

RELAȚIA DINTRE MODELUL PSIHOSOMATIC, STRES ȘI TULBURĂRILE PSIHICE

BARBARA CRĂCIUN

The Relationship Between the Psychosomatic Model, Stress and Mental Disorders.

The Biopsychosocial Model represents a philosophy of clinical care, but also a practical clinical guide. Within this model, the individual is considered to be a bio-psycho-somato-social entity living a complex and subjective experience when in a patient position. Thus, clarifying the relationship between the mental and physical aspects of the individual's health is in this context an experience that depends on, but cannot be reduced to the laws of physiology. George Engel formulated the biopsychosocial model as a dynamic, interactive, but dualistic vision of human experience, in which there is a mutual influence of mind and body.

Key words: The Biopsychosocial Model, stress, mental disorders.

Modelul biopsihosocial reprezintă o filozofie de îngrijire clinică, dar și un ghid clinic practic. În cadrul acestui model omul este considerat ca fiind o entitate bio-psiho-somato-socială ce trăiește o experiență complexă și subiectivă atunci când este în postura de pacient. Așadar clarificarea relației dintre aspectele mentale și fizice ale sănătății individului este în acest context o experiență ce depinde de, dar nu poate fi redusă la legile fiziologiei. George Engel este cel care a formulat modelul biopsihosocial ca pe o viziune dinamică, interactivă, dar dualistă a experienței umane, în care există influență reciprocă a minții și a corpului.

Concepția psihosomatică s-a aflat încă de la apariția sa sub influența teoriei freudiene (1923). Freud aducea în discuție relația *psyche-soma* și legăturile puternic susținute în psihanaliză, accentuând *intricarea* fizicului în biologic. Colaboratorii lui, Ferenczi și Grodeck dispuțau în aceeași perioadă problematica legată de modul în care oamenii își cauzează (își fac) boala. Grodeck susținea că toate bolile organice au o origine psihică, și mai mult, acestea un rol de inițiere, o cale care va permite omului să se reîntoarcă în copilărie (citat în Woolfolk & Allen, 2010).

Problemele fundamentale ale domeniului psihosomaticii s-au adresat într-o primă instanță stabilirii rolului factorilor psihici într-o serie de boli somatice. Ulterior, acestea au vizat preocuparea cercetătorilor de a stabili mecanismele de transpunere a tulburărilor psihice în simptome somatice alături de identificarea raportului de cauzalitate între personalitatea individului și boala psihosomatică, și nu în ultimul rând, de a înțelege modul în care unele organe reacționează în prezența stresului.

Psihosomatica a pus în discuție o serie de probleme teoretice fundamentale ale medicinei referitoare la viața psihică și adaptarea la mediu a omului normal; în același timp a permis identificarea factorilor psihotraumatici în ceea ce privește patogenia tulburărilor psihogene.

Cercetări filozofico-psihologice, anul XI, nr. 2, București, 2019, p. 81-86.

Adepii psihosomaticii au ridicat problema modului de transpunere a unei tulburări psihice în simptomatologie somatică, funcțională sau organică, încercând să stabilească relațiile dintre tipul de traumă psihică, conflict, personalitate și organul afectat. Astfel că una dintre ipotezele ce a stat la baza studiilor empirice a fost cea privitoare la faptul că factorii emoționali stresanți pot conduce, printr-o serie de mecanisme neurovegetative la apariția unor tulburări somatice.

Manifestările nivelurilor psihosomatice se regăsesc așadar în boli generate și schimbări anatomoclinice, în ceea ce privește registrul funcțional și atunci când vine vorba de consecințe somatice.

Definiția ades citată în lucrările de specialitate este următoarea: „patologia psihosomatică desemnează afectările somatice, lezionale, funcționale a căror genază și evoluție recunoaște participarea psihologică prevalentă” (Kaplan & Sadock, 2017).

Termenul de psihosomatică a fost introdus de Heinroth în anul 1818 și presupune domeniul de contact al medicinei cu psihologia.

