

Concepte și teorii semnificative în psihologie clinică și în psihosomatică

Există numeroase teorii naive și speculative în psihologie. Există multe prejudecăți cu privire la psihologi și, mai ales, cu privire la psihologii psihoterapeuți. Încerc să le depășesc creând o punte între noi și toți ceilalți, o punte posibilă în măsura în care nu credem în vrăji, ci în verificări empirice. Introducerea de față are intenția unei abordări realiste.

Precum în orice știință, și în psihologie avem nevoie să ne definim cadrul teoretic. Filosoful german Thomas Kuhn (1967) a acreditat conceptul de paradigmă a unei științe, înțeleasă ca ansamblul unor principii teoretice, problematizări și metode, ansamblu acceptat de către o parte semnificativă a comunității științifice și caracterizând o perioadă istorică determinată a științei respective.

Pentru psihologie, o asemenea paradigmă o constituie comportamentismul.

Abordările de față se definesc în contextul paradigmei comportamentiste, înțeleasă în sensul ei larg, deschis dimensiunilor cognitive.

Abordarea psihosomatică

În mod tradițional, anorexia nervosa este considerată drept paradigmă a aceluși domeniu de interferență cunoscut drept psihosomatică. Mai mult decât alte tulburări, cum sunt cele psihosexuale sau cele somatoforme (cf. DSM IV), tulburările de alimentație ilustrează interdependența dintre trup și suflet, ceea ce obligă la o incursiune.

Raportul spirit-trup a fascinat și a constituit o preocupare semnificativă încă din Antichitate. Ultimul secol a adus argumente semnificative în favoarea modelului bio-psiho-social, anume contribuției factorilor biologici, psihologici și sociali în declanșarea și susținerea unor tulburări. Modelul bio-psiho-social s-a impus în defavoarea abordărilor tradiționale biologice și medicale. Schema de gândire tradițională, care reduce conceptul de boală la dimensiunea ei pur somatică și separă cu îndârjire trupul de suflet, *soma* de *psyche*, persistă în cercetarea și practica clinică. Schema funcționează în termeni radicali, de tipul sau-sau, evenimentele psihice și sociale fiind considerate drept „epifenomene sau reacții secundare ale unei patologii de tip somatic” (Darby et al., 1983).

Modelul bio-psiho-social este nuanțat. El presupune depășirea perspectivei strict biologice prin implicarea factorilor psiho-sociali, acreditând ființa umană cu receptivitate și responsivitate în condiții psiho-sociale variate. Modelul definește etiologii multifactoriale și interacțiuni continue între cele trei domenii ale realității: biologic, psihologic și social. El oferă o perspectivă nuanțată asupra relației suflet-corp, implicând interacțiuni relevante pentru geneza tulburării, care la rândul lor vor fi evaluate și

reevaluate pe parcursul psihoterapiei. Nu va fi suficient să știi, voi fi în situația de a schimba ceva. Progresul terapeutic, evoluția (*growth*) psihologică vor fi realizate în termenii și prin implicarea cunoștințelor biologice, deci medicale, dar și a celor psiho-sociale, accentul revenind adeseori relațiilor interpersonale.

Psihosomatica – medicina psihosomatică

După cum precizează Fava și Sonino (2000), termenul de psihosomatică a fost introdus de Heinroth în 1818, dar medicina psihosomatică modernă s-a conturat abia în 1930 (Lipovsky, 1986).

Domeniul s-a constituit prin confluența a două concepte de tradiție în gândirea și medicina vestică: psihogeneza și abordarea holistică (Lipovsky, 1986). Ideea de psihogeneza caracterizează prima fază de dezvoltare a medicinei psihosomatice (1930-1960) și ea a rezultat în conceptul de boală psihosomatică: o boală somatică considerată a fi cauzată de factori psihologici (precum ulcerul peptic).

