

Peter Shoenberg

Consultant: Ann Scott

# Psihosomatica

## Utilizări ale psihoterapiei

Traducere din engleză de

Oana Munteanu



Descrierea CIP a Editurării Naționale a României

SHOENBERG, PETER

Psihosomatice : utilizarea în psihoterapie / Peter Shoenberg ; trad. Diana Blahoveanu. - București : Editura Trei, 2007.

Conține bibliografie.  
ISBN 978-973-124-333-0

1. Psihoterapie. 2. Psihosomatice.

250.912

Rez. originală: *Psychosomatics: The Uses of Psychotherapy*

Autor: Peter Shoenberg

Copyright ©Peter Shoenberg 2007

Traducere în limba română

First published in English by Palgrave Macmillan, a division of Macmillan Publishers Limited under the title *Psychosomatics* by Peter Shoenberg. This edition has been translated and published under licence from Palgrave Macmillan. The author has asserted his right to be identified as the author of this work.

O.P. 16, Grădini I, C.P. 0480, București  
Tel. +4 021 300 60 90; Fax +4 0372 25 20 20  
e-mail: comanda@editura-trei.ro  
www.editura-trei.ro

ISBN 978-973-124-333-0

## Cuprins

- 9      **Lista ilustrațiilor**
- 11     **Cuvânt-înainte**
- 15     **Prefață**
- 21     **Mulțumiri**
- 25     **1. Introducere**
- 38     **2. Scurt istoric al medicinei psihosomatische**
- 58     **3. Orizontul psihoterapiei în tulburările psihosomatische: tehnica psihoterapeutică**
- 93     **4. Efectele stresului**
- 118    **5. Somatizarea: tulburări somatoforme**
- 146    **6. Anorexia nervoasă și bulimia nervoasă**

- 201 **9. Afecțiuni ale pielii**
- 215 **10. Afecțiuni cardiovasculare**
- 229 **11. Afecțiuni respiratorii**
- 240 **12. Afecțiuni osteomusculare**
- 252 **13. Durerea de cap**
- 257 **14. Aspecte psihosomatice în ginecologie**
- 267 **15. Abordări psihosomatice ale cancerului**
- 278 **16. Dezvoltarea imaginației psihosomatice**
- 291 **17. Concluzie**
- 293 Note
- 297 Glosar
- 319 Bibliografie
- 359 Index

## Lista ilustrațiilor

- 96 **4.1 Unele trasee ale stresului**
- 112 **4.2 Bebelușul Monica**
- 153 **6.1 Familia Smith**
- 207 **9.1 Eczemă acută la încheietura cotului**

În cadrul unei sesiuni de psihoterapie se concentrează pe o jumătate din două tipuri de practici se suprapun, iar altele diferă. În cadrul bolilor psihosomatice însă, cele două domenii au nevoie unui dialog într-o mare măsură. Medicul practician trebuie să ştie ce suntem să discutăm acordul pacientului propriu cu el, cum își gestioneză senzația și relația și care sunt apărările sale; cum trecutul continuă să influențeze prezentul. Psihoterapeutul trebuie să cunoască și ce se știe despre starea medicală generală a pacientului său, să îl pută fi semnificativ în legătură cu tipul simptomelor în ceea ce împotriva evoluției de vîrstă, care sunt prognosticul și tratamentul medical de alegere.

În această carte împărțită, mișcătoare și plină de inspirație, Peter Schönberg este preocupat de înținerea gândirii patologice și psihosomatice contemporane cu informațiile clinice care să sporească recunoașterea și înțelegerea psihosomatică. În scurtă timp, el respectă

de a folosi pasaje din capitolul despre aspectele psihosomatische ale bolilor individuale (scris împreună cu regretatul Heinz Wolff). Aș vrea să mulțumesc Editurii A.P. Watt Ltd, reprezentantă a lui Michael B. Yeats, pentru permisiunea de a cita din poezia sa „Into the Twilight”.

1

## Introducere

Cuvântul „psihosomatic” este necesar, întrucât nu există un cuvânt simplu care să fie adecvat pentru descrierea anumitor stări clinice.

