



PSIHOLOGIE MEDICALĂ

Curs 2

„MODELUL BIO-PSIHO-SOCIAL AL SĂNĂTĂȚII ȘI BOLII”

1. Accepțiunile normalului
2. Sănătate și boală
3. Modelul bio-psiho-social
 - a. Factorii biologici
 - b. Factorii psihologici
 - c. Factorii sociali
 - d. Factorii ecologici

1. Accepțiunile normalului

Cuvântul „normal” provine din termenul latinesc *norma*, care semnifică „unghi drept”. Una din interpretări ar fi „care nu se abate” nici în stânga, nici în dreapta și nici de la medie. În dicționarul de psihologie („Vocabularul Psihologiei” – Henri Piéron) normalitatea este definită ca un ansamblu de caracteristici ale aceleiași persoane, caracteristici care se situează în interiorul marjelor de variație ale populației din care face parte. Noțiunea de „normalitate”, din punct de vedere statistic, este reprezentată grafic de distribuția sub forma „curbei lui Gauss”.

Conceptul de normalitate, a cărei definire s-a impus în condițiile încercării de identificare a criteriilor de clasificare a tulburărilor psihice, considerate ca abateri de la normalitate, se poate asocia cu starea de echilibru în plan intern, intrapsihic și în planul extern al individului. Normalul înglobează între limitele lui noțiunile „divers” și „diferit”, astfel apărând:

- a) normalul ca indicator standard al valorilor culturale;
- b) diferitul ca o altă formă posibilă a normalității și
- c) diversul ca și variantă de tip formal a normalității.

O asociere des întâlnită este aceea dintre normalitate și adaptare. Adaptarea este un simplu proces de acceptare oferit din exterior individului de societate și mediu. Dacă privim adaptarea ca fiind un consum de energie necesar pentru ca persoana să se poată integra sau să poată rezista în fața presiunii exercitate asupra sa de psihotraumele sociale sau de tensiunea legăturilor sociale, atunci putem considera că procesul de socializare reprezintă achiziția pentru a putea efectua eforturile de adaptare socială continuă, pentru a-și însuși sau menține rolurile sociale dobândite. (Mucchinelli, apud. C. Enăchescu, 2005)

Cu toate acestea, s-a constatat faptul că pentru un individ normal este imposibil să se poată adapta la toate grupele sociale. Din acest motiv, unii autori preferă să utilizeze drept criteriu al normalității „adaptabilitatea”, argumentând prin aceea că individul normal nu este niciodată complet adaptat, în schimb un individ cu diverse patologii este o persoană inadaptabilă.



M. Sabshin distinge un evantai variat coexistent în sfera normalului:

1. normalitatea ca sănătate
2. normalitatea ca utopie
3. normalitatea ca medie
4. normalitatea ca proces

Normalitatea ca sănătate – este perspectiva tradițională prin prisma căreia se consideră normalitatea ca starea de sănătate cu caracter universal.

Normalitatea ca utopie – acest concept formulează un ideal, o normalitate ideală, individuală și comunitară. Descrie în formulări prescriptive, invocă și promovează tipuri ideale. Nu poate fi atinsă și variază în funcție de spațiul socio-cultural și geografic.

Normalitatea ca medie – se bazează pe descrierea statistică a fenomenelor (biologice, psihice, fizice, chimice) ca fiind repartizate conform curbei lui Gauss, în care zona mediană este cea mai importantă (și deci normală), iar extremele sunt considerate deviate.

Normalitatea ca proces – este perspectiva asupra normalității care accentuează faptul că un comportament normal nu este altceva decât fiabilitatea subsistemelor care interacționează între ele. Cu alte cuvinte, normalitatea ca proces, consideră mai importante schimbările și procesele decât o definire transversală a normalității.

Atât *normalitatea*, cât și *anormalitatea* depind de variațiile de mediu exterior în ceea ce privește capacitățile de adaptare ale individului, fapt care va declanșa suferința. Strâns legată de aceste două concepte este dimensiunea istorică a individului, a factorilor de viață care pot interveni fie în sens protector, fie cu semnificație de risc "morbigenetic".

Studiile au pus în evidență faptul că manifestări psihocomportamentale considerate patologice într-un anumit spațiu cultural, pot fi normale în altul, iar bolnavul își pierde capacitatea de adaptare flexibilă la condițiile oferite de mediu, în raport cu indivizii normali care dispun în mod liber de această aptitudine.

2. Aspecte, criterii și coordonate ale sănătății. Sănătate și boală.

Organizația Mondială a Sănătății definește sănătatea ca o stare de bine fizic, psihic și social.

Boala este definită ca o serie de modificări biologice și/sau psiho-comportamentale care generează o stare de stres și/sau dizabilitate sau un risc crescut spre stres și/sau dizabilitate (după American Psychiatric Association - 1994). Strâns legate de conceptul de boală sunt cele de *incidență* (numărul de cazuri noi dintr-o boală anume, care apar într-o unitate de timp specificată) și *prevalență* (numărul de cazuri dintr-o boală anume, existente la un moment dat).

Termenii au avut o evoluție amplă, reușind să trezească interesul mai multor specialiști, poate în mai mare măsură decât oricare alții din psihologie. Pentru a putea lucra cu anumite concepte sau dimensiuni, trebuie mai întâi să le delimitezi, să le definești, să le cunoști, să le operaționalizezi etc.

