

SĂNĂTATE ȘI BOALĂ DIN PERSPECTIVĂ PSIHOSOMATICĂ

Dr. Liliana Diaconescu

Asistent universitar, Catedra de Psihologie Medicală

Motto: „Sănătatea este înțeleasă în mod diferit de patolog, clinician sau bolnav. Ea este privită de patolog ca o stare de integritate, de către clinician ca lipsă de simptome și de bolnav ca o stare de bien-être“

(A. Athanasiu, 1983)

DEFINIȚII

Deși toată lumea știe ce înseamnă să fii sănătos sau bolnav, aceste două noțiuni rămân destul de greu de definit. Acest lucru se constată și din faptul că de-a lungul timpului s-au elaborat multe definiții ale sănătății și bolii - mai simple sau mai complete. Spre exemplu, Organizația Mondială a Sănătății definește sănătatea ca fiind „o stare de bine din punct de vedere biologic, psihologic și social“ (OMS, 1946). Alți autori sunt mai restrictivi, punând accentul pe una sau alta dintre aceste laturi, și considerând sănătatea fie ca o circumstanță strict individuală, fie ca o capacitate de a funcționa bine în plan social, respectiv de a face față diferitelor obligații și cerințe sociale.

În încercarea de a defini sănătatea și boala avem în vedere că acestea sunt concepte „relative“, fiind influențate de aspecte cantitative, istoric-antropologice, culturale, sociologice, de nivelul de cunoaștere și înțelegere.

Alte variabile țin strict de evoluția naturală în plan ontologic a individului însuși. Astfel, perceperea sănătății poate fi diferită, chiar și funcție de vârstă. Tinerii consideră că a fi sănătos înseamnă a fi „în formă“, a fi „puternic“, a fi „activ“, în timp ce adulții percep sănătatea ca o stare de bine care asigură împlinirea cu succes a activităților tipice, iar persoanele vârstnice („încărcate“ de modificări somatice și psihice specifice vârstei, la care se adaugă o patologie diversă) pot „echivala“ starea de sănătate cu simpla menținere a unui nivel decent al competențelor zilnice (care să prevină dependența de ceilalți) sau cu „puterea de a rezista“.

În definirea sănătății (ca de altfel și a bolii) se iau în considerare factori sau criterii variate:

- biologici: sănătatea presupune un organism în care aparatele și sistemele funcționează în parametri normali (deci un organism ce își păstrează homeostazia = capacitatea de a își păstra constantele biologice în limite normale, dar și capacitatea de a le readuce la normal în cazul în care au fost modificate);
- psihici: sănătatea presupune ca toate componentele vieții psihice să coexiste în armonie, astfel încât individul: să poată să desfășoare în mod optim activitățile sale; să fie conștient de emoțiile sale; să găsească soluții cât mai eficiente pentru a face față problemelor sale; să nu apeleze la comportamente nocive; să se adapteze flexibil la diferite situații sau schimbări; să se accepte pe el și pe ceilalți; să dorească să se afirme și să se realizeze;
- sociali: sănătatea presupune capacitatea individului de a își îndeplini coerent și eficient rolurile sociale, adică acele comportamente pe care alții le așteaptă de la individul respectiv.

În directă relație cu criteriile de mai sus, se poate afirma existența unor „parametri ai sănătății“, care sunt:

- fizici: cei care se referă la capacitatea de a realiza activități fizice variate (ex.: răspunsul la testele de efort);
- psihici: cei care se referă la capacitatea de adaptare psihică flexibilă și optimală la cerințele mediului (ex. capacitățile cognitive de rezolvare a problemelor);
- sociali: cei care se referă la capacitatea de a îndeplini optim anumite roluri prescrise social (activități zilnice, casnice, socio-profesionale).