În ultimele șase decenii, medicina psihosomatică a formulat câteva întrebări fundamentale cu privire la starea de sănătate și boală. Problemele relevate constituie o deschidere și pentru domenii apropiate, precum psiho-neuroendocrinologia, psiho-imunologia, psihiatria, *consultation-liason*, medicina comportamentală, psihologia sănătății și cercetarea în domeniul calității vieții. Aceste domenii s-au constituit progresiv, pornind din aria psihosomatică, după cum relevă Fava și Sonino (2000). Chiar dacă astăzi își susțin autonomia,

legăturile acestor domenii cu psihosomatica sunt cruciale pentru dezvoltarea lor echilibrată. Conform celor doi autori, care prezintă o sinteză a progreselor medicinei psihosomatice în ultimii ani, există trei arii importante ale medicinei clinice care pot beneficia masiv de abordarea psihosomatică. Le vom prezenta pe scurt pentru a releva aria de impact a psihosomaticii: (1) Somatizarea – tendința de a trăi și de a comunica suferința psihică în forma unor simptome fizice și de a cere ajutor pentru aceasta. Fava și Sonino subliniază faptul semnificativ că fenomenul somatizării este frecvent, reprezentând până la 30-40% dintre pacienții medicali. Totodată, somatizarea constituie una dintre cele mai costisitoare comorbidități. (2) Simptomele misterioase – o serie semnificativă de probleme pentru care se prezintă pacienții la medicul generalist și care nu pot fi atribuite unei rubrici diagnostice corespunzătoare. (3) Calitatea vieții – un capitol prea puțin discutat și care se referă la: funcțiile vieții curente, productivitatea unui individ, performanța în rolurile sociale, capacitatea intelectuală, stabilitatea emoțională și starea de bine (*well-being*).

Aceste aspecte constituie astăzi o parte importantă a investigațiilor clinice și a îngrijirii pacientului. Abordarea corespunde accentului care a revenit promovării sănătății mai degrabă decât simplei prevenirii a bolii.

Psihosomatica reprezintă domeniul interdisciplinar de elecție pentru psihiatri, psihologi, medici interniști și endocrinologi, dar și pentru cercetătorii din domeniul științelor sociale (Darby et al., 1983). Termenul de psihosomatică este încetățenit în țările europene, îndeosebi în cele de tradiție psihanalitică. Pentru mulți încă termenul are o strictă trimitere

la descoperirea unei cauze psihice pentru o simptomatologie de tip somatic, în baza unei scheme clasice: *catharsis*-ul va avea loc o dată cu recunoașterea, conștientizarea conflictului intrapsihic și prin această recunoaștere poate fi rezolvată tulburarea, simptomul somatic. Schema apare drept simplistă: descoperi cauza, deci poți înlătura efectul. Psihosomatica nu mai este astăzi atât de simplă precum preceptele freudiene. Ea se referă la o abordare complexă, implicând factorii psihologici și sociali și, mai ales, dimensiunea interpersonală actuală, în mult mai mare măsură decât ar fi visat poate Freud. Psihanaliza a rupt barierele la începutul secolului. Astăzi transgresarea acelor limite tradiționale, rigide, dintre *soma* și *psyche* nu mai are de mult semnificația unei revoluții culturale. În mod specific, literatura de specialitate din țările de limbă germană se referă tot mai mult la un domeniu de graniță, fundamentat pe modelul bio-psiho-social și pe o abordare terapeutică diferențiată: medicina psihosomatică. Conceptul permite suprapunerea unor domenii bio-medicale și comportamentiste diferențiate, cât și o delimitare față de psihosomatica tradițională, de orientare psihanalitică. Medicina psihosomatică apare drept domeniu multidisciplinar, care nu se va orienta în direcția descoperirii condițiilor psiho-sociale de geneză ale unei tulburări somatice (precum direcția psihanalitică), ci va investiga maniera în care indivizii trăiesc (fac experiența), prelucrează și depășesc (înving psihologic) o boală organică (Lang, 1994).