Astfel, pe la mijlocul anilor '60, în Franța, sănătatea era împlinirea, realizarea de sine, satisfacția, un mijloc/instrument extrem de important pentru a putea face orice, inclusiv pentru a munci, pe când la englezi, ea era fie o absență a bolii, fie o capacitate optimă de muncă. Pentru cei mai în vârstă era puterea de a rezista, capacitatea de a funcționa, dublată și de o dimensiune morală.

Din punct de vedere *biologic*, sănătatea poate fi definită ca acea stare a unui organism neatins de boală, în care toate aparatele, organele și sistemele funcționează normal, stare în care funcțiile se îndeplinesc și se împletesc în mod armonios.



Din punct de vedere *psihic*, sănătatea poate fi descrisă ca fiind armonia dintre comportamentul cotidian și valorile fundamentale ale vieții asimilate de individ, îmbinarea elastică dintre gând, afect și comportament. Este acea stare a organismului în care capacitățile sunt optime, referindu-ne aici, pe lângă capacitatea de a munci, de a studia, de a efectua anumite activități, și la capacitatea de a înțelege emoțiile, de a ne stăpâni, de a rezolva/a face față problemelor cotidiene sau celor stresante, fără a recurge la modalități distructive de adaptare la ele (cum sunt alcoolul, drogurile etc.). Presupune capacitatea de a munci productiv, de a iubi, de a ne preocupa de ceilalți, presupune o viață cu sens, trăită armonios.

C. Herzlich propune trei dimensiuni ale sănătății:

- absența bolii
- constituție genetică bună
- starea de echilibru a organismului, ca fiind capacitatea de adaptare a individului la mediul său de viață.

M. Lalonde atribuie sănătatea factorilor:

- biologia umană: moștenire genetică, procese de maturizare/îmbătrânire
- mediul: apa potabilă, medicamentele, poluarea, bolile transmisibile, schimbările sociale rapide
- stilul de viață: hrană, activități fizice, alcoolism, etc.
- organizarea asistenței medicale: cantitatea/calitatea resurselor medicale, accesul la ele, tipul de relație între persoane și resurse în asistența medicală.

A. Ellis enumeră 13 parametri ai sănătății mintale:

1. conștiința clară a interesului personal;
2. conștiința limpede a interesului social;
3. auto-orientarea – ca fiind capacitatea de a se conduce și orienta singur în viață;
4. nivel înalt de toleranță a frustrării;
5. acceptarea incertitudinii și capacitatea de ajustare la incertitudine;
6. angajarea în activități creatoare;
7. gândire științifică, realistă și obiectivă;
8. auto-acceptarea – ca fiind capacitatea individului de a se accepta așa cum este el, cu părți bune și rele; capacitatea de a se bucura de viață;
9. angajarea moderată și prudentă în activități riscante;
10. realism și gândire anti-utopică;
11. asumarea responsabilității pentru tulburările emoționale proprii;
12. flexibilitatea în gândire și acțiune;
13. îmbinarea plăcerilor imediate cu cele de perspectivă.

A. H. Maslow în 1976 teoretizează forma supremă a sănătății psihice introducând conceptul de *personalitate autorealizantă*, cu următoarele trăsături:

1. Orientare realistă în viață;
2. Se acceptă pe sine, pe alții și lumea înconjurătoare;
3. Are un înalt grad de spontaneitate;
4. Este centrat pe probleme și nu pe trăirile subiective;
5. Atitudine de detașare și nevoie de intimitate;
6. Autonomie și independență;
7. Apreciere elastică a lucrurilor și a oamenilor, lipsită de stereotipii;



8. Are experiențe spirituale sau mistice profunde, deși nu în mod necesar cu caracte religioasă;
9. Se identifică cu omenirea, are interese sociale puternice;
10. Relațiile sale afective, intime sunt profunde și cu mare încărcătură emoțională, practicate cu puține persoane, și nu superficiale dar cu multe persoane;
11. Împărtășește atitudini și valori democratice;
12. Nu confundă mijloacele cu scopurile;
13. Simțul umorului este superior, detașat filosofic, nu ostil și vindicativ;
14. Are mare potențial creator;
15. Se opune conformismului cultural;
16. Transcede mediul lui de viață, nu se conformează acestuia.

Din punct de vedere *social*, este acea stare a organismului în care capacitățile individuale sunt optime, astfel încât persoana își îndeplinește adecvat, fără a produce rău celor din jur, rolurile sociale (de parinte, coleg, prieten, vecin, soț, iubit etc.).

Mai merită amintit aici și conceptul de *sănătate pozitivă* propus de Downie (1992), care presupune două componente:

1. Bunăstarea psihică, fizică și socială;
2. Fitness – forma fizică optimă, încușând cei patru S (lb. engleză):
 - a. *Strenght* – forță fizică;
 - b. *Stamina* – vigoare (rezistență fizică);
 - c. *Suppleness* – suplețe fizică;
 - d. *Skills* – îndemânare (abilitate) fizică

Concluzia evidentă de aici, este aceea că resursele se află concentrate în cel de-al patrulea factor, iar cauzele bolii rezidă în primele trei. Sănătatea poate apărea ca unitate a trei puncte de vedere: sfera biologicului, sfera psihicului, sfera socialului.

