

TREI

Când sufletul
vorbește prin corp

SĂ ÎNȚELEGEM ȘI SĂ TRATĂM TULBURĂRILE
PSIHOSOMATICE

HANS MORSCHITZKY, SIGRID SATOR

Traducere din germană de Simona Ligia Tutunaru

Cuprins

Prefață	9
Partea 1. Fundamentele psihosomaticii	13
Psihosomatica de-a lungul timpului: din Antichitate și până în prezent.....	15
Psihosomatica și medicina comportamentală — două perspective diferite asupra aceleiași problematici....	20
Domeniul vast al psihosomaticii	23
Acuzele somatice	23
Tulburările funcționale	24
Tulburările psihosomatice propriu-zise	33
Tulburările somatopsihice	35
Aspecte terapeutice	37
Partea a 2-a. Multiplele fațete ale tulburărilor psihosomatice	43
Când totul gravitează în jurul inimii	46
Fobia cardiacă — frica de moarte, în ciuda unei inimi sănătoase	46
„A pune la inimă“: inima și psihicul.....	47
Tulburările funcționale	50
Tulburările organice	54
Abordări psihosomatice.....	57
Strategii terapeutice	61
Când tensiunea arterială o ia razna.....	63
Hipertensiunea psihogenă — dată peste cap prin stres și supărare	63
„A fierbe de furie“: tensiunea arterială și psihicul	64

Tulburările funcționale	67
Tulburările organice	69
Abordări psihosomatice.....	71
Când simți că ți se taie respirația	77
Hiperventilația — dificultăți de respirație cauzate de prea multă respirație.....	77
„A scoate flăcări pe nări de furie“: respirația și psihicul	78
Tulburările funcționale	82
Tulburările organice	84
Abordări psihosomatice.....	89
Când stomacul devine rebel	96
Stomacul iritat — burta în alertă	96
„A avea nervi la stomac“: stomacul și psihicul.....	97
Tulburările funcționale	100
Tulburările organice	107
Abordări psihosomatice.....	109
Când intestinul se revoltă	119
Intestinul iritabil — digestia deranjată	119
„A se căca pe el de frică“: intestinul și psihicul	120
Tulburările funcționale	122
Tulburările organice	131
Abordări psihosomatice.....	134
Când vezica urinară se află sub presiune	142
Vezica urinară iritabilă — nevoia constantă de a merge la toaletă.....	142
„A face în pantaloni de frică“: vezica urinară și psihicul	143
Tulburările funcționale	145
Tulburările organice	150
Abordări psihosomatice.....	152
Când pe piele apar mâncărimi și dureri	156
Neurodermatita — scărpinatul nu face decât să agraveze situația	156

„A nu se simți confortabil în propria piele“:	
pielea și psihicul.....	157
Tulburările funcționale	162
Tulburările organice	164
Abordări psihosomatice.....	169
Când femeile suferă de probleme specifice	176
Disconfortul abdominal cronic — ameliorare	
aproape insesizabilă în urma operației.....	176
„Nu fi atât de isterică“: problemele specific feminine	
și psihicul	177
Tulburările funcționale	183
Tulburările organice	187
Abordări psihosomatice.....	189
Când urechile țiuie	192
Tinitusul — discoteca din ureche.....	192
„A face pe surdul“: urechile și psihicul	193
Tulburările funcționale	195
Tulburările organice	196
Abordări psihosomatice.....	201
Când au de suferit gâtul, nasul și vocea.....	205
Senzația de globus — senzația permanentă	
de „nod în gât“.....	205
„Când ceva te gâtuie“: gâtul, nasul, vocea și psihicul ..	206
Tulburările funcționale	209
Tulburările organice	212
Abordări psihosomatice.....	212
Când stresul afectează ochii	215
Scăderea acuității vizuale — privire încetoșată	
din cauza tensiunii psihice și depresiei	215
„A închide ochii în fața unei situații“:	
ochii și psihicul.....	216
Tulburările funcționale	219
Tulburările organice	220
Abordări psihosomatice.....	221

Când dinții scrâșnesc sau dor	224
Bruxismul — oroarea nocturnă	224
„A strânge din dinți“: dinții și psihicul	225
Tulburările funcționale	227
Tulburările organice	231
Abordări psihosomatice.....	233
Când mișcarea este perturbată	235
Amețeala — frica permanentă de a cădea din picioare.....	235
„A-și pierde echilibrul“: mișcarea și psihicul	236
Tulburările funcționale	238
Tulburările organice	245
Abordări psihosomatice.....	247
Când durerile chinuie corpul.....	250
Dureri cronice de spate — când simți că nu te mai țin șalele.....	250
„Mă doare foarte tare“: durerile și psihicul.....	251
Tulburările funcționale	258
Tulburările organice	262
Abordări psihosomatice.....	284
Bibliografie.....	297

