

SPECIFICUL PATOLOGIEI PSIHOSOMATICE **(Cum facem diferenta intre o tulburare psihosomatica si o afectiune organica vera?)**

Valentina Golumbeanu
Irina Ionescu

Simptomatologia psihosomatica, desi se deosebeste de cea pur somatica prin cateva elemente certe de specificitate, adeseori aceste simptome sunt greu de decelat, ceea ce face ca investigarea bolnavului sa fie dificila si anevoioasa, cu atat mai mult cu cat acesta nu se afla in evidenta constanta a unui medic anume.

Evidentierea simptomatologiei psihosomatice

Pentru a putea pune in evidenta simptomatologia psihosomatica este necesar ca bolnavul sa fie investigat, in afara de medicul generalist si de specialistul intr-o anumita gama de afectiuni (cele pe care le reclama pacientul) si de catre medicul psihiatru si de psiholog, pentru realizarea, in primul rand, a anamnezei, edificatoare in astfel de situatii, alaturi de utilizarea si a altor instrumente si metode de investigare psihologica (interviul, observatia, ancheta sociala, psihogenograma, testele psihologice).

Esentiale in acest demers sunt:

- 1) Cunoasterea biografiei individului, a istoriei sale de viata si a istoriei reactivitatii emotionale a acestuia, in momentele delicate ale existentei sale;
- 2) Cunoasterea evenimentelor psihotraumatizante (daca exista);
- 3) Cunoasterea istoricului sau medical, al tratamentelor si al spitalizarilor;
- 4) Cunoasterea, macar aproximativa, a numarului medicilor si a varietatii specializarii acestora, sau a centrelor medicale consultate de-a lungul timpului;
- 5) Cunoasterea evolutiei diagnosticului si a manifestarilor acuzelor somatice de-a lungul istoriei biografice – aici ne intereseaza in mod special: constanta sau inconstanta diagnosticului in timp, dificultatile de diagnosticare si oscilarea intre mai multe alternative, dificultatea de stabilire a localizarii leziunilor somatice, mutatiile suferite in simptomatologia pacientului, tulburarile asociate;
- 6) Debutul manifestarilor somatice si ciclicitatea acestora;
- 7) Accesul la discutia, interviul cu familia, rudele, persoanele apropiate (pentru confirmarea datelor biografice, in primul rand, dar si pentru suplimentarea informatiilor despre dinamica simptomelor pacientului – cand se manifesta, cat de des, cu ce intensitate, care sunt factorii care influenteaza cel mai adesea aceste manifestari etc).

Toate aceste informatii sunt absolut necesare pentru a putea confirma sau infirma existenta unor factori etiologici de natura psihogena. Stabilirea diagnosticului de tulburare psihosomatica este adeseori dificila, mai ales in cazurile in care afectiunile sunt diagnosticabile clinic, fiind identificate leziuni organice (uneori severe, cum este ulcerul hemoragic), care pun in pericol

sanatatea sau chiar existenta individului (cum este infarctul miocardic). Aceste cazuri intra intotdeauna sub incidenta clinicilor de boli interne, ele sunt afectiuni “vera” si ajung mai greu in atentia medicului psihiatru sau al psihologului clinician; de obicei acestia devin pacienti psihiatrici sau ajung sa beneficieze de psihoterapie si consiliere psihologica abia dupa un numar mai mare de recidive, care pot semnala sau atrage atentia asupra unui potential dezechilibru psihosomatic.

Pe de alta parte, sunt pacinetii care acuza adesea diverse suferinte fizice, dar la care nu se poate identifica o cauza organica justificabila – la acestia suspiciunea unei manifestari psihosomatice apare mai repede, dar, chiar si in acest caz, la un anumit interval de timp de la generarea lor – uneori chiar la cativa ani de la aparitia primelor simptome, pentru ca unul dintre elementele de diagnostic consta tocmai in durabilitatea si persistenta in timp, in recidivele multiple si in atitudinea celui care le reclama (pacientii se plang adesea de ineficacitatea tratamentului, de recidivarea simptomelor etc).

