

## MAMA ȘI COPILUL ÎN CORELAȚIE CU DISSTRESUL FAMILIAL

I. J. Farkas, Evelyn Farkas

### I.

Scopul acestei comunicări este de a trece în revistă principalii factori care declanșează, mențin și agravează disstresul și factorii de risc pentru femeia gravidă, mamă și copil în sinul familiei.

#### FACTORII DE RISC ÎN CADRUL FAMILIEI

Din lunga experiență a medicilor de medicină generală, a disciplinelor de medicină socială, a psihologilor și chiar a studenților în medicină din ultimul an de studiu, a reieșit incontestabil că structura obiectivă a activității medicului de prim-contact, prezintă următorul tablou:

— probleme economico-sociale	prevalența	40 %
— probleme medicale	„	30 %
— probleme psihosomatice	„	30 %

Este nevoie de o relativ lungă carieră medicală, un contact direct cu realitățile vieții din rețeaua de bază, precum și a te lovi permanent de acel noian de situații de risc, care subminează starea de sănătate a femeii, gravidei, mamei, fătului, nou-născutului, sugarului și a copilului.

Din cercetările științifice proprii sau din cele publicate de literatura de specialitate utilizând testul de proiecție MMPI (MINNESOTA, MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY — Inventarul de personalitate multidimensională al Universității Minnesota), a reieșit următoarele:

Structura somatică și psihosomatică a calităților feminine prezintă un specific aparte, care apare mult mai accentuat decât la bărbați:

- sentimente estetice mai profunde și multilaterale, atât privind propria ei persoană, cât și față de mediul în care muncește sau trăiește,
- modelarea unui instinct pentru ordine, curățenie,
- conturarea unui instinct de teritorialitate pentru căminul familial, pentru camera personală, pentru tot ce este viu sau neviu în jurul ei,
- instinctul de afecțiune, empatie, comuniune afectivă față de frământările, suferințele aproapelui sau chiar ale străinului.

În prima jumătate a secolului nostru, fiziologul american CANNON vorbește despre starea de alarmă (Emergency State) și totodată amintește că reacția omului, deci și a femeii, se materializează pe două căi: prin luptă sau prin evadare (Fight or Flight).

Acest model psihosomatic în condițiile actuale ale sectorului productiv și ale familiei trebuie studiat cu multă atenție de toți medicii de medicină generală. Dacă modelul lui CANNON într-o anumită stare de alarmă declanșată de o situație de pericol, decide pentru luptă, la nivelul unui lanț întreg de sisteme și organe, această stare psihică se materializează într-o hipersecreție de adrenalină, de catecolamină, de mobilizarea lanțului hormonal prin CAMP (second messenger) pe căi neuronale, piramidale și extrapiramidale, încât sistemul nervos central îl percepe doar ulterior. În acest proces se sensibilizează selectiv și simultan milioane de membrane celulare, pregătind organismul pentru contraatac.

Dacă această stare emoțională psihică maximă se repetă de mai multe ori, în conflicte familiale cu un soț alcoolic, în situații de carențe financiare sau în caz de accident industrial, în contact cu substanțe toxice, utilizate în agricultură, fără ca să fie urmată de o acțiune prin care SUPRASATURAȚIA a zeci de sisteme și organe să se deconecteze treptat, deci pe o cale fiziologică, alarmele false neurmate de o stingere treptată a încordării potențialului cibernetic, factorul excitant negativ se cumulează tocmai la nivelul acelor organe, care reprezintă în momentul dat „locus minoris resistentiae“ (cord, artere, rinichi, ficat, glandă tiroidă, ovar, endometru, centrul respirator, hipotalamus, simpaticus, sistemul nervos central, sistemul imunologic etc.) — șocul se SOMATIZEAZĂ, apare BOALA. Paralel se îngustează și capacitatea de REZONANȚA PSIHICĂ a femeii față de alte evenimente externe ulterioare, de o intensitate mai redusă.

*Sifneos* (1973) introduce o noțiune nouă a bolnavului psihosomatic, care se numește ALEXITHYMIE (legere, lat.=a citi, a exprima; Thymos, grec.=sentiment cînd EUL lezat e lipsit de capacitatea de a-și exprima sentimentele. În cazul unei femei, al unei gravide, încadrată în producție, al unei mame bolnave din punct de vedere psihosomatic, această stare este de fapt un concretism blocat, fără planuri, fără vise. Pentru medicul practicant, bolnavul psihosomatic se poate diferenția de cel nevrotic tocmai prin capacitatea exagerată a acestuia din urmă, de a-și exterioriza, chiar a exagera printr-o confabulație abundentă cele mai intime trăiri. Medicul nu mai poate scăpa de pacientul nevrotic, care vrea să povestească „TOTUL“ fără nici o barieră sau rețineră.

În schimb psihosomaticul e „adus“ la medic, constrins de o boală psihică grefată pe un sistem sau organ hipersensibil, ca un „ceas deștepător“ intern.

Cele două stări patologice pot și trebuie să fie diferențiate. La această situație complexă se mai suprapune și faptul că femeia, care e mai sensibilă din punct de vedere tipologic și genetic, mai are o pudoare, care o blochează la prima consultație medicală.

Medicul trebuie să fie foarte atent și doar după mai multe examinări și mai ales anamneze și interviuri profunde, poate stabili exact etiologia bolii actuale. De exemplu:

- dureri precordiale, surmenaj prin munca în trei ture, conflicte familiale,
- frustrare afectivă, sexuală, agresivitate → colecistopatie,
- conflicte la locul de muncă, conflicte profesionale → dispnee,
- insuccese în carieră, culpabilitate, irascibilitate → dismenoree,
- locuința supraaglomerată → libido sexual scăzut,
- conflict cu părinții soțului, alcoolismul soțului → hipertiroidie,
- disfuncție ovariană, amenoree funcțională → gravitate închipuită,
- plecarea temporară a soțului din familie, detașare, dirijare la curs postuniversitar, pesimism, sentimente de abandon → insomnii,
- gelozie, conflicte microsociologice → hipertensiune arterială.

În cele ce urmează vom aborda unele aspecte specifice, legate de sex, graviditate și maternitate.

**SEXUL**, în cazul nostru cel feminin, se compune din următoarele trei elemente:

A. **BIOLOGIC**: cromozomal, gonadal, hormonal, anatomic și antropologic.  
B. **SOCIAL**: exteriorizarea sentimentelor spre mediul microsociologic, adaptare sau inadaptabilitate, relația optimă sau deficitară de comportament, educație, carieră profesională și ținuta morală.

C. **PSIHOLGIC (PSIHIC)**: tabloul subiectiv-individual, optica rolului femeii ca soție, mamă, colegă, gospodină, prietenă, amantă, dușman, precum și rolul interiorizat și exteriorizat în diverse situații.

**GRAVIDITATEA**, ca stare fiziologică se poate manifesta în mod divers la diferitele vârste.

a) **FRICA** de a rămîne gravidă, dublată de stres respectiv față de următorii factori:

- lipsa de experiență,
- neîncredere în partener,
- nesiguranța condițiilor economice,
- constrângerea din partea părinților,
- opinia colegelor și colegilor de la locul de muncă,
- abandonarea sau întreruperea carierei profesionale, a instituției de învățămînt superior,
- schimbarea bruscă a statusului social
- modificarea obligațiilor familiale și sociale,
- autoîntreținerea materială incertă,
- conflictul față de o graviditate extraconjugală, anteconjugală și conjugală tardivă.

b) **DORINȚA** de a rămîne gravidă:

- îmbogățirea și împlinirea EU-lui psihic,
- satisfacția sentimentului matern,
- autoevaluarea mai accentuată,
- delimitarea rolului femeii față de kolegele fără copii.

c) **CONFLICTUL generat de graviditate:**

- schimbarea biologică externă și estetică a femeii,
- ideea abandonului tranzitoriu din partea soțului,
- frica de apariția unei alte femei,
- antagonismul dintre dorința sexuală a soțului și ocrotirea instinctivă a fătului din partea gravidei,
- respingerea și frigiditatea,
- conflictul posibil dintre prezentul copil și copii de altă vîrstă sau copiii soțului dintr-o familie anterioară.

d) **STERSUL legat de graviditate:**

- incertitudinea generată de drepturile și obligațiile gravidei și ale viitoareii mame,
- etiologia generată de avorturile spontane anterioare,
- complicații și boli concomitente posibile,
- probleme de inadaptabilitate psihologică, obsesii,
- vîrsta (primipară peste 35 ani),
- supraîncărcare cu sarcini în familie, la locul de muncă și în mediul social neprietenos.

Factorii stresanți pot menține, declanșa și agrava următoarele stări negative:

- irascibilitate
- anxietate
- frustrare afectivă
- pesimism
- abandonarea mediului obișnuit (casa părintească)
- dezamăgire
- depresiune
- psihopatie
- ură
- pseudosinucidere
- sinucidere



**NEREALIZAREA MATERNITĂȚII :**

- nevroza soțului, dublată de reproșurile sale (justificate sau nejustificate),
- izolarea instinctivă a femeii de rude, prietene, familiile cu copii,
- apariția unor conflicte profesionale, dublate de suprasolicitarea în tendința ei spre perfecțiune la locul de muncă,
- dispăreașia (conflict afectiv față de actul sexual dorit și totodată respins, de temut, dureros),
- teama de viața sexuală și de brutalitatea masculină,
- frigiditatea,
- alcoolismul soțului, dublat de absenteisme nejustificate din familie,
- nevroza situațională declanșată de schimbarea bruscă a mediului geografic sau social,
- nevroza de „suspense“,
- nevroza eșecului familial și profesional,
- nevroza migrației (rural—urban),
- depresiunea cauzată și menținută de îngrijirea prelungită a unui bolnav (mamă, tată),

- frica de pensionare (pensionită),
- gelozie morbidă (sine materia),
- delirul marital, grefat pe fapte imaginare,
- gelozia senzuală (psihică) cerebrală, focalizată pe o altă femeie mai cultă și gelozia sexuală ca rezultată a îndepărtării fizice treptate a soțului.

Tragedia maternității nerealizate uneori se manifestă printr-un eveniment dramatic: soția, presupusă infertilă, recepționează o avalanșă de reproșuri din partea soțului, în ultima instanță recurge la înșelarea acestuia pentru a rămâne gravidă. Cuplul ajuns la un medic conștiincios, află că problema infertilității există, dar nu la soție ci la soț, această stare fiind iremediabilă.

După savantul canadian, de origine maghiară, *Selye*, în modelul STRESULUI pot să apară următoarele etape: stadiul de alarmă, de rezistență, de adaptare sau de epuizare. Sindromul de adaptare se poate materializa într-un rol cinic, ambivalent sau printr-o pasivitate imobilizantă, care duce la o psihopatie, ce se somatizează foarte repede la nivelul unui organ.

Atît literatura de specialitate cît și experiența multor generații de medici de medicină generală, a ajuns la o constatare clară privind etiologia, caracterul, conținutul și urmările forței de atracție afective, care apare la diverse vârste ale femeii de la pubertate și pînă la menopauză, în diferite constelații medico-sociale, medico-legale și morale, care în limba uzuală sau literară se numește dragoste.

Din punct de vedere psihomedical ea are următoarele forme:

- Dragoste: — platonică
- |                            |               |
|----------------------------|---------------|
| — de aspirație             | — senzuală    |
| — de prietenie             | — dominatoare |
| — spirituală               | — de vanitate |
| — obsesivă (neîmpărtășită) | — de robie    |
| — psihică                  | — erotică     |
| — pasională                | — patologică  |

În unele situații speciale, conflictuale aceste stări alterate se pot termina în boli (angină pectorală, hipertensiune arterială, enterocolită, boală ulceroasă, irascibilitate posesională). Însă uneori, în extremis pot ajunge pînă la: deviații sexuale patologice, delikte pasionale, crime și sinucideri.

## II

Începînd din anul 1960 în literatura de specialitate de medicină socială și psihologie medicală apar o serie de publicații străine pentru cititorul neavizat. Autorii pleacă de la concepția unei posibilități teoretice ale unor trăiri și experiențe psihosomatice prenatale. Este vorba deci de o experiență individuală a fătului în cursul vieții intrauterine. Autori competenți ca *Graber*, *Kruse*, *Roscovski* și *Grana* vorbesc de vise intrauterine, care în anumite condiții excepționale se pot obiectiviza, înregistra și relua.

În 1975, 1978 *Grof* din New York, *Haesler* din Zürich relatează despre o cercetare psihoanalitică retrospectivă, a unor studenți voluntari din California, cărora li s-a administrat un drog halucinogen, LSD, sub influența căruia la întrebări țintite, sub hipnoză, s-au dobîndit unele

informații din subconștientul acestor subiecte, referitoare la perioada pre-și imediat postnatală.

*Trevarthen* în lucrarea sa, „Behavioural Embryology“, New York 1973 și *Gottlieb* în lucrarea „Conceptions of prenatal development“, arată că la om evoluția sistemelor senzoriale parcurge următoarele etape:

1. începe cu înregistrarea excitanților externi la nivelul pielii, mai ales al regiunii buzelor.
2. urmează controlul mediului de către sistemul vestibular.
3. apare sistemul auditiv.
4. și în ultimul rând se concretizează sistemul vizual.

*H.* și *M. Papousek*, Amsterdam 1975, *Grossmann*, München, 1977 au pregătit un șir întreg de filme și videofilme neîntrerupte, ziua și noaptea, pentru a obiectiviza totalitatea fenomenelor perceptibile de un observator la nou-născuți.

Și ei au ajuns la concluzia că viața umană nu începe nici din punct de vedere somatic, psihosenzorial sau comportamental o dată cu nașterea. Cu ajutorul ecografului și al filmelor pregătite prin această metodă, s-a demonstrat incontestabil faptul că feții reacționează cit se poate de coordonat nu numai la schimbările staticii materne, ci și față de modificările senzoriale și emotive ale gravidei.

O serie de mame tinere au fost convinse cu ajutorul sonografului, pe care s-au prezentat feți mai vîrstnici ale unor gravide în lunile VII—IX, să renunțe la intenția lor de a-și întrerupe sarcina. S-a demonstrat că medicamentele nocive, alcoolismul, tabagismul, alimentația incorectă sau viața sexuală excesivă respectiv infecțiile virotice au o influență negativă asupra embrionului, fătului.

Totodată s-a constatat că există un dialog permanent între viitoarea mamă și făt. Verbalizarea unor sentimente liniștitoare declanșate de cîntece de leagăn sau dacă gravida cîntă la un instrument muzical, dacă ascultă un concert la radio sau televiziune și nervii ei se deconectează, pe ecranul sonografului mișcările și comportamentul fătului devin lente și deconectante. În schimb orice agresiune asupra gravidei, prin acest dialog permanent și neîntrerupt, se repercutează în câteva secunde asupra fătului și în cazuri extreme stresul permanent se materializează în lanțul hormonal, hipofizar al mamei și al fătului, declanșînd în ultima instanță contracții uterine și naștere prematură.

Azi știm exact că separarea bruscă a nou-născutului de mamă are efecte negative în întreaga evoluție ulterioară a sugarului. Dacă în viața intrauterină bătaiele cardiace materne imprimă o siguranță de mediu cert asupra fătului, concentrarea a 40—50 nou-născuți într-o secție izolată, unde fiecare plînge într-un alt moment, iar fătul trebuie să se adapteze condițiilor precare extrauterine, unde se întrerup brusc o serie de elemente ca pulsația cordonului ombilical, protecția lichidului amniotic, căldura constantă intrauterină pH-ul fiziologic al mamei, cordul matern ritmic și placenta dătătoare de viață. fără senzație cutanată, auditivă și mai târziu vizuală a mamei se pot declanșa situații patologice ale nou-născutului, perceptibile toată viața.

Astăzi neonatologia și genetica (*Kruse*, *Rottmann*) ne-au furnizat dovezi incontestabile, confirmate ulterior de *Biebel* și *Ammon* (1975) că le-

ziunea psihică a gravidelor duce nu numai la imaturitate, ci și la malformații congenitale.

Din nou ecograful, sonograful sînt acele aparate moderne, care obiectivează și prin videofilme reține pentru cercetări științifice ulterioare, comportamentul patologic, convulsii tonice și clonice, explicabile prin visele alterate ale fătului în viața intrauterină.

La sfîrșitul deceniului al VII-lea și începutul deceniului al VIII-lea în foarte multe țări dezvoltate, treptat se schimbă etica obstetricianului în sensul că invită tatăl în sala de naștere. Inițiativa a pornit de la obstetricienii francezi și se extinde treptat în toată Europa.

Azi există experiențe clare și eficiente în acest sens și totodată în direcția extinderii școlii mamei la școala părinților sau experiența suedeză, unde pe lîngă concediul de maternitate, apare și concediul de paternitate. Noi am adăuga că la propunerea medicilor de medicină generală, ar fi vitală extinderea concediului de maternitate pe un an și pe lîngă școala mamei, a părinților să se organizeze, chiar fără dispoziții centrale sau județene, școala bunicilor, respectiv școala surorilor și fraților, care vor supraveghea sau alimenta chiar sugarul.

### Concluzii

- a) În îmbunătățirea ocrotirii mamei și copilului pe lîngă perfecționarea codului familiei, a legislației asigurărilor sociale un rol important joacă reconsiderarea radicală a învățămîntului universitar și postuniversitar al medicului de medicină generală.
- b) În programa analitică nu se mai poate amîna introducerea psihologiei medicale, a sexologiei și a medicinei psihosomatice.
- c) Starea de sănătate a familiei, în ultimă instanță, nu o vor decide medicii specialiști, care consultă membrii familiei în diferite etape de timp, eșalonat, ci medicul de medicină generală de prim-contact (de familie).
- d) Dacă cele mai recente cuceriri științifice au demonstrat că nu numai bolile somatice ale mamei alterează dezvoltarea fătului ci și echilibrul ei emotiv, atunci toate strădanile societății trebuie să se focalizeze spre stabilizarea acestui echilibru, în primul rînd prin îmbunătățirea condițiilor de muncă și de viață a mamelor.
- e) Cabinetele prenuptiale din capitală sau din reședințele județene nu trebuie să se limiteze la un examen clinic sumar, ci să se extindă și asupra unor probleme genetice, psihice și juridice.

Sosit la redacție: 13 decembrie 1983

*Bibliografia la autori*

*E. I. Farkas, Evelyn Farkas*

### MOTHER, CHILD IN CORRELATION WITH FAMILIAL AND WORKING-PLACE DISTRESS

In this paper it has been pointed out that in the physician's first-contact activity the structure of percentage of the problems arising in the practice of general medicine is as follows: economico-social — 40%, medical — 30%, psychosomatic — 30%.

The investigation by the test of project M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) showed that female psychosomatic qualities had different aspects from those of males. A new psychosomatic condition of the female, named ALE-

XITHYMIA is mentioned, when the lesioned ego of the mother, of the woman is blocked and lacks the capacity of expressing her sentiments.

The patient is brought to the physician, being obliged by her acute somatic complications. As for the neurotic, also with familial or working-place distress, she chooses to see the doctor, and she reveals everything by a rich confabulation without any inhibitedness and quite unrestrained.

The second part of the paper systematically describes the experiences of the foetus during embryonic life, and it demonstrates that the positive and negative sensorial and emotional modifications of the pregnant woman bring about an adequate echo in the consciousness and behaviour of the foetus, possible to record by the method of echography.

Thus, immaturity, congenital malformations, neurotic infant may occur not only due to some viral infections or inadequate antibiotic therapy, but also as a result of certain psychic aggressions experienced by the gravida.