Prefață

Iată niște cifre care ne atrag atenția: în cazul unei pătrimi dintre pacienți nu sunt identificate deloc sau sunt identificate insuficiente cauze organice ale bolilor, deși aparatura medicală utilizată este de ultimă generație, iar investigațiile medicale întreprinse sunt amănunțite. Multe dintre persoanele afectate devin neîncrezătoare atunci când investigațiile rămân „neconcludente” și întreprind un adevărat „turism medical”, denumit în lumea medicală și „traseism medical”. Aceste persoane sunt adesea disperate, nu se simt înțelese de medici sau sunt etichetate drept prefăcute. În cazul a numeroși alți pacienți, afecțiunile fizice au cu siguranță cauze organice cărora li se adaugă însă factorii psihici și sociali, care au o influență extrem de nefavorabilă asupra evoluției bolii. În ambele situații există însă o legătură strânsă între factorii fizici și cei psihici. Atât ca urmare a nivelului înalt de stres psihic exercitat de suferință în plan individual, cât și datorită costurilor economice crescute implicate de cazurile psihosomatice, se impune o gândire medicală în termenii conexiunilor care există între corp și psihic.

Tot mai multe persoane caută explicații și tratamente holistice pentru afecțiunile lor și își doresc enorm ca medicina să se aplece mai mult și asupra aspectelor psihice. Acest fapt poate fi observat și în cererea înregistrată în domeniul literaturii care tratează această temă. Piața este dominată de o literatură de popularizare bogată care poate fi descrisă ca fiind o combinație dintre ezoterism, gândire pozitivă și psihologism și care și-a pus în mod considerabil amprenta asupra înțelegerii psihosomatice a cititorului

mediu. Dată fiind „medicina care face abstracție de suflet“, cea care în mod regretabil adesea încă domină practica clinică de zi cu zi, aceste cărți răspund nevoii multor oameni de a beneficia de o medicină umană. Această literatură de popularizare transmite însă o altă viziune extremistă, și anume aceea a „sufletului care face abstracție de corp“.

Această carte se poziționează cu bună știință „la mijloc“ și își propune să transmită o viziune psihosomatică complexă și cuprinzătoare: având la bază o înțelegere bio-psiho-socială a bolii, care consideră tulburările fizice ca fiind fenomene complexe cu componente psihice, psihosociale și biologice.

Obiectivul acestei cărți este să ofere o prezentare a psihosomaticii care să fie accesibilă — în cea mai bună accepțiune a cuvântului, adică inteligibilă și totodată temeinică. Interesul principal îl constituie tulburările fizice fără cauze organice (tulburările somatoforme și cele disociative) și tulburările fizice cu factori psihologici și influențe comportamentale (tulburările psihosomatice propriu-zise). Concret, este vorba despre descrierea a numeroase tulburări somatoforme și psihosomatice, diferențiate în funcție de diferitele grupe de organe (inima, tensiunea arterială, respirația, stomacul, intestinul, vezica urinară, pielea, organele genitale feminine, urechile, gâtul, nasul, vocea, ochii, dinții, aparatul locomotor), precum și despre prezentarea tulburărilor algice (ale durerii), care depășesc limitele unui singur organ. În acest demers sunt avute în vedere modele explicative și abordări de tratament psihosomatice.

Prezentarea urmează un plan unitar:

- exemplu reprezentativ pentru fiecare domeniu prezentat,
- precizări generale cu privire la conexiunile corp-psihic,
- tulburări funcționale (tulburările somatoforme și disociative),
- tulburări cu cauze organice (tulburările psihosomatice propriu-zise și tulburările somatopsihice),

-
- abordări psihosomatice (factori psihologici, strategii terapeutice).

Cartea se adresează tuturor persoanelor afectate, aparținătorilor lor, dar și medicilor, psihologilor, psihoterapeuților, precum și întregului public larg interesat. În mod deosebit, aceasta își propune să ofere un prim ajutor spre vindecare persoanelor care suferă de tulburări psihosomatice. Acest ajutor constă în a le facilita acestora o mai bună înțelegere asupra propriei persoane.

Amândoi vă dorim din inimă ca lectura să vă fie de folos.

Hans Morschitzky
Sigrid Sator

Partea 1

Fundamentele
psihosomaticii

PSIHOSOMATICA DE-A LUNGUL TIMPULUI: DIN ANTICHITATE ȘI PÂNĂ ÎN PREZENT

Mai ales sufletului trebuie să-i dăm îngrijire, dacă vrem ca trupul s-o ducă bine.