Conceptele de „boală” și „sănătate” sunt concepte evaluative, ce pot fi analizate din mai multe puncte de vedere. Saxon G., în 1960, afirma că sunt circumscrise de dezvoltarea cunoașterii biomedicale, de orientările intelectuale ale culturii și de sistemul axiologic al societății. Deoarece reprezintă un mod de viață, cultura joacă cel mai important rol în condiționarea reacțiilor față de boală și a sănătății ca fenomen social. De aici rezultă ca există diferențe semnificative în ceea ce privește statutul bolnavului, starea *normală* sau *patologică* a acestuia, funcție de cultura și tipul de societate din care acesta face parte, sau de stadiul de dezvoltare al comunității de care aparține. De pildă, indienii din Amazonia de Nord, considerau spirochetoza – a cărei prevalență era extrem de ridicată – ca pe un semn de sănătate. Absența acesteia la un individ era considerată boală și determina interzicerea căsătoriei.

Medicii sunt cei care definesc boala riguros-științific în urma anamnezei, a rezultatelor de laborator, a investigațiilor clinice, etc. Există însă, în medicina actuală anumite „neîmpliniri” care se constituie în continue surse de echivoc în definirea sau circumscrierea exactă a bolilor. Dificultățile/divergența de diagnostic, prognostic sau profilaxie pentru unele boli contemporane (marile „necunoscute”: SIDA, cancer), fac ca noțiunii de boală sa-i corespundă conținuturi diferite deoarece semnele, simptomele recunoscute în acest sens nefiind mereu univoce.

Prezentăm în continuare **componentele bolii**, pentru a putea înțelege mai bine felul în care aceasta este definită:

a) **manifestări** - reunite sub numele de tablou clinic sau simptomatologie, ce conține semne și simptome (de studiul lor ocupându-se semiologia). Semnele (lat. signum - semn, marcă) sunt forme de manifestare a bolii, care pot fi identificate de cadrul medical sau de altă persoană (inclusiv pacient), independent de ce declară pacientul (de exemplu, modificări ale culorii pielii sau modificări în



comportament). Simptomele (lat. *symptoma* - ceea ce se produce, apare) sunt manifestările care apar în primul rând în sfera de percepție a bolnavului și, implicit, sunt simțite de acesta la nivel subiectiv, ele fiind cunoscute de cadrul medical numai prin declarațiile pacientului. Unele semne și simptome pot apărea împreună, alcătuind sindroamele (ce pot avea etiologie multiplă), cum ar fi de exemplu sindromul depresiv, care este constituit din convingerile negative legate de propria persoană, așa cum este ea considerată în trecut și în prezent.

b) **agenți/factori etiologici** - ce pot fi clasificați după *natura* lor în agenți exogeni (fizici, chimici, biologici și psiho-sociali) și agenți endogeni (cum ar fi cei genetici), iar după *funcția* lor în factori declanșatori (produc în mod direct simptomatologia), factori determinanți (și ei produc în mod direct simptomatologia, dar sunt strâns legați de un anumit tablou clinic), favorizanți (cu rol catalizator), de risc (aparțin pacientului, sunt prezenți dinaintea instalării tabloului clinic și, împreună cu cei menționați mai sus, duc la apariția tabloului clinic) și de menținere (susțin simptomatologia).

c) **reacțiile de răspuns al organismului la acțiunea factorilor etiologici** - ce pot fi specifice sau nespecifice, fiecare din ele, la rândul lor, putând fi locale sau cu caracter general și putându-se manifesta la nivel biologic sau psihologic.

Noțiunea de boală, la fel ca cea de sănătate, are sens numai în funcție de omul privit ca un tot: ființă bio-psiho-socială, iar conceptul de boală este rezultatul localizării suferinței în spațiul corporal (considerat spațiul fiziologic atât al proceselor normale, cât și al proceselor patologice) al persoanei.

Un alt fenomen care apare este cel al *modei* în tratarea unor boli: binecunoscuta psihanaliză (pentru tratarea nevrozelor), tratamente naturiste, tehnici yoga, medicație homeopatică, reflexoterapie etc. Chirurgia plastică – model de normalitate ca utopie (idealul frumuseții) –, atitudinea față de avorturi, controlul sarcinii cu ajutorul anticoncepționalelor sunt doar direcții prin care societatea și cultura trasează limitele normalului și ale patologicului.

Astfel rezultă că neputința fizică sau psihică de a corespunde acestor standarde este catalogată drept boală.

Însă pentru C. Bernard, sănătatea și boala nu sunt decât două moduri de a fi esențialmente diferite și nu trebuie considerate ca entități distincte ce își dispută între ele organismul viu. Între ele nu există decât diferențe de grad: exagerarea, disproporția, dizarmonia fenomenelor normale constituie starea de boală. Iar dacă privim problema normalității și a anormalității dintr-o perspectivă antropologică, sănătatea va avea un caracter relativ, iar tipul de "om normal" devine, în cazul acesta, o abstracție ideală.

