

Cap. 8. Importanța simptomelor în medicina și problema simptomelor inexplicabile medical (SIM)

8.1. Ce este simptomul pentru medicina

Simptomele sunt chiar în inima medicinei. Dacă ar trebuie să fac o metaforă aș alege pe cea în care simptomul este ca graunțele de cuarț pe care scoica îl folosește pentru a genera mai apoi o perla. Mai pot spune și că simptomul este ceea ce îl aduce pe bolnav la medic, fără simptome nu ar exista nici bolnavi și nici medici! Și aș mai spune că nu există individ care în decursul vieții lui să nu fi experimentat vreun simptom. Toate acestea și multe altele le-au făcut pe Tiokhin (2016) să spună că această legătură dintre simptome și boala a făcut ca medicina să fie posibilă.

Un element fundamental al consultației medicale este faptul că este locul în care medicul se întâlnește cu simptomele pacientului. Aceste simptome orientează drumul pe care examinarea medicală o va lua mai apoi și, în final, contribuie efectiv la formularea unui model explicativ și la decizia diagnostică. În majoritatea cazurilor, pacienții care se prezintă la medic sunt cei cu simptome severe, adică acele simptome care generează suferința, cele care interferează cu viața curentă și care ar semnaliza debutul sau prezența unei boli ce necesită atenție medicală.

În mare, consultația medicală se petrece după o secvență oarecum tipică: un individ care acuză simptome pe care le consideră expresia unei boli, se prezintă la medic adoptând astfel rolul de pacient. El a dorit să vadă un medic pentru a prezenta suferința lui și pentru a cere ajutor în determinarea și explicarea cauzelor acesteia, cu alte cuvinte pentru a i se pune un diagnostic medical și a i se recomanda un tratament. Luând contact cu plângerile pacientului, medicul inițiază anamneza, adică comunicarea explicită cu scopul de a identifica și sistematiza "simptomele", metoda prin care se obține o narativă privind starea prezentă și istoria suferinței, ca mai apoi, prin examinarea fizică a corpului pacientului, medicul să caute "semnele" suferinței lui, adică acele date obiective obținute prin examinarea standardizată a corpului pacientului.

Este important să facem distincția între simptomele pacientului și semnele pacientului. Se poate spune că simptomele au prioritate în examinarea medicală, ele generând atât contactul cu medicul, cât și orientarea ulterioară a examinării fizice și a examenelor paraclinice necesare formulării unui diagnostic. Sursa simptomelor este pacientul, medicul doar le validează sau nu,

respectiv le considera explicabile medical, importante pentru formularea unui diagnostic, sau le considera intamplatoare, neimportante, nesemnificative medical. Aceasta din urma categorie de simptome carora medicul, în ciuda unor examinări minuțioase, nu le găsește nici o explicație medicală, reprezintă subiectul capitolului de față.

În felul cum este organizată asistența medicală curentă, bolnavul se adresează de regulă medicului de familie, acesta fiind plasat în linia întâi de îngrijire, motiv pentru care îngrijirile oferite de acesta se mai numesc și “primare”. Aici pacientul caută să obțină o explicație, un diagnostic și un tratament. Conform statisticilor, majoritatea pacienților sunt satisfăcuți de consultația medicală și de tratament, dar există și o minoritate care se întorc la medic, fie pentru că nu au obținut o explicație satisfăcătoare suferinței lor, fie că starea lor nu s-a îmbunătățit. În afara de aceste două categorii mai sunt și pacienți care vin pentru a fi îndrumați la examinări paraclinice sau la medicii specialiști, acestea făcând parte din “îngrijirile secundare”. Mai sunt și unii pacienți care deschid mereu ușa medicului, din dorința de a fi siguri că el a înțeles suferința lor și a pus un diagnostic corect sau pentru a afla date suplimentare despre evoluția bolii lor. Acești pacienți, care frecventează cu asiduitate medicii din îngrijirile primare sau secundare, sunt numiți de medici pacienți plictisitori, pisalogi, plângăreți, care vor să-ți rupă inima, incapatanți, revendicativi, neîncrezători, etc. Comportamentul acestor pacienți ar putea fi determinat de mai multe motive, printre care se menționează: pacientul crede că medicul s-a grăbit, pacientul pune la îndoială competența medicului, medicul nu a avut destulă abilitate pentru a explica simptomele sau pacientul fabrică simptomele sau le exagerează pentru diferite motive non-medicale.

Sebeok (2001) prezintă o istorie comprehensivă a noțiunii de simptom medical, subliniind rolul acestuia în dezvoltarea semioticii ca ramură de știință aparte. Povestea începe cu Hipocrate (460-370 î.Hr.), părintele necontestat al medicinei, care a vorbit primul despre simptomele bolilor și astfel a creat semiotica ca un demers al medicinei în vederea studierii simptomelor considerate semne sau mesaje ale suferinței corporale. În acele timpuri se făcea diferența între medic și chirurg, medicul diagnostica și trata boli corporale a căror cauză și consecințe interioare nu le putea vedea și în consecință puneă pret pe simptome, pe când chirurgul avea acces dincolo de învelișul corpului. Conform ideilor lui Hipocrate, sarcina principală a medicului este de a lămuri carui fapt anume îi ține locul un simptom. Discipolul lui Hipocrate, Galen (129-216 d.Hr.), medicul personal al împăratului roman Marcus Aurelius, cel

care a inițiat primele studii de anatomie și fiziologie a corpului uman, a putut face un pas în plus în studiul simptomelor, în evidențierea legăturii lor cu afecțiunile corpului și cu rolul lor în diagnosticul medical. El diviza medicina în cinci mari părți: fiziologia, patologia, semiotica, terapeutică și igiena. Pentru el semiotica era plasată la granița dintre teoria și practica medicală și explica felul în care semnele pe care le culege medicul îl pot conduce la diagnosticul bolilor corpului. El este considerat părintele semiologiei medicale, ramura fundamentală în studiul medicinei clinice. Semnele principale pe care Galen le lua în considerare erau legate de studiul proprietăților fizice ale urinei, urina fiind produsul transformării sângelui de către rinichi și astfel urina putea fi un indicator extern, obiectivabil, al stării funcționale a corpului (Johnston, 2006). Alături de semnele relevate de urină mai erau semnele clinice ce erau extrase din studiul pulsului, semne ce puteau evidenția starea funcțională a inimii și semnele care erau evidente pe pielea bolnavului. Aceste semne fizice sunt cele care au dirijat activitatea medicului până în Renastere, ajungând să fie teoretizate și ierarhizate de Jean Fernel (1497-1558) în tratatul său *“Seven Books of Pathology”*. Fernel este cel care vorbește de deosebirea dintre simptom și semn. Pentru el simptomele sunt lucruri *“dincolo de natură”*, pe când semnele sunt lucruri *“împotriva naturii”*, adică exprimă modificări patologice ale corpului. De ex. culoarea închisă a pielii după expunere la soare este un simptom și nu exprimă ceva contra naturii corpului. Această distincție dintre simptome și semne este menținută sub diferite forme în timpul Renasterii, iar Lazarus Riverius (1589-1655) afirmă că simptomele sunt mai mult rezultatul bolii, pentru că apar și dispar odată cu boala, în timp ce semnele sunt lucruri pe care medicul le ia în considerare când face diagnosticul, ele fiind evidente pentru simțurile individului și semnificând ceva ascuns în corpul omenesc, ca de ex. durerea, tusea, etc. Abia în sec. XVIII, medicul olandez Herman Boerhaave (1660-1734), considerat fondatorul învățământului medical clinic modern, începe să facă diferența care există și astăzi între simptome, ca ceva resimțit sau trăsătură de bolnav și semne, ca ceva care se lasă observabil simțurilor, precum văz, pipăit, auz sau miros (French, 1998).

Cuvântul "simptom" vine din greacă (*“σύνπτωμα”*) care înseamnă accident, întâmplare, nenoroc, o îndepărtare de la statutul normal, o stare neobisnuită sau un declin sau deteriorare a funcției normale a persoanei care îl acuza. Un simptom este o stare subiectivă, este o trăire a persoanei respective. Cum spuneam mai sus, în semiologia medicală se mai folosește și termenul de semn, care este un alt indiciu al bolii care este vizibil sau observabil de către alții. Se poate constata că simptomul este o expresie subiectivă, verbală a pacientului, pe când semnul este o

expresie obiectivă, uneori chiar măsurabilă, a bolii acestuia. Pentru Seboek (2001) simptomul este în lumea privată a introspecției pacientului și semnul este în lumea publică a celor din jur sau a medicului.

Pentru Cassirer (1944) simptomele și semnele reprezintă două universuri discursive diferite, semnul făcând parte din lumea fizică și simptomul ca parte a lumii umane a semnificației. Astfel, simptomul poate varia în funcție de expeditor, fiind narat la persoana I-a de cel care-l trăiește, și de destinatar, cel care-l ascultă, de obicei medicul, narat de acesta din urmă la persoana a 3-a. Simptomele apar în majoritatea cazurilor în conjuncție cu semnele bolii. Deși medicii sunt de acord că există o distincție semantică între simptom și semn în medicină, ei nu pot detalia esența acestei distincții în legătură cu o boală anume și, nu de puține ori, se asistă la suprapunerea totală sau parțială a acestor două categorii de indicii, simptomele și semnele bolii. Oricum ar fi, semnele și simptomele nu sunt categorii naturale, nu au existență independentă, nu sunt feluri naturale (*“natural kind”*), doar medicina le consideră universale în numele nevoii unui realism ontologic.

Cox și colab. (2014) au făcut o analiză a înțeleșului simptomelor și semnelor și au identificat aproape 30 de definiții diferite menționate în dicționare și tratate medicale. Dintre acestea amintesc aici unele definiții ale simptomelor: “anormalități din punct de vedere al pacientului”, “evidență subiectivă a bolii trăită de pacient”, “orice fenomen morbid sau abatere de la normal în structură, funcție sau senzație trăită de pacient, indicând o boală”, sau “o familie de fenomene a căror natură este trăită la persoana întâia”. În cazul semnelor ei au găsit definiții precum: “anormalități detectate de medic”, “evidență obiectivă a bolii observată și interpretată de medic”, “orice anormalitate indicând o boală evidențiată prin examinarea pacientului” sau “semnele sunt detectabile de alta persoană și uneori de pacientul însuși”. Acești autori remarcă faptul că există mari dificultăți de a reprezenta ontologic cele două entități, simptome și semne, dificultăți care se reflectă în utilizarea adecvată a lor, în stabilirea trasaturilor definitorii, a înțeleșului pentru pacient și pentru medic ca și în procesul prin care ele participă la construcția naturală sau artificială a bolii. Berrios și Markova (2006) formulează o definiție pragmatică a simptomului, afirmând că el este un fenomen corporal sau mintal care acompaniază boala sau afecțiunea, constituind o indicație sau evidență pentru existența acesteia. Medicina persistă să facă distincția dintre simptome și semne. distincție care este cuprinsă în semiologia medicală și care stă la baza construcției medicale a bolii și a diagnosticului acesteia.

Deși pentru majoritatea covârșitoare a oamenilor, prezenta unui simptom este un indiciu asupra prezentei unei boli ce necesită consultarea unui medic, există și indivizi care nu consideră necesar să se adreseze unui medic, gândind că simptomele vor trece de la sine și sunt doar parte a vieții naturale a oricărui om. Există și situația în care indivizilor care se adresează medicilor pentru diferite simptome nu li se găsesc nici un fel de explicații științifice, nici o corelație rezonabilă cu prezenta unei boli. Interpretarea acestor situații conduce la luarea în considerare a diferenței dintre boala și suferința. Suferința este experiența subiectivă a pacientului trăită sub forma simptomelor descrise de el, răspunsul lui la diferite simptome, pe când boala este o anomalie patologică în structura și/sau funcțiile organismului. Eisenberg (1977) spunea că suferința este experiența schimbărilor din starea ființei și în funcția ei socială. Suferința îl face pe pacient să caute ajutorul medical și aici el capătă justificarea suferinței lui prin obținerea unui diagnostic și a unui nume pentru aceasta, care devine numele bolii sale. Totuși, suferința și boala nu sunt entități sinonime și nici proportionale. Astfel, sunt suferințe cu puține simptome sau cu puțină patologie subiacentă, precum sunt și boli cu tulburări organice subiacente dar cu puține simptome sau cu puțină suferință. Se justifică astfel ideea că experiența subiectivă a bolii nu corelează întotdeauna cu ceea ce medicul obiectivează în timpul examinării medicale (Heinrich, 2004).

În vocabularul medical există o serie de calificative sau descriptori care se atasează simptomului, atunci când el este descris și inventariat în “cortegiul simptomatic” al unei entități clinice. Astfel, putem avea simptome care persistă în timp, numite și “cronice”, sau simptome cu apariție bruscă și de intensitate mare, care obișnuit sunt numite simptome “acute”. În funcție de poziția ierarhică pe care un simptom o are în naratiunea pacientului putem avea simptome “majore” sau simptome “secundare”, iar în funcție de cât de evocatoare sunt pentru o boală anume, putem avea simptome “patognomonice sau cardinale”; mai avem și simptome clasificate în legătură cu comportamentul de căutarea a ajutorului, a perturbării funcționării sau a dizabilității, precum simptome ușoare, moderate și severe (Smith și Dwamena, 2007).

De cele mai multe ori simptomele nu sunt prezentate izolat, ele se agregă cu alte simptome sau cu diferite semne corporale, asociație care, conform frecvenței de apariție împreună sau a unor considerații fiziopatologice, capătă denumirea de sindrom, entitate clinică care poate să poartă un nume, poate avea o existență proprie, autonomă, sau poate face parte din construcția unei boli specifice. Din punctul de vedere al nosologiei medicale, a clasificării și definirii bolilor,

sindromul nu are dreptul de a fi o entitate nosologică propriu-zisă, ci poate avea o prezență temporară în descrierea unor afecțiuni până când, cercetarea științifică și procesul de validare și confirmare va postula o boală bine definită în a cărei compoziție sindromul respectiv poate fi parte constitutivă, păstrându-și sau nu numele și identitatea descriptivă și coerentă fiziopatologică, de ex. sindromul febril prezent în mai multe boli infecțioase, sau sindromul dispeptic prezent în mai multe boli digestive și nu numai.

La calitățile și apelativele atasate simptomelor, prezentate mai sus, trebuie să mai adăugăm clasificarea cauzală a simptomelor. Astfel există dihotomia tradițională dintre simptome fizice, organice, somatice sau corporale, pe de-o parte, și simptome mintale sau psihologice, pe de altă. Simptomele somatice și legătura lor cu anumit substrat lezional este de dată mai recentă, odată cu apariția modelelor anatomo-clinice din secolul XIX, perioada în care s-a conturat corelația dintre modificările anatomo-patologice și expresia lor simptomatologică. Un moment remarcabil în această evoluție este datorat lui William Osler (1849-1919) care formulează principiile moderne ale diagnosticului și tratamentului bolilor, dând prioritate căutării simptomelor și semnelor bolnavului și legăturii acestora cu modificările patologice ale organismului. Căutarea cu abnegație a acestei legături în timpul consultației medicale se numește și astăzi "idealul oslerian" (Bliss, 1999). Foucault (1963) amintește și de un alt jalon al acestei evoluții, numit de el "nasterea clinicii", născută din moștenirea lui Xavier Bichat (1771-1802), care a pus bazele spitalului clinic ca instituție științifică și de învățământ, organizare care a permis ridicarea observației clinice și a căutării modificărilor anatomo-patologice la rangul de rutină clinică. Așa a sosit momentul ca noțiunea de boală să capete o descriere simptomatologică și o coerență internă cauzală, deși legătura dintre simptome și semne pe de-o parte și leziunea organică subiacentă rămânea de multe ori ambiguă sau doar presupusă.