PLATON (dialogul *Charmides*)

Înțelepciunea populară ne spune că emoțiile pot influența foarte puternic corpul. Conexiunea strânsă dintre corp și psihic se oglindește și în vorbire: „Inima îmi bate în gât“, „Simt că nu mai am aer“, „Simt că am un nod în gât“, „Am nervi la stomac“. Acestea sunt doar câteva exemple care ilustrează această legătură. În cuvântul emoție regăsim cuvântul latin *motio*, care înseamnă „mișcare“. Emoțiile ne mișcă nu doar pe interior, ci ne activează și corpul și îl tensionează.

Cuvântul „psihosomatică“ este format din două cuvinte grecești *psyche* (=psihic) și *soma* (=corp) și se referă la interacțiunea dintre fenomenele fizice și cele psihice. Un mod de reacție psihosomatic reprezintă categoric o formă sănătoasă de experiență, pentru că fiecare emoție determină reacții fizice și fiecare reacție corporală declanșează anumite emoții. Prin termeni precum „boli psihosomatice“ și „psihosomatoze“ se înțeleg forme patologice ale relației corp-psihic; mai precis, aceștia se referă la interacțiunea dintre factorii fizici și psihici care determină apariția și evoluția bolilor. Psihosomatica nu se referă la a acorda o importanță mai mică factorilor fizici, ci la a acorda o mai mare importanță factorilor psihici.

Interacțiunea dintre corp și psihic a fost evaluată în mod diferit de-a lungul secolelor. Hipocrate, medicul grec din Antichitate, era convins că emoțiile pot pune stăpânire pe un organ: la supărare

inima se contractă, iar în caz de bucurie aceasta se dilată. În medicina din antichitatea greacă se aveau în vedere în egală măsură factorii fizici și psihici, în timp ce în Evul Mediu Biserica susținea o separare strictă între corp și suflet. Filosoful francez René Descartes a fondat în secolul al XVII-lea doctrina dualismului științific dintre corp și minte, ale cărei consecințe dezastruoase s-au putut constata până în trecutul apropiat. În secolul al XIX-lea importanța unilaterală acordată factorilor fizici a fost perpetuată — aceasta datorându-se și marilor progrese înregistrate în medicină. De abia la începutul secolului XX începe să apară o contramișcare declanșată de apariția psihanalizei.

Psihosomatica modernă își are originea în lucrările lui Sigmund Freud și ale discipolilor săi, datorită cărora importanța psihicului în afecțiunile fizice a fost evidențiată în mod exemplar. Prin modelul „conversiei“, ei și-au propus să explice modul în care conflictele psihice sunt „convertite“ în simptome somatice. Dincolo de acest model, Freud nu a dezvoltat în mod special alte teorii sau concepte de intervenție referitoare la psihosomatică.

Cea mai însemnată concepție psihanalitică referitoare la tulburările psihosomatice îi aparține lui Franz Alexander, medicul internist și psihanalistul german emigrat la Chicago, care și-a publicat în anul 1950 epocala lucrare intitulată *Medicina psihosomatică*. În această carte, el descrie așa-numitele „șapte sfinte“ boli psihosomatice, care din punct de vedere psihodinamic sunt presupuse a avea un caracter patologic: ulcerul gastroduodenal (ulcus pepticum), astmul bronșic, hipertensiunea arterială (hipertonia), artrita reumatoidă, migrena, colita ulcerativă, neurodermatita. Interesant este faptul că însuși Alexander considera noțiunea de tulburare psihosomatică ca neavând relevanță ca entitate patologică specifică și înțelegea prin psihosomatică o metodă de diagnosticare; prin activitatea sa, acesta a promovat dezvoltarea psihosomaticii ca disciplină de sine stătătoare în cadrul medicinei. Aceasta este, pe scurt, teoria sa: anumite tulburări fizice se dezvoltă având la bază un conflict psihic în mare măsură inconștient, care ia naștere