3. MODELUL BIO-PSIHO-SOCIAL AL SĂNĂTĂȚII ȘI BOLII

În 1977 psihiatrul elvețian de origine germană (americanizat) George Engel, propunea un model - ce va deveni celebru pentru explicarea naturii factorilor ce concură la apariția bolii- modelul bio-psiho-social. Validitatea acestui model ca și avântul luat de cercetările în domeniul Psihologiei Sănătății, au făcut ca, în anii de la începutul acestui mileniu să se poată vorbi, în aceiași termeni, despre un model al Sănătății (Bandura -2002) deoarece antidoturile pentru acești factori - biologici, psihologici și sociali - reprezintă soluții de ordin comportamental (comportamente salutogenetice).

Modelul BPS reprezintă o concepție holistică ce integrează în explicarea sănătății și bolii 3 categorii de factori care interacționează - fie negativ= patogeneza, fie pozitiv = salutogeneza - și a căror abordare cu metode specifice fiecăruia dintre acești factori (de către biologi, medici, psihologi, sociologi și alte specialități) contribuie la păstrarea/restabilirea sănătății.

Modelul Bio Psiho Social (MBPS) a fost precedat multă vreme de către modelul biologic (biomedical) al bolii deoarece acțiunea factorilor biomedicali, mai ales în bolile somatice, boli de care se interesează aproape exclusiv Psihologia Sănătății (Marks -2002) - a fost evidențiată cu mai multă ușurință, constituind, de fapt, elementul care este implicat cel mai direct și care poate contribui exclusiv la apariția bolii (de exemplu, o fractură).

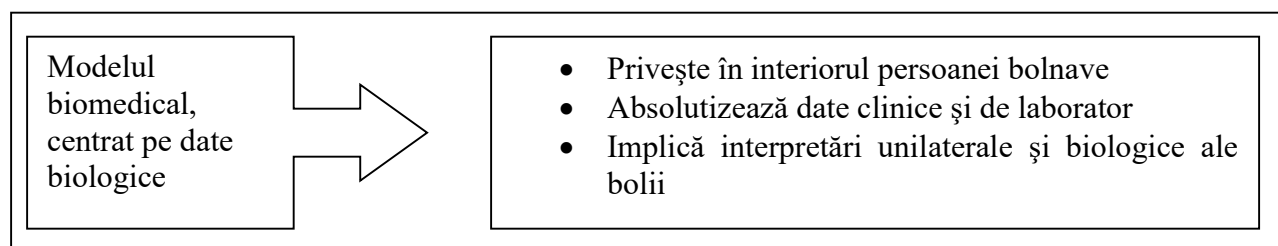


Figura 1

Din acest motiv, chiar și după recunoașterea valabilității - necontestate a modelului bio-psiho-social (MBPS), cei mai mulți dintre medicii practicieni continuă să utilizeze, și în zilele noastre, în plan diagnostic și terapeutic exclusive modelul bio medical, aflându-se pe o poziție considerată ca o "biologizare" a bolii (**atitudine biologizantă**). Faptul că, în realitate, acest MBPS este valid, chiar și în cazul unei boli somatice fără o cauză psihogenă (în exemplul dat, o fractură), este argumentat însă de către elementele de ordin psihic, însoțitoare ale afectării în plan biologic a bolnavului, reacția somato-psihică la durere și imobilizare (anxietate, iritabilitate, etc) ca și de către factorii sociali implicați (consecințe în plan social = absenteism, diminuarea veniturilor în cursul spitalizării, relații familiale posibil a fi perturbate, etc).

Există și o altă tendință (actuală) de psihologizare a bolii (**atitudine psihologizantă**) mai ales în rândul psihologilor, care ar trebui să fie informați - în cadrul pregătirii lor universitare și postuniversitare - de faptul că există unele boli psihosomatice cu pondere ereditară (de ex, diabetul zaharat, cancerul, astmul bronșic, etc) în apariția cărora factorul biologic este inevitabil dar, trebuie, totodată, recunoscut că - după apariția bolilor respective - ele se "comportă" și în funcție de factorii psiho-sociali.

În cele ce urmează, vom detalia succint aspectele legate de cei trei factori biologici, psihici și sociali.

A. FACTORII BIOLOGICI

Sunt reprezentați de stimuli externi¹ cu caracter fizic (ex. radiațiile solare - insolația), chimic (ex. intoxicația cu CO) și microbiologic (bacterii, virusuri, paraziți, și alte microorganisme) ce participă la apariția bolii.

În același timp, factorul biologic trebuie considerat și din **perspectiva sa „internă” de expresie a terenului biologic** al individului ce va fi afectat de boală, deoarece foarte des boala apare ca rezultat al

¹ personal am denumit prin termenul "factori organo-specifici" acest grup de stimuli externi, fizici, chimici, microbiologici - ca și comportamentele care îi pun în contact cu organismul (turnat, consum de alcool sau de alinierile nocive pentru unele boli - de ex: dulciuri, grăsimi - și expunerea neprotejată la boli venerice) - deoarece ei acționează cel mai intens asupra unui organ sau aparat. De exemplu, în etiopatogenia ulcerului acționează prioritar fumatul, cafeaua sau alte alimente excito-secretorii (condimentate, de ex.), aspirina, etc. sau în astmul bronșic intervin în declanșarea crizei : alergenii (polenul, praful de casă, etc), infecțiile virale respiratorii, ceața, mirosurile tari, etc.



unei evoluții interne a proceselor sale constitutive biologice (ex. diabet zaharat) accelerat sau încetinit de factorii externi biologici (ex. consum de dulciuri) și/sau psihosociali (ex. concediere, divorț, stressuri zilnice minore, compensate prin consum de dulciuri).