Prin raportare la acești parametri, boala poate fi definită, fie la nivel fizic, psihic sau social, ca o absență a sănătății, sau ca o deviere de la normalitate. O definiție care are în vedere aceste două laturi o constituie cea dată de Iamandescu (1995):

„Boala reprezintă «ansamblul deviațiilor statistice semnificative a parametrilor: biomorfologici (*ex. creșterea greutateii = obezitate*); funcționali (*ex. creșterea glicemiei*) sau psihici (*ex. percepții fără obiect = halucinații*), deviații caracterizate prin modificări latente sau manifeste; sesizabile (*icterul*) sau ignorate (*paranoia*), care sunt capabile să genereze o stare de disconfort (*ex. greață*) sau o limitare a acțiunilor somatice (*lumbago*) și/sau psihice (*stare depresivă*), și care sunt resimțite în prezent sau anticipate în perspectivă“.

Așa după cum manifestările bolii vizează cele trei niveluri evocate mai sus (fizic, psihic și social), și la nivelul cauzelor bolii găsim factori din aceste trei categorii. Intercon condiționarea lor este tipic frecventă și în unele cazuri, nu rare, în cadrul apariției și evoluției unei boli, apare proeminent un veritabil cerc vicios somatic à psihosocial à somatic.

Sănătatea și boala pot fi privite ca stări dinamice. În mod obișnuit, sănătatea este considerată o stare de echilibru, iar boala o stare de dezechilibru, totuși, trecerea de la una la cealaltă se poate face relativ rapid, funcție de anumiți factori precipitanți interni sau externi.

Întrucât variabilele medicale care influențează sănătatea fac apanajul disciplinelor medicale, vom insista în cele ce urmează pe variabilele socio-psihologice capabile de a genera / menține starea de boală. Câțiva astfel de factori sunt:

- *personalitatea*: rolul ei este încă insuficient explorat. Nu se poate spune cu certitudine dacă un anumit tip de personalitate predispune spre îmbolnăvire sau dacă boala este cea care predispune către o anumită personalitate, dar se știe deja faptul că anumite tipuri de personalitate (de exemplu persoanele cu tip psihocomportamental A) au un risc mai mare de a dezvolta boli cardiovasculare (Friedman & Rosenman, 1974) sau că persoanele optimiste sunt mai sănătoase și trăiesc mai mult (Băban, 1998; Matlin, 1992, citat de Iamandescu, 2002);
- *sistemul de convingeri, credințele oamenilor despre ei înșiși și despre ceilalți* influențează comportamentele sanogenetice (de ex. persoanele cu loc de control intern, convinse că își pot controla propria sănătate, au tendința de a adopta comportamente de tip preventiv: dietă, exerciții etc.) (Taylor, 1990, citat de Lefton, 1997);
- *mediul social*, și mai ales suportul social repre-

zentat de familie, prieteni, colegi are rol important în menținerea stării de sănătate și în recuperarea după boală (Lefton, 1997). S-a constatat că persoanele căsătorite, cu relații durabile pe termen lung, copiii din familii stabile sunt mai sănătoși (Gotzman & Katz, 1989);

- *variabilele socio-culturale* (ex. gradul de cunoaștere și cultură, apartenența la un grup etnic, nivelul socio-economic) influențează starea de sănătate, accesul la investigații și tratament (Adler, 1994, citat de Lefton, 1997).

MODELE EXPLICATIVE ALE BOLII

În principiu, modelele explicative ale bolii pun accentul, fie pe factorii de ordin biologic (vârstă, sex, factori de ordin genetic), fie pe cei psihologici (tip de personalitate, trăsături imunogene, mecanisme de coping), sau/și pe cei sociali (comportamente de grup, suportul social).

Încercând o sinteză între cei 3 factori, Engel (1997) elaborează *modelul bio-psiho-social al bolii*, care evidențiază raporturile interdependente dintre factorii biologici, psihologici și sociali.

Acest model a fost completat de Ikemi (1995) cu *factorii ecologici - existențiali* și de Poldinger (1999) cu *factorii de ordin spiritual (religie, credință)*.

Toate aceste modele generale subliniază în esență cauzele profund intricate ce pot conduce la apariția bolii, dar au și o valoare practică, anume aceea că pentru a obține vindecarea (recuperarea sănătății) trebuie acționat concertat asupra tuturor acestor factori.