În Statele Unite, îndeosebi, și tot mai mult în țările europene, tulburările psihosomatice și problemele psihologice ale bolilor somatice sunt abordate în mod țintit prin modele de

tip comportamentist. Această orientare este subsumată conceptului de medicină comportamentistă (*behavioral medicine*). Ea se constituie din cunoștințe comportamentale și bio-medicale, valorificate în domeniul prevenirii, diagnosticului, tratamentului și reabilitării (Schwarz & Weiss, 1978). Orientarea este de tip comportamental, dar nu în mod exclusivist. După cum începând din anii '40, comportamentismul s-a diferențiat progresiv, tot astfel abordările teoretice ale medicinei comportamentiste au vizat modele integrative. Definirea medicinei comportamentiste se face într-un sens larg, non-dogmatic, implicând abordarea interdisciplinară și, implicit, o lărgire a definiției. Ea presupune fundamentarea științifică, deci empirică, non-speculativă, în stabilirea diagnosticului, a terapiei și a măsurilor de reabilitare. Spre deosebire de orientarea clasic psihanalitică a psihosomaticii, medicina comportamentistă nu are pretenția de a transgresa domeniul determinat al medicinei în ceea ce privește înțelegerea bolii și a sănătății (Fiedler, 1996).

Câteva ilustrări pentru domeniul tulburărilor psihosomatice și al medicinei comportamentiste: tulburările de alimentație, anorexia nervosa constituind paradigma tulburărilor psiho-somatice; tulburările somatoforme (cf. ICD-10 / DSM-IV); durerile cronice: durerile de spate, cefaleea de tensiune, migrena, poliartrita cronică; tulburările de somn; astmul bronșic; unele boli dermatologice, precum neurodermita; boli ale sistemului gastro-intestinal; boli ale sistemului cardio-vascular: sindromul anxietății de tip cardiac (vechea nevroză cardiacă); hipertensiunea esențială; bolile coronariene; diabetul zaharat; tulburările de vorbire, precum

balbismul; cancerul, epilepsia; tulburările sexuale funcționale; alcoolismul; tulburările descrise în cadrul psihoneuroendocrinologiei și psihoneuroimunologiei (v. în Uexkull, 1997).

Interacțiuni specifice între factorii bio-psiho-sociali

Lowry (1983) subliniază semnificația factorilor psiho-sociali prin referire la cei mai sceptici dintre specialiști, cercetătorii biologiei celulare și moleculare, precum și a specialiștilor din domeniul psiho-imunologiei. Chiar dacă multe dintre mecanismele mediatore sunt încă necunoscute, este demonstrat faptul că stresul poate afecta stimularea limfocitelor după modelul condiționării clasice; rezistența la infecții și la dezvoltarea tumorilor poate fi influențată la animale prin stresori experimentali. Creierul, probabil prin intermediul neuro-transmițătorilor și a mecanismelor neuroendocrine, participă la reglarea și modularea funcțiilor protective ale sistemului imunitar (Lowry, 1983).

În mod curent, factorii biologici sunt considerați a fi cauze prime, aspectele comportamentale fiind considerate drept secundare. Există și argumente pentru o cauzalitate inversă, în care dimensiunile comportamentale și factorii situaționali determină modificări de ordin biologic. Frecvent, relațiile cauzale sunt reciproce sau circulare (Winters, 1996). Bernstein, Gordon și Rose (1983) demonstrează inversarea relației de cauzalitate în agresivitatea apărută drept consecință a creșterii nivelului de testosteron la unele specii. Referirea se face la maimuțe: victoria în luptă stabilind

dominanța, va induce o creștere a nivelului de testosteron, dar și invers; a fi învins determină scăderi semnificative ale testosteronului. Mai mult, numeroase studii la om au adus argumente semnificative în favoarea cauzalității dinspre aria comportamentală și situațională în direcția modificării statusului biologic. Cele mai cunoscute sunt efectele metodelor de relaxare sau de meditație asupra unor variabile biologice.