Din perspectivele salutogenezei, acest teren biologic reprezintă **resursele sănătății** iar din perspectiva bolii, **terenul de organ „meiopragic”** (cu o fragilitate la nivelul unor structuri considerate ca „locus minoris resistentiae”), pe care se grefează acțiunea nu numai a factorilor psiho-sociali, ci și a celor biologici eterni. De exemplu, un ulcer este agravat de reactivarea bacteriei *Helicobacter Pylori*, pe lângă acțiunea combinată a factorilor psihologici și sociali ce exprimă reacția bolnavului la un conflict social (ex. campania electorală a unui candidat). La rândul său acest „stress electoral” se concretizează și printr-un comportament cumulând alți factori de risc pentru boala respectivă (ex. fumat excesiv, consum crescut de cafea și alcool).

Toate considerațiile de mai sus tind să lărgescă accepțiunea de factor biologic prin evidențierea numeroaselor sale **interacțiuni cu ceilalți factori fundamentali ai sănătății și bolii: psihic și social**, care îl modelează în permanență, putând să producă uneori modificări calitative, care să îi confere o nouă dimensiune (de asemenea biologică) dar capabilă să inducă un alt mod de relaționare de același tip sau cu altă configurație psiho socială.

Un exemplu pentru a ilustra această afirmație este acela al unui bolnav care face un infarct miocardic în urma unui stres major (concediere) pe un teren biologic favorizant (tatăl decedat infarct miocardic). Acest teren biologic anterior infarctului se modifică considerabil (agravarea bolii după infarctul recent) devenind mult mai sensibil la o serie de factori externi organo-specifici precum efortul fizic excesiv, fumatul etc. Totodată în plan psihologic survine apariția unei depresii secundare infarctului care constituie un factor agravant pentru prognosticul rezervat al bolii, mai ales dacă factorii psihosociali - reprezentați de consecințele concedierii, și greutățile materiale consecutive bolii - își exercită presiunea lor tot mai crescută iar suportul social ar putea să fie minim sau chiar absent (văduv sau divorțat).

Absolutizarea factorilor biologici a generat, însă, un **model biomedical de abordare a bolnavilor** care poate fi rezumat în tabelul de mai jos (modificat după Restian) prin:

Factorii biologici sunt reprezentați de:

- a. Agenți fizici, chimici și biologici
 - b. Comportamente nocive ~ stilul de viață (factori de risc)
 - Permisiv pentru a.
 - Scad imunitate (la indivizi cu trăsături imunogene negative)
 - Afectează sistemul neuro-endocrino-vegetativ
- Acționează din exterior spre interior (organe —> sisteme; celule —> molecule)
- modificarea lor prin medicație sau chirurgie omite:
- efectul somato-psihic al bolii
 - etiopatogenia psihogenă
 - mobilizarea resurselor psihologice ale pacientului
- nu explică integral multe boli (cum ar fi schizofrenia, cancer, HTA)

Tabel 1. Modelul Bio – Medical

Tendențele biologizante în explicarea bolii, proprii corpului medical se manifestă prin absolutizarea factorilor de teren (ereditari) și/sau dobândiți - ex un diabet insulinar apărut după o parotidită urbană - oreion- cu complicație pancreatică, implicând distrugerea celulelor Langerhans, dar acest debut al unui astfel de diabet insulinar poate fi grăbit printr-o alimentație bogată în dulciuri și de către stresuri majore.



B. FACTORII PSIHOLOGICI

Sunt reprezentați de vulnerabilitățile psihologice și reacția în fața lor, pe de o parte, și, pe de altă parte, de resursele psihologice la care pacientul poate avea acces sau nu.

De multe ori, ceea ce constituie un tablou clinic favorizant pentru boli este o atitudine imatură în fața presiunilor sociale și a vulnerabilităților psihice (de exemplu, individul are trăsături de personalitate ca anxietatea sau depresia, care favorizează instalarea și dezvoltarea stresului psihic și creează o vulnerabilitate psihică pentru anumite tipuri de situații și reacții la acestea).

Rolul factorilor psihologici este de **domeniul evidenței clinice**, inclusiv prin considerarea unor date furnizate de **epidemiologie** și, desigur, de **cercetarea experimentală**. Din păcate, observațiile clinice nu pot fi invocate cu certitudine în toate cazurile - chiar dacă apar convingătoare - ca în cazul paralelismului dintre evenimentul biografic și evoluția bolii (v. Kourilsky) sau riscului pentru sănătate generat de modificările de viață, însumate după modelul scalei Holmes și Rahe.

Totuși, se poate vorbi de faptul că rolul stresului psihic este admis de toată lumea (în special distressul ca factor declanșant sau coparticipant în declanșarea și agravarea bolilor) astfel încât vom încerca în tabelul 2 să prezentăm o sistematizare a unora dintre principalele "contribuții" ale stresului psihic în patogeneză subliniind faptul că acest rol este mijlocit de punerea în mișcare a unei mașinării complexe de **mecanisme psiho-neuro-endocrino-imune** ce răspund de efectele somatice (psihosomatice) ale distressului.