Mai mult decât în medicina somatică, legătura dintre simptom și boală în cazul tulburărilor mintale este ambiguă, existând multe afecțiuni psihiatrice care împărtășesc aceleași simptome, iar existența simptomelor patognomonice în cazul acestor boli este mai mult decât problematică (Kroenke și Rosmalen, 2006).

Și într-un caz și în altul, există o dezbatere legată de felul cum modificări fiziopatologice sau psihopatologice ajung să fie exprimate ca simptome, adică narativ, respectiv să capete o expresie lingvistică care să fie comună mai multor indivizi.

Pentru Thure von Uexkull (1982), considerat ca unul din părinții medicinei psihosomatic, și fiul celebrului biolog Jakob von Uexkull, părintele biosemioticii, problema clasificării simptomelor trebuie pusă în legătură cu câte “feluri” de medicină există. Pentru el medicina se prezintă în trei ipostaze: i) medicina ca știința naturală, în care boala este o tulburare organică, biochimică și anatomo-patologică, ii) medicina psihologică, în care boala este generată de tulburări psihopatologice și iii) medicina psihosomatică în care boala poate fi explicată prin mecanisme intricate ale primelor două feluri, descrise anterior. În fiecare din aceste ipostaze, ceea ce este un simptom, semn și simbol poate fi diferit, dar rămâne constant faptul că diferența dintre simptom și semn se bazează pe diferența dintre subiectiv și obiectiv, dintre cel care trăiește și are experiența trăirilor neobisnuite și cel care vede sau observă modificările neobisnuite corporale sau comportamentale.

Ce semnifică și felul în care simptomele sunt prezentate doctorilor sunt determinate de contextul social în care simptomele sunt experimentate, de felul cum boala este construită din punct de vedere cultural, de credințele și așteptările pacientului și de limbajul utilizat de ambele părți, pacientul aflat în lumea laică și doctorul aflat în lumea profesională. Pentru mulți dintre noi oboseala, durerile musculare sau problemele digestive pot fi probleme zilnice. Acestea ar putea să nu fie expresia unei boli, cele mai multe din aceste senzații somatice putând fi tranzitorii, nederanjante și neafectând aspectele majore ale vieții. Pe de altă parte, există o puternică evidență care sugerează că în asemenea cazuri, aceste simptome zilnice pot deveni o problemă semnificativă pentru indivizi și societate (Fisher, 2015).

Ca o aserțiune care stă deasupra tuturor altor considerente, se poate spune că simptomele sunt cele care fac diferența dintre boala și sănătate, simptomul fiind prima cărămidă la temelia unui diagnostic. Dacă acceptăm că o boală are un statut ontologic care presupune o afectare organică, funcțională sau structurală, există și cazuri în care putem constata existența simptomelor fără să putem decela o boală. Acesta este cazul simptomelor inexplicabile medical de care va fi vorba în acest capitol. Din punct de vedere semiotic problema care se ridică este dacă aceste simptome sunt expresia unei boli sau este vorba de o altă relație dintre semnificat și semnificant.

În acest moment al discuției, se pot pune două întrebări: i) sunt simptomele suficiente pentru a avea certitudinea existenței unei boli sau pentru diagnosticul unei boli? și ii) atunci când plângerilor pacientului nu li se găsesc explicații conform cunoștințelor medicale, mai pot fi ele

denumite simptome? Răspunsul la această primă întrebare duce la problema “*pragului de semnificație clinică*”. În absența unor markeri biologici sau clinici clari, care să susțină existența unei boli, acest prag este reprezentat de un raționament clinic tacit prin care simptomele sunt coroborate cu alte date clinice ce au putut fi culese la examenul fizic al pacientului, raționament care poate justifica suspiciunea unei boli și recomandarea unor examinări paraclinice suplimentare care să conducă la un diagnostic prezumptiv sau de etapă. În cazul bolilor mintale, această convenție stabilește că nu poate fi vorba de o boală numai pe baza simptomelor, dacă ele nu aduc și un nivel semnificativ de disconfort și dizabilitate cu răsunet asupra funcționării sociale, familiale și vocaționale (American Psychiatric Association - Diagnostic and Statistical Manual-5, 2013). În cazul bolilor somatice, nivelul de suferință și răsunetul asupra funcționării sunt subsumate conceptului de “*severitate*” a simptomelor prezentate, severitate pe care medicul o apreciază folosind un amestec de criterii obiective și subiective.

Răspunsul la a doua întrebare ne duce la constatarea că, în mod uzual, plângerile pacientului care nu își găsesc explicație științifică sunt trecute cu vederea, și doar dacă pacientul le reiterează ca având importanță pentru starea lui de sănătate, ele obțin o atenție medicală. Aceste simptome, fără justificare conform modelului biologic al bolii, model dominant al medicinei moderne, se numesc “*simptomele inexplicabile medical*”. Dar dacă plângerile unui pacient nu își găsesc structura și determinismul “*medical*”, mai pot fi ele considerate simptome? Conform considerentelor generate de pragul de semnificație clinică, de care am vorbit mai sus, răspunsul ar fi pozitiv în măsura în care ele antrenează suferința și determină un comportament de căutare a sănătății, respectiv prezentări la medic, în vederea obținerii unei explicații biologizante și a unei replici terapeutice în consecință. Aceasta din urmă perspectivă a fost postulată în DSM-5 prin introducerea unei noi entități clinice: “tulburarea cu simptome somatice”, de care voi vorbi mai departe.

Presupoziția de bază în medicină este că simptomele corporale reflectă o patologie organică, adică o boală a corpului. Boala este văzută ca o condiție patologică identificabilă pe baza simptomelor și semnelor. Această abordare a fost numită “biomedicală” care este eticheta de astăzi a modelului medical al bolii. Nucleul central al acestei abordări este presupunerea că boala poate fi înțeleasă pe deplin și explicată în termenii devianței de la funcționarea normală biologică, evidentiată și măsurabilă. Prin această afirmație, boala este prevăzută cu o calitate “obiectivabilă” și se referă la o malfuncție sau o maladaptare a proceselor biochimice, fiziologice

și biologice ale organismului, aflată în opoziție cu suferința pacientului, care este văzută ca o experiență subiectivă (Clarke, 2010); în alte cuvinte, boala este ceva a organului, în timp ce suferința este ceva a omului (Helman, 1981). Prima poate fi înțeleasă prin raționamente specifice bazate pe date obiective, cea de a doua poate fi înțeleasă prin empatie.

2. Ce sunt simptomele inexplicabil medical

Pentru mulți dintre noi experiența oboselii, a durerilor musculare sau a problemelor digestive este o chestiune aproape zilnică care nu i se dă importanță, multe dintre aceste simptome apar și dispar tot așa de repede cum au venit. Pentru alții, aceste probleme sunt importante sau cronice, interferează semnificativ cu viața de zi cu zi, și îi determină să se adreseze medicilor. Faptul că uneori, în spatele acestor simptome, nu se găsește o cauză organică sau o altă explicație medicală este o problemă frustrantă atât pentru pacient, cât și pentru medic. Incapacitatea de a găsi o explicație medicală unor simptome recurente sau cronice pune la îndoială competența doctorului și generează de multe ori o coliziune între doctor și pacient. Astfel, înțelegerea, recunoașterea, explicarea și managementul simptomelor inexplicabile medical (SIM) sunt o sarcină esențială pentru practica medicală curentă. Pentru mulți practicieni această problemă este provocatoare, cu atât mai mult cu cât conceptualizarea SIM este neclară și variază de la doctor la doctor. Gestionarea acesteia depinde în mare măsură de comunicarea dintre medic și pacient (Rosendal și colab. 2017).

Privitor la modul cum simptomele medicale și expresiile lor sunt construite în timpul consultației medicale, Berrios și Markova (2006) preiau ideea lui Platon care împarte spațiul epistemologic în două părți: inteligibil sau rațional și subiectiv. Astfel, ei vorbesc despre faptul că simptomele se fac vizibile atât în spațiul "lingvistic conventional", cât și în spațiul "meta-lingvistic". Conform acestei teorii, noi avem simptome care sunt prezentate în mod explicit, precum simptomele corporale, și simptome care sunt prezentate în mod "metaforic" sau "simbolic", ca în cazul simptomelor fără o explicație fiziopatologică sau psihopatologică. În acest context, ei mai vorbesc și de faptul că simptomele pot fi împartite în alte două categorii sau "ordine": simptome originale și simptome "fenocopii", adică simptome care imită pe cele originale dar care nu sunt susținute de aceleași mecanisme. Ca exemplu sunt simptomele neurologice functionale care sunt imitații sau sunt camelioni ai altor condiții somatice (Stones și

colab.,2013). În felul acesta se evidențiază importanța discuției despre care este adevăratul înțeles al simptomelor inexplicabile medical.

Medicina modernă este ancorată în paradigma biologică, materialistă, dar domeniul simptomelor este încă dominat de dualismul minte-corp și simptomele pacienților sunt încă împărțite în simptome fizice și simptome psihice, prin utilizarea unui model etiologic simplist care ține cont numai de un singur factor explicativ. Conform acestei dualități, simptomele fizice sunt văzute ca simptome "reale" și pacienții cu astfel de simptome sunt văzuți ca având o tulburare corporală, în timp ce simptomele corporale de origine psihică sunt privite ca simptome "ne-reale", iar pacienții cu astfel de simptome sunt considerați ca responsabili de problemele lor (Harcher and Arroll, 2008). Este evident că preocuparea inițială a medicului este înțelegerea naturii simptomelor prezentate de bolnav, în special a modalității cauzale de apariția acestora ca primul pas al demersului diagnostic. În mare, în funcție de cauzalitatea prezumptivă a lor, simptomele prezentate de bolnav pot fi împărțite în: i) simptome corporale, care sunt expresia unei patologii organice, adică ele pot fi explicate prin considerente fiziopatologice; ii) simptome corporale, care nu exprimă o patologie organică dar pot fi explicate prin mecanisme psihopatologice și iii) simptome corporale "inexplicabile" pentru că apariția lor nu poate fi explicată nici de mecanisme fiziopatologice și nici de mecanisme psihopatologice (Sharpe et al., 2006). Pentru mulți medici, simptomele inexplicabile medical se plasează pe "*no-man's land*", adică nici în teritoriul medicinei somatice și nici în cel al psihiatriei.

Edwards și colab. (2010) spuneau că aceste simptome sunt o situație dificilă, clinică și socială, care include un larg spectru de prezentări ce sunt dificil de explicat prin încadrarea lor într-o patologie cunoscută. Aceste simptome adesea se grupează în entități clinice cunoscute ca sindromul de colon iritabil, sindromul de oboseală cronică, durerea de spate, fibromialgia sau raman izolate ca în cazul palpitațiilor, insomniei, tinnitus, amorteții, dureri diferite, etc. În general, aceste simptome se caracterizează prin intensitatea și persistența lor neobisnuită pentru a fi atașate unei boli fizice identificabile. Sharpe (2013) spunea că atunci când medicul nu găsește o cauză organică simptomelor pe care pacientul le prezintă, el automat să gândească ca "*totul este în mintea pacientului*", cu alte cuvinte, dacă simptomele nu își găsesc o cauză organică, atunci ele au o cauză psihică. Clasificarea DSM-IV reflectă acest punct de vedere punând semnul de egalitate între SIM și simptomele de somatizare. În mod tradițional, ajuns la psihiatru, acest pacient cu simptome somatice care nu și-au găsit o cauză organică, poate fi clasificat în două

moduri: i) ori aceste simptome somatice pot fi explicate ca parte a unei tulburări emotionale, respectiv expresie a unei tulburări depresive sau anxioase, ori ii) aceste simptome somatice nu pot fi explicate psihopatologic.

Burton (2003) definește SIM ca simptome fizice pentru care nu poate fi demonstrată o patologie organică consistentă sau clară, iar somatizarea ar fi procesul prin care pacienții cu tulburări psihopatologice prezintă astfel de simptome fizice. Pentru el există somatizare parțială, când pacientul recunoaște posibilitatea ca tulburările lui psihologice să cauzeze simptomele pe care le reclamă, și somatizare adevărată, când pacientul nu recunoaște, nu acceptă vreă legătură între tulburările lui psihologice și plângerile lui corporale. Conceptul de "simptome de somatizare" a fost introdus de Lipowski (1988) pentru a defini tendința pacientului de a experimenta și comunica necazul psihologic sub formă de simptome somatice. Escobar și colab. (1989) utilizează conceptul de somatizare scurtă pentru formele mai puțin severe de somatizare. Această problemă este preluată de clasificarea tulburărilor mentale DSM-IV (1994) pe care o definește ca o istorie de multiple plângeri somatice apărute înainte de vârsta de 30 ani și care continuă pentru o perioadă de câțiva ani. În medicina psihosomatică se utilizează și conceptul de sindrom funcțional somatic care reprezintă un set de simptome inexplicabile care se strâng laolaltă într-un sindrom, ca în cazul sindromului de oboseală cronică, a sindromului colonului iritabil sau a fibromialgiei. Kirmayer și Robins (1991) și Kirmayer și colab. (1997) consideră că somatizarea nu descrie o entitate omogenă ci mai curând o clasă cu diferite fenomene de expresie. Ei susțin că ar trebui făcută o distincție între simptomele fizice inexplicabile, care pot fi i) componente fiziologice ale anxietății sau depresiei, ii) senzații corporale normale sau evenimente patologice minore care pot fi interpretate greșit de către subiect ca fiind semne ale unei afecțiuni medicale, și iii) simptome realmente izvorâte din subiectivitatea pacientului și care nu pot fi atribuite nici tulburărilor fizice și nici tulburărilor psihiatrice. Acestea din urmă ar fi adevăratele simptome inexplicabile medical. Dincolo de toate aceste considerente, termenul de somatizare este larg utilizat indicând procesul psihologic prin care distresul psihologic este transformat în simptome somatice.

O listă comprehensivă de simptome inexplicabile medical ar putea cuprinde: durerea de spate, durerea articulară, durerea de cap, slăbiciunea, oboseala, tulburările de somn, dificultățile de concentrare, pierderea apetitului, schimbări de greutate, neliniștea, încetinirea gândirii,

durerea în piept, gafaiala, palpitațiile, ameteala, nodul în gât, apatia, greata, tranzitul intestinal rapid, balonarea, constipatia sau durerea abdominală (Burton, 2003).

Fink și colab. (2002) vorbesc de trei criterii caracteristice ale simptomelor inexplicabile medical: lipsa unui suport organic, îngrijorare excesivă și interferența cu funcționarea bolnavului. Aceste criterii se regăsesc și în definiția lui Rosendal și colab. (2017) după care SIM sunt simptome fizice care cauzează pacientului îngrijorare excesivă și îl determină să caute tratament medical dar cărora nu li se găsește o patologie organică adecvată sau o bază fiziopatologică care să le explice. Edwards și colab. (2010) consideră că de fapt simptomele inexplicabile medical sunt dificultăți clinice și sociale care includ un spectru larg de prezentări în care simptomele sunt greu de explicat conform patologiei curențe. Astfel de simptome se pot grupa și dau sindromul de colon iritabil, sindromul de oboseală cronică, fibromialgia, sau pot exista izolat precum palpitațiile, insomnia, tinitusul, paresteziile, cefaleea, durerea de spate, durerea abdominală, durerea musculară și altele. S-a mai folosit și termenul de "simptome sau sindroame functionale" care semnifică aceeași discrepanță dintre prezentarea clinică și patologie organică subiacentă.