De-a lungul timpului au fost elaborate și *modele specifice*, care explică rolul punctual al unor factori care concurează la apariția bolilor, de exemplu „*modelul emoțiilor*“ descris de Contrada în 1990 (pentru cancer) și „*modelul controlabilității*“ descris de Fisher (1988) (pentru ulcer, boli coronariene, cancer, boli infecțioase).

Modelele cognitive cu privire la boală sunt o categorie aparte de modele explicative, care consideră esențiale *reprezentările* pe care le au oamenii privind boala și comportamentele ce trebuie adoptate pentru a preveni îmbolnăvirile. Cele mai importante modele cognitive sunt:

1) *modelul convingerilor despre sănătate* („*health belief model*“) (Rosenstock & Becker, 1974): susține importanța raportului cost-beneficiu, văzută dinspre pacient; funcție de acest raport, individul adoptă/nu comportamente preventive și respectă/nu tratamentul prescris, după ce boala a fost diagnosticată;

2) *modelul comportamentului planificat* („*theory of planned behaviour*“) (Ajzen & Fishbein, 1988): individul are un „plan de acțiune“ ce presupune comportamente cu efect asupra sănătății și care pot apărea sub presiunea socială exercitată de ceilalți;

3) *modelul „acțiunii de bun simț“* („*theory of reasoned action*“) (Ajzen, 1970): individul adoptă un comportament privitor la sănătate, în conformitate cu ceea ce este acceptat în comunitatea din care face parte.

4) *modelul autoreglării* („*self-regulation model*“) (Leventhal, 1985): bolnavul va reacționa funcție de modul în care percepe și își reprezintă boala. Acest model identifică drept determinanți importanți ai atitudinii față de boală:

- abilitatea de identificare a semnelor și simptomelor ce sugerează boala, ca și identificarea acestora cu un nume de boală (ex. „*lombosciatică*“);
- consecințele anticipate ale bolii:
 - fizice (ex. *incapacitatea de a căra greutateți*);
 - emoționale (ex. *teama de recidivă a bolii*);
 - sociale (ex. *incapacitatea de muncă, pensio-narea*);
 - economice (ex. *incapacitatea de întreținere a familiei*).
- cauzele atribuite bolii:
 - interne (ex. *genetice*);
 - externe (*alimentație, comportamente cu risc, muncă, factori ce țin de supranatural etc.*);
- durata bolii și modalitățile de evoluție (*acută, cronică*);
- perspectiva vindecării (*boală curabilă / incurabilă*);
- problema controlabilității bolii („*a trăi cu boala*“).

ATITUDINILE FAȚĂ DE BOALĂ

Sunt influențate de modalitatea de percepere a stării de boală, modalitate ce diferă în funcție de personalitatea individului și de caracteristicile bolii (severitate, durată, evoluție, afectare a activității zilnice etc.) .

Perceperea bolii poate presupune:

- recunoașterea bolii și acceptarea situației de bolnav:
 - în mod realist – conformându-și comportamentul și atitudinile la tipul de boală;
 - în mod diproporționat – exagerat / diminuat;
- ignorarea bolii – întâlnită la persoane cu un grad redus de cultură sau înțelegere (oligofreni, bolnavi psihici), sau la persoane ce consideră alte lucruri ca fiind mai importante decât starea de sănătate (ex. tipul comportamental A);

- negarea bolii, ca mecanism inconștient de autoamăgire (poate apărea spre exemplu ca etapă „naturală“ în procesul de acceptare a unui diagnostic de incurabilitate).

După Iamandescu (1995), atitudinile față de boală se pot clasifica astfel:

- combativă, de adaptare adecvată la situația de bolnav;
- de resemnare, de lipsă de interes pentru propria sănătate (asociată frecvent cu depresia);
- de refugiu în boală, întărită de existența unui beneficiu secundar bolii;
- problematizantă, influențată de credința în supranatural (pedepse divine, farmece, vrăji, blesteme, superstiții);
- „rea folosire“ a bolii, în care individul se lasă copleșit de suferință;
- reacția persecutorie, întâlnită la bolnavi ce doresc cu înverșunare repararea unui prejudiciu.