Factori psihologici

1. Dezvăluiri prin observație clinică și epidemiologică

- psihogeneza tulburărilor mentale (ex. PTSD) și tulburărilor somatice (boli psiho-somatice)
- rolul permisiv al stresului psihic pentru agravarea bolii și pentru răspunsul prost la tratament
- comportamente de risc pentru boală și răspunsul psihologic al bolii, efectul placebo
- efectul favorizant în longevitate al eustresului și trăsăturilor imunogene de personalitate
- efectul benefic al psihoterapiei

2. Demonstrații prin date de laborator ce se referă la:

- hormoni de stres și efectele lor viscerale și imune (celule NK, INF gama)
- receptori neuroendocrini (catecolamine, serotonină, histamină, endorfine)
- neuro-pattern pentru unele boli psihosomatice și tulburări somatoforme (Hellhammer - 2004)
- date neurofiziologice asupra schimbărilor din cursul proceselor neuropsihologice
- Tomografie cu pozitroni, poligraf, etc.

3. Expresia lor majoră: bolile psihosomatice

- multifactoriale (factorii psihologici - rol major)
- vulnerabilitate dublă: psihologică (stres) și de organ
- evoluție ciclică (pusee de activitate separate de pauze - acalmie clinică)
- influență favorabilă a psihoterapiei și medicației psihotrope

Tabel 2. Rolul factorilor psihologici în patogeneză



În plus, acțiunea lui asupra compartimentului somatic al organismului - cu suprasolicitare predominant funcțională - nu provoacă boala decât la nivelul unor **funcții și structuri somatice "fragile" predispuse**, motiv pentru care, în cadrul unui stres psihosocial general ca de exemplu în calamități naturale sau sociale (războaie, revoluții) - unii indivizi se îmbolnăvesc de ulcer, alții fac infarct, dar rămân destui neafecțați de boală.

C. FACTORII SOCIALI

Acționează cel mai frecvent, prin intermediul factorilor psihici generând stresuri psihosociale (omul nu trăiește singur!) dar poate condiționa acțiunea unor factori biologici (ex. accidentele auto, bolile transmisibile, etc.) întrucât acțiunea lor a fost deja evidențiată parțial și va mai fi prezentată în capitolele următoare, vom reda succint rolul lor în sănătate și boală în tabelul 3.

Va trebui, să menționăm, în plus, faptul că Jane Ogden (2002) - conturând în mod precis și convingător domeniul sociologiei medicale - ne furnizează exemple care ne pot sugera o necesară și posibilă demarcație, în cadrul sintagmei „psihosociali”:

- **Factorii sociali** care exprimă presiunea socială/dar și suportul social, ca un context eminent extern;

- **Factorii psihologici**, ca o expresie a unui teren psihic cu o rezonanță specifică individului (indusă genetic sau biografic), la interacțiunea acestuia cu mediul extern (sociali dar și natural/artificial);

- Ar urma ca, după o astfel de delimitare să ne așteptăm ca implicarea sociologilor și respectiv psihologilor să se facă cu precădere la nivelul fiecăreia dintre cele două laturi (cu randament maxim în cercetare) dar, în practica celor care se ocupă de Psihologia Sănătății, cel mai adesea apropierea teoretică a celor două domenii nu solicită în mod expres înființarea unor „tabu-uri” în acest sens.

Factorii sociali implicați în sănătate și boală

Condiționează stresul psihic personal

Cresc frecvența bolilor în timpul catastrofelor

Afectează biologia individuală

Condiții de viață non-igienice

Statusul material socio-economic scăzut cu rol favorizant pentru anumite boli (infarctul miocardic, tbc)

Comportamente de risc, condiționate social (tipul comportamental A, fumatul „contagios”, alcoolism, abuz de substanțe)

Comunicare/izolare: influențe opuse asupra sănătății

Abordare individuală (medici, psihologi) și colectivă - socio-politică (campaniile anti-fumat din SUA)

Tabel 3. Factori sociali implicați în sănătate și boală.

Deci factorii sociali sunt constituiți din presiunea socială și suportul social, așa cum sunt percepuți de individ în contextul său. Ei sunt filtrați de factorii psihologici, pe care îi condiționează, rezultând astfel o combinație unică, specifică, ce creează contextul bolii. Spre exemplu, pentru două persoane poate părea că se află în aceeași situație socială pentru că lucrează în aceeași instituție, cu aceiași colegi, respectând același program de lucru și având aceeași fișă a postului. Diferența o poate face faptul că unul dintre ei este singurul angajat din familie, cu doi copii mici în îngrijire, spre deosebire de celălalt, care beneficiază de sprijinul financiar al soției și ai cărui copii sunt mari și se întrețin singuri. În acest caz, pentru unul presiunea socială este imensă, iar sprijinul primit, în comparație cu nevoile, este destul de mic, iar pentru



celălalt, putem constata că presiunea socială este cea obișnuită, care decurge din responsabilitățile de la locul de muncă, iar sprijinul este masiv.

Menționăm că toate datele despre situația socială a pacientului se regăsesc în foaia de observație clinică.