Atunci când indivizii prezintă multiple simptome neexplicabile medical sau când ele se sistematizează într-un fel în care ar imita o condiție clinică bine stabilită, se vorbește de "tulburări somatoforme". Trăsătura comună a tulburărilor somatoforme este prezența simptomelor fizice care sugerează o condiție medicală, dar care nu poate fi explicată pe de-antreg prin prezența unei condiții patologice care să o genereze (Heinrich, 2004).

Trebuie remarcat că în definirea simptomelor inexplicabile medical criteriul principal este atât lipsa explicației somatice, dar și lipsa explicațiilor psihopatologice, respectiv lipsa legăturii dintre aceste simptome cu depresia sau anxietatea. Cu alte cuvinte, pentru a avea SIM trebuie să se excludă posibilitatea ca ele să fie datorate unei tulburări depresive sau anxioase. Aceasta face ca Hubley și colab (2014) să lărgască definiția SIM și să spună că simptomele inexplicabile medical sunt acele simptome fizice persistente aparute în absența unei boli identificabile, dăci în absența atât a unei boli somatice, cât și a uneia psihice, în speta, depresie sau anxietate. Astfel, înainte de a fi considerat ca purtătorul de simptome inexplicabile medical, pacientul ar trebui să fie văzut atât de medicul somatician, cât și de medicul psihiatru! În ghidul de management al SIM publicat de Olde Hartman și colab. (2013), simptomele inexplicabile medical sunt acele simptome fizice care persiste câteva săptămâni, în care o examinare medicală adecvată nu releva

vreo condiție patologică care să le explice. Pentru acest ghid, SIM este în primul rând o ipoteză de lucru bazată pe presupunerea că nu există o patologie somatică și/sau psihiatrică care să le justifice. Această ipoteză de lucru se transformă în "diagnostic" în momentul în care examinări medicale atente au îndepărtat în mod rezonabil orice boală fizică și/sau psihiatrică subiacentă.

Pe drept cuvânt, Hilderink și colab (2008) consideră că subiectul simptomelor inexplicabile medical este un teritoriu plin de controverse și cu o terminologie lipsită de claritate. Sunt utilizați o serie de termeni ca simptome functionale somatice, simptome psihosomatice, simptome vagi, plângeri subiective, etc. Cu toate acestea, termenul de simptome inexplicabile medical este de preferat pentru că este pur descriptiv, neutru, și cel mai des utilizat în literatura medicală. În plus, Wilkinson (2013) consideră că termenul de simptome inexplicabile medical capturează pacienții cu tulburări de somatizare, tulburări functionale și tulburări psihosomatice, respectiv pacienții cu simptome ce imită simptomele dintr-o boală organică dar cărora nu li se poate atasa o astfel de origine. Acest termen reprezintă un cos în care intră un grup heterogen de pacienți cu variate exprimări clinice, cu varietate caracteristici sociodemografice și încărcati cu o comorbiditate psihiatrică (Mobini. 2015; Boeft și colab. 2016). Pentru Henningsen și colab. (2011) termenul de SIM este ambiguu din cel puțin două motive: i) nu este suficient de clar în ceea ce privește corelația dintre expresia clinică și originea lui fiziopatologică, pentru că nu i se găsește o bază anatomico-patologică, dar în schimb nimeni nu contestă astăzi rolul pe care îl joacă sistemul nervos central în apariția acestui tip de simptome, precum rolul în durerea cronică, fibromialgie, etc.; ii) termenul de "inexplicabil" din descrierea acestor simptome arată că medicina nu are nimic de oferit acestor pacienți, că medicii sunt gata să abandoneze aceste cazuri fiind incapabili de a ajuta, ceea ce nu este adevărat, existând astăzi suficiente argumente pentru a crede că managementul și tratamentul acestor simptome a progresat într-o direcție pozitivă.

Marks și Hunder (2015) se întreabă dacă acest termen este acceptabil sau chiar folositor. Ei consideră că el este unul generic, care include numeroase sindroame precum fibromialgia sau sindromul de colon iritabil sau simptome izolate precum "durerea precordială de origine necardiacă", care este util medicilor. Sharpe (2013) consideră că această etichetă, de "inexplicabil medical" este doar una pragmatică din punct de vedere clinic pentru că exclude asocierea simptomelor cu o boală severă și modifică relația cu pacientul și demersurile terapeutice asupra acestora. Nici în cazul simptomelor explicabile medical situația nu este mai clară, pentru că există o mare variabilitate a relației dintre severitatea simptomelor și severitatea

bolii subiacente. Pentru acest autor, o alternativă ar fi să privim atât simptomele explicabile medical, cât și cele inexplicabile medical, ca reflectând nu numai o patologie corporală, dar și modul cum sistemul nervos central integrează modificările fiziopatologice cu factorii biologici, psihologici și sociali ai pacientului respectiv. Ceea ce se întâmplă în corpul pacientului și în jurul lui se procesează și interpretează de către creier și apoi este comunicat în afara sub formă de simptome. Această etichetă de “inexplicabil” este însă puțin folositoare pacienților care o consideră negativă, ambiguă, incriminatorie, și frustrantă, cu referire la incapacitatea medicinei de a găsi o explicație plauzibilă suferinței lor. În fond, pacienții au venit la medic pentru a afla o cauză suferinței lor și nicidecum o dilemă! În plus, acest termen reînțește dualismul cartezian “*mente-corp*”, deși medicina clamează în permanentă originea materială a bolilor.

Se crede că schimbările de paradigmă pe care le aduce DSM-V (2013), care renunță la conceptele de simptome inexplicabile medical și la tulburări somatoforme și le înlocuiește cu termenul de “tulburare cu simptome somatice”, este un pas înainte. Prin această entitate nouă prezenta simptomelor este privită în legătură cu severitatea lor, cu încărcătura emoțională și cu povara resimțită de pacient și nu cu originea lor. Este însă prea devreme să putem vorbi de utilitatea acestei noi categorii nosologice.

Eriksen și Risor (2013) trag o linie și spun că ceea ce este comun acestor simptome sunt :

- i) lipsa unei etiologii clare care rămâne nedetectată;
- ii) posibilele mecanisme biologice implicate sunt necunoscute;
- iii) pacienții suferă de o diversitate de simptome și semne clinice dificil de descris și versatile în timp;
- iv) multe din aceste simptome conduc la diagnostice care sunt contestate și nu sunt prezente în clasificările internaționale;
- v) existența acestor simptome este bazată doar pe raportarea subiectivă a pacientului;
- vi) terapia cognitivă este adesea considerată să fie o intervenție eficientă;
- vii) aceste simptome afectează o proporție semnificativă din populație, deși prevalența lor este încă incertă.

După această enumerare a definițiilor și criteriilor nosologice pentru simptomele inexplicabile medical, se înțelege de ce Rosendal și colab. (2017) se fac purtătorii de cuvânt a majorității medicilor care sunt contrariați de existența acestor fel de simptome, de incapacitatea de a le conceptualiza în mod clar și a variabilității lor între specialități medicale diverse.

De multe ori pacienții pendulează de la o specialitate la alta fără rezultat. Incapacitatea de a se evidenția o cauză organică conduce la incertitudine și deziluzie de-o parte și de alta. Această incertitudine este adesea rezolvată prin ghidarea pacientului către alți medici și examinări

medicale sofisticate care conduc la creșterea costurilor (Olde Hartman și colab., 2009). Oricum ar fi, aceste simptome creează o situație dificilă, clinică și socială, ce include un larg spectru de prezentări ce sunt dificil de explicat prin încadrarea lor într-o patologie cunoscută. Adesea se grupează în entități clinice cunoscute ca sindromul de colon iritabil, sindromul de oboseală cronică, durerea de spate, fibromialgia sau raman izolate, ca în cazul palpitațiilor, insomniei, tinutului, paresteziei, durerilor diferite, etc., lucru acceptat de unii și contestat de alții.

8.3. Epidemiologia simptomelor inexplicabile medical

Pacienții cu simptome inexplicabile medical constituie un grup relevant pentru sistemul de îngrijire medicală din cauza cerinței lor pentru repetate examinări și intervenții medicale, în pofida absenței unei boli organice (Burbaum și colab., 2010). Simptomele sunt cel mai des prezentate la nivelul îngrijirilor primare și devin o problemă costisitoare atât pentru individ cât și pentru sistemul medical. De exemplu în Anglia, se estimează că aceste simptome conduc la costuri de peste 3 miliarde de lire. În 20-25% din totalul vizitelor medicale la nivelul îngrijirilor primare sunt făcute pentru simptome vagi, ușoare, fără o cauză organică și 20-40% din pacienții văzuți de medicii specialiști nu primesc un diagnostic clar pentru că prezintă simptome inexplicabile sau functionale (Birmingham și colab., 2010).

În Olanda, simptomele somatice functionale sau inexplicabile sunt clasificate pe locul doi din zece cele mai frecvente simptome de la nivelul îngrijirilor primare și au o incidență anuală de 70 la 1000 pacienți. (Olde Hartman și colab., 2004).

Într-o trecere în revista a literaturii internaționale, Kroenke (2003) găsește că peste 50% din toate vizitele medicale ambulatorii sunt pentru simptome somatice și estimează că acest gen de simptome ar genera peste 400 milioane de vizite medicale pe an. Printre plângerile pentru aceste vizite medicale se menționează în principal durerea, cefalea, oboseala și ametelele.

Un studiu danez releva că 84% din femei și 75% din bărbați au prezentat cel puțin unul dintr-o listă de 13 simptome somatice și estimează că 80% din oameni vor experimenta unul sau mai multe simptome într-o perioadă de o lună. Aceste simptome însă sunt auto-limitante, tranzitorii și doar unul din patru indivizi se vor prezenta la medic. Pe lotul studiat s-a constatat că 75% din subiecții cu simptome somatice s-au vindecat spontan sau cu puțin ajutor medical și numai o minoritate, aproximativ 25%, au suferit de simptome cronice sau recurente, dar multe dintre aceste simptome nu au avut vreo legătură cu o boală somatică (Stone și colab., 2002). Într-

o meta-analiza făcută de Haller și colab. (2015) procentajul pacienților cu cel puțin un simptom inexplicabil la nivelul îngrijirilor primare reprezintă între 40,2 și 49% din totalul consultațiilor.

După Hiller și colab. (2006) 81,6% din persoanele analizate dintr-un esantion al populației germane au raportat cel puțin unul din 53 simptome somatice. În Marea Britanie, unele studii identifică ca 15-19% din totalul consultațiilor se fac pentru simptome fără o cauză organică (Rief și Isaak, 2007). În Olanda, simptomele fără o cauză organică sunt răspunzătoare pentru o consultație din patru la nivelul medicilor de familie și 20-24% din pacienții văzuți de un specialist nu primesc un diagnostic clar (Olde Hartman și colab., 2004). Totuși, la 50 până la 75% din indivizii diagnosticați cu simptome inexplicabile medical acestea vor dispărea în următoarele 12-15 luni, în timp ce numai în 10-30% din cazuri simptomele se vor amplifica (Olde Hartman et al, 2013).

8.4. Considerații nosologice cu privire la simptomele inexplicabile medical (SIM)

Când simptomele inexplicabile medical se grupează în sindroame, asemenea sindroame sunt văzute în mai toate specialitățile medicale. Într-adevăr, fiecare specialitate medicală pare să aibă cel puțin un sindrom somatic inexplicabil: fibromialgia în reumatologie, sindromul colonului iritabil în gastroenterologie, durerea precordială non-cardiacă în cardiologie, sindromul de oboseală cronică în bolile infecțioase, sindromul de hiperventilație în pneumologie, convulsiile pseudo-epileptice în neurologie și sindromul de sensibilitate chimică în alergologie (Chalder și Willis, 2017). În Tabelul Nr. 1 se prezintă sindroamele funcționale somatice aparținând diferitelor specialități. Prevalența acestor sindroame este de aproximativ 53% în cardiologie, 58% în gastroenterologie, 52% în neurologie și 45% în reumatologie (Rolfe și Burton, 2013). În Germania, în secțiile specializate din spitale, pacienții cu simptome inexplicabile ajung să acopere 52% din toate înterările noi (Fischer, 2015).

Wessely și colab. (1999) susțin că existența sindroamelor somatice funcționale este doar un artefact al specialităților medicale, fiecare specialitate medicală definind propriul sindrom în limbajul propriei specialități și a intereselor ei. Fiecare sindrom tinde să fie privit ca un diagnostic unic, cu caracteristici specifice, reflectând tendința fiecărei specialități de a se focaliza pe simptomele aparținând specialității respective, mai curând decât a decela diferențele dintre pacienți. Pe baza trecerii în revista a literaturii, autorii mai sus citați găsesc că există o suprapunere considerabilă între sindroamele funcționale și că similaritățile dintre ele depășesc diferențele.

Alergologie	Senzitivitatea multiplă la chimicale
Gastroenterologie	Sindromul colonului iritabil, dispepsia non-ulceroasă
Ginecologie	Durerea pelviană cronică, sindromul premenstrual
Boli infecțioase	Sindromul de oboseală cronică
Cardiologie	Durerea precordială atipică sau non-cardiacă
Pneumologie	Sindromul de hiperventilație
Neurologie	Tensiunea cefalică, convulsiile pseudoepileptice
Reumatologia	Fibromialgia, durerea cronică de spate
ORL	Veretijul cronic, tinitus
Stomatologie	Durerea facială atipică, disfuncția temperomandibulară
Psihiatrie	Tulburările somatoforme, neurasthenia

Tabelul Nr. 1: Sindroamele funcționale somatice pe specialități (Fink și colab., 2015)

Luând în considerare felul cum sunt privite aceste sindroame somatice funcționale, împreună sau separat, Lacourt și colab. (2013), făcând o analiză statistică în clustere, găsesc că există suport pentru ambele viziuni, adică pentru a lua împreună aceste sindroame sau a le lua separat, cu o ușoară înclinare spre abordarea "împreună". În această dezbateră nosologică, Kroenke (2006) spune că există o tulburare de spectru a simptomelor inexplicabile medical pe care ulterior o regăsim în DSM-5 sub numele de "*Somatic Symptoms Disorder*". În același sens, Smith și Dwamena (2007) iau și ei în considerare existența unui continuu a acestor simptome și sindroame și vorbesc de clase de severitate precum "simptome normale sau ușoare inexplicabile", "simptome moderate inexplicabile" și "simptome severe inexplicabile".

Confuziile în definirea simptomelor inexplicabile medical au pavat drumul spre o terminologie alternativă și spre găsirea de criterii diferite. Astfel, există o viziune "radicală" care dorește să se elimine de tot tulburarea de somatizare din psihiatrie și care consideră că există doar o tulburare somatică de origine necunoscută, și o viziune mai puțin radicală care include o conceptualizare mai largă a simptomelor somatice fără patologii organice și tinde să regrupeze simptomele somatice într-o nouă categorie. Această viziune a fost incorporată în DSM-5 și ICD-

11. Astfel, Marks și Hunder (2015) afirmă că termenul de simptome inexplicabile medical este criticabil pentru că promovează o ambiguitate. Cuvântul "inexplicabil" nu oferă nici o lumină asupra cauzei, duratei, severității sau semnificației acestor simptome, în schimb acest termen reintărește dihotomia "minte-corp", lucru pe care biomedicina nu-l agreează deloc.