Diferentierea bolnavilor psiho-somatici de cei somatici:

Bolnavii suferind de tulburari psiho-somatice se disting si se diferentiaza de cei cu afectiuni somatice prin cateva aspecte de baza, care constituie si criteriile pentru realizarea diagnosticului diferential cu tulburarile somatice:

1. polimorfismul (tahicardie, greata, constipatie/diaree, dispnee, sensibilitate alergica excesiva, la diferiti stimuli, fara a se putea identifica intotdeauna o anumita categorie aparte, dismenoree, scaderea ponderala/obezitatea, astmul bronic, angina/angina pectorala etc);
2. dorinta acestor bolnavi de a le fi confirmata existenta unei cauze somatice diagnosticabile, concrete si, adesea, rezistenta sau neacceptarea explicatiilor de ordin psihologic;
3. uneori se caracterizeaza prin preocuparea excesiva fata de starea sanatatii personale, centrarea pe simptom sau, din contra, prin atitudinea pasiva fata de boala, acceptarea ei ca un fapt firesc (“pur si simplu este”);
4. caracterul recurent, repetitiv sau ciclic al manifestarilor;
5. persistenta in timp, in ciuda medicatiei si a tratamentului;
6. asocierea mai multor afectiuni psihosomatice la acelasi individ, ceea ce sugereaza o vulnerabilitate crescuta sau o predispozitie a acestuia in fata unor astfel de manifestari;
7. antecedentele de aceeaasi natura din cadrul familiei;
8. incidenta crescuta a manifestarilor in anumite perioade (de ex., in perioadele de stres crescut) sau dupa anumite evenimente (certuri in familie, dificultati financiare etc);
9. apartinerea la una dintre tipologiile de personalitate corelate cel mai frecvent cu acest gen de tulburari: personalitatile histrionice, obsesiv-convulsive, dependente, uneori cele narcisice si de tip borderline;

10. existenta unor factori psihotraumatizanti, a unui eveniment traumatic sau expunerea de lunga durata la un stres major, care a consumat in timp resursele energetice ale persoanei si a redus capacitatile adaptative ale acesteia;

11. in unele cazuri, existenta in prim plan a unei alte tulburari psihice prealabile, cu caracter central, dominant in sfera psihica a individului.

Debutul afectiunilor psihosomatice

Forma de debut a acestor afectiuni poate varia destul de mult, pe toate scalele de intensitate si marcand variate perioade de timp, a.i. momentul debutului bolii sau forma ei incipienta de manifestare nu pot constitui, in sine, un criteriu de diferentiere sau de diagnostic diferential cu celelalte tulburari, cele somatice. Prin urmare, debutul poate fi:

a. insidios – adica lent, la inceput de intensitate scazuta, cu o evolutie constanta (nu depaseste anumite valori de intensitate sau frecventa), alteori progresiva (cand simptomele se agraveaza);

b. exploziv, agresiv, luand individul prin surprindere si caracterizandu-se de la inceput printr-o intensitate neobisnuita si prin severitatea simptomelor;

c. ele se pot manifesta pentru prima oara in copilarie, in perioada pubertatii ori in adolescenta (anorexia mentala, astmul bronsic, uneori diabetul etc) sau la varsta adulta in urma unui soc emotional puternic.

La inceput aceste manifestari au un caracter reversibil, dar pe masura ce simptomele se repeta si, eventual, cresc in intensitate, ele pot instaura o conditie medicala alterata, prin slabirea rezistentei generale a organismului la stimulii aversivi si patogeni ori prin slabirea rezistentei sau afectarea functiilor anumitor organe ori aparate. Desi exista si manifestari nespecifice, difuze, generalizate in intreg organismul, ca o stare globala de disconfort, cu indispozitii amalagamte si polimorfe, in general afectiunile psihosomatice se centreaza la nivelul anumitor sectoare predilecte:

- in sfera digestiva;
- in sfera respiratorie si alergica;
- in sfera dermato-alergica;
- de natura cardio-vasculare;
- de natura psihosexuala etc.

Ca un ultim argument, mentionam ca dificultatea diagnosticarii tulburarilor psihosomatice decurge adesea si din concurarea sau asocierea unor factori declansatori, de etiologii diverse (pe langa cei psihologici mai intervin cei infectiosi, bacterieni, componentele ereditare, genetice, intoxicatii cu diferite substante etc).