Modelul bio-psiho-social tridimensional al lui Engel deși este considerat încă viabil, începe să acumuleze și unele critici (v. Armstrong, 2002) dar menținerea lui ca reper fundamental pentru înțelegerea sănătății și bolii considerăm că este deosebit de necesară, în plus, el a fost îmbogățit cu adaosuri precum factorii ecologici (Ikemi) sau spirituali (Poldinger).

D. FACTORII ECOLOGICI SAU SPIRITUALI, INCLUSIV CONCEPȚIILE RELIGIOASE

Autorii de mai sus, chiar dacă folosesc diferiți termeni, accentuează rolul unor factori psihologici derivați din **sistemele de convingeri** ale individului, la rândul lor induse de educația religioasă, precum și de influențe socio-culturale regionale de apartenență. Este vorba de atitudinea individului față de viață în general, de mentalități ce reglează opțiunile și deciziile sale - inclusiv comportamentele sale în legătură cu păstrarea sau ruina sa proprie de sănătate - ca și față de problemele ridicate de apariția și evoluția bolii.

Religia impune o serie de comportamente salutogenetice și constituie o sursă lăuntrică de rezistență față de boală. Beneficiile pentru sănătate aduse de către religie sunt redată în tabelul 4. (care sistematizează date din literatură citate de Restian sau de Săndulache)

În cazul persoanelor care nu aderă la credințele și practicile religioase, dar și la credincioși, există și alte valori spirituale cu caracter normativ, inclusiv față de sănătate.

Este cazul să amintim o parte dintre acestea, cu rol pozitiv: tendința de **recreere în mijlocul naturii**, procurarea unor emoții estetice furnizate de valorile artistice, practicarea mișcării (a unui sport sau a fitness-ului dar și obiceiul efectuării unor plimbări lungi, etc) toate aceste obiceiuri favorabile păstrării sănătății oglindind preferințe și constituind mentalități compatibile cu salutogeneza. Tabelul 5 redă o sinteză personală asupra rolului factorilor existențiali - ecologici, denumiți astfel de către Yujiro Ikemi în cartea sa „Integration of Eastern with Western Psychosomatic Medicine”.

Rolul religiei în salutogeneza

- Suport moral

- Luptă împotriva anxietății și depresiei
- Remisiune mai rapidă (Milcu)
- Conceptele de păcat și postul sunt implicate în stilul de viață salutogenetic

- Credința ar determina o prevalență mai scăzută a bolii, cum ar fi insuficiența cardiacă cronică (Strohl)

- Rugăciunea pentru sine

- Eliberează forțe spirituale latente - eliberează endorfine (Stăniloae)
- Este necesară de asemenea și individului sănătos

- Rugăciunea pentru persoanele bolnave (de la distanță): scade complicațiile post-chirurgicale (ex. bypass = -30%, după Krucoff)

Tabel 4. Rolul religiei în salutogeneza (modificat Restian 2004)

Factorii ecologici / existențiali (IKEMI) = a patra dimensiune a MBPS

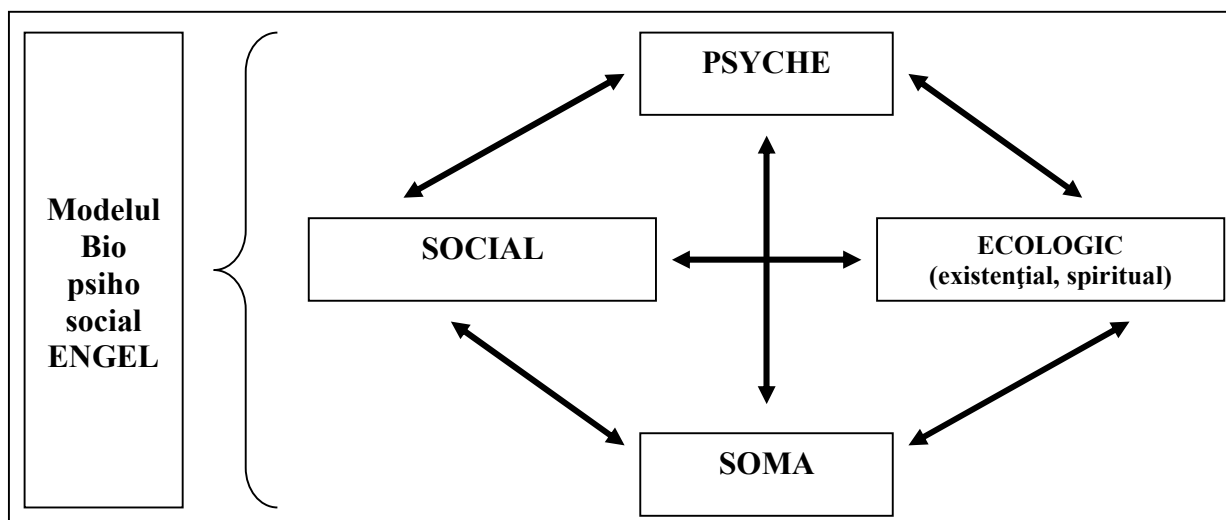
- reglează mentalitatea/ comportamente salutogenetice ale indivizilor (ieșiri în natură, artă, muzică, teatru)
- implică reglarea contactului individual cu mediul social
- derivă din concepțiile filozofice (religioase, de asemenea) asupra vieții
- reflectă influența religiei asupra sănătății individuale și colective
- generează terapia prin mijloace naturiste și ale terapiei complementare (yoga, acupunctura, etc.)