The World Health Organization - International Classification of Diseases (ICD-10, 2010) and DSM-IV (APA, 1994) a utilizat denumiri alternative precum termenii "somatizare", "tulburări somatoforme", "tulburare de somatizare", iar a 5-a ediție a DSM (APA, DSM-5, 2013) a înlocuit vechile denumiri cu una nouă: tulburarea cu simptome somatice ("*Somatic Symptoms Disorder*"). Interesant este că această nouă entitate nu cere ca simptomele să fie "inexplicabile", ci ca ele să fie persistente și să fie asociate cu gânduri, emoții și comportamente excesive, față de unele similare din boli cu origine organică bine stabilită. În siajul tradiției "neutralității etiologice" și a pletorii de termeni ateoretici pe care i-a lansat DSM-ul în edițiile succesive, DSM-5 dizolvă toți termenii pe care i-a folosit în trecut într-o singură categorie: tulburarea cu simptome somatice, definită ca "unul sau mai multe simptome somatice care sunt supărătoare sau care produc o semnificativă disrupție a vieții zilnice. ceea ce conduce la gânduri, emoții sau comportamente excesive față de prezența acestor simptome". Se consideră că această nouă categorie clinică este un trimuf al viziunii care strânge împreună toate simptomele inexplicabile medical și astfel creează un "*melting pot*" pentru toate vechile entități ale DSM-IV, precum tulburarea de somatizare, tulburarea somatoformă, hipocondria și durerea cronică, luând în considerare existența unei suprapunerii considerabile dintre ele. Această reconceptualizare se focalizează nu numai pe simptomele somatice, ci și pe ceea ce aceste simptome generează, adică pe răspunsul individului cu emoții, gânduri și comportamente excesive (Dimsdale și colab., 2013).

Clasificarea DSM-5 este un pas înainte față de DSM-IV din cauza că diagnosticul acestei entități nu necesită numai existența simptomelor somatice inexplicabile dar și alte simptome care sunt persistente mai mult de 6 luni, cu o perturbare semnificativă a vieții cotidiene și creează: i) o multitudine de gânduri despre gravitatea acestor simptome; ii) un nivel înalt de anxietate față de existența acestor simptome; iii) consum mare de energie cu îngrijirea medicală a acestor simptome (Kurlansik și Maffei, 2016). Această viziune este "dincolo de inexplicabilul medical", de fapt este despre o viziune medicală alternativă care spune că toate simptomele medicale, explicabile sau nu, au aceeași importanță; ele nu sunt mai mult sau mai puțin decât o manifestare

a proceselor mentale. Ele au un determinism multiplu și reflectă felul cum creierul integrează factorii etiologici biologici, psihologici și sociali (Sharpe, 2013). Acest diagnostic poate fi considerat și ca un "*trans-diagnostic*" pentru variate simptome medicale și non-medicale care au în comun expresii psihologice și comportamentale.

Editia 11-a a Clasificării Internaționale a Bolilor a Organizației Mondiale a Sănătății (ICD-11) propune un nou termen pentru simptomele inexplicabile medical: tulburarea suferinței corporale ("*Body Distress Disorder*"). Această schimbare majoră se consideră a fi un răspuns la critica care evidențiază nevoia: i) de o schimbare de nume; ii) de o considerabilă simplificare a terminologiei stufoase; iii) de stabilire de criterii și granițe consistente; iv) de reflectare a imperativelor culturale (Gureje, 2015). Tulburarea suferinței corporale cuprinde un spectru larg de plângeri somatice și este caracterizată de prezența simptomelor corporale care provoacă suferința individului și o atenție excesivă asupra lor care se poate manifesta prin repetate contacte cu medicii. Astfel, dacă o condiție medicală cauzează sau contribuie la simptome, gradul atenției este în mod clar excesiv în relație cu natura și evoluția sa. Atenția excesivă nu este ușurată de examinările și investigațiile medicale adecvate și de asigurarea că nimic nu este rău. Simptomele corporale și suferința asociate sunt persistente, fiind prezente în cele mai multe zile pentru cel puțin câteva luni și sunt asociate cu o afectare semnificativă în funcționarea personală, familială, socială, educațională, ocupațională sau altele. În mod tipic, tulburarea implică multiple simptome corporale care pot varia în timp. Ocazional există un singur simptom, mai ales durere sau oboseală, care este asociat cu alte trăsături ale tulburării" (Gureje și Reed, 2016).

În construirea acestei noi categorii, ICD-11 a pornit de la evidența că multe sindroame somatice funcționale sau tulburări somatoforme aparțin unei familii de tulburări care au aceleași caracteristici: senzații neplăcute și perturbatoare și un comportament de boală specific (Budtz-Lilly și colab., 2015). Ivbijardo și Goldberg (2013) au argumentat că conceptul de sindrom al suferinței corporale, nume folosit în fazele preliminare, poate ușor să captureze o plajă largă de diagnostice sau sindroame funcționale somatice care în același timp să furnizeze o bază atât pentru pacient cât și pentru medic de a formula o intervenție terapeutică, lucru care nu se petrecea în cazul "nihilismului" terapeutic inerent termenului de simptome inexplicabile medical. Mai mult, Fink și Schroder (2010) notează că terminologia de sindrom al suferinței corporale a fost capabilă să strângă 100% pacienții cu fibromialgie, sindrom de hiperventilație și sindrom de

oboseala cronica si 98% din cei cu sindromul colonului iritabil si 90% pe cei cu durerea precordiala non-coardiaca si alte tulburair somatoforme.

Aceasta evolutie dramatica, de la simptomele inexplicabile medical la tulburarea cu simptome somatice sau tulburarea suferintei somatice, este pentru multi un progres, in special din punctul de vedere al pacientilor. In camera de consultatii pacientii au oportunitatea de a vorbi deschis despre suferinta lor si de a clama ca ei au autoritatea si accesul la propriul corp si la senzatiile corporale mai bine decat doctorii lor. In conditiile simptomelor inexplicabile medical, cand doctorii afirma ca nu au gasit nimica rau, pacientii se simt ignorati, tradati si mistificati (Burbaum si colab., 2010; Vrsti, 2019).

In scopul de a explora felul cum oameni obisnuiti vad terminologia clinica utilizata pentru a descrie simptomele inexplicabile medical, Marks si Hunter (2015) iau un esantion de 698 oameni din populatia generala pe care-i pune sa-si arate preferintele pentru unul sau altul din termenii utilizati pentru aceste simptome. Cel mai popular termen a fost "simptome fizice persistente" cu 20% alegeri, urmat de "simptome functionale" cu 17% alegeri, pe cand termenul de "simptome inexplicabile medical" a strans doar 15% preferinte iar "tulburarea suferintei corporale" 13%. In alt studiu, Creed si colab. (2010) gasesc ca termenul preferat de oamenii obisnuiti a fost tulburarea somatica functionala urmat de tulburarea suferintei corporale.

In lucrarea de fata vom continua sa utilizam terminologie generica de simptome inexplicabile medical, pana cand noile entitati promovate de DSM-5 si ICD-11 vor deveni obisnuinta.

8.5. Modelele explicative ale simptomelor inexplicabile medical

Lipsa unor date medicale coerente despre aceste simptome a generat eforturi pentru identificarea factorilor predispozanti si precipitanti si dorinta de a formula un model explicativ general pentru simptomele inexplicabile medical. Astfel au aparut un numar de modele explicative dar se pare ca nici unul din ele nu ofera o explicatie unanim acceptata.

Ravenzaaij si colab. (2010) fac o trecere in revista sistemtica a 710 lucrari publicate pe aceasta tema si gasesc noua modele explicative mono-factoriale diferite, precum amplificarea somatosenzoriala, senzitivizarea, senzitivizarea imunitara, perturbarea endocrina, modelele semnalului filtrat, modelul comportamentului de boala, disfunctia sistemului nervos vegetativ, modelul proprioceptivitatii anormale, si un meta-model cognitiv-comportamental care contine componente din celelalte noua modele mentionate mai sus. La aceste modele noi am adaugat

unul, cel evolutionist, de care am vorbit și în capitolul 5 (Cap. Cine este bolnav și cine este sanatos).

Witthoft și Hiller (2010) și Fisher (2015) consideră că modelele etiopatogenice actuale ale simptomelor inexplicabile medical pot fi împărțite în două mari categorii: modele orientate biologic și modele orientate cognitiv-comportamental. În timp ce modelele biologice pun accentul pe rolul geneticii și a perturbării funcționale a sistemelor somatice precum sistemul nervos central și vegetativ, a axei hipotalamo-pituitară-adrenergică și a sistemului imunitar, modelele cognitiv-comportamentale vorbesc de caracteristicile de personalitate, de disfuncțiile atenției și de interpretarea senzațiilor corporale sau de comportamentul de evitare.

Mai jos sunt prezentate aceste modele explicative mono-factoriale și multi-factoriale, iar printre modelele multifactoriale am adăugat modelul multifactorial cultural, care, după părerea mea, poate fi un model explicativ valabil pentru cel puțin o parte din subiecții care vizitează medicul pentru simptome inexplicabile medical.

8.5.1 Modelele explicative mono-factoriale:

8.5.1.1. Teoria focusării somatosenzorii.

Tendința de a lua nota și a amplifica senzații ne semnificative ale corpului a fost considerată ca și caracteristică principală a pacienților cu simptome inexplicabile medical. După Kirmayer și Taillefer (1997) creșterea stimulării emoționale sau chiar procesele fiziologice normale produc senzații corporale care captează atenția omului în proporții variate. Se consideră că atenția excesivă asupra acestor senzații se datorează unui proces de amplificare somatosenzorială care conduce la creșterea răsunetului lor subiectiv. Consecutiv acestui proces, indivizii dezvoltă cogniții și atribuții disfuncționale care ulterior amplifică și mai mult percepția și interpretarea senzațiilor fizice, corporale. Astfel de atribuții duc la generarea de griji privitoare la boli, la catastrofizarea situațiilor și la demoralizarea subiectului. Prin procesul de amplificare se constituie un cerc vicios prin care semnele corporale sunt reîntărite de interpretări și griji disfuncționale care, la rândul lor, amplifică și catastrofizează senzațiile corporale. Ca rezultat al acestor procese, individul adoptă “rolul de bolnav” și se adresează medicului. S-a văzut că indivizii cu atenție sporită asupra senzațiilor corporale au un număr mai mare de plângeri somatice și un prag mai scăzut al durerii (Verkuil et al., 2007).

8.5.1.2. Teoria senzitivizării somatice.

Această teorie este bazată pe cercetările care au demonstrat importanța modului în care sistemul nervos central procesează simptomele, modul care explică de ce simptomele pot persista și se pot amplifica (Verkuil și colab. 2007). Mecanismul prin care răspunsul de senzații somatice crește ca rezultat al experiențelor anterioare cu aceste senzații a fost denumit senzitivizare. Senzitivizarea a fost elaborată în relație cu durerea dar poate juca un rol și în apariția altor simptome somatice (Bourke și colab. 2015). Senzitivizarea se explică prin focalizarea atenției pe simptomele corporale și amplificarea lor și poate fi gândită ca un proces multifacetat care implică factori cognitivi, somatici și neurobiologici (Burton, 2003). Senzațiile corporale anterioare lasă anumite urme la nivel neuronal și odată cu reapariția aceluși tip de senzații crește și senzitivitatea la acestea. Astfel, un pacient reacționează mai puternic la stimuli la care a devenit mai sensibil prin repetarea lui. Experiența unui simptom poate fi amplificată dacă neuronii au memorat experiența anterioară cu astfel de senzații corporale (Martin și colab. 2007).

8.5.1.3. Teoria senzitivizării sistemului imunitar.

Sistemul imunitar are un rol crucial în reglarea proceselor inflamatorii cu care se confruntă zilnic organismul uman. Parte a acestui sistem, citokinele cerebrale se activează în timpul răspunsului la stres, fiind responsabile de “inflamația cronică de mică intensitate” (Rohleder, 2014) și participă la răspunsul subiectiv și comportamental al individului (Irwin, 2011). Expunerea repetitivă la stimuli stresanți creează condițiile pentru procesul de senzitivizare a sistemului imunologic cu activarea citokinelor cerebrale și scăderea consecutivă a pragului la durere și apariția comportamentului de boală (Kirmayer and Looper, 2006).

5.1.4. Teoria dereglării endocrine.

Dereglarea axei hipotalamo-hipofizo-suprarenaliene a fost găsită constant la pacienții cu simptome inexplicabile medical, în special deficiențe de corticotropin-releasing factor și hipercortisolism (Nater și colab. 2011). Rief and Barsky (2005) au conceptualizat simptomele somatoforme ca o consecință a creșterii semnalelor corporale, urmare a frecvenței senzațiilor corporale care, la rândul lor, apar datorită stimulării cronice neuroendocrine și a incapacității hormonilor suprarenalieni de a exercita acțiunea lor antiinflamatorie. Toate acestea conduc la o cascada de probleme și simptome printre care anxietatea, depresia și intoleranța la stres precum și la senzații corporale diverse. Expunerea la evenimente negative de viață, îngrijorarea,

ruminatia sunt mecanisme care au contribuit la activarea raspunsului neuroendocrin prin acest proces de senzitivizare (Chianello, 2010).

8.5.1.5. Teoria filtrării semnalului.

Procesele de amplificare somatosenzoriale și senzitivizarea neurobiologică generează o cantitate imensă de informație, un “zgomot senzorial” care ajunge la creier și care îl copleșește. Asemenea pacienți sunt incapabili de a diferenția între informația din procesele normale fiziologice și informația din procesele fiziopatologice și astfel, semnalele care vin de la periferie, sunt luate “grosso modo” ca semnificând procese patologice, ca fiind expresia unor posibile boli (Ravenzaaij și colab. 2010).

8.5.1.6. Teoria comportamentului de boală

Conform lui Mechanic (1986) comportamentul de boală se referă la maniera în care indivizii monitorizează corpul lor, definește și interpretează simptomele lor, ia măsuri în consecință și utilizează modalități de ajutor precum cele medicale. El înseamnă și felul cum oamenii monitorizează și răspund la simptome și la evoluția lor în cursul unei boli și cum ele afectează comportamentul, acțiunile și răspunsul la tratament. Această teorie consideră că credințele pacienților despre sănătate și boală influențează comportamentul lor de căutare a ajutorului și interpretarea senzațiilor corporale. În funcție de felul cum aceste senzații corporale sunt interpretate, individul se poate angaja în diferite tipuri de comportament de boală, incluzând consultatii medicale, căutarea de informații, căutarea de locuri specifice de ajutor sau comportament de evitare, toate acestea exprimând atenția excesivă pe care o are față de simptome și corp. Acest comportament afectează fiziologia și senzorialitate, creind cu cerc vicios de întărire și amplificare a senzațiilor corporale luate ca simptome. Acesta se realizează prin încercările continue de a verifica dacă simptomele sunt prezente prin scanarea permanentă, mentală și somatică a corpului, prin grija și ruminarea referitor la simptome și gravitatea lor, toate conducând la o grija care ocupă mare parte din activitatea curentă și conduce la formularea de explicații catastrofice referitor la starea de sănătate (Brown, 2004). Rief și Broadbent (2007) au investigat 233 pacienți cu simptome inexplicabile medical ce s-au aflat în consultație la nivelul medicilor de familie și găsesc că acești pacienți aveau multiple explicații asupra suferințelor lor și o înclinare de a le considera ca fiind boli organice. Pilowsky (1987) spunea că comportamentul anormal de boală apare atunci când există un mod nepotrivit de percepere, evaluare și acțiune în legătură cu starea proprie de sănătate, comportament care persistă în ciuda

faptului ca un doctor a oferit explicații rezonabile și adecvate despre natura bolii, bazat pe examinarea tuturor parametrilor funcționali. Bazat pe teoria comportamentului de boală, Fink și colab. (2002) spuneau că simptomele inexplicabile medical apar atunci când un pacient se plânge de simptome fizice care cauzează o grijă sau disconfort excesiv și care face ca pacientul să caute tratament pentru o patologie organică a cărei bază fiziopatologică nu a putut fi găsită.