EFECTELE BOLILOR

- în plan somatic:

- simptome de disconfort determinate de boală; determinate de metodele de investigație și tratament; limitarea capacităților și activităților fizice;

- în plan psihic:

- reacții emoționale (anxietate, depresie, descurajare, iritabilitate);
- autopercepția imaginii și stimei de sine.

- în plan social:

- limitarea relațiilor interpersonale (cu posibilă izolare);
- afectarea funcționării sociale, incapacitatea sau limitarea în a-și îndeplini rolurile sociale (familiale, profesionale);
- dificultăți privind reinsertia familială și profesională.

Toate acestea fac ca boala să fie considerată o situație de *impas existențial* (Iamandescu, 1995), în care multe compartimente ale vieții normale a bolnavului sunt supuse presiunii. Ca răspuns la această situație:

1. *bolnavul poate adopta uneori conduite aparent paradoxale sau inexplicabile*, precum:

- *regresia afectiv-comportamentală*, în care bolnavul are un comportament specific unor etape anterioare din punct de vedere al dezvoltării, comportament ce îi asigură afecțiunea celor din jur și scutirea de griji, dar și de responsabilități;

- *evaziunea*, în care individul urmărește obținerea unor beneficii (materiale sau psihologice) din faptul că este bolnav;
- *exaltarea eu-lui*, în care bolnavul își exhibă suferința altora (uneori din cauza faptului că boala îi oferă o nesperată ocazie de a depăși condiția sa socială marginală, alteori din cauza unor trăsături de personalitate narcisice sau histrionice);
- *contagiunea informațională*, care implică existența un circuit paralel (și uneori în contradicție) cu cel medical, prin care informațiile cu privire la etiopatogenia, prognosticul sau tratamentul bolii sunt vehiculate liber între pacienți.

Conduitele „paradoxe” de mai sus își au în fapt explicațiile lor (spre exemplu, contagiunea informațională poate fi generată de o insuficientă disponibilitate a medicului, regresia afectivă și comportamentală își poate avea originea în antecedentele psihologice (ex. în copilăria bolnavului etc.). De aceea, ele trebuie înțelese de către medic, investigate și în nici un caz condamnate *a priori*.

2. bolnavul își construiește diferite strategii adaptative în fața bolii:

Sunt uneori mai evidente dacă boala este privită ca un pericol vital. Cuprind:

- restructurarea relațiilor cu alții și a imaginii de sine;
- reacții emoționale (anxietate, teamă, depresie, ostilitate, irascibilitate, furie, agresivitate);
- mecanisme de coping - activ (centrat pe problemă) – în boli aflate în stadii precoce sau cu șanse de vindecare;
- pasiv (centrat pe emoție) – în boli incurabile sau în stadiile tardive ale acestora;
- mecanisme defensive, de neacceptare inconștientă a confruntării cu situația stressantă reprezentată de boală.

EFACTELE ÎN PLAN PSIHIC ALE BOLILOR

Cel mai frecvent se întâlnește *teama de boală*, *anxietatea* privind eventualele modificări ale stării de sănătate. Deși, pe de o parte, această teamă este

cea care îl poate determina pe individ să se prezinte la cabinetul medical, ea poate să genereze și teama de medic (mai evidentă în cazul copiilor), sau de manevrele exploratorii sau terapeutice, de rezultatele investigațiilor, eventualele intervenții chirurgicale, sau de prognosticul și evoluția bolii.

Nu este de neglijat nici fondul temperamental anxiogen al unor bolnavi, cu trăsături accentuate de personalitate de tip anxios, la care orice semn de boală sau orice investigație sunt resimțite ca având potențial amenințător crescut.