(Winnicott, 2005, p. 133)

Siguranța cu care o mamă își ține și îngrijește copilul va transmite un sentiment de unitate a ființei și, astfel, va facilita o integrare a minții cu corpul; acest lucru permite o dezvoltare sănătoasă a exprimării emoționale, astfel încât emoțiile pot fi trăite ca fiind sigure și pline de sens. Volumul de față descrie modurile în care o asemenea stare de lucruri poate fi perturbată și, mai târziu, întreruptă, făcând ca unitatea dintre minte și corp să fie pusă în pericol. Aici sunt descrise mecanismele mentale și psihofiziologice care duc la apariția simptomelor psihosomatice.

Ştim din experienţa subiectivă<sup>1</sup> că avem o minte şi un corp. Deşi, când suntem sănătoşi, le resimţim cel mai adesea ca fiind într-un fel de unitate şi simţim că trăim în interiorul corpului nostru, există şi momente când le percepem ca pe nişte entităţi separate. În tulburările disociative, cum ar fi, de pildă, **depersonalizarea**, sentimentul de a nu prea apartine de propriul corp poate avea ca rezultat o

senzație dureroasă de lipsă de realitate. În acele stări clinice la care ne referim ca fiind tulburări psihosomatische poate exista, de asemenea, o disociere între minte și corp, deși aceasta este inconștientă. La unele persoane, când mintea le este prea copleșită de emoții pentru a le putea gestiona adekvat sau măcar conștientiza, corpul lor produce, direct sau indirect, simptome fizice sau boli; aceste manifestări fizice sunt considerate de către pacient, și uneori chiar de către medici, problema principală. Următoarea poveste ilustrează acest lucru.

### Studiu de caz

Un Tânăr a început să simtă junghiuri ciudate în obrazul drept, la scurt timp după ce a fost la dentist pentru o plombă. El a atribuit aceste dureri neplăcute tratamentului dentar pe care-l făcuse și, în următorii doi ani, a urmat numeroase tratamente stomatologice, anestezice și neurologice, toate fără niciun efect. În cele din urmă, a fost trimis la o clinică de psihoterapie din spitalul nostru, unde a fost văzut prima dată de o studentă la medicină. I-a povestit cum crescuse într-o familie lipsită de emoții, în care tatăl lui, polițist, se lua mereu de el. La școală fusese brutalizat de ceilalți băieți pentru că era efeminat. Își dăduse seama de timpuriu că este atras sexual de alți băieți, dar îi fusese foarte rușine de acest lucru și nu reușise să le spună părintilor. Când, ca adult, și-a găsit în cele din urmă curajul de a le spune, a fost socat și înfuriat de reacția lor. La scurt timp după aceea, i-au apărut durerile faciale atipice.

După ce i-a spus studentei povestea sa, el și studenta au fost uluiți să constate că durerile au dispărut. Amândoi și-au putut da seama atunci că emoțiile lui tulburate contribuau

semnificativ la simptomele sale fizice. Faptul că a fost ascultat de către o persoană caldă și plină de grija a permis dispariția temporară a simptomelor lui. Era pe punctul de a izbucni în lacrimi, dar, din cauza tendinței de a-și reprema sentimentele, n-a putut plângă. și-a dat seama că de mult avea nevoie să continue să discute cu cineva despre viață și copilăria lui, dacă voia o modificare a simptomelor sale, care erau psihosomatische. La puțin timp după aceea, a început psihoterapia.

Romanticii (ca Heinroth și Coleridge, de pildă) au inventat cuvântul „psihosomatic” pentru a descrie anumite boli fizice, despre care și-au dat seama că necesită și o explicație emoțională, pe lângă cea fizică. Aceasta a fost reacția lor față de materialismul științific predominant al medicilor de la începutul secolului al XIX-lea, ale căror descoperiri revoluționăse ră practica clinică și înțelegerea medicală a bolii cu ajutorul noilor cunoștințe de **anatomie patologică** (Foucault, 1973). Însă abia la sfârșitul secolului al XIX-lea, prin munca lui Charcot, Breuer și Freud, am început să căpătăm o oarecare înțelegere a felului în care mintea putea influența corpul. și acest lucru s-a datorat descoperirilor lor legate de o anumită boală psihosomatică, și anume tulburarea de **conversie** (numită și „isteria de conversie”, la vremea respectivă), precum și concepției lui Freud despre conținuturile mișcării inconștiente. Următoarele capitole au ca subiect bolile psihosomatische și utilizarea psihoterapiei ca ajutor în depășirea lor de către persoanele aflate în suferință.