8.5.1.7. Teoria disfuncției sistemului nervos vegetativ.

Disfuncția sistemului nervos vegetativ este un mecanism care conectează stresul psihosocial cu simptomele inexplicabile medical. Astfel, sistemul nervos simpatic este cel care reglează vigilența și percepția durerii prin căile descendente **antinociceptive** iar disfuncțiile lui creează condițiile pentru apariția SIM, precum oboseala sau durerea. În plus, noradrenalina, în concordanță cu cortizolul, influențează sistemul imunologic cu rol relevant în apariția simptomelor inexplicabil medical (Fischer, 2015).

8.5.1.8. Teoria proprioceptivității anormale.

Dacă acceptăm că oamenii utilizează senzațiile corporale percepute pentru a descrie starea lor fizică, ne putem întreba cum sunt construite ele. O explicație este dată de modelul filtrării semnalului, care spune că oamenii au un mecanism special care caută să suprime informațiile corporale irelevante. O creștere sau o proprioceptivitate anormală poate perturba acest mecanism și astfel se creează condițiile pentru apariția de simptome fizice. Pennebacke (1982) afirmă că oamenii au plângeri somatice atunci când procesul de filtrare este distorsionat. La fel, s-a sugerat că pacienții cu SIM au o percepție exagerată a corpului lor comparativ cu oamenii fără astfel de simptome. Astfel, schimbări minime în tensiunea musculară pot conduce la ideea de anormalitate în corp, ca semn al prezentei unei boli. Această teorie afirmă și că atenția focalizată pe procesele corporale joacă un rol major în menținerea SIM. Rief și colab. (1998) au arătat că pacienții cu somatizare și cei cu hipocondrie raportează o creștere a frecvenței scanării corpului. Astfel, s-a constatat că acești indivizi observă corpul lor mai frecvent în timpul unei zile pentru a detecta posibilele semne ale unei boli (Rief și Broadbent, 2007).

8.5.1.9. Teoria stresului.

Această teorie poate fi considerată ca făcând o legătură între modelele explicative cognitive și biologice. Teoria cea mai elaborată asupra stresului a fost formulată de Lazarus (1966) și Lazarus și Folkman (1984) care afirmă că stresul se manifestă când un stimul este perceput ca amenințator la prima evaluare, și resursele dedicate acestuia sunt interpretate ca inadecvate la a

două evaluare. Răspunsul la stres este conceptualizat ca un proces adaptativ cu scopul restabilirii homeostaziei prin procese endocrine și imunitare, iar în exterior se evidențiază prin modificări emotionale și comportamentale (McEwen 1998). Conform acestei teorii, SIM pot fi considerate ca expresie a disfuncțiilor neurobiologice asociate cu experiența subiectivă a individului, simptomele fiind expresia comportamentală a proceselor disfuncționale neuronale. Sistemul nervos central are un rol crucial în experiența durerii, a oboseții și a altor manifestări corporale, care pot fi luate de individ ca expresie a unei suferințe organice. Această influență se exercită în conjuncție cu sistemul imunitar și cel endocrin. Există date care arată rolul factorilor psihosociale de stres în geneza SIM precum: probleme de atașament (Waller and Scheidt, 2006), abuz sexual (Sharpe and Faye, 2006) sau istorie de traume (Sharpe and Harvey, 2001). S-a evidențiat și o asocieră dintre tulburarea posttraumatică de stres și prezenta simptomelor inexplicabile medical (Escalona et al., 2004).

8.5.1.10. Teoria evolutivă

De-a lungul evoluției umane, simptomele corporale au avut două roluri, ca semnal al răspunsului corporal față de o daună (de ex. infecție) sau ca semnal al nevoii de ajutor pentru supraviețuire (Stenkopf, 2015). În felul acesta, comunitatea sau cei apropiați individului, au primit semnalul că există un individ în situația de a avea nevoie de ajutor. De-a lungul evoluției societății umane, rolul de semnal al simptomului a rămas prezent, dar semnificația s-a schimbat, simptomul reprezentând atât căutarea ajutorului, cât și exonerarea de răspundere, incapacitatea executării datoriilor comune din cadrul grupului social. Această problemă am prezentat-o pe larg în capitolul 5. Faptul că semnificația simptomului a supraviețuit de-a lungul evoluției naturale a omului subliniază valoarea lui pentru supraviețuire prin faptul că aduce mai mult beneficii decât costuri, conform conceptului evolutionist de "*trade-off*". Astfel, informațiile pe care le aduce simptomul, fie el explicabil sau inexplicabil, ne aduce informațiile și instrucțiunile pe care cultura, în general, și cea medicală, în special, ni le aduc pentru a ne organiza viața în același mod în care comportamentele generate de gene ne îndrumă pentru a supraviețui și adapta la mediu, pentru a crește șansa de reproducere, deci a crește ceea ce se înțelege în evolutionism prin "*fitness*".

8.5.2. Modelele explicative integrative, multi-factoriale.

Simptomele inexplicabile medical se întind pe un evantai larg de prezentări și este dificil pentru modelele mono-factoriale să identifice univoc o relație dintre un presupus factor etiologic

și prezentarea lor așa de polimorfa (Edward et al., 2010). Este foarte probabil ca SIM să nu fie o entitate omogenă ci mai curând o clasă de fenomene diferite așa cum sugera Kirmayer și Robbins (1991).

Absența unei explicații medicale a creat o creștere continuă a literaturii referitor la factorii precipitanți sau predispozanți ai MUS. Cercetările au fost concentrate pe ipotezele implicând mecanisme endocrinologice, neurobiologice sau imunologice. Cu toate acestea, în ultimii ani cercetările s-au focalizat pe înțelegerea multifactorială a MUS. Aceste modele izvorăsc din concepția că simptomele sunt procesate la nivel central, unde mecanismele psihologice și neurobiologice joacă un rol esențial (Rosendal și colab. 2017). Dar dincolo de aceasta există un alt seducător model conceptual, cel cultural. Acest model porneste de la modul cum persoana construiește înțelesul bolii și al simptomelor ei în funcție de credințele, stereotipurile și atitudinile forjate cultural. Înșiși definiția bolii și a suferinței este construită cultural. Modul cum simptomele sunt prezentate doctorilor este determinat de contextual social și cultural în care simptomele sunt tratate, în funcție de credințele și așteptările pacientului și de limbajul folosit de doctori pentru a interacționa cu pacienții. În acest model cultural, MUS sunt luate în considerare sub lupa teoriei prin care simptomele sunt semnalate, prin care pacienții comunică prin construcții simbolice și cum acestea sunt co-construite în relația dintre doctor și pacient.

8.5.2.1. Modelul multifactorial biologic

Datorită faptului că nu s-a găsit nici o modificare structurală organică, este rezonabil să ne gândim că pacienții cu SIM au o tulburare a funcțiilor organismului. Disfuncțiile axei hipotalamo-hipofizaro-suprarenaliene s-au găsit aproape constant la acești pacienți, alături de tulburări ale sistemului nervos vegetativ și imunitar. Interacțiunea dintre aceste sisteme este răspunzătoare de modificările constatate în percepția durerii și în apariția comportamentului de bolnav (Rief și Broadbent, 2007). Mai mult, activarea sistemului imunitar este în mod tipic asociată cu “senzația de a fi bolnav” (Danzer, 2005). S-au mai descris dezechilibre între sistemul nervos simpatic și cel parasimpatic cu o dezactivare cronică a celui parasimpatic. Rohleder (2014) constată că pacienții cu SIM prezintă un nivel de inflamație cronică care este expresia dezechilibrelor din sistemul nervos central, sistemul vegetativ și cel imunologic, în special datorită incapacității catecolaminelor, a cortizolului și a citochinelor de a-și exercita activitatea lor anti-inflamatorie, ceea ce se traduce din punct de vedere subiectiv cu oboseala, durere

și "senzația de a fi bolnav". Luând în considerare toate acestea, Rief și Barsky (2005) consideră că simptomele SIM se datoresc creșterii semnalelor corporale generate de aceste disfuncții și de deficitul sistemului de filtrare a lor care face ca aceste semnale corporale să ajungă nemodificate la creier, în loc ca ele să fie inhibate sau selectate, așa cum se întâmplă la persoanele fără astfel de simptome.

8.5.2.2. Modelul multifactorial psihologic.

Cel mai proeminent model explicativ psihologic al simptomelor MUS este cel cognitiv-comportamental. Acest model pune accentul pe caracteristicile de personalitate, pe hiperatenție și interpretările eronate ale senzațiilor corporale și pe comportamentul de căutare a ajutorului. Acest model furnizează un cadru conceptual ce încorporează și credințele subiectului cu privire la senzațiile corporale, credințe care se constituie în rațiuni ce perpetuează existența simptomelor SIM.

Rief și Broadbent (2007) gândesc că două procese cognitive sunt cruciale pentru acest model: i) interpretarea catastrofică a senzațiilor corporale și a legăturii lor cu un deznodământ nefast și ii) formularea de explicații cauzal aberante pentru senzațiile corporale.

Modelul cognitiv-comportamental al SIM este bazat pe modelul hipocondriei a lui Salkovskis și Warwick (1986), model care a fost dezvoltat mai târziu de Rief și Hiller (1989) și de Deary și colab. (2007), model care este asemănător cu cel propus pentru tulburarea de panică. După acest model, presupunerile și credințele disfuncționale despre semnificația senzațiilor corporale joacă un rol cheie în predispoziția pacienților cu anxietate față de propria sănătate. Senzațiile corporale sunt interpretate într-o manieră catastrofică conducând la creșterea vigilenței și la intensificarea acestor senzații precum și la interpretarea lor eronată ca fiind daunătoare sau de rău augur. Consecutiv, ruminările și grijele legate de boală determină un comportament specific de boală și de căutare a ajutorului. Acest sistem de credințe poate fi activat de o varietate de factori declanșatori, precum cititul despre unele boli, auzitul despre boli sau cunoștința cu persoane bolnave, articole sau emisiuni TV despre boli sau simptome corporale. Odată activate, aceste credințe conduc la gânduri automate negative despre condiția proprie de sănătate. Persoana devine din ce în ce mai anxioasă și hipervigilentă față de senzațiile și semnele care ar fi specifice pentru diferite boli. Senzațiile corporale sunt filtrate printr-un mecanism cognitiv care le confirmă și care ajută și exagerează orice eveniment care să justifice comportamentul de căutare a ajutorului medical pentru simptome fizice. Afirmatia de bază a modelului cognitiv-

comportamental este ca simptomele sunt auto-perpetuante și indivizii cu SIM devin închisi într-un ciclu “**autopoietic**”, cu alte cuvinte într-o organizare autonomă și auto-intretinută (Deary și colab. 2007). Acest ciclu este ținut în viață de “cei trei P”: factori predispozanți, precipitanți și perpetuanți.

Printre factorii predispozanți se menționează: i) influența genetică în dezvoltarea de simptome somatoforme, ii) experiențe negative timpurii în copilărie precum experiența bolii părinților, cu învățarea comportamentului de boală, iar mai târziu perpetuarea simptomelor somatice, iii) trăsături specifice de personalitate cu tendința de a trăi afecte negative și deficit în reglarea afectivității, iv) traume în copilărie (Waller și Scheidt, 2006; Wilkinson, 2013).

Dintre factorii perpetuanți menționez: i) factori cognitivi precum sensibilizarea cognitivă ce presupune o tendință de supradimensionare a răspunsului la stimuli din cauza experimentării anterioare a acestora și a proceselor de hiperatenție și atribuire, ii) procese comportamentale precum evitarea activităților fizice, căutarea permanentă a senzațiilor corporale legate de boli, comportament de căutare a ajutorului medical și comportament de utilizare frecventă a serviciilor medicale, iii) căutarea beneficiilor sociale precum cererea de ajutor de boală, pensionare anticipată, clamanrea invalidității, etc.

Factorii precipitanți sunt reprezentați de variate evenimente de viață care sunt interpretate de indivizii cu SIM ca fiind indezirabile, stresante și frustrante. Modelul cognitiv-comportamental vorbește de vulnerabilitatea indivizilor care sunt supra-sensibili la evenimentele de viață negative ce contribuie astfel la perpetuarea ciclului **autopoietic** în care modificările fiziologice, credințele despre boală, reducerea și inconsistența activității, tulburările de somn, suferința, incertitudinea medicală și lipsa de ghidare, interacționează pentru a menține simptomele inexplicabile medicale (Deary și colab. 2007).

Brown (2004) este și el partizanul originii cognitive a SIM. El a lansat ideea că episoadele anterioare de boli organice stau la originea formării și ghidării atenției pe simptomele corporale care amintesc de acea boală, concepție bazată pe faptul că mulți din pacienții cu SIM raportează episoade anterioare de boli fizice reale. După el, SIM reprezintă reacții artificiale sau alarme false ale unui sistem de informație suprasensibilizat de experiența anterioară de suferințe organice. Acest autor susținea că modelul cognitiv este consistent cu teoria disociației, care spune că simptomele sunt cauzate de informații stocate în sistemul cognitiv, informații care erup în cazul interacțiunii dintre aspectele conștiente și pre-conștiente ale procesării informațiilor și ca

acest proces este declansat de reacția defensivă ce vrea să reducă expunerea individului la evenimentul traumatic. Modelul presupune și existența atenției focusate pe simptome, ca în cazul somatizării, ca fiind crucială pentru crearea și menținerea simptomelor inexplicabile medical, subliniind importanța interpretărilor catastrofice, credințele de boală și comportamentul de boală. Acest model cognitiv este consistent cu conceptele de disociație, conversie și somatizare, reformulându-le într-un cadru explicativ comun consistent cu principiile teoriei cognitive generale.

Nucleul modelului cognitiv-comportamental al MUS este dat de mecanismul atenției. Procesul de atenție din sistemul cognitiv are capacitatea de a influența gândurile și comportamentul subiectului prin selectarea aspectelor relevante ale informației, procesul attentional fiind parte integrantă a mecanismului de integrare și selecție a informației pe baza experienței anterioare și activării schemelor cognitive congruente cu acestea. Brown (2004) susținea că simptomele inexplicabile apar atunci când activarea cronică a reprezentărilor stocate în memorie este reactivată de informații nepotrivite formate anterior. Rezultatul este o interpretare distorsionată a lumii senzoriale care este tratată ca subiectiv validă și percepută sub forma de simptome reale din cauza că individul nu poate influența felul cum interferențele originare au fost create. Simptomele inexplicabile sunt, conform acestui model, o perturbare a imaginii corporale generate de informații stocate în sistemul cognitiv privind natura simptomelor fizice, informații care creează șablonul pentru interpretarea viitoarelor senzații corporale.