datorită contradicției dintre două nevoi sau dintre o nevoie și o interdicție. Astfel, este posibil ca dorința de dependență, de sprijin și de a fi îngrijit să intre în contradicție cu nevoia simultană de independență și autonomie. Dacă această nevoie nu va fi nicicând gratificată, din această acțiune de blocare a nevoii și a tensiunii emoționale nedescărcate rezultă o dereglare vegetativă cronică. Atunci când impulsurile agresive nu sunt descărcate se ajunge într-o primă fază, prin activarea continuă a sistemului nervos simpatic, la creșterea permanentă a tensiunii arteriale și, ulterior, la hipertonie. De asemenea — în funcție de predispoziție — apare migrena sau artrita reumatoidă. Atunci când dimpotrivă este blocată gratificarea unor dorințe pasiv-regresive de îngrijire și protecție se ajunge la supraactivarea prelungită a sistemului nervos parasimpatic care poate conduce la tulburări precum ulcerul duodenal, colita ulcerativă sau astmul. Așadar, Alexander explică simptomele psihosomatice raportându-se la starea sistemului nervos vegetativ. În cazul supraactivării sistemului nervos simpatic, care este cel care mobilizează corpul, se manifestă simptome diferite față de cazul supraactivării sistemului nervos parasimpatic, care controlează digestia și odihna.

Această abordare a lui Alexander, care se bazează pe teoria specificității, conform căreia anumite boli iau naștere datorită unor conflicte patologice, este considerată depășită în prezent și nu a putut fi validată științific. Concepția conform căreia pacienții care manifestă aceleași simptome corporale s-ar asemena și din punct de vedere psihic este un mit. O anumită tulburare psihosomatică *nu* se declanșează, nu se menține și nu se agravează doar datorită unor conflicte patogene, ci și datorită unor factori psihici și psihosociali dintre cei mai diverși.

De asemenea, și alte abordări psihosomatice, care se bazează pe anumite tipuri de personalitate, au eșuat în mod similar. Nu există un anumit tip de personalitate care să dezvolte cu precădere boli precum migrena, bolile de stomac, cancerul etc., deși aceste concepte nu au ieșit din uz și continuă să fie vehiculate în literatura

de popularizare și în practica clinică învechită. În cazul pacienților cu tulburări psihosomatice, la fel de perimat este și îndrăgitul model explicativ psihanalitic al relației perturbate mamă-copil, care transferă vina, în mod exagerat, asupra unor mame care, adesea, sunt extrem de solicitate.

Problema fundamentală a conceptelor psihosomatice unilaterale este aceea că adepții lor caută întotdeauna la pacienți acele cauze pe care le-au întâlnit anterior, în practica clinică, în cazurile care prezentau tulburări psihosomatice. O asemenea atitudine necritică este problematică deoarece știrbește complexitatea psihosomaticii. Dimpotrivă, în psihoterapie, este imperios necesară investigarea tiparelor cognitive, emoționale și de comportament, precum și a factorilor de mediu cu caracter patogen în cazul particular al fiecărui pacient.

Pentru a ilustra această situație, vom enumera conceptele psihosomatice perimate și simpliste, utilizate cel mai frecvent. Se spune că:

- astmul ar fi un strigăt după mamă, care își are originile într-un atașament matern încă nedizolvat,
- neurodermatita ar apărea din cauza unui contact cutanat insuficient în copilăria mică și este cauzat de către respingerea resimțită din partea mamei,
- ulcerul ar apărea din cauza unor nevoi neîmplinite sau interzise de iubire și afecțiune,
- migrena ar apărea ca urmare a refulării agresivității,
- cancerul s-ar dezvolta datorită faptului că totul se consumă din interior.

Noțiunea „psihosomatic“ era înțeleasă în trecut de către numeroși psihanalisti în sensul de conexiune de tip cauză–efect între corp și psihic și nu în sensul interacțiunii care are la bază un context multifactorial. Echivalența utilizată în trecut între termenii „psihosomatic = psihogen“ este falsă și s-a dovedit dezasastroasă întrucât, astfel, este pierdută din vedere complexitatea a numeroase tulburări fizice. Echivalența eronată care rezultă

de aici, „psihosomatica = psihogeneza specifică anumitor tulburări fizice“, este abandonată din ce în ce mai mult și de către psihanaliști.

Chiar și în cazul în care nu sunt identificate cauze organice, nu este indicat să se presupună prea curând că singurii factori declanșatori, care se constituie drept „cauze“ ale afecțiunii, sunt cei psihogeni. Cu alte cuvinte, necesitatea unei intervenții psihologice sau psihoterapeutice nu se impune numai în cazul în care este identificată o anumită tulburare psihosomatică. În mod obligatoriu, va fi necesară identificarea anumitor factori psihologici și influențele acestora asupra comportamentului, iar în cazul anumitor afecțiuni fizice aceștia se află într-o anumite cronologie fără ca, din acest motiv, să se poată totuși vorbi în mod indubitabil despre o relație de tip cauză–efect.