Emoțiile și gândurile noastre sunt într-o continuă interacțiune cu corpul nostru. Roșim când ne este rușine, transpirăm și tremurăm când suntem anxioși, devenim insomniaci, obosiți și epuizați cu ușurință în depresie. La fel, inima ne bate mai repede și simțim o mult mai mare energie fizică atunci când suntem entuziasmați. În

anumite situații, simțim o detașare mentală față de corpul nostru: acest lucru este adesea o problemă a personalităților schizoide. În alte situații, cum ar fi, de pildă, când avem o durere fizică cronica severă, putem fi preocupați de corpul nostru până la epuizare mentală. În cazul bolilor fizice grave și potențial letale, această preocupare include o frică intensă, tristețe și gânduri depresive legate de amenințarea propriei morți iminente.

Unele boli fizice, prin efectele lor asupra creierului, produc tulburări emotionale majore, modificări serioase ale gândirii și chiar ale conștiinței. Sistemul nostru endocrin ne poate influența emoțiile. Dacă tiroida este hiperactivă, de pildă, nivelurile crescute ale hormonilor **tiroidieni** ne pot face să ne simțim tensionați. Invers, dacă tiroida este hipoactivă, este foarte probabil ca, în urma schimbărilor metabolismului cerebral, să apară depresia (Lishman, 1978, p. 596 și p. 607). În cazul hiperactivității **corticosuprarenalei**, un pacient poate deveni depresiv sau maniacal când se produc schimbări majore ale nivelurilor de corticosteroizi. Același lucru este adevărat și când un pacient are nevoie să ia steroizi ca medicație în tratamentul astmului bronșic cronic sau al artritei reumatoide cronice. Un alt exemplu este acela că memoria poate fi sever afectată de lipsa anumitor vitamine, cum ar fi deficiența de vitamina B6 din alcoolism.

În boli mentale majore, precum depresia sau anxietatea, au loc modificări profunde ale funcționării corpului. Într-o depresie severă, deseori pacienții neglijeză să aibă grija de ei însăși. Au un somn fragmentat, se trezesc foarte devreme dimineața, se simt obosiți și epuizați cu ușurință, sunt lipsiți de energie și au un libido scăzut. În plus, pot fi prezente constipația și pierderea apetitului, cu pierderea în greutate aferentă. În cazul unei femei, poate exista și o modificare sau chiar pierdere a menstruației. În anxietate, apar

semne generalizate ale excitației **sistemului nervos vegetativ**, astfel încât pupile sunt foarte dilatate, fiind însoțite de transpirații și tremur al mâinilor. Gura este uscată și pot fi prezente greață, vomă și diareea. Pulsul este crescut și pot apărea palpații. Adormirea este dificilă și persistă o senzație de oboseală.

După cum se poate vedea din exemplele de mai sus, între minte și corp există o interacțiune vitală atât când suntem sănătoși, cât și când suntem bolnavi, care ne face mereu conștienți de existența psihosomatică proprie și a pacienților noștri. Deși medicina psihosomatică se ocupă cu înțelegerea influenței evenimentelor mentale și emotionale asupra corpului, noi știm că, în realitate, este vorba despre un proces ce acționează în ambele direcții, pentru că orice tulburare psihosomatică poate induce aceeași anxietate și teamă ca alte boli de ordin fizic. Pacienții se pot simți stigmatizați de diagnosticul unei boli psihosomatische, pot să aibă efectiv sentimentul că li se spune că-și inventează sau imaginează simptomele, când, de fapt, în realitate, nimic nu este mai departe de adevăr. Iarăși, dacă, din cauza unui asemenea diagnostic, sunt trimiși la specialiști în tratamente psihologice, se pot simți respinși sau abandonați de medicul lor.