Modelul lui Brown (2004) furnizează un cadru comprehensiv pentru a explica factorii de influență precum: i) expunerea la experiențe corporale, ca în cazul pacienților care au fost influențați de propria lor istorie de boli fizice; ii) expunerea cronică la nivele anormale de suferințe somatice la membrii de familie; iii) concepțiile socioculturale ale bolii, precum concepțiile populare, influențând ceea ce se numește simptome „genuine”; iv) sugestia verbală sau cum simptomele pot fi create de fenomene hipnotice, respectiv, cum simptomele pot apărea ca răspuns la sugestii verbale directe făcute de alții sau de persoana însăși; v) atribuirea greșită a simptomelor sau cum simptomele sunt influențate de propriul model de interpretare; vi) stările emotionale negative ca și contributor potențial al SIM prin influență asupra codificării și stocării informațiilor corporale și a reprezentării lor; vii) ruminările și grijile despre boală ca și contributori la cronicizarea simptomelor și menținerea atenției pe propria persoană și monitorizarea corpului propriu pentru a descoperi informații relevante; viii) comportament de

boala precum scheme cognitive prin care simptomele sunt interpretate și modul cum determină individul să se angajeze în căutarea de informații, în examinări medicale, în eforturi de evitare, în plimbarea de la un doctor la altul, în utilizarea serviciilor medicale.

8.5.2.3. Modelul multifactorial cultural.

Incapacitatea modelelor biologice de a furniza o explicație fiziopatologică a SIM a făcut ca cercetătorii să se confrunte cu probleme epistemologice generate de existența plângerilor subiective fără acoperire organică, precum durerea, oboseala sau altele, mai ales că nu există o modalitate de a evalua cantitativ aceste plângeri. Toate acestea au deschis ușa pentru un model cultural plauzibil pentru SIM, model consistent cu rolul culturii în explicarea bolii, a felului cum factorii socio-culturali influențează creierul nostru, cum translează emoțiile în limbaj și cum sentimentul că trăim în corpul nostru se converteste în suferință și simptome. Pe scurt, esența modelului cultural este ideea că SIM este o "suferință fără boală" (Kirmayer și colab. 2004). La acesta se mai adaugă faptul că modelul cultural ia în considerare felul cum medicina este privită și folosită de oameni și cum practica ei socială este înrădăcinată prin cultură în comportamentele de sănătate ale indivizilor, existând o transmitere intergenerațională a felului cum medicina poate fi utilizată. Să mergi și să consulți un doctor, să te plângi de simptomele pe care le ai, să aștepti și să primești un diagnostic și tratament, înseamnă până la urmă să te "predai" sistemului medical, exteriorizând suferința ta, primind o legitimare a ei în ochii familiei, cunoscuților și societății, și să aștepti ceea ce se poate întoarce spre tine de la aceștia.

Modelul multifactorial cultural are la bază ideile evoluționismului cultural după care cultura este capabilă să afecteze comportamentul indivizilor prin ceea ce obține prin învățare, imitație și ceea ce se reflectă asupra altora din ceea ce au acumulat și imaginat (Richerson și Boyd, 2005). Trebuie să acceptăm ce spunea Raynolds (1984): genele nu sunt singurele responsabile în evoluția omului modern, mai trebuie să adăugăm cultura.

O definiție comprehensivă a culturii postulează faptul că ea forjează modelele, explicit sau implicit, după care comportamentul este dobândit și transmis, iar nucleul esențial al culturii îl constituie ideile tradiționale și în special valorile atașate acestora, după care indivizii își dirijează acțiunile lor (Kroeber și Kluckhohn, 1952). Cultura în care trăim este reprezentată de un set de competente, practici și credințe în grup care formează și influențează membrii grupului și care sunt într-un schimb continuu și dialectic de semne, simboluri și înțelesuri. datorită unei interacțiuni dinamice între membrii acestuia (Vogelely și Roepstorff, 2009). Această definiție

larga ne spune că lumea în care oamenii navighează și experiențele lor în această lume sunt inerent culturale. Se deduce de aici că cultura este cea care a modelat și rafinat competențele, practicile și credințele oamenilor despre medicina și îngrijirea sănătății, printr-un schimb continuu de mesaje dintre cei care îngrijesc sănătatea și cei a căror sănătate este îngrijită. Ce știe lumea în general despre boli, despre medici și despre activitatea lor, despre manifestările unor boli sau disfuncții ale stării de sănătate sau despre așteptările în acest domeniu, toate sunt encodeate în caracteristicile culturale învățate, copiate și absorbite prin limbaj și se răspândesc și se transmit, într-un continuu proces de remodelare și rafinare, generației următoare.

Este ușor să ne închipuim cum diferite idei, credințe, atitudini sau comportamente referitor la sănătate și boală s-au selectionat și transmis de-a lungul secolelor pentru a ajunge la variabilitatea celor pe care le avem astăzi și care fac ca un individ să se considere bolnav sau nu, să se ducă la medic sau nu, să se vaccineze sau nu, să creadă în știința medicală sau doar în remedii naturiste, etc. Între cunoașterea științifică medicală și cunoașterea laică, populară, a existat din cele mai vechi timpuri un schimb reciproc de informații și, împreună, alcătuiesc cultura medicală în care o generație viețuiește. Acest schimb de informații se realizează și astăzi prin învățare, imitare, limbaj, inovație, imaginație, deducție și acumulare. Prin aceste procese oamenii învață unii despre ceilalți și fiecare încearcă să obțină un statut social, fie prin tendința de ierarhie, dominanță și prestigiu, fie prin cel de deferență, supunere și conformitate. Se sugerează că evoluția culturală dă naștere la normele sociale pentru că cei care detin o cunoaștere specială dobândesc standarde culturale prin care interpretează comportamentul altora. În plus, diferite grupuri vor dobândi diferite norme care vor ajunge să competeze unele cu altele (Henrich și Boyd, 1998, Henrich, 2011).

Mai trebuie adăugat că cultura este atât un produs cât și un facilitator al abilității umane de a coopera. Căutarea medicului, consultanța medicală, diagnosticul, tratamentul și urmărirea medicală a bolnavului se petrec într-un context cultural și cel puțin felul cum aceste activități sunt "impachetate", dacă nu și conținutul lor, sunt determinate de cultura. În acest context limbajul este forma comună prin care se realizează coordonarea socială și transferul cunoașterii de la cel care o deține la cel care o caută. Aspectul cel mai remarcabil al limbajului este puterea lui expresivă, abilitatea de a transmite un număr nelimitat de idei de la o persoană la alta, dar face posibilă și transmiterea de informație. Prin limbaj noi creiem și împărtășim cu alții modul nostru de a face lucruri și modul de a fi în lume, cultura noastră. Limbajul este un instrument

exceptional de organizare a realităților particulare, inclusiv a unei varietăți largi de relații sociale și sisteme sociale. Conversația medicală este exemplul tipic al acestui fel de coordonare socială. Teoria determinismului lingvistic (Malt și Wolff, 2010) este relevantă din acest punct de vedere. Această teorie susține că structura limbajului influențează modul în care individul gândește despre lumea percepută, cu alte cuvinte capacitatea cognitivă a oamenilor este determinată de structura limbajului. Cultura noastră, prin limbaj, ne ghidează să vedem lucrurile în termeni de categorii arbitrar stabilite, de exemplu ce boli există și ce înseamnă ele. Ceea ce nu este stabilit sau numit de limbaj, nu putem înțelege. De exemplu, odată ce medicina postulează existența unei boli și îi dă un nume, oamenii preiau această denumire, înțelesul și conținutul ei și o plasează în limbajul laic și în felul cum ei se raportează la ea; limbajul ne spune ceea ce este și nu este, dacă nu avem un cuvânt pentru ceva, acel ceva nu există, limbajul medical translat în limbajul laic furnizează materialul lingvistic prin care oamenii își vor descrie simptomele și bolile lor. Astfel avem boli și simptome pe care populația le discută cu diferite prilejuri în măsura în care ele au fost numite și concepute de medicină și apoi răspândite în limbajul popular, teorie numită "*naming and framing*" (Brown, 1995) sau "*put a name of it to exist*" (Golstein-Jutel, 2011).

Dacă simptomele medicale inexplicabile pot să-și aibă o sorgine culturală, atunci a trebuit să acceptăm și faptul că noi trăim într-o "nisă medicală", tot așa cum trăim într-o nisă ecologică, socială, culturală sau cognitivă. Nisa, din punct de vedere al evoluționismului este tot ce condiționează existența unei specii. Nisa a fost descrisă ca un spațiu al variabilelor ambientale, biotice și abiotice, reprezentând limitele viabilității speciei, ca un spațiu care permite speciei să existe indefinit, și aceasta a fost denumită "nisă fundamentală". Organismele își construiesc printr-un proces perpetuu nisă în care se dezvoltă, strângând laolaltă tot ceea ce contribuie la evoluția favorabilă a speciei (Laland și Sterelny 2006; Laland și colab. 2014). Asta face și ființa umană în nisă în care trăiește, pastrează ceea ce este benefic și construiește ceea ce generează prosperitatea indivizilor ei. În felul acesta se descrie nisă socială care reprezintă totalitatea condițiilor sociale de care are nevoie un individ ca să-și trăiască viața în felul său (Bergmüller și Taborsky, 2010). Ea ne spune cum oamenii trăiesc și interacționează împreună într-un mediu pe care și-l aleg și în final și-l construiesc prin interrelații reciproce, printr-un proces continuu de "*trade-off*" care maximizează beneficiile creșterii capacității de perpetuare a speciei umane sau de "*fitness*" în termeni evoluționari. Liantul din nisă socială este comportamentul ales și liber împărtășit (Saltz și colab., 2016). În nisă socială s-ar încadra rolurile bolnavului ("*sick role*"), așa

cum le-a definit Parsons (1951) și care ar fi: persoana bolnavă este exceptată de la rolurile sociale, ea nu este responsabilă de condiția ei, are dreptul de a fi îngrijită, ea trebuie să caute să se facă bine și trebuie să caute un ajutor profesional competent, un medic. Mai trebuie să-i amintim pe Yamagishi și Hashimoto, (2016) care vorbesc de rolul instituțiilor sociale în construcția nisei sociale, prin faptul că acestea au la baza funcționarii lor stimulentele pe care le oferă celor din interiorul și din afara instituției. Stimulentele sunt inseparabile de acțiunile întreprinse de unii din interiorul instituției, pentru a furniza celor din afara obiectul dorit. Comportamentul de a oferi stimulente este o strategie pe care o folosesc instituțiile sociale, de exemplu, cele medicale. Pentru a provoca un comportament de obținere a obiectului dorit celor care utilizează instituția. Privite din această perspectivă, instituțiile de îngrijire a sănătății utilizează diferite stimulente, precum proceduri diagnostice, tratamente, legitimări, prin care ceilalți își prezervă sănătatea, rolul social, acceptarea și grija altora.

Se mai descrie și nisa culturală. Ea a fost intuită de la începutul secolului trecut de Murdoch (1932) care spunea că individul se naște și crește într-o ambianță culturală care îl va influența în fiecare moment al vieții lui. Toate manifestările culturii, fie ele materiale, sociale sau ideologice, pot fi derivate de la o cunoaștere de bază care înseamnă cum să facem lucrurile, cum să interacționăm cu alții sau cum să obținem ajutorul (Goodenough, 1956). Nisa culturală este dată de practicile culturale care ajută la transmiterea trăsăturilor genetice și de cele culturale ce maximizează fitness-ul speciei. Există o co-evoluție genă-cultură. La baza construcției nisei culturale se află o "inteligentă împovăzătoare", o suită de capacități cognitive flexibile care permit speciei umane să dobândească un comportament adaptativ larg. Aceste capacități sunt augmentate de abilitatea de a învăța de la alții, în special utilizând un limbaj gramatical. La aceasta se adaugă un câștig evolutiv special și unic care ne dă abilitatea computațională de a improviza soluții la probleme noi. Abilitatea de a învăța de la alții duce la dobândirea de informații la un cost foarte scăzut evolutiv. Această capacitate unică de a învăța de la alții este absolut crucială pentru succesul speciei umane. Ea a permis acumularea graduală de informații de-a lungul generațiilor și dezvoltarea de instrumente adaptate nevoilor, de credințe și practici pe care nici o altă ființă nu le poate inventa. Aceasta este nisa culturală și exploatarea acestei nise a avut un puternic impact asupra traiectoriei evoluționare a ființei umane. Culturală umană depinde de capacitatea noastră de a acumula și transmite capitalul cognitiv. Individual sau colectiv, oamenii acționează în lumea lor economică, socială și tehnologică în acord cu informațiile pe

care le mostenesc de la generația anterioară. Acest transfer depinde, în parte, de adaptările cognitive pentru învățare socială (de ex. limbaj, imitație), dar depinde și de lumea în care au crescut și dezvoltat (Stern, 2011). Practicile noastre actuale de construire a căminului și casei, de creșterea și educarea copiilor, de păstrare a sănătății, a igienei și evitarea contagionii în cazul bolilor infecțioase transmisibile, de folosirea apei potabile și de preparare și păstrare a alimentelor, îmbrăcăminte, gestionarea mediului climateric, pentru a menționa numai câteva, sunt trăsături culturale, rafinate în generații prin construcția nisei culturale. Cunoașterea medicală, progresul și inovația medicală, structura și instituțiile medicale, învățământul medical, relația medic-pacient, construcția intelectuală a bolii, a diagnosticului și a procedurilor de tratament, toate acestea și multe altele sunt expresia construcției permanente a nisei culturale.

Dar dacă punem ființa umană în centrul procesului de alegere și construcție a niselor în care trăiește, fie ea ecologică, socială, culturală, etc, atunci trebuie să acceptăm că aceasta nu s-a produs decât în limitele date de construcția ființei umane; aceste nise reflectă ce este biologic ființa umană, deși putem accepta și că există procesul reciproc prin care condițiile nisei influențează dezvoltarea și felul cum este această ființa umană, astăzi sau mâine. Mai corect ar fi să conceptualizăm această relație ca pe o co-evoluție care are la bază o relație izomorfa între om și ce alege să se înconjoare. Construcția oricărei nise umane nu este un proces pe care-l dirijează alții din afară, doar ființa umană alege cu ce să se înconjoare după chipul și asemănarea sa. Este vorba de procesul general de co-construcție dintre genă și cultură (Laland și colab. 1995; Laland și colab., 2001).

Nisa medicală este expresia acestei construcții umane și a alegerilor omului, alegeri dictate de nevoia să se reproducă și să supraviețuiască în timp. Un astfel de exemplu este sistemul comportamental imunologic (vezi cap. 5) care constă în declanșarea unei cascade de răspunsuri psihologice și comportamentale atunci când este detectat un risc de infecție, precum creșterea aversiunii, evitarea tintelor nefamiliare și din afara grupului și întărirea coeziunii cu cei familiari și din grup, dezgustul pentru murdarie sau pentru încălcarea normelor intragrup, reducerea gregarității sociale.

