

19 - IV - 1997
acu. 58.066

10-851
Ioan Bradu Iamandescu

medic primar alergolog
medic primar de medicină internă
doctor în științe medicale
șef de lucrări UMF - "Carol Davila" București
licențiat în psihologie
Șeful disciplinei de Psihologie Medicală

©1997 - **INFOMEDICA** s.r.l.

Psihologie Medicală
Ioan Bradu Iamandescu

ISBN: 973-96935-9-8

Toate drepturile rezervate Editurii **INFOMEDICA**.
Nici o parte din acest volum nu poate fi copiată
fără permisiunea scrisă a Editurii **INFOMEDICA**.

Drepturile de distribuție în străinătate
aparțin în exclusivitate editurii.

Copyright ©1997 by **INFOMEDICA** s.r.l.
All rights reserved.

Apărut 1997

Editura **INFOMEDICA** București
Șos. Panduri nr.35, Bl.P1. Sc.B. Et.4. Ap.18, sector
Tel: 781 42 98;
Tel/Fax: 781 34 28

Psihologie Medicală

ediția a II-a



269099
B.C.U. - IAS

Editura
INFO *Medica*

PREFAȚĂ LA EDIȚIA A II-A

Apariția celei de-a doua ediții a Manualului de Psihologie medicală, elaborat de Dr. I.B. Iamandescu, trebuie considerată ca un eveniment din mai multe puncte de vedere.

În primul rând pentru semnificația titlaturii, care ne arată o adresabilitate didactică a unor comportamente de reconsiderare a Psihologiei, ignorate până acum, în învățământul medical din țara noastră. Existența unei catedre de psihologie medicală în Universitatea "Carol Davila" este, totuși, comparativ întârziată față de rolul ce l-a avut Școala de la Cluj în dezvoltarea Psihologiei Generale.

În al doilea rând, analiza cuprinsului ne arată că autorul a reușit în cele 16 capitole să prezinte într-o perspectivă cuprinzătoare esențialul psihologiei medicale recomandată cu precădere medicului generalist. A fost evitată astfel limitarea la o abordare exclusiv psihanalitică de un interes insuficient frecventat, cu aplicații predominant în psihiatrie.

În comparație cu celelalte lucrări în domeniu, autorul introduce și 3 capitole noi, consacrate stresului, psihologiei medicamentului, și complianței terapeutice, încercând să fundamenteze o abordare psihologică a bolnavilor, în acest context cu optica actuală, adânc denaturată de invazia tehnologiei în medicina contemporană. Aceste capitole îmbogățesc lucrarea de față cu noi valențe și conferă astfel autorului o autoritate și competență inegalabile.

În al treilea rând, sunt dator să subliniez de asemenea că - prin competența interdisciplinară (medic și psiholog), ca și prin devotamentul acordat implicării psihologiei în patologia omului - autorul se situează ca un continuator al școlii române de psihosomatică reprezentată în prima parte a secolului de școala română de endocrinologie, fapt atestat și de înființarea de către subsemnatul a primului laborator de Psihologie Medicală la Institutul de Endocrinologie Dr. C.I.Parhon.

Bineînțeles că domeniul psihologiei medicale este cu mult mai cuprinzător, așa cum o arată locul ce-l ocupă acest domeniu pe plan mondial, conferit de studiile efectuate și rolul acordat în sensul cel mai cuprinzător relației dintre mental și somatic (mind and body).

Așa cum demonstrează și autorul, mai ales în postfața volumului, această concepție, larg cuprinzătoare, cu rezonanță în toate domeniile culturii și științelor medicale, trebuie să stea la baza formării viitorului medic.

Cu o apreciere deosebită pentru valoarea și rolul său, acest manual trebuie așezat în categoria lucrărilor fundamentale, utilizate acum și în cadrul învățământului nostru medical.

Acad. Șt. M. Milcu

CUPRINS

Prefață (Acad.Șt.M.Milcu)