Multe tulburări psihosomatische nu sunt pur psihosomatische: o durere de spate declanșată de o poziție fizică defectuoasă, combinată cu modificări produse în structura coloanei vertebrale de o artrită, care a dus la o durere locală și posibil extinsă, poate fi afectată de o depresie sau anxietate preexistentă, înrăutățind întreaga situație. Astfel, noile simptome dureroase pot fi produse de această perturbare emoțională suplimentară. Toate acestea pot duce la teamă, resemnare și neajutorare, precum și la un posibil **beneficiu secundar** (dezvoltarea unui rol de bolnav/comportament de menținere a bolii), cu o interacțiune complexă între pacient, persoanele de îngrijire și mediu.

De asemenea, există și factori inconștienți (Winnicott, 2005) ce mențin simptomul psihosomatic și care fac ca pacientul să opună rezistență recunoașterii rolului propriilor emoții în producerea sau exacerbarea simptomelor. O asemenea rezistență trebuie respectată de către psihoterapeut la începutul terapiei, când poate exista totodată și o frică de dependență de o singură persoană (și anume psihoterapeutul). Atât Winnicott (2005), cât și Balint (2017) au observat că acești pacienți au deseori nevoie de o gamă largă de specialiști care să aibă grija de ei în diferite moduri, astfel încât dezvoltă dependențe multiple. Aceste dependențe pot reflecta **clivajul semnificativ** din inconștientul pacientului și îl protejează contra dependenței de o singură persoană.

Există câteva sisteme psihobiologice prin care creierul și corpul interacționează, și anume sistemul nervos central, sistemul nervos vegetativ, sistemele endocrine și sistemul imunitar. Fiecare dintre aceste sisteme înseamnă nu doar efecte ale creierului asupra corpului, ci și bucle de feedback complexe, ce oferă creierului informații cu privire la starea fiecărui organ și țesut intern, precum și despre efectele pe care le are asupra lor reglarea cerebrală exercitată (vezi capitolul 4). Aceste sisteme psihobiologice sunt influențate de starea noastră emoțională, care, la rândul ei, este influențată de factori atât conștienți, cât și inconștienți.

Observând deficitele fizice ale tulburării de conversie (numită înainte „isterie de conversie”), Freud și-a dat seama că fiecare simptom fizic poate fi înțeles ca o reprezentare simbolică, în limbaj fizic, a unui conflict inconștient nerezolvat. Acest conflict risca să producă emoții dureroase, iar pacientul a trebuit să-l nege, să-l refuleze și apoi să-l convertească, sub formă simbolică, într-un simptom ce imita un deficit senzorial sau motor al sistemului nervos vegetativ.

Această soluționare a conflictului era un compromis care permitea ca emoțiile dureroase să nu fie simțite.

### **Studiu de caz**

O fiică se temea de ostilitatea nerezolvată pe care o avea față de mama ei, care murise recent și pe care o îngrijise anterior, după ce rămăsese cu un picior paralizat în urma unui accident vascular. În doliul ei, fiica dezvoltase o slabiciune a acelui picior ca și mama, în loc să-și înfrunte durerea produsă de sentimentele ei ambivalente față de mama moartă.

Freud și-a dat seama că asemenea conflicte țineau în principal de copilărie atunci când a descoperit că multe dintre pacientele sale fuseseră abuzate sexual în copilărie<sup>2</sup>, eveniment care, la momentul respectiv, a stârnit frică, vinovăție, excitație și umilire, dar care, ulterior, a fost refuzat și uitat. Aceste conflicte au fost trezite iar de un nou conflict din prezent, care a provocat amintirile din trecut, cauzând apariția simptomului de conversie. Vedem tulburarea de conversie și astăzi în clinicele medicale și de neurologie, precum și la pacienții ce suferă de tulburări de stres posttraumatic, cum sunt cei ce au fost în zone de război (vezi capitolul 5, „Somatizarea: tulburări somatoforme”).