Un alt exemplu este comportamentul "mă simt rău" ("*sick behavior*") care este comportamentul pe care îl au oamenii atunci când se simt rău și care poate fi considerat părintele celorlalte comportamente care apar ulterior, pe parcursul dezvoltării, în legătură cu sănătatea și boala, precum comportamentul de suferință și cel de boală, cel de căutare a ajutorului, cel de

prezervare a sănătății, etc. Comportamentul de a te simți rău învătă individul să monitorizeze și să interpreteze anumite senzații corporale ca semne biologice, prin legarea acestora de funcționarea corpului. Acum individul învătă că simptomele sunt un mod de comunicare simbolică cu ceilalți, de ex. ca o cerere de ajutor, și va folosi mai departe în viață, conștient sau inconștient, acest mod de comunicare. În timpul bolilor infecțioase se asistă la o creștere a moleculelor efectoare a sistemului imunitar, precum cytokinele și la apariția unei constelații de comportamente umane precum somnolență, inapetență, retragere socială, lentoare motorie, scăderea libidoului, febră sau tulburări cognitive, toate la un loc primind denumirea de comportamentul de a te simți rău (Larson și Dunn, 2001; Miller și colab. 2005). Acest comportament s-a distilat de-a lungul evoluției cu scopul de a ajuta supraviețuirea și a limita răspândirea infecțiilor prin organizarea priorităților energetice de luptă contra infecției și prin semnalezarea nevoii de restrângere a contactelor sociale (Shattuck și Muehlenbein, 2015). Expresiile sociale ale comportamentului de a te simți rău sunt în parte construite cultural prin faptul că normele și valorile culturale pot modela multiplele aspecte ale bolii și sănătății precum comportamentul de căutare a ajutorului și raportarea simptomelor.

Dar ceea ce se află în mijlocul nisei medicale este comportamentul de bolnav. Comportamentul de bolnav interpretează parcursul individului spre statutul de bolnav. Acest parcurs se face de cele mai multe ori cu participarea altora, ceea ce conduce la o autoevaluare, la o judecată după standardele implicite a ceea ce înseamnă să te simți rău sau nu. A te simți bine are înțelesuri specifice pentru diferiți oameni în funcție de valorile individuale, de clasă socială și de cultură. Prima etapă a acestei decizii este stabilirea dacă schimbările din sănătate au depășit un prag de semnificație a normalului. Acest prag variază în funcție de așteptările persoanei referitor la forță, capacitatea, funcționarea, confortul, bunăstare fizică personală. Dincolo de acest prag, senzațiile corporale capătă statutul de simptome. Din momentul în care un astfel de subiect deschide ușa unui cabinet medical pentru a cere o consultație el începe "cariera" de pacient. Clothier (2003) făcea remarcă că majoritatea pacienților suferă de disconfort sau de simptomele lor cu o remarcabilă tărie și rezistență, iar alții, de obicei persoane dependente, caută să fie ascultate chiar și numai pentru probleme familiale, tragedii personale sau pentru vârstă înaintată. Mulți pacienți se bucură să fie examinați, manipulați sau injectați doar pentru că le lipsește contactul personal și atenția. Cei care sunt cu adevărat bolnavi pot fi ori bravi, ori fricoși, depinzând de vârstă, circumstanțe sau calități personale. Totuși, un lucru este sigur, fiecare

pacient va gândi că reacția lui este justificată, dată de o boală, și se așteaptă să primească toată atenția necesară. Dacă ei nu obțin această atenție, vor fi tristi sau ofensati.

Facând un studiu asupra cauzelor care-i fac pe oameni să vină la medic, Zola (1973) constată că nu există un simptom în sine care să-i facă pe oameni să caute ajutor medical, ci mai curând aceasta depinde de circumstanțele sociale concomitente. El indică cinci condiții care duc la decizia de a căuta ajutor medical: concomitanța unei crize interpersonală, perceperea interferenței unei boli cu relațiile sociale încordate, îndemnul unei alte persoane ca o vizită medicală este de dorit, perceperea legăturii cu activitățile fizice și magnitudinea comportamentului de amânare (de ex. "ma duc săptămâna viitoare").

Simptomele sunt condiția preliminară, motivația și conținutul dialogului cu un medic. Dacă nu avem simptome, nu avem de ce și ce vorbi cu un medic. Așa cum unii oameni merg la teatru pentru a asculta o poveste, alții merg la concerte pentru a asculta o construcție muzicală, tot așa unii oameni merg la doctor pentru a dialoga cu el, au nevoie de acest dialog și corpul lor le furnizează, înconștient, motivele, respectiv simptomele, pentru a putea deschide ușa cabinetului medical. Simptomele sunt în acest caz simbolurile prin care dialogăm cu medicina, ele sunt mai mult decât metafore, așa cum le consideră unii autori (Lawley și Tompkins, 2000; Tompkins și Lawley, 2002; Lakoff, 2003, Schwartz, 2015), ele sunt materialul prin care se construiește selful unui subiect care are nevoie de "dezmișdarile" medicinei pentru a-și alina singurătatea, anxietatea, nesiguranta, incertitudinea, îngrijorarea, incompletitudinea sau inadecvarea. Ele vor exista atâta timp cât medicina furnizează legitimitate și beneficii pentru cel care prezintă simptome, beneficii care sunt reciproce, atât pentru medic, care se validează, cât și pentru solicitant, care se legitimizează. Se zice că mintea noastră ne spune minciuni dar corpul niciodată. Eu nu sunt de acord, iată că și corpul ne minte atâta timp cât ne plac "minciunile" lui. Simptomele medicale inexplicabile sunt "*by-product-ul*" faptului că vietuim în și continuăm să construim nișa noastră medicală.

Pe lângă cele de mai sus, în construcția socială a simptomelor inexplicabile medical mai participă în mod hatarator și așa-zisul discurs medical, discurs care este alcatuit dintr-o colecție de cuvinte, figuri de stil, concepte, valori, simboluri, texte orale sau scrise, articole, cărți, discuții și instituții (Foucault, 1972). Prin discurs instituțiile sociale își expun reglementările practice și își justifică anumite acțiuni, ceea ce fac fără nici o discuție instituțiile medicale. Medicina poate fi văzută nu numai ca practica socială, ci și ca discurs. Repetate în timp, discursurile se

“naturalizează” inserându-se în comunitate, iar subiectele și comentariile lor devin un bun comun. Acest proces explică cum discursul medical a devenit popular în comunitate prin internalizarea anumitor concepte și explicații despre sănătate, boli, cauzele lor și modul de tratament (Azim, 2020). Foucault (1972) gândea că discursul este un mod de a construi realitatea, ceea ce explică realitățile multiple ale lumii, fiecare din ele fiind construită de discursuri locale sau de discursuri specifice. Oamenii nu se confruntă direct cu realitatea materială a lumii, ci mai curând au acces la realitate prin discursuri și cadre discursive. Discursurile sunt filtrele noastre mentale prin care trec obiectele materiale și evenimentele, pentru ca ele să aibă înțeles pentru noi. Astfel boala este un produs al discursului medical, care la rândul lui reflectă modul dominant de gândire în societate la un moment dat. Astfel anumite comportamente au devenit boli, sau anumite boli au devenit comportamente normale prin discursul medical. Adoptând această teorie a cunoașterii, boala nu mai este o entitate patologică în natură, ci rezultatul unui proces social-istoric (Foucault în "*The Order of Things*", 1974).

Pentru a vedea cum discursul medical a contribuit la statutarea simptomelor inexplicabile medical trebuie să mergem la Frank Furedi (2004) care analizează impactul social al discursului terapeutic, o varietate a discursului medical. Conform acestui mare sociolog, discursul terapeutic este limbajul care a devenit modalitatea comună prin care oamenii se descriu pe ei înșiși, interpretează pe alții și a devenit și modul prin care instituțiile și statul încearcă să dirijeze indivizii din societatea actuală. Prin acest limbaj se exercită o persuasiune terapeutică, construcția unui self fals, imixtiunea în viața privată, și medicalizarea și psihologizarea mizeriei de fiecare zi (Illuz, 2008; Rose, 1998; Pilgrim și Bentall, 1999). Prin acest limbaj noi învățăm că orice eveniment al vieții noastre poate fi interpretabil prin intermediul vocabularului medical. Avem tentația de a ne reconstrui, de a ne reformula continuu prin acest vocabular. Ce se petrece în cabinetul medical sau de terapie a devenit locul în care noi ne inventăm ca indivizi prin faptul că dorințele, nevoile noastre devin cunoscute, categorisite și controlate de dragul libertății, sănătății și bunăstării (Iliopoulos, 2012). Lumea modernă se caracterizează astăzi și printr-o continuă căutare a diagnosticelor, ele reprezentând o etichetă specială pentru suferință și pentru eșec. În această perspectivă Kenneth Gergen (1991) spunea că cultura terapeutică oferă o “invitație la infirmitate”, medicalizarea vieții zilnice permițând oamenilor să dea un sens necazurilor lor și să obțină simpatie. Politica recunoașterii, a validării prin acest vocabular, distrage oamenii de la dezvoltarea prin ei înșiși și cultivă în schimb o afirmare într-un climat

formal, precum mersul la doctor sau la terapeut. Suferința indrituiește un tratament specific, conferă privilegiul moral de a avea statutul de victimă. Furedi (2004) spunea că validarea unei plângeri particulare (n.n. precum a simptomelor inexplicabile medical) cere acceptarea diagnosticului. Se obține astfel dreptul de a nu fi judecat, de empatie. Primirea unui diagnostic înseamnă până la urmă un act de imputernicire. Obligația de a crede victima are un caracter moral imperativ. Atribuirea responsabilității este plasată în afara individului. Societatea a acceptat victimizarea ca un nou mod de explicare și scuză a comportamentului. A vorbi astăzi despre trauma, abuzuri fizice și sexuale în copilărie sau mai târziu, părinți disfuncționali, invalidare, evenimente stresante, continuă suferință de a găsi un diagnostic pentru simptome pe care medicii le ignoră, etc. este astăzi un lucru de "bun gust", atrage atenția și simpatia ascultătorului, scuză inadvertențele și eșecurile, permite ocuparea unui loc mai în față. Printre rădăcinile acestui context discursiv în care noi trăim și în care mulți încearcă "să se rescrie" Eva Illouz (2008) menționează: i) doctrina freudiană, care a sedus imaginația publică cu metaforele și narativele ei și a făcut un pod între medicină și psihologie pe de-o parte, și cultura populară pe de altă parte; ii) post-modernismul, care susține că adevărul este local, contextual și că o afirmație este tot atât de adevărată ca și alta doar pentru că sunt epistemologic echivalente; iii) constructivismul social, care clamează primatul contextului social asupra cunoașterii; iv) mișcarea feminista, care împărtășește același lexicon emotionalist ca și cel din sesiunile de terapie și promovează etosul auto-conștrângerii și auto-controlului, care reprezintă cerința socială pentru control emoțional ca un stil standard de comportament; v) amploarea mișcării de "self-help" și a literaturizării ei; vi) cultivarea nevoii de a avea un vehicol pentru a vorbi despre emanciparea din tirania familiei, a intimității, a ierarhiei sociale și a suferinței care constrânge.

În final trebuie să reiterez că simptomele medicale inexplicabile sunt o categorie polimorfa de realități medicale și rădăcina lor epistemică nu este pentru toți aceeași. Fiecare din modelele explicative multifactoriale expuse mai sus poate justifica existența acestora la unii pacienți și invalida existența lor la alții. Indiferent cum ar fi, acești subiecți merită toată atenția și considerația și medicii trebuie să se aplece asupra lor cu aceeași înțelegere și considerație ca și pentru oricare alt pacient.

Bibliografie:

- American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the Third Ed. Washington DC: American Psychiatric Publ.
- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the Fourth Ed. Washington DC: American Psychiatric Publ.
- American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, The Fifth Ed. Washington DC: American Psychiatric Publ.
- Azim HM (2020): A Foucaultian archaeology of modern medical discourse, PhD dissertation, Department of Anatomy and Cell Biology, Indiana University, Bloomington, Indiana.
- Bergmuller R, Taborsky M (2010): Animal personality due to social niche specialization, *Trends Ecol Evol*, 9: 504-511
- Bermingham S, Cohen A, Hague J, Parsonage M (2010): .The cost of somatisation among the working population in England for the year 2008–09, *Mental Health in Family Medicine*, 7: 71–84.
- Berrios GE, Markova IS (2006): Symptoms – historical perspective and effect on diagnosis, in M Blumenfield, JJ Strain (Eds.): *Psychosomatic Medicine*, 1st ed., New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bliss M (1999): *William Osler: A life in Medicine*, New York: Oxford University Press.
- Boeft den M, Huisman D, van der Wouden JC et al (2016): Recognition of patients with medically unexplained physical symptoms by family physicians: Results of a focus group study, *BMC Family Practice*, 17: 55-62.
- Brown P (1995): Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness, *Journal of Health and Social Behavior*, 35: 34-52.
- Brown RJ (2004): Psychological mechanisms of Medically Unexplained Symptoms: An integrative conceptual model, *Psychological Bulletin*, 130(5):793-812.
- Brown RJ (2007): Introduction to the special issue on medically unexplained symptoms: Background and future directions, *Clinical Psychology Review*, 27: 769–780.
- Budtz-Lilly A, Schroder A, Rsk MT et al (2015): Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Family Praactice*, 16: 180-189
- Burbaum C, Stresing AM, Fritzsche K et al (2010): Medically unexplained symptoms as a threat to patients' identity? A conversation analysis of patients' reactions to psychosomatic attributions, *Patient Education and Counseling*, 79: 207–217.
- Burton C (2003): Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS), *British Journal of General Practice*, 53: 233-241.
- Bourke JH, Langford RM, White PD (2015): The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation, *Journal of Psychosomatic Research*, 78(3): 228–236.
- Cassirer EA (1944): *An Essay on Man: An Introduction to a Philosophy of Human Culture*, New Haven: Yale University Press.

- Chalder T, Willis C (2017): “Lumping” and “splitting” medically unexplained symptoms: is there a role for a transdiagnostic approach?, *Journal of Mental Health*, 26 (3): 187-191.
- Chianello T (2010): Somatization and engagement in mental health treatment, Dissertation, Portland State University, Oregon, USA.
- Clarke A (2010): *The Sociology of Healthcare*, 2nd ed., Harlow: Pearson.
- Clothier CM (2003): On being a patient, in DA Warrell, TM Cox, JD Firth (Eds.): *Oxford Textbook of Medicine*, (4th ed.), Oxford: Oxford University Press.
- Cox AP, Ray PL, Jensen M, Diehl AD (2014): Defining “sign” and “symptoms”, <http://ceur-ws.org/Vol-1309/paper4.pdf>.
- Creed F, Guthrie E, Fink P, et al. (2010): Is there a better term than ‘Medically unexplained symptoms’? *Journal of Psychosomatic Research*, 68: 5–8.
- Dantzer R (2005): Somatization: a psychoneuroimmunological perspective, *Psychoneuroendocrinology*, 30: 947–952.
- Deary V, Chalder T, Sharpe M (2007): The cognitive behavioral model of medically unexplained symptoms; A theoretical and empirical review, *Clinical psychology Review*, 27: 781-797.
- Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, et al (2013): Somatic Symptom Disorder: An important change in DSM, *Journal of Psychosomatic Research*, 75: 223–228.
- Edwards TM, Stern A, Clarke DD et al (2010): The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature, *Mental Health in Family Medicine*, 7:209–221.
- Eisenberg L (1977): Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1: 9–23.
- Eriksen TE, Risør MB (2013): What is called symptom?, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(1):89-102..
- Escalona R, Achilles G, Waitzkin H, Yager J (2004): PTSD and somatization in women treated at a VA primary care clinic *Psychosomatics*, 45(4): 291-296.
- Fink P, Rosendal M, Toft T (2002): Assessment and treatment of functional disorders in general practice: The Extended Reattribution and Management Model – an advanced educational program for nonpsychiatric doctors, *Psychomatics*, 43(2): 93–131.
- Fink P, Schroder A (2010): One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders, *Journal of Psychosomatic Research*, 68: 415–426.
- Fink P, Rosendal M, Toft T, Schroder A (2015); Background, in P Fink, M Rosendal (Eds.): *Functional Disorders and medically Unexplained Symptoms: Assessment and Treatment*, Aarhus, Denmark: Aarhus University Press.
- Fischer S (2015): *Aetiopathogenesis and Phenomenology of Medically Unexplained Conditions*, Dissertation, Department of Psychology and Psychopathology, University of Marburg, Germany.
- Foucault M (1963) *Naissance de la Clinique*, Paris: Presses Universitaires de France.
- Foucault M (1972): *The Archeology of Knowledge & The Discourse on Language*. (transl. by AM Sheridan Smith), New York: Pantheon Books.