Cuvânt înainte

Cuprins

	pag
1. Introducere în Psihologia Medicală	1
1. Premise psihosociale ale studierii medicinei	1
2. Domeniul de definiție al Psihologiei Medicale	5
3. Câmpul de preocupări al Psihologiei Medicale	6
4. Relațiile interdisciplinare ale Psihologiei Medicale	8
2. Boala ca o stare nouă de disconfort somatic și psihic și ca o situație de impas existențial	13
1. Sănătate și boală	13
2. Disconfortul psihic și somatic impus de boală	18
3. Boala ca situație de impas existențial	20
4. Modificările de tip comportamental induse de boală	23
3. Modalități de implicare a stimulilor psihici în patogeneza	29
1. Modificările pasagere ale homeostaziei în cursul stresului psihic	29
2. Declanșarea reflex condiționată a unor manifestări patologice	31
3. Considerații de ordin metodologic	31
4. Noțiunea de etiologie psihogenă în contextul plurietiologic al bolilor interne	34
5. Tulburări funcționale	38
4. Stresul psihic - concept operațional situat între factorii de risc psihocomportamentali și boală	43
1. Conceptul general de stres	44
1.1. Etimologie și origine	44
1.2. Nuanțări și controverse în evoluția conceptului	46
1.3. Caracteristici definitorii	46
2. Conceptul de stres psihic	49
2.1. Definiție și caracteristici generale	49
2.2. Caracteristici în raport cu alte tipuri de stres	50
2.3. Vulnerabilitatea la stres	53
2.4. Stresul psihic și adaptarea	54
2.5. Concluzii	54
3. Surse contemporane de stres psihic și strategii adaptative în cursul stresului psihic	57
1. Agenții stresori - caractere generale, clasificare și descriere a principalilor reprezentanți	57
2. Strategii adaptative utilizate în cursul stresului psihic	64
3. Premise psiho-sociale de proliferare a stresului psihic	68

6. Date epidemiologice și experimentale în favoarea implicării stresului psihic în patogeneza	71
1. Date epidemiologice	72
2. Date experimentale	76
3. Argumente clinico-psihologice și experimentale privind rolul și mecanismele prin care SP se implică în patogeneza	80
7. Răsunetul general al SP asupra organismului	87
1. Modificările premorbide induse de SP prelungit	87
2. Diagnosticul clinic și de laborator al SP	93
3. Cadrul de acțiune prioritară a SP în domeniul patologiei	95
4. Eustress și distress	97
5. Principii de conduită antistres (la nivel de individ și colectivitate)	98
8. Concepția psihosomatică în medicină. Tulburări și boli psihosomatice	107
1. Concepția psihosomatică	107
2. Tulburările psihosomatice	109
3. Tulburările somatopsihice	112
4. Bolile psihosomatice	113
9. Relația interpersonală dintre medic și pacient	127
A. Cadrul social de constituire	127
1. Cei doi poli ai relației	127
2. Bolnavul față în față cu boala și cu medicul	128
3. Medicul - actor și regizor al relației interpersonale cu pacientul	134
B. Conflicte de rol în cadrul relației terapeutice și soluții posibile	137
1. Rezistența "psihologică" a unor pacienți față de autoritatea medicului	137
2. Elemente fundamentale de rol necesare medicului în vederea "activării" statutului său social	140
2.1. Armele medicului	140
2.2. Problemele adevărului și secretului profesional în cadrul dialogului dintre medic și pacient	143
10. Dinamica desfășurării relației dintre medic și pacient	147
1. "Ofertele bolnavului" (Balint)	147
2. Modalități de abordare a bolnavilor în practica medicală curentă nepsihiatrică de ambulator	147
3. Tipuri de greșeli mai frecvent întâlnite în cursul instituirii și desfășurării RIP-Dr-Pt	155
4. Probleme de etică medicală apărute în desfășurarea relației interpersonale dintre medic și pacient	160
11) Psihoterapia suportivă	163
1. Baze psihologice	163
2. Răsunetul bolii asupra psihicului omului bolnav - premisa pentru instituirea psihoterapiei	165
3. Psihoterapia - cadru noțional, forme și domenii prioritare de aplicație	168
4. Forme de psihoterapie suportivă	170
5. Unele probleme de ordin practic privind instituirea și conținutul PTS	174
12. Elemente sugestive în psihoterapia suportivă aplicată în rețeaua de asistență medicală nepsihiatrică, predominant de medicină generală	179
1. Introducere	179
2. Contextul situațional în care se înfăptuiește procesul sugestiv	180
3. Analiza celor trei elemente de bază ale procesului sugestiv și implicațiile lor în PTS	181
4. Personalitatea psihoterapeutului	192