În anul 1977, medicul și psihanalistul american George Engel a prezentat modelul bio-psiho-social al bolii. Conform acestui model corpul, psihicul și contextul social exercită influențe reciproce. Această perspectivă holistică și integrativă asupra bolii, care ia în considerare planurile biologic, psihologic și social ale procesului de îmbolnăvire, constituie baza conceptuală modernă a psihosomaticii. Prin intermediul acestui model nu sunt explicate în detaliu anumite tulburări psihosomatice, însă sunt explicate următoarele fenomene: ca urmare a suprasolicitării psihice și psihosociale, orice om poate dezvolta o afecțiune fizică; aceiași factori stresori pot determina dezvoltarea unor afecțiuni diferite; situații stresante diferite pot conduce la dezvoltarea acelorași afecțiuni; anumiți oameni se îmbolnăvesc mai mult decât alții pentru că dispun de strategii de ajustare (de *coping*) neadecvate și au un context de viață nefavorabil.

PSIHOSOMATICA ȘI MEDICINA COMPORTAMENTALĂ – DOUĂ PERSPECTIVE DIFERITE ASUPRA ACELEIAȘI PROBLEMATICI

Termenul de specialitate „psihosomatică“ poate avea două semnificații:

- Psihosomatica este o concepție de bază și reprezintă o perspectivă interdisciplinară care se referă la diagnoza și terapia tulburărilor și care are în vedere în egală măsură factori fizici și psihici, respectiv psihosociali. Astfel, psihosomatica este o abordare interdisciplinară și nu doar o specialitate cum este medicina internă, psihiatria sau chirurgia. În consecință, nu există anumite tulburări, care sunt considerate a fi „psihosomatice“ și care constituie conținutul disciplinei numite psihosomatică. Aspectele psihosomatice pot fi relevante într-o varietate de tulburări fizice care aparțin celor mai diverse specialități medicale.
- Psihosomatica este un domeniu clinic de sine stătător și o direcție de cercetare care are ca scop înțelegerea și tratarea interacțiunilor factorilor fizici și psihici în cazul anumitor tulburări. În acest sens, vorbim despre efectuarea unei terapii psihosomatice care are la bază o perspectivă psihosomatică, reunite într-o disciplină medicală distinctă, care se desfășoară în secții specializate ale unor spitale, respectiv ale unor clinici universitare, precum și în cadrul unor clinici psihosomatice private.

Există un consens general asupra următoarei definiții: psihosomatica se ocupă cu cauzele, simptomele și consecințele psihice ale tulburărilor fizice, precum și cu impactul acestora asupra contextului psihosocial al pacientului, precum și asupra relației cu medicul,

respectiv cu terapeutul. Plecând de la definiția medicinei psihoterapeutice, aceasta poate fi reformulată și astfel: psihosomatica se referă la recunoașterea, tratamentul medical și psihoterapeutic al unor boli precum și la recuperarea în urma unor boli și stări de suferință la a căror etiologie, declanșare, menținere, agravare și procesare subiectivă contribuie factori psihici și psihosociali și/sau interacțiunea acestora.

Câmpul psihosomaticii poate fi descris din patru perspective care corespund unor domenii de activitate distincte:

1. În funcție de etiologie. Deși aparent este suspectată o tulburare cu cauze organice, este necesară o analiză a factorilor psihici și sociali pentru a avea un tablou complet al simptomatologiei care, cel mai adesea, este una multifactorială.

2. În funcție de modul de integrare a bolii. Pacientul va trebui să se confrunte activ cu problemele psihologice și sociale care adesea pot apărea ca și consecință a bolii; aceasta necesită adoptarea unor măsuri adecvate din punct de vedere psihologic și medical.

3. În funcție de comportamentul adoptat în caz de boală. Bolnavii cu tulburări psihosomatice dezvoltă adesea forme nefavorabile de interacțiune cu medicii și terapeuții; aceștia din urmă vor trebui să acționeze cu înaltă responsabilitate profesională și umană pentru a asigura un tratament, pe cât posibil, de succes.

4. În funcție de comorbidități și de tulburările reactive. În cazul a numeroase boli apar consecințe neplăcute în plan psihic și psihosocial, pe care persoanele afectate vor trebui să învețe să le gestioneze cu sprijin medical, psihologic și psihoterapeutic.

În ceea ce privește psihoterapia, în prezent se disting în domeniul psihosomaticii două perspective și metode de tratament distincte: o psihosomatică în principal de orientare psihanalitică dezvoltată pe parcursul ultimelor șase decenii și o psihosomatică de orientare strict comportamentală care a câștigat o importanță deosebită în ultimele trei decenii sub denumirea de „medicină comportamentală“.