- Foucault M (1974): *The Order of Things*, London: Tavistock.
- French R (1998): *Sign conceptions in medicine from the Renaissance to the early 19th century*, 2. Teilband: Ein Handbuch zu den zeichentheoretischen Grundlagen von Natur und Kultur, Berlin, New York: De Gruyter Mouton, DOI: 10.1515/9783110156614.2
- Gergen K (1991): *The saturated self: dilemmas of identity in contemporary life*, New York: Basic Book.
- Goldstein-Jutel A (2011): *Putting a Name to It: Diagnosis in Contemporary Society*, Baltimore: John Hopkins University Press.
- Goodenough WH (1956): *Cultural anthropology and linguistics*, Philadelphia Anthropological Society Bulletin, 9(3): 3–7.
- Gureje O (2015): *Classification of somatic syndromes in ICD-11*, Current Opinion in Psychiatry, 28: 345-349.
- Gureje O, Reed GM (2016): *Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects*, World Psychiatry, 15(3): 291-292.
- Guthrie E (2008): *Medically unexplained symptoms in primary care*, Advances in Psychiatric Treatment, 14: 432–440.
- Haller H, Cramer H, Romy L, Gustav D (2015): *Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care*, Deutsches Arzteblatt International, 112, 279–87.
- Hatcher S, Arroll B (2008): *Assessment and management of medically unexplained symptoms*, British Medical Journal, 336: 1124-1128.
- Henrich J, Boyd R (1998): *The evolution of conformist transmission and the emergence of between-group differences*, Evolution and Human Behavior, 19: 215-242.
- Henrich, J (2011); *A cultural species: How culture drove human evolution*, American Psychological Association, Psychological Science Agenda, November, vol.25, No. 11.
- Heinrich TW (2004): *Medically unexplained symptoms and the concept of somatisation*, Wisconsin Medical Journal, 103(6): 83-87.
- Helman C (1981): *Disease versus illness in general practice*, Journal of the Royal College of General Practitioners, 31: 548–52.
- Henningsen P, Fink P, Hausteiner-Wiehle C, Rief W (2011); *Terminology, classification and concepts*, in F Creed, P Henningsen, P Fink (Eds.): *Medically Unexplained Symptoms, Somatization and Bodily Distress*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Hilderink PH, Bernard CEM, van Driel TJW, Olde Rikkert MGM (2008): *Medically unexplained symptoms in older adults: a combination of physical, psychiatric and psychological factors*, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 152(23):1305-1309.
- Hiller W, Rief W, Brahler E (2006): *Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms*, Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 41: 704–712.
- Hubley S, Uebelacker L, Eaton C (2014): *Managing medically unexplained symptoms in primary care: A narrative review and treatment recommendations*, American Journal of Lifestyle Medicine, 20(10): 1-11.
- Iliopoulos J (2012): *Foucault's Notion of Power and Current Psychiatric Practice Philosophy*, Psychiatry, & Psychology, 19 (1): 49-58.

- Illouz E (2008): *Saving the modern soul therapy, emotions, and the culture of self-help*, Berkley: University of California Press.
- International Classification of Diseases, 10th Revision, Geneva: World Health Organization.
- Irwin MR (2011): Inflammation at the intersection of behavior and somatic symptoms, *Psychiatric Clinics of North America*, 34(3): 605-620.
- Ivbijardo G, Goldberg D (2013): Bodily distress syndrome (BDS): the evolution from medically unexplained symptoms (MUS), *Mental Health in Family Medicine*, 10: 63-64.
- Johnston I (2006): *Galen – On Disease and Symptoms*, Cambridge: Cambridge University Press
- Kirmayer LJ, Robbins JM (1991): Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179: 647–655.
- Kirmayer LJ, Taillefer S (1997): Somatoform disorders, in SM Turner, M Hersen (Eds.): *Adult psychopathology and diagnosis* (3rd ed.), New York: Wiley.
- Kirmayer LJ, Looper KJ (2006): Abnormal illness behaviour: physiological, psychological and social dimensions of coping with distress, *Current Opinion in Psychiatry*, 19: 54–60.
- Kroeber AL, Kluckhohn C (1952): *Culture: a critical review of concepts and definitions*, Papers of the Peabody Museum of Archaeology & Ethnology, Harvard University, 47(1), MA: Cambridge: Harvard University Press.
- Kroenke K (2003): Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12 (1): 34-43.
- Kroenke K (2006): Physical symptom disorder: a simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions, *Journal of Psychosomatic Research*, 60: 335–339.
- Kroenke K, Rosmalen JGM (2006): Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders, *Medical Clinics of North America*, 90: 603–626.
- Kurlansik SL, Maffei MS (2016): Somatic Symptom Disorder, *American Family Physician*, 93(1): 49-54A.
- Lacourt T, Houtveen J, van Doornen L (2013): Functional somatic syndromes, one or many. An answer by cluster analysis. *J. Psychosom.Res.* 74(1): 6-11.
- Lakoff G (2003): *Metaphors We Live By*, Chicago, University of Chicago Press.
- Laland KN, Kumm J, Feldman MW (1995): Gene-culture co-evolutionist theory - a test - case. *Current Anthropology*, 36(1): 131-156.
- Laland KN, Odling-Smee J, Feldman MW (2001): Cultural niche construction and human evolution, *J. Evol. Biol.*, 14: 22-33.
- Laland KN, Sterelny K (2006): Seven reasons (not) to neglect niche construction. *Evolution*, 60(9): 1751-1762, DOI 10.1111/j.0014-3820.2006.tb00520.x.
- Laland KN, Uller T, Feldman M, et al (2014): Does evolutionary theory need a rethink? *Nature*, 514(7521): 161–164, DOI 10.1038/514161a.
- Larson SJ, Dunn AJ (2001): Behavioral effects of cytokines, *Brain Behav Immun*, 4:371-387

- Lazarus RS (1966): Psychological stress and the coping process, New York, NY: McGraw-Hill.
- Lazarus RS, Folkman S (1984): Stress, appraisal, and coping, New York, NY: Springer.
- Lawley J, Tompkins P (2000): Metaphors in Mind: Transformation Through Symbolic Modeling, London: Developing Company Press.
- Lipowsky ZJ (1988): Somatization: the concept and its clinical application, American Journal of psychiatry, 145(11): 1358-1368.
- Malt BC, Wolff P (Eds) (2010): Words and the Mind: How Words Encode Human Experience. London: Oxford University Press.
- Marks EM, Hunder MS (2015): Medically unexplained symptoms: an acceptable term? British Journal of Pain, 9(2): 109-114.
- Marsella AJ (1988): Cross-cultural research on severe mental disorders: issues and findings, Acta Psychiatr Scand Suppl. 1988;344:7-22nts
- Martin A, Buech A, Schwenk C, Rief W (2007): Memory bias for health related information in somatoform disorders, Journal of Psychosomatic Research, 63(6): 663-671.
- Mayou R (2014): Is the DSM-5 chapter on somatic symptom disorder any better than DSM-IV somatoform disorder? The British Journal of Psychiatry, 204: 418-419.
- McEwen BS (1998): Stress, adaptation and disease. Allostasis and allostatic load, Ann NY Acad Sci, 840:33-44.
- Mechanic D (1986): The concept of illness behavior: culture, situation and personal predisposition. Psychological Medicine, 16: 1-7
- Miller A, Capuron L, Raison C (2005): Immunologic influences on emotion regulation. Clin. Neurosci. Res., 4: 325-333.
- Mobini S (2015): Psychology of medically unexplained symptoms: A practical review, Cogent Psychology, 2: 1033876; <http://dx.doi.org/10.1080/23311908.2015.1033876>.
- Murdock GP (1932): The science of culture. American Anthropologist, 34(2): 200-215, DOI 10.1525/aa.1932.34.2.02a00020.
- Nater UM, Fischer S, Ehlert U (2011): Stress as a pathophysiological factor in functional somatic syndromes, Current Psychiatry Review, 7(2): 152-169.
- Olde Hartman T, Lucassen P, van de Lisdonk E et al (2004): Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome, British Journal of General Practice, 54: 922-927.
- Olde Hartman T, Hassink-Franke L, Lucassen P et al (2009): Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: A focus group study, BMC Family Practice, 1; 68-74.
- Olde Hartman TC (2011): Persistent medically unexplained symptoms in primary care: The patient, the doctor and the consultation: Cap. 1: Introduction. Department of Primary and Community Care, Radboud University Nijmegen Medical Center, The Netherlands.
- Olde Hartman T, Blankenstein N, Molenaar B, et al (2013): NHG Guideline on Medically Unexplained Symptoms (MUS), Huisarts Wet, 56(5): 222-230.

- Parsons T (1951): *The Social System*, Glencoe, IL: The Free Press.
- Pennebaker JW (1982): *The psychology of physical symptoms*, New York: Springer.
- Pilgrim D, Bentall R (1999): The medicalisation of misery: A critical realist analysis of the concept of depression, *Journal of Mental Health* 8(3): 261-274.
- Pilowsky I (1987): Abnormal illness behavior, *Psychiatric Medicine*, 5: 85–91.
- Ravenzaaij van J, Olde Hartman TC, van Ravesteijn H et al (2010): Explanatory models of medically unexplained symptoms: a qualitative analysis of the literature, *Mental Health in Family Medicine*, 7:223–231.
- Reynolds V (1984): The relationship between biological and cultural evolution, *Journal of Human Evolution*, 13: 71-79.
- Richerson PJ, Boyd R (2005): *Not by Genes Alone: How Culture Transformed Human Evolution*, New York: University of Chicago Press
- Rief W, Barsky AJ (2005): Psychobiological perspectives on somatoform disorders, *Psychoneuroendocrinology*, 30: 996–1002.
- Rief W, Broadbent E (2007): Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms, *Clinical Psychology Review*, 27: 821–841
- Rief W, Hiller W, Margraf J (1998): Cognitive aspects in hypochondriasis and the somatization syndrome, *Journal of Abnormal Psychology*, 107: 587–595.
- Rief W, Isaac M (2007): Are somatoform disorders "mental disorders"? A contribution to the current debate, *Current Opinion in Psychiatry*, 20: 143-146.
- Roelofs K., Spinhoven P (2007): Trauma and medically unexplained symptoms: Towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts, *Clinical Psychology Review*, 27(7): 798-820.
- Rohleder N (2014): Stimulation of systemic low-grade inflammation by psychosocial stress, *Psychosomatic Medicine*, 76(3): 181-189.
- Rolfe A, Burton C (2013): Epidemiology and impact in primary and secondary care, in C Burton (Ed.): *ABC: Medically Unexplained Symptoms*, Chichester: Wiley-Blackwell.
- Rose N (1998): *Inventing Our Selves. Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press
- Rosendal M, olde Hartman TC, Aamland A et al (2017): “Medically Unexplained” symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification, *BMC Family Practice*, 18: 18-27.
- Salkovskis PM, Warwick HC (1986): Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis, *Behaviour Research and Therapy*, 24: 597–602.
- Saltz JB, Geiger AP, Anderson R et al (2016): What, if anything, is a social niche? *Evol. Ecol.*, 30: 349–364, DOI 10.1007/s10682-015-9792-5.
- Schwartz ES (2015): Metaphors and medically unexplained symptoms, www.the-lancet.com , vol 386, August 22
- Sebeok TA (2001): *Signs: An Introduction to Semiotics*, Second Edition, Toronto: University of Toronto Press

- Sharp TJ, Harvey AG (2001): Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21: 857-877.
- Sharpe D, Faye C (2006): Non-epileptic seizures and child sexual abuse: A critical review of the literature, *Clinical Psychology Review*, 26: 1020–1040.
- Sharpe M, Mayou R, Walker J (2006): Bodily symptoms: New approaches to classification, *Journal of Psychosomatic Research*, 60: 353-356.
- Sharpe M (2013): Somatic symptoms: beyond ‘medically unexplained’, *The British Journal of Psychiatry*, 203: 320–321.
- Shattuck EC, Muehlenbein MP (2015): Human Sickness Behavior: Ultimate and Proximate Explanations, *American Journal of Physical Anthropology*, 157: 1-18, DOI 10.1002/alpa.22698.
- Smith RC, Dwamena FC (2007): Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms, *General Internal Medicine*, 22: 685–691
- Stenkopf L (2015): The signalling theory of symptoms: An evolutionary explanation of the placebo effect, *Evolutionary Psychology*, 13(3): 1-12.
- Strelny K (2011): From hominins to humans: how sapiens became behaviourally modern, *Phil. Trans. R. Soc. B* 366: 809–822, DOI 10.1098/rstb.2010.0301.
- Stone J, Wojcik W, Durrance D et al (2002): What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend", *British Medical Journal*, 325(7378): 1449-1450.
- Stone J, Reuber M, Carson A (2013): Functional symptoms in neurology: mimics and chameleons, *Practical Neurology*, 13: 104–113.
- Tiokhin L (2016): Do symptoms of illness serve signalling functions? (hint: yes), *The Quarterly Review of Biology*, 91(2): 177-195.
- Tompkins P, Lawley J (2002): The mind, metaphor and health, *Positiv Health*, Issue 87.
- Von Uexkull T (1982): Semiotics and medicine, *Semiotica*, 38(3-4): 205-215.
- Waller E, Scheidt CE (2006): Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective, *International Review of Psychiatry*, 18(1): 13–24.
- Verkuil B, Brosschot JF, Thayer, JF (2007): A sensitive body or a sensitive mind associations among somatic sensitization, cognitive sensitization, health worry, and subjective health complaints, *Journal of Psychosomatic Research*, 63(6): 673-681.
- Vogele K, Roepstorff A (2009): Contextualizing culture and social cognition, *Trends in Cognitive Sciences*, 13(12): 511- 516.
- Vraști R (2019): Lungul drum al simptomelor somatice inexplicabile medical de la tulburările somatoforme la tulburarea suferinței corporale (ICD-11) și tulburarea cu simptome somatice (DSM-5) Partea 1, *Psihiatru.ro*, 56(1): 43-47.
- Vraști R (2019): Lungul drum al simptomelor somatice inexplicabile medical de la tulburările somatoforme la tulburarea suferinței corporale (ICD-11) și tulburarea cu simptome somatice (DSM-5) Partea 2, *Psihiatru.ro*, 56(2): 41-47.

Waller E, Scheidt CE (2006): Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective, *International Review of Psychiatry*, 18(1): 13–24.

Wessely S, White PD (2004): There is only one functional somatic syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 185: 95 – 96.

Wilkinson K (2013): Investigating Difficulties in Emotion Regulation in Medically Unexplained Symptoms, Dissertation, Department of Psychology, University of Sheffield, England.

Withoft M, Hiller W (2010): Psychological approaches to origins and treatment of somatoform disorders, *Annual Review of Clinical Psychology*, 6: 257-283

Yamagishi T, Hashimoto H (2016): Social niche construction, *Current Opinion in Psychology*, 8: 119–124.

Zola IK (1973): Pathways to the doctor - from person to patient, *Soc. Sci. & Med.*, 7: 677-689.