familie
6. a dormi 7-8 ore pe noapte cel puțin de două ori pe săptămână.
7. a folosi procedee de relaxare, inclusiv: a oferi și a primi cu regularitate afecțiune, a discuta dificultățile cu alții, condiție în care (n.a.) vor trebui cultivați (căutați) prietenii cărora să le poți face confidențe
8. a cultiva trăiri și sentimente pozitive și a recurge la umor
9. a practica exerciții fizice (cel puțin la sfârșit de săptămână și – zilnic – mersul pe jos – n.a.)
10. a depăși momentul de stres, făcând altceva (interesant – n.a.)
11. a-și armoniza aspirațiile cu aptitudinile (n.a.)
12. cultivarea activităților spirituale și transcendente
13. evitarea stresurilor inutile (ex. vizite în medii agasante)
14. reflectarea asupra scopurilor majore și sensului vieții
15. „a învăța să spună nu” (a nu promite cu ușurință lucruri ce se vor dovedi ulterior un balast de preocupări stresante)
16. a-și face un obicei din a ajuta pe alții

Bibliografie selectivă

1. Ader R. (red.). *Psychoneuroimmunology*. Academic Press. London, New York, 1981.
2. Barefoot J.C., Dahlstrom W.G., Williams R.B., *Hostility, CHD incidence and total mortality: a 25 year follow-up of 225 physicians*, *Psychosomatic Medicine*, 1983, 47: 59-63
3. Bennet P. *Introduction to clinical psychology*. Open University Press, Philadelphia, 2000
4. Boone J.K., Christensen J.F. *Behavioral medicine in primary care*, Lange/McGraw Hill, New York, 1997
5. Brouchon-Schweitzer Marilou, Dantzer R. *Introduction dans la psychologie de la santé*. Presse Univ. France, Paris, 1994; 13-42.
6. Buddeberg C., Willi J. *Psychosoziale Medizin*. Springer Berlin, Heidelberg, 1998.
7. Dunbar F. *Synopsis of psychosomatic medicine*. Mosby, St. Louis, 1948.
8. Floru R. *Stresul psihic*. Ed. Științifică Encicloped. București, 1974.
9. Friedman M. *The modification of type A behaviour in postinfarction patients*. *Amer. Heart J.*, 1979; 97, 5: 551-563.
10. Greer S., *Psychological response to cancer and survival*, *Psychological Medicine*, 1991, 21: 40-9
11. Hellhammer D., Hellhammer J. *Neuropattern – un nou procedeu pentru diagnosticul stresului*. *Infomedica*, 2004; 10 (128):38-40
12. Luban-Plozza B., Laederach-Hoffmann K., Knaak L., Dickhaut H.H., *Der Arzt als Arznei*, Deutscher Arzte-Verlag, Köln, 1996.
13. Iamandescu I.B. *Stresul psihic și Bolile Interne*, vol. I, Ed. All, 1993.
14. Iamandescu I.B. *Psihologie Medicală*. Ed. Infomedica, 1996.
15. Iamandescu I.B. *Stresul psihic din perspectivă psihologică și psihosomatică*. Ed. Infomedica, 2002.
16. Klumbies G, *Psychotherapie und Allgemeine Medizin*. Hirsler Verlag, Leipzig, 1980.
17. Iamandescu I.B., *Muzicoterapia receptivă*, Ed Infomedica, București, 2004
18. Iamandescu I.B. *Conceptul de psihosomatică aplicată*, *Infomedica* 2005, 1(131): 3-9
19. Julkunen, J, Salonen R., Kaplan G.A., *Hostility and the progression of carotid atherosclerosis*, *Psychosomatic Medicine*, 1994, 56: 519-25
20. Kourilsky R. *Les mécanismes psychologiques dans l'asthme*. *Bordeaux Med.*, 1969; 8: 1120-1126.
21. Lahad A., Heckbert S.R., Koepsel T.D. *Hostility, aggresion and the risk of nonfatal myocardial infarction in postmenopausal women*, *Journal of Psychosomatic Research*, 1997, 43: 183-95
22. Lazarus R.S. *Cognitive and personality factors underlying threat and coping*, p. 217. In: *Lazarus R.S. Psychological stress and coping process*. New York, McGraw-Hill, 1966.
23. Levy S.M., Lee J., Bagley C. and Lippman M. *Survival hazards analysis in first recurrent breast cancer patients: seven years follow-up*. *Psychosomatic Medicine*, 1988; 50: 520-598.
24. Lindemann H. *Das erfolgreiche Antistress Programm Orbis Verlag*, München, 1994.
25. Luban-Plozza B., Poldinger W., Kroger F. *Boli psihosomatice în practica medicală* (trad. E. Toma). Ed. Medicală, București, 1996.
26. Luban-Plozza B., Pozzi U., Carlevaroc T., *Conviețuirea cu stresul*, Ed. Medicală, București, 2000.
27. Luban-Plozza B, Iamandescu IB. *Dimensiunea psihosocială a practicii medicale*. Ed. Infomedica, 2002
28. Malchair A. *Environnement social et désordres psychosomatiques*. *Essentialia (UCB)* 1988; 27, 2: 1-10
29. Matlin M. *Psychology*. Harcourt Brace College Publishers, 1992.
30. Rosenman R.H., Friedeman M. *Modifying type A behaviour pattern*. *J. Psychosom. Res.*, 1977; 21: 323-331.
31. Sells S.B. *On the nature of stress*, p. 134-139. In: McGrath J.E. (ed.) *Social and psychological factors in stress*, New York, Holt, Rinehart and Winston, 1970.
32. Shaffer, J.W., Graves, P.L., Swank R.T., Pearson T.A.. *Clustering of personality traits in youth and the subsequent development of cancer among physicians*, *Journal of Behavioral Medicine*, 1987, 10: 441-733.
- Von Eiff A. *Stress in der Pathogenese von Funktionsstörungen und Erkrankungen*. *Terapiewoche* 1981; 31: 1, 9.