Făcând legătura între conflictele inconștiente și limbajul corpului din tulburarea de conversie, Freud și-a inspirat colegii din breasla medicală, mai ales pe medicul german George Groddeck (Groddeck, 1977), să presupună că și alte boli fizice legate de stres aveau o semnificație simbolică, ceea ce le făcea astfel receptive la o combinație între psihanaliză și medicină. Mai târziu, medicul și psihanalistul american Flanders Dunbar a argumentat că vulnerabilitatea personalității unui pacient cu o anumită boală fizică ar

putea contribui la cauza bolii prin intermediul altor mecanisme psihologice decât conversia. Acest lucru a dus la dezvoltarea școlii Responde psihanaliză din Chicago, ai cărei membri susțineau că anumite personalități erau asociate cu anumite boli psihosomatische (Alexander, French și Pollock, 1968) (vezi capitolul 2, „Scurt istoric al medicinii psihosomatici“).

Noi nu mai privim personalitatea ca fiind atât de specifică unei anumite boli, dar considerăm că, în cazul anumitor tulburări psihosomatische, anumiți precipitanți psihologici au interacționat cu diferite vulnerabilități nespecifice ale personalității pentru a produce boala. Acest lucru se datorează faptului că sunt afectate procesarea emoțională și reglarea de către creier, ceea ce duce la modificări în corp, care apoi, la rândul lor, precipită sau chiar contribuie la apariția unei boli sau a unei disfuncții (vezi capitolul 3, „Orizontul psihoterapiei în tulburările psihosomatische: tehnica psihoterapeutică“).

## Definiția bolii psihosomatische

O boală psihosomatică poate fi definită drept orice boală fizică în ale cărei precipitare și menținere, iar în unele cazuri chiar producere factorii psihologici au jucat un rol semnificativ. În practică, factorii psihologici sunt rareori singurii sau cei dominantii, cu excepția tulburărilor alimentare, a tulburării de conversie, ipohondriei și a tulburării dismorfice corporale. Factorii psihologici constituie adesea doar un element dintre mulți alți factori, printre care se numără cei genetici, imunitari și de mediu (infectiile, de pildă), precum și factori fizici încă necunoscuți, care conduc la apariția și persistența unei boli. Dacă factorii psihologici, precum o pierdere grea, pot fi cei ce precipită apariția bolii, ei nu pot fi considerați în sine cauza acelei boli.

## Tipuri de boli psihosomatische

Cele mai întâlnite boli psihosomatische sunt perturbările funcționale ale corpului în care fiziologia disfuncțională a condus la simptome fizice: aici nu există o patologie structurală (adică nu există leziuni ale țesuturilor corpului). Acestea sunt numite, de obicei, *somatizări* sau *tulburări somatoforme*. Ele reprezintă până la 30% dintre toate consultațiile medicale în ambulatoriu. Unele dintre ele — precum tulburarea de conversie (numită înainte isterie de conversie), tulburarea de somatizare, tulburarea dismorfică corporală (numită înainte dismorfobie), ipohondria, sindromul colo-nului iritabil, pruritul (mâncărurile), sindromul obozelii cronice, dismenoreea și migrena — își au locul lor în clasificările diagnosticice. Însă multe alte somatizări nu pot fi clasificate în mod precis și pot varia ca durată, nefiind atât de evidente ca manifestare. Am prezentat multe grupe de diagnostic al somatizării în capitolul 5. Oriunde ele reprezintă o tulburare funcțională a unui anumit sistem corporal, le-am prezentat în capitolul relevant legat de acea parte a corpului (capitolele 8–14).

Mai puțin obișnuite, dar mai periculoase la adresa vieții sunt tulburările alimentare, al căror rezultat este reducerea greutății, culminând cu mai puțin frecventă anorexie nervoasă sau cu mai des întâlnita bulimie nervoasă. Aceste tulburări prezintă riscuri ridicate pentru sănătate și starea de bine; în cazul anorexiei nervoase există și un risc ridicat de sinucidere (mai ridicat decât pentru orice altă boală psihică). În anorexie are loc o scădere semnificativă a greutății corporale prin autoînfometare, din cauza fricii morbide de a fi gras. În bulimia nervoasă, pacientul recurge la mâncatul compulsiv și vărsături. Aici, deși pot să nu existe pierderi în greutate semnificative, pacientul poate fi în pericol să dezvolte tulburări metabolice