Unii autori afirmă că există șase reguli fundamentale care confirmă etiologia psihosomatică într-o afecțiune dată, reguli care se constituie în ceea ce se numește formula psihosomatică (Sharpe & Carson, 2001):

- emoția ca factor precipitant – manifestarea somatică se instalează după o traumă afectivă sau revine atunci când aceasta se repetă;
- tipul de personalitate – se pare că pentru fiecare tip de personalitate există un anume „bagaj” de afecțiuni psihosomatice;
- proporția distribuirii între sexe – există o evidentă disproporție între sexe în ceea ce privește afecțiunile psihosomatice;
- asocierea cu alte afecțiuni psihosomatice – cel mai comun fenomen este cel de alternanță între diferitele sindroame psihosomatice;
- anamneza familială – la multe cazuri se constată afecțiuni asemănătoare la rude și la părinți;
- manifestări fazice – evoluția bolii tinde să fie fazică.

Bolile biosomatice sunt considerate ca afecțiuni condiționate de factorii psihosomatice. Se consideră că în cazul bolilor psihosomatice are loc un fenomen de interinfluențare reciprocă. Un mare număr de boli somatice determină modificări psihopatologice importante în personalitatea pacienților, care, la rândul lor, printr-un mecanism de feed-back, influențează evoluția bolii somatice, împiedicând procesul de vindecare sau agravându-și boala somatică, ori dând naștere unei serii de complicații.

Deși asemenea tulburări psihice apărute în decursul unei tulburări somatice pot fi numite somatopsihice, deoarece sunt condiționate direct sau indirect de un proces patologic somatic, ele au totuși o influență masivă asupra bolii somatice care le-a dat naștere. Dacă orice maladie este o afecțiune a întregului organism, în principiu nici o boală somatică nu va fi lipsită de o simptomatologie psihică, chiar dacă aceasta este greu de depistat cu actualele mijloace de investigație clinică și de laborator.

Coexistând și fiind condiționate de o afecțiune somatică, pot apărea tulburări psihice mai mult sau mai puțin pronunțate clinic, în raport cu structura acestei afecțiuni somatice, cu reacția personalității bolnavului la aceasta (Tudose, Tudose și Dobranici, 2011).

Este cunoscut faptul că un număr mare de tulburări psihice sunt determinate de procese organice definite; de aceea, bolile mentale se împart în:

- endogene (produse de factorii interni ai organismului, cum ar fi schizofrenia sau psihoza maniaco-depresivă);
- exogene (simptomatice unor infecții, intoxicații, traumatisme, avitaminoze); acestea pot fi numite somatopsihice, deoarece sunt determinate de factori somatici (Văleanu și Daniel, 1977).

Enăchescu (2000) în lucrarea sa *Tratat de psihopatologie* – este de părere că tulburările psihosomatice nu trebuie confundate cu cele somatice sau cu cele psihice, ele având o configurație particulară.

Tulburările psihosomatice au drept element esențial tulburările de ordin funcțional, care pot avea din punct de vedere clinic, fie un aspect predominant somatic, fie unul psihic. În sens larg, tulburarea psihosomatică reprezintă o afecțiune somatică determinată de factori psihotraumatizanți, în special de cei emoțional-afectivi. Într-un sens mai restrâns, aceasta presupune sindroamele sau simptomele în care influența factorilor psihici este delimitată din punct de vedere clinic.

Deși sunt personalități nevrotice, persoanele afectate de acest tip de tulburări dau impresia de indivizi normali, cel puțin în exterior. Dar observația mai atentă a trăsăturilor și comportamentelor acestor persoane dezvăluie caracterul nevrotic interior al unor conflicte sau dezechilibre emoționale.

În reacțiile psihosomatice se deosebesc reacții psihogene nevrotice și psihotice acute, reacții psihogene nevrotice și psihotice cronice și reacții psihogene somatice.