Tabel 5. Rolul factorilor ecologici în sănătate și boală

După cum se vede, cea de-a patra dimensiune a sănătății - existențială, ecologică -propusă de către Ikemi, este sinonimă factorilor spirituali - denumire vehiculată de alți autori (de ex. Poldinger - 1999). Ea exprimă, în estență, implicațiile și valoarea pentru sănătate a cultului divin și/sau cultului naturii (păgâne pentru atei sau divine pentru credincioși).

Considerăm că această dimensiune existențială a sănătății este legată, în ultimă instanță, de procesele mentale ale individului și că ea se exprimă în comportamentul acestuia în interacțiune cu ceilalți membri ai societății relații de suport social (salutogenetice) sau conflictuale (patogenetice). Din acest motiv, probabil (?), această formulare a influenței factorilor spirituali asupra sănătății - în cadrul dimensiunii existențiale/ecologice - nu a reușit să se impună atenției majorității autorilor care utilizează MBPS în forma sa inițială tridimensională creată de Engel. Acest fapt nu trebuie să diminueze interesul asupra acestei problematici cu profunde și durabile efecte asupra sănătății.

Se întâmplă des să ne judecăm aspru pentru credințele noastre profunde și să încercăm din răspuțeri să le schimbăm conform propriilor noastre judecăți și experiențe. Și rareori conștientizăm că acesta este unul dintre modurile în care ne rănim și ne respingem, iar pentru relația medic-pacient, un context social aparte, o astfel de respingere este devastatoare. Dacă ne reamintim că factorii ecologici provin din experiențele noastre cele mai profunde și că ele sunt mecanismele și strategiile prin care noi am supraviețuit și ne-am păstrat integritatea psihică, atunci înțelegem că nu există un instrument de măsură pentru a decide care este setul perfect de principii și credințe care ne asigură succesul în viață.





Considerăm că ar fi utilă poziționarea noastră față de conceptele de sănătate și boală ca fiind puncte fixe, abstracte, iar deciziile noastre care formează stilul de viață ne duc încet, încet mai degrabă către sănătate sau mai degrabă către boală. Ca să susținem un pacient în recăștigarea sănătății lui, este absolut obligatoriu să privim întregul tablou ca fiind o îmbinare complexă a tuturor factorilor, spre deosebire de abordarea superficială care se concentrează doar pe listarea comportamentelor sănătoase, fără a analiza motivația din spatele lor.

De exemplu, ni se spune des că alimentația este determinantă pentru starea noastră de sănătate. Atunci putem decide că ar fi bine să mâncăm cât mai multe dintre alimentele listate ca fiind sănătoase. Și putem face eforturi ca să ne organizăm tot programul alimentar în jurul acestei credințe. Conform cercetărilor actuale, dacă facem aceste schimbări fiind convinși de rolul lor benefic, atunci efectele lui sunt cele pe care le dorim, iar intențiile noastre concretizate într-un stil alimentar sănătos ne vor conduce încet, încet spre o stare bună fizică și psihică. În schimb, dacă aceste modificări sunt făcute cu presiunea psihică aferentă unei disperări cu care încercăm evitarea unei boli, iar atenția noastră este concentrată pe groaza pe care o provoacă posibilitatea că ne-am putea îmbolnăvi, atunci ceea ce obținem este o epuiare psihică ce, în ciuda eforturilor noastre, creează contextul ideal pentru boală.

Putem face aceeași analiză pentru dietele alimentare menite să aducă o scădere a greutatei corporale. O situație benefică este aceea în care conștientizăm greșelile pe care le face în alimentație și DECIDEM să producem schimbări pentru a ne îngriji mai bine. La polul opus este situația în care, cu respingerea profundă a propriei persoane și a modului în care arătăm, ne supunem la suferințe psihice și, drept urmare, luăm decizii drastice din disperare de a ne face agreabili.

Exemplele de mai sus au scopul de a ilustra rolul determinant al factorilor ecologici (sistemul de credințe ale individului despre sine și despre viață) pentru factorii psihologici și sociali, care mediază și filtrează reacția în fața celor biologici.

***Notă: Informațiile din aceste cursuri sunt, în mare parte, preluate din „Psihologie Medicală” de Ioan-Bradul Iamandescu, Ed. INFOMEDICA, București, 2005

Resurse online:

American Psychological Association (APA)

<http://www.apa.org/index.aspx> & <http://www.apa.org/topics/index.aspx>

Berkeley University of California General Psychology Lecture:

<http://www.youtube.com/course?list=EC1D6C5FC9E7B57AF3&feature=plcp>

Shippensburg University, Pennsylvania General Psychology E-text:

<http://webspaceship.edu/cgboer/genpsy.html>

Yale University - Psychology Video Tutorials - <http://oyc.yale.edu/psychology/psyc-110#sessions>

Education-Portal.com (Free Online Courses) Psychology 101 - 103 video lessons

<http://education-portal.com/academy/course/psychology-101.html>

About.com Psychology - <http://psychology.about.com/>