Mai spectaculoase sunt studiile privind impactul cognițiilor asupra stării somatice. Cognițiile sunt scheme mentale ce pot lua forma unor credințe, atitudini, valori sau a conceptului de sine. În orice moment al vieții facem experiența unor imagini momentane, fugitive și, cu timpul, imaginile se organizează în structuri cognitive stabile (Winter, 1996, pp. 173). Există o varietate de termeni pentru a descrie tipurile de structuri mentale: categoriile în filosofie și logică; schemele cognitive descrise de Beck (1969); atribuțiile, respectiv stilul atribuțional descris de Seligman (1979); credințele determinate de Lewinsohn (1974, 1980); valorile și atitudinile în psihologia clasică. Toate aceste structuri cognitive prezintă caracteristici sintetizate de Winter (1996, pp. 173) după cum urmează: (1) ele variază de la individ la individ, constituind dimensiuni ale personalității; (2) sunt structuri interne, ca și motivele, în sensul că facem experiența cognițiilor noastre în mod direct, dar ele sunt recunoscute de către ceilalți în mod indirect, prin intermediul relatărilor noastre; (3) cognițiile sunt relativ stabile de-a lungul diverselor situații, sunt deci trans-situaționale. Desigur că există o variație a lor în raport cu diversele situații, dar ele nu dispar pur și simplu și nici nu fluctuează precum motivele.

Cuprins

Cuvânt introductiv.....	7
Partea I – Noțiuni introductive de psihologie clinică și psihosomatică.....	13
<i>Concepte și teorii semnificative</i>	
<i>în psihologie clinică și în psihosomatică</i>	<i>15</i>
Abordarea psihosomatică.....	16
Psihosomatica – medicina psihosomatică	17
Interacțiuni specifice între factorii bio-psiho-sociali	21
Stil cognitiv și motivație	23
Comportamentism și cognitivism	28
Teoria învățării sociale.....	33
Atribuții și stil atributiv – <i>Locus of control</i>	35
Factori de risc și factori protectivi	47
Stresul din perspective mai vechi și mai noi.....	48
Salutogeneza	58
Bibliografie.....	64

<i>Comportamentismul – paradigma învățării</i>	71
Conceptul și scurtă istorie	
a comportamentismului.....	71
Paradigme substitutive ale învățării	86
Terapia comportamentală	89
Bibliografie.....	92
Partea a II-a – Tulbările de alimentație	95
<i>Tulburările de alimentație – psihopatogeneza și abordări teoretice: psihodinamică, sistemică, socio-culturală și biologică</i>	97
Tulburările de alimentație nespecificate (EDNOS – eating disorders not otherwise specified)	99
Psihopatogeneza.....	101
Perspectiva psihodinamică	103
Abordarea din perspectivă sistemică (familială)	107
Perspectiva socio-culturală.....	122
Perspectiva biologică – posibile modele etiologice	137
Bibliografie.....	142
<i>Epistemologia și factorii socio-culturali în tulburările de alimentație</i>	147
Aspecte epidemiologice.....	147
Factorii de risc și dimensiunea culturală	156
„Culture bound syndrome” – sau dimensiunea culturală în clinică.....	161
Identitatea de gen ca factor de risc.....	172
Bibliografie.....	177
<i>Complicații medicale ale anorexiei nervoase (AN) și ale bulimiei nervoase (BN)</i>	185
Date epidemiologice.....	185
Complicații medicale ale AN și BN	188
Complicații cardiovasculare	189
Complicații renale	193

Osteoporoza.....	195
Măsurarea turnoverului osos.....	197
Opțiuni terapeutice și preventive pentru osteoporoza din anorexia nervosa.....	199
Considerații clinice	200
Tabloul endocrin.....	201
Complicații metabolice	208
Considerații etiologice	214
Bibliografie.....	223
<i>Psihopatologia anorexiei nervosa</i>	227
Tulburarea imaginii corporale.....	235
Imaginea corporală.....	237
Interocepția.....	240
Bibliografie.....	242
<i>Psihopatologia Bulimiei Nervosa</i>	245
Criteriile de diagnostic DSM-IV pentru bulimia nervosa (BN):	246
Trăsături clinice	250
Psihopatogeneza bulimiei nervosa.....	263
Bibliografie.....	278
<i>Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările de alimentație</i>	283
Bibliografie.....	310
Postfață.....	313
Referințe bibliografice	331