Reacțiile psihosomatice sunt condiționate de acțiunea mediului social asupra subiectului, ca și relațiile ce se stabilesc între acesta și mediu.

Adaptarea organismului la stres în condițiile vieții contemporane se realizează cu prețul unor eforturi mult mai mari, capabile să lase în urmă procese de uzură și chiar leziuni. Este deci o reacție de adaptare „zgomotoasă” ce poate dereglă activitatea structurilor psihice. Indiferent de „prețul” adaptării în plan somatic ori psihic, stresul psihic lasă în urmă două posibile modificări ale sistemelor organismului:

- creșterea rezistenței față de solicitări ulterioare, identice sau similare cu aceea care l-a generat, în caz că subiectul a dominat, deși stresat, situația inductoare de stres psihic (se realizează un veritabil „antrenament” față de suprasolicitări psihice în circumstanțele stresante potențial similare) – inocularea la stres;
- apariția unei adevărate „vulnerabilități față de stres” sensibilizarea, ce reprezintă o „capacitate” a subiectului de a „intra în stres” mult mai ușor, la acțiunea acelorași agenți stresori care i-au produs stresul psihic inițial, în cazul în care acesta s-a soldat cu un eșec adaptativ (subiectul nu a reușit să găsească cel mai potrivit răspuns față de o situație, ori consecințele ei au fost nocive).

Stresul este văzut ca o sumă a factorilor adversivi ce acționează sau au acționat asupra organismului, capabili să genereze stări de boală sau să se adauge factorilor patogeni de altă natură. Stresul psihic se referă la totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului care nu-și găsesc soluția, o stare de tensiune, încordare și

disconfort determinate de agenți afectogeni cu semnificație negativă, de frustrare sau reprimare a unor trebuințe, dorințe, aspirații, de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme. În raport cu alte tipuri, stresul psihic are următoarele caracteristici:

- a) Agenții stresori sunt mai ales stimulii verbali neplăcuți, incluzând și limbajul interior;
- b) Caracterul stresant poate fi potențial abstract, proiectat în viitor, dar rezidă din semnificația de amenințare. Astfel, divorțul care reprezintă un stres psihic major și durabil pentru ambii parteneri, nu afectează pe cei care îl apreciază ca pe o eliberare și nici nu-și creează scrupule;
- c) Anticipativ (situațiile de examen);
- d) Posibil circumstanțial; unul și același eveniment stresor psihic nu poate conduce de fiecare dată un stres psihic la același individ, atât din cauza „dispoziției de moment”, cât și a semnificației diferite ce i se conferă în momentele respective.

Vulnerabilitatea la stres este receptivitatea psihică crescută față de agenții stresori psihogeni, proprie anumitor indivizi care reacționează excesiv, prin dezvoltarea de reacții de stres, trecând adesea granița patologiei. Lazarus (1974) considera că efectele agenților stresori depind nu numai de propriile lor caracteristici („cerințe”), ci și de două atribute înscrise în sfera personalității subiectului ce recepționează acțiunea lor:

- calitatea răspunsurilor emoționale (și amplitudinea lor);
- strategiile de adaptare mobilizate în interacțiune.

Ele reprezintă trăsături distinctive ale personalității ce definesc cei doi parametri, emotivitatea și adecvarea strategiilor adaptative. Prin însumarea lor se obține rezistența (toleranța) sau vulnerabilitatea la acțiunile agentului stresor.

Vulnerabilitatea la stres poate fi genetică sau/și dobândită. Ultima categorie se constituie pe parcursul vieții subiectului, în funcție de traumele psiho-afective, de experiențierea unor stresuri psihice cu rezonanță majoră, inclusiv de modul cum a reușit să le depășească. Deosebit de importante sunt interacțiunile persoanei cu o serie de factori adversi de mediu social (familial, profesional, instituțional) în timpul cărora se pot produce condiționări negative; de exemplu îngrădirea sistematică a afirmării intelectuale sau de afiliere (Iamandescu, 2002).