De asemenea, trebuie menționat și faptul că există afecțiuni în care în mod tipic există un risc crescut ca anxietatea să constituie o problemă. Astfel, în infarctul miocardic durerea resimțită de bolnav se însoțește frecvent de o stare accentuată de anxietate, de teamă în fața morții. La aceasta se adaugă teama permanentă privind posibila repetare a unui infarct sau apariția unor eventuale complicații. Un astfel de pacient, supus unui stress psihic determinat de caracterul amenințător al bolii, poate dezvolta pusee de tahicardie, care vor întreține la rândul lor starea de teamă și pot genera în timp scurt o agravare a infarctului.

Un alt exemplu îl constituie astmul bronșic. Angoasa unui astmatic în timpul crizei, teama că nu poate respira, că nu are aer și se sufocă, determină hiperventilație care accentuează lipsa de aer, întreținând/accentuând criza de astm.

O altă reacție emoțională ce poate fi declanșată de boală este reprezentată de *depresie*. O afecțiune invalidantă sau o boală cronică incurabilă pot determina o stare de descurajare, o senzație de neputință și de inutilitate, lipsă de voință și de interes, ce au ca efect scăderea aderenței la tratament a pacientului respectiv, nerespectarea prescripțiilor terapeutice conducând la apariția complicațiilor și la o evoluție nefavorabilă.

Exemplele de mai sus au rolul de a sublinia o dată în plus existența unui veritabil cerc vicios psihosomato-psihic și faptul că acesta contribuie la „întreținerea” bolilor.

BIBLIOGRAFIE

1. **Adler, N.E., Matthews, K.A.** – Health psychology: why do some people get sick and some stay well, *Annual Review of Psychology*, 45, 229-59, 1994;
2. **Ajzen, I.** – The theory of planned behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 1991;
3. **Becker, M.H.** – The health belief model and personal health behavior, *Health Education Monographs*, 2, 1974;
4. **Cohen-Cole, S.A., Levinson, R.M.** – The biopsychosocial model in medical practice, în Stoudemire, A.(Ed) – *Human Behavior*, second edition, Lippincott Company, Philadelphia, 1994;
5. **Corin, E.** – The cultural frame: context and meaning in the construction of health, în B.C. Amick, S.Levine, A.R.Tarlov, D.Chapman Walsh (eds) – *Society and Health*, Oxford University Press, New York, 1995;
6. **Feldman, M.D., Christensen, J.F.** – Behavioral Medicine in Primary Care - a practical guide, Lange Medical Book/ McGraw-Hill, USA, 1997;
7. **Fishbein, M., Ajzen, I.** – Belief Attitude, Intention and Behavior, Wiley, New York, 1975;
8. **Iamandescu, I.B.** – Psihologie medicală, Editura Infomedica, București, 1995;

9. **Iamandescu, I.B.(sub red.)** – Elemente de psihosomatică generală și aplicată, Editura Infomedica, București, 1999;
10. **Iamandescu, I.B.** – Psihologie medicală, vol. 1, Editura Infomedica, București, 2005;
11. **Lefton, L.A.** – Psychology, 6th Edition, Allyn and Bacon, USA, 1997;
12. **Luban-Plozza, B., Iamandescu, I.B. (sub red.)** – Dimensiunea psihosocială a practicii medicale, Editura Infomedica, București, 2002;
13. **Luban-Plozza, B., Poldinger, W., Kröger, F.** – Bolile psihosomatice în practica medicală, Editura Medicală, București, 1996;
14. **Lupu, I., Zanc, I.** – Sociologie medicală, Editura Polirom, Iași, 1999;
15. **Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., Sykes, C.M.** – Health Psychology - Theory, Research and Practice, second edition, Sage Publications, London, 2005;
16. **Matlin, M.** – Psychology, Harcourt Brace College Publishers, 1992;
17. **Rădulescu, S.M.** – Sociologia sănătății și a bolii, Editura Nemira, București, 2002;
18. **Stoudemire, A.** – Human Behavior, 2nd Edition, Lippincott Company, USA, 1994;
19. **Tudose, F.** – O abordare modernă a psihologiei medicale, Editura Infomedica, București, 2000;
20. **Wade, C.; Tavis, Carol** – Psychology, 5th Edition, Longman, USA, 1998