13. Aspecte particulare ale psihoterapiei suportive	195
1. Aspecte particulare ale psihoterapiei referitoare la câteva domenii ale asistenței medicale	195
2. Aspecte particulare ale psihoterapiei suportive în funcție de vârsta și sexul bolnavilor	197
3. Particularități ale RIP dintre medic și pacient la nivelul asistenței medicale spitalicești și implicațiile lor în PTS	202
14. Psihologia durerii și a situațiilor limită în asistența medicală	217
1. Durerea - elemente clinico-psihologice Dr. Ov. Popa-Velea	217
2. Problemele psihologice ale asistenței bolnavilor neoplazici	224
3. Problemele psihologice ale asistenței muribundului	228
4. Euthanasia	232
15. Psihologia medicamentului și complianța terapeutică	235
I. Psihologia medicamentului	235
A. Efectul Placebo	236
B. Reacțiile adverse la medicamente	242
C. Dependența de medicament - cauze și consecințe de ordin psihologic	245
D. Evaluarea acțiunii medicamentelor asupra calității vieții	248
II. Complianța terapeutică	250
A. Date conceptuale	250
B. Mijloace de evaluare	256
C. Posibilități de optimizare	257
16. Principii și modalități practice de optimizare a actului medical prin mijloace psihologice	261
1. Abordarea bolnavului în plan psihologic în cadrul relației terapeutice	261
2. Probleme ale psihoterapiei suportive aplicate în mediul spitalicesc	266
3. Principii de conduită profilactică în plan psihologic vizând promovarea sau redobândirea sănătății	268
Postfața autorului	271
Bibliografie orientativă	274
ANEXE	281
1. Breviar de psihologie generală	281
2. Mic dicționar psihanalitic (Dr.Ov. Popa-Velea)	293
3. Psihologia sănătății	295
4. Orientări noi în Psihologie	303
Bibliografia anexelor	309
Tabla de materii în engleză	311
Postfața editorului	315

Capitolul 1

INTRODUCERE ÎN PSIHOLOGIA MEDICALĂ

I. PREMISE PSIHOSOCIALE ALE STUDIERII MEDICINEI

Poate fi un adevărat paradox faptul că studiile medicale au început abrupt cu o serie de discipline preclinice fundamentale cum sunt Anatomia, Fiziologia, Biologia, etc., fără ca cineva anume să încerce - la începutul facultății - să definească, cel puțin global, domeniul viitoarei profesii, Medicina.

Definirea Psihologiei Medicale, ca obiect de studiu al cursului din acest an, obligă la delimitarea domeniului în care are loc interferența sferelor a două științe (cu atribut suplimentar și de "artă") care sunt Medicina și Psihologia.

Încercând să definim pe fiecare dintre ele, vom începe desigur cu Medicina, prezentându-vă câteva date sintetice despre viitoare profesii, din perspectiva pe care o au viitorii medici, acum la începutul deprinderii ei, aidoma unui turist ajuns deja la poalele unui traseu montan pe care nu l-a mai parcurs niciodată dar despre care a citit sau chiar a văzut - imagini de film sau TV - suficiente lucruri menite să-i trezească dorința de a-l parcurge personal, angajându-se într-o luptă cu mari dificultăți dar și bucurându-se de mari satisfacții. Tot astfel alegerea profesiei medicale se face cel mai adesea în baza unei cunoașteri relative - de la o inevitabilă distanță - a ceea ce implică această profesie în cursul deprinderii și apoi al practicării ei.

A. Comanda socială și rădăcinile sale; obiectul și subiectul profesiei medicale în epoca actuală

Recuperarea sănătății pierdute în cursul îmbolnăvirilor (adesea soldate cu "știrbiri", așa-zise sechele, de lungă durată sau permanente, modificând randamentul fizic și intelectual al individului) a constituit un obiectiv primar al societății care nu ar fi putut asista indiferentă la pieirea prematură sau la suferințele de ordin fizic și/sau psihic ale membrilor săi.

În scopul îngrijirii omului bolnav au fost desemnați cei mai capabili oameni ai colectivității: în epocile timpurii de istorie - vracii, preoții sau marii învățați plurivalenți, iar în zilele noastre - omițând cu bunăvoință personajele molièrești - medicii, a căror pregătire

actuală solicită cunoașterea unor discipline atât umaniste cât și din domeniile matematicii sau tehnicii.

Prin progresele actuale ale științei, ca și dintr-o mai veche întrebare general umană privind cauzele tuturor fenomenelor, au apărut preocupări tot mai conștiente privind profilaxia îmbolnăvirilor sau chiar a fenomenelor de uzură a materiei vii, inclusiv îmbătrânirea.

Asigurarea unui standard de viață ridicat, în unele țări de prim rang, a impulsionat rezolvarea unor probleme de adevărat lux pentru practica medicală: asigurarea unor reproduceri artificiale, înlocuiri de organe bolnave (grefe, transplanturi, organe artificiale etc.), crearea premizelor unor intervenții genetice asupra unor organisme predispușe la boli sau malformații grave, etc.