Vulnerabilitatea la stres constituie o importantă premisă pentru apariția nevrozelor, psihozelor reactive și a bolilor psihosomatice, acestea din urmă necesitând și coexistența unui teren organic predispozant.

Prezentăm în continuare o serie de principii de conduită antistres care reprezintă căi de prevenire a bolilor psihosomatice și nu numai (cf. Iamandescu, 2008):

1. Realizarea activităților în liniște, nepresați de timp sau persoane.
2. Programarea activităților în funcție de capacitatea de muncă (fizică, psihică și intelectuală);
3. Evitarea situațiilor de stres - iritarea, aglomerarea activităților); Desfășurarea activităților zilnice în locuri plăcute ca ambianță, înconjurați de persoane cu care putem discuta calm și echilibrat;

4. În cazul în care ne supără cineva, să încercăm reducerea efectelor prin exteriorizarea nemulțumirii, pe cât posibil;
5. Utilizarea tehnicilor de relaxare în timpul lucrului pentru câteva minute;
6. Muzicoterapie;
7. Lecturi plăcute, care dau bună dispoziție;
8. Evitarea agresiunilor psihice;
9. Calcularea resurselor financiare în funcție de priorități, plățirea datoriilor la timp, pentru a evita stresul/anxietatea financiară;
10. Armonizarea aspirațiilor cu aptitudinile;
11. Oferirea cu regularitate de afecțiuni celorlalți;
12. Somnul de 7-8 ore pe noapte cel puțin de 2 ori pe săptămână;
13. Practicarea de exerciții fizice (și – zilnic – mersul pe jos);
14. Folosirea procedeelor de relaxare în timpul liber;
15. Cultivarea de trăiri și sentimente pozitive și recurgerea la umor.

Bibliografie

- Allen, L. A., & Woolfolk, R. L. (2010). Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 579-593.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of general psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Crăciun, B. *Relaxation techniques—a presence in psychotherapeutic interventions.*
- Deutsch, F. (1956). Reflections on Freud's one hundredth birthday. *Psychosomatic medicine*, 18(4), 279-283.
- Enăchescu, C. (2000). *Tratat de psihopatologie.* Editura Tehnică.
- Holdevici, I., & Crăciun, B. (2012). The use of Ericksonian hypnosis in somatic disorders. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 33, 75-79.
- Holdevici, I., & Crăciun, B. (2015). Cognitive–Behavioral Therapy Interventions and Mindfulness in Diminishing the Stress Level and Cortisol Blood Level. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 187, 379-383.
- Iamandescu, I. B. (1999). *Elemente de psihosomatică generală și aplicată.* București: Ed. Infomedia.
- Iamandescu, I. B. (2002). *Stresul psihic din perspectiva psihologica si psihosomatica.* InfoMedica.
- Iamandescu, I. (2008). *Psihologie medicală, Psihosomatica Generală și Aplicată,* Ed. Medica, București.
- Kaufman, R. M., & Heiman, M. E. (1964). *Evolution of psychosomatic concepts.*
- Lachman, S. J. (1972). *Psychosomatic disorders: A behavioristic interpretation (Vol. 208).* New York: Wiley.
- Lazarus, R. S. (1974). Psychological stress and coping in adaptation and illness. *The International journal of psychiatry in medicine*, 5(4), 321-333.

- Pennebaker, J. W., & Susman, J. R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social science & medicine*, 26(3), 327-332.
- Seegerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological bulletin*, 130(4), 601.
- Sharpe, M., Carson, A. (2001). "Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: Do we need a paradigm shift? *Ann Intern Med.*; 134:926-30.
- Taylor, G. J. (1987). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. International Universities Press, Inc.
- Tudose, F., Tudose, C., & Dobranici, L. (2011). *Tratat de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi*. Editura Trei.
- Văleanu, V., & Daniel, C. (1977). *Psihosomatica feminină*. Editura Medicală, București.