

## PERSPECTIVE DE ABORDARE A PSIHOSOMATICII

*Valentina Golumbeanu  
Irina Ionescu*

In cele ce urmeaza, voi prezenta, pe scurt, cum poate fi abordata psihosomatica din urmatoarele perspective: medicala, psihanalitica, psihoantropologica, psihosociala, psihogenetica, psihoneuroimunologica, psihocomportamentala si personologica.

1) Din punct de vedere **medical** – avem o abordare holistica, sistemica ce admite realitatea interferarii si interconditionarii celor doua dimensiuni. Nu vom pune in aceasta sectiune accentul pe aceasta relatie (medicina - psihosomatica) deoarece am dezbatut-o in sectiunile anterioare.

2) In viziunea **psihanalitica**, somatizarea echivaleaza cu simptomul, care semnaleaza prezenta unui conflict interior puternic si care marcheaza debutul sau intrarea in tulburarea nevrotica. Desi simptomul este constientizat de catre subiect si, desi acesta accepta natura sa patologica, alterata sau disfunctionala, lui ii scapa semnificatia simbolica a simptomului, cu toate ca el este legat de un aspect major, central al existentei sale. Descoperirea acestui eveniment, a posibilei traume ar trebui sa conduca la solutionarea conflictului si la reducerea tensiunii, urmata de disparitia simptomului.

3) Din punct de vedere **psihoantropologic**, manifestarile psihosomatice nu pot fi interpretate numai in conditiile reductioniste ale unor cauze medicale momentane, pasagere, ci sunt expresia intregii existente si experiente de viata a individului. Aceasta viziune implica o dimensiune ontologica si existentialista – manifestarile psihosomatice sunt o rezultanta a istoriei psihobiografice a individului, sunt un tip de raspuns la solicitarile vietii cotidiene sau la evenimentele psihotraumatizante. Din perspectiva psihoantropologica, boala, in egala masura ca si viata, are un sens, o semnificatie; uneori ea poate semnala impasul existential al individului. In acest context boala, in special cea cumulata, psihosomatica poate semnala dificultatile de asumare a statut – rolului, de alterare a relatiilor sociale, de inadecvare sau inadaptare a individului la contextul socio - istoric si socio - cultural. De aceea el dezvolta suferinte fizice, prin care poate, in acest fel, sa apeleze la ajutorul si solidaritatea celorlalti, poate “dezerta” de la responsabilitatile sale sociale fara a se simti ulterior vinovat sau fara a mai trai sentimentul de inferioritate. In acest fel, deghizat si ocolit, individul gaseste o modalitate de a restabili contactul social si de a restabili un echilibru al statutelor si rolurilor.

4) Din perspectiva **psihosociala**, efectul de somatizare, care s-a extins pe scara larga si care afecteaza o patura din ce in ce mai vasta a populatiei, din diferite categorii de varsta (limita de varsta pentru debutul acestor afectiuni a scazut progresiv in ultimele decenii) si din diferite categorii socio-profesionale, este privit ca avandu-si originea atat la nivelul factorilor psihologici individuali, cat si la nivelul determinantilor sociali, inerenti modelului de societate in care coexistam:

- epoca vitezei si a industrializarii masive, contextul economic si concurenta acerba promovata in capitalism;
- grijile cotidiene, aglomeratia urbana si fenomenele de exod si emigrare/imigrare;

- contextul politic national si international, tensiunile politice care ameninta echilibrul economic si social;
- societatea in continua schimbare;
- solicitarile profesionale din ce in ce mai intense, necesitatea prelungirii studiilor de specializare, competitia intensa din cadrul aceluiasi domeniu de activitate etc.

Astfel, accentul este mutat de pe dominantele exclusiv intrapsihice si de pe dinamica psihica pulsionala, asupra dinamicii sociale si a realitatii relatiilor de tip individ – individ, individ – societate. In acest fel scade ponderea conceptiei de tulburare “auto-generata”, in favoarea unui determinism exterior, social.

5) Viziunea **psihogenetica** ia in calcul un altfel de determinism, si anume unul biologic, ereditar – in unele cazuri tulburarile psihosomatice sunt mostenite genetic (astmul, de exemplu), desi, in alte cazuri, sunt mostenite numai modalitatile de reactivitate psihosomatica, in care individul mosteneste practic numai predispozitia catre somatizare, fara ca vulnerabilitatea sa să fie nativ configurata la un anumit nivel de functionare organica. In acest sens exista doua teorii opuse: a) pe de o parte, cea a “predispozitiei de organ” (Imandescu, I.B., 1995), ipoteza conform careia ne nastem cu o vulnerabilitate aparte intr-o anumita emisfera somatica, ce va fi mai receptiva la modificarile dateorale stresului, frustrarii, agresivitatii, anxietatii etc; b) pe de alta parte, cea a somatizarii electiv – pe parcursul existentei individuale un anumit organ, aparat sau functie va fi investita cu o sensibilitate excesiva la factorii mentionati mai sus si va “filtra” manifestarile organice in raport cu acestia.

6) Viziunea **psihoneuroimunologica** studiaza relatia care se instituie intre sistemul imunitar, stres si sanatatea organismului. La unii indivizi se constata o vulnerabilitate crescuta spre a contacta fel de fel de boli si o incidenta crescuta a afectiunilor virale, infectioase, bacteriene, digestive, alergice etc; altii devin doar purtatori ai unor agenti patogeni, dar fara a fi afectati in mod direct de ei, in timp ce altii demonstreaza o rezistenta foarte crescuta in fata majoritatii surselor de imbolnavire. Prin abordarea psihoneuroimunologica se incearca descoperirea relatiei care exista intre “forta” imunitara a organismului si stres, in determinarea starii de sanatate sau de boala.

7) Poate fi luata in calcul si o perspectiva **psihocomportamentala**, gandita sub doua acceptiuni: a) odata, din perspectiva invatarii sociale, sub modelul cultural sau familial – aceste reactii au fost invatate de copilul mic, care le-a observat la alti membrii din familie, sau care a descoperit inca de timpuriu ca ele reprezinta o “scurtatura” catre anumite scopuri, a descoperit ca poate obtine beneficii si avantaje cu eforturi minime; b) apoi, din perspectiva unei conditionari operante – undeva, in trecutul indepartat, probabil tot in copilaria timpurie, individul a realizat un set de asocieri sau a inferat anumite rationamente asupra anumitor relatii, fondate sau nefondate (adesea ele imbraca forma distorsiunilor cognitive). Spre exemplu, copilul a reusit in vreun fel sa stabileasca o relatie intre un anumit stimul (sa zicem, blana anumitor animale, cum ar fi pisica, sau polenul ori aroma intensa a unor flori) si o puternica reactie alergica - ce ar fi putut foarte bine, la momentul respectiv, sa fi fost declansata de cu totul alti stimuli, si care ar fi avut un caracter efemer, accidental, daca intensitatea crizei de moment si forta asocierii cu falsul stimul nu ar fi determinat-o sa se impamanteneasca si sa devina o tulburare alergica psihosomatica.

Oricum, in ambele cazuri, si in cel al invatarii sociale si in cel al conditionarii, vorbim de un compartament invatat (in prima situatie, prin puterea exemplului, in cel de-al doilea caz – prin intensitatea experientei personale).

8. O ultima acceptiune, cea *personologica*, postuleaza incidenta net mai crescuta a tulburarilor de somatizare la anumite tipologii de personalitate: histrionice, obsesiv-compulsive, depedente, narcisice, borderline, personalitatile de tip A, precum si la cele rezutate din combinatiile caracteristicilor acestor tipuri. Ipoteza a generat numeroase controverse de-a lungul timpului, dar practica a evidentiat intensitatea si frecvnta mai crescute, de ex., a manifestarilor hipocondriace la personalitatile histrionice si a tendintei acestora catre somatizare.