De la practica inseparabilă de religie și mit a medicinei s-a ajuns la o scientizare a actualei profesii medicale care - în cele mai bune ipostaze ale sale - păstrează din rădăcinile ei tradiționale multiseculare două atribute de neînlăturat: arta (simbolul) și credința (mitul). Aceste două atribute originare tind să fie ignorate de o mare parte din medicii zilelor noastre care neglijează încărcătura lor psihologică ce nu s-a diminuat în descursul timpului ci, din contră, a sporit pe măsură ce ființa umană și-a rafinat considerabil spiritul, în cadrul unei incontestabile evoluții.

Dacă analizăm actualul raport dintre numărul de medici (apreciat în 1980 la cca. 2,3 milioane) și populația globului, se poate considera că media de un medic la cca. 1500 locuitori apare ca o premiză rezonabilă a unei asistențe medicale eficiente.

Din păcate această medie implică și o extremă negativă, anume, raportul de cca. 10.000 - 20.000 de locuitori la un medic într-o serie de țări slab dezvoltate, pe lângă cea pozitivă, existând o densitate a medicilor sub cea de un medic la 500 locuitori în țările puternic industrializate dar și la noi în țară, realizând o adevărată inflație de personal medical.

Este poate cazul să ne întrebăm de ce totuși, chiar și această veritabilă armată de medici este înconjurată de un respect maxim în cadrul unor solicitări dintre cele mai variate, unele depășind cu mult cadrul obișnuit al unor îmbolnăviri reale, "clasice".

Astfel, se conturează în sânul societății actuale din țările dezvoltate o serie de exigențe sau, mai bine zis, expectanțe noi față de practicantii profesiei medicale (aceștia, la rândul lor, transmițând "comanda" respectiv corpului medical din eșaloanele cercetării științifice).

Substratul material-social al acestor exigențe noi este reprezentat în esență de prosperitatea generală a largii majorități a societății care beneficiază de hrană, locuință, igienă, educație, securitate personală la un nivel superior atât față de generațiile anterioare, cât și față de alte colectivități umane din țările înapoiate (Kayser - 1986).

Această "siguranță a posesiei" constituie un punct de plecare spre un hedonism modern, concretizat printr-o goană lipsită de menajamente după obținerea unor satisfacții, variate dar maxime de la viață, un fel de "carpe diem" furtunos, uneori sofisticat ce îl face pe individ să-și neglijeze propria sănătate (a se vedea fumatul, alcoolul și alte droguri, etc.) dar și să devină extrem de vulnerabil (mai mult decât la boala propriu-zisă) la ideea că - totuși - s-ar putea îmbolnăvi.

Cu cât individul "evoluează" este mai înclinat să descifreze marile întrebări ale existenței, cu atât sensibilitatea sa în plan psihic devine mai fină și, în același timp, mai aptă să reacționeze acut la durere, disconfort, suferință morală și variatele frustrări implicate de apariția bolii.

Spectrul morții umbrește aspirațiile individului angajat în cursa amintită spre procurarea "bucuriilor vieții" și îi determină pe cei mai lucizi membri ai societății industrializate să recurgă la măsuri de siguranță speciale, menite să înlăture amenințările la adresa unei sănătăți pe care, de altfel, ei nu și-o menajează. Aceste măsuri constau tocmai în încredințarea propriei sănătăți în mâinile unor experți (medici), pe care societatea îi pune la dispoziția celor bolnavi.

După Kolakowski, individul care "își declină astfel responsabilitatea personală față de viață, sănătate, boală, suferință și moarte" este tentat să o transfere în mâinile medicului și ale instituțiilor medicale, tocmai în speranța că își poate perpetua - la adăpostul, adesea iluzoriu, oferit de protecția corpului medical - goana obsesivă după noi plăceri, întreținând o mentalitate a unei slăbiciuni de caracter magistral în ale sale "Metamorfoze" de către marele Ovidiu: "meliora video, deteriora proboque" ("le văd pe cele bune dar le urmez pe cele rele").

Este totuși o optică combativă cu "virtuți organizatorice", la antipodul opiniei comune, aceea a abandonului, ca rezultat al neîncrederii de a face față avatarurilor bolii și disconfortului generat de aceasta și concretizat prin multiple refulări și practici eufonice (alcool, droguri, abuz de analgezice).

Cum întâmpină această "comandă socială" cei chemați să vegheze la sănătatea propriilor semeni, deveniți - în destule cazuri - adevărați clienți cu gusturi sofisticate și nenumărate capricii? Desigur, cu unele mutații în conduita "clasică" a primei jumătăți de veac XX, analizate deja de sociologi, psihologi și - desigur - de către oamenii de artă.

Posibilitățile native ale celor chemați să îmbrace albul dător de speranță sunt modelate, în cadrul învățământului medical, după tipare mai mult sau mai puțin consolidate dar purtând și inevitabila amprentă a magistrului. În planul psihologic (și nu numai tehnicist) al relațiilor viitorului medic cu bolnavul apar însă probleme noi, ce formează o bună parte din problematica acestui curs de Psihologie Medicală dar rădăcinile unor disponibilități ale studentului medicinist pentru înțelegerea suferinței omului bolnav și găsirea unor căi de comunicare autentică cu acesta își trag seva din însăși motivația complexă care stă la baza alegerii profesiei de medic.

B. Motivația alegerii profesiei medicale

Mulți viitori medici își aleg această profesiune dintr-o tendință de identificare cu un model uman dotat cu un înalt prestigiu (medici renumiți - inclusiv rude de familie - și atunci se perpetuează o tradiție profesională familială), tendință alimentată și de o literatură spectaculoasă cu un ecou la vârsta maturizării personalității. (Aș aminti la acest capitol, pe lângă cele două mari reușite - "Cartea de la San Michele" de Axel Munthe și "Citadela" de Cronin - alte două romane cu subiect din viața medicilor, ale lui Lloyd Douglas, "Obstacole" și, mai ales, "Parada".)

Mai puțini, poate, aleg acest drum dintr-un general și altruist imbold de a ajuta pe cei suferinzi (de regulă, având ca punct de plecare o situație de bolnav trăită fie personal, fie de o persoană apropiată).

Un grup de elită intelectuală este cel pentru care studiul medicinei satisface foamea de cunoaștere științifică și general-umană (larga paletă a situațiilor prin care trece ființa umană).

O categorie destul de numeroasă o constituie aceia care - având posibilități intelectuale înalte - doresc să le valorifice în cadrul unei profesii care să le asigure un înalt statut social și material, statut amenințat în trecut de societatea comunistă dar, nici atunci, nereușindu-se total compromiterea lui.

Missenard (cit. de Jeamet și col.) consideră la baza motivației alegerii profesiei medicale 3 grupe de interes: **umanitare** (dorința de a îngriji, a se devota, a vindeca) **științifice** (teoretice și pentru ființa umană) și pentru **asigurarea unui statut socio-economic** la care Sambuc mai adaugă și o „pulsivitate exhibiționistă” (dorința de „a se face apreciat”).

În sfârșit, există și categoria celor care, "din întâmplare", pe calea hazardului, au ajuns în această facultate - aici incluzând și îndemnurile părinților sau ale altor sfătuitoari mai mult sau mai puțin apropiați.

Indiferent, însă, de motivele alegerii profesiei medicale, cei care au ales acest drum plin de dificultăți vor trebui să demonstreze reale și solide calități intelectuale dar și relaționale, acestea din urmă putând fi completate sau dezvoltate și prin ceea ce încearcă să le pună la dispoziție obiectul de studiu al Psihologiei Medicale.

C. Definierea sumară a domeniului și obiectivelor profesiei medicale

Indiferent de toate aceste motive, cei care au și făcut deja primii pași după un an de studiu al bazelor preclinice ale medicinei sunt invitați să întrevadă perspectivele unei profesii ce reprezintă o "formă instituționalizată a solidarității umane" (G. Ionescu, 1990), un domeniu de variate preocupări (inclusiv subspecialități) menite să asigure prezervarea sau restabilirea stării de sănătate psihică și somatică (perturbată prin boală) a membrilor societății. Cel mai frecvent, preocupările din acest domeniu vizează **vindecarea sau ameliorarea bolilor** care generează stări de intens disconfort somatic (durerea, în primul rând, dar și alte senzații neplăcute: dispnee, tuse, prurit, etc.) și psihic (anxietate, depresie - aproape nelipsite din orice boală) dar tot mai mult se instituționalizează - la nivel de individ și de colectivitate - **profilaxia îmbolnăvirilor**, izolându-se din multitudinea situațiilor esențiale o serie de **factori de risc** pe care - mai ales în țările foarte dezvoltate - organisme de decizie, antrenând prin măsuri educaționale și populația, încearcă să-o îngrădească; **poluarea (inclusiv tutunul)**, anumite **obiceiuri alimentare** (inclusiv alcoolismul), **sedentarismul și stressul psihic**.

Cele două aspecte, **curativ și profilactic**, ale medicinei se completează, se întrepătrund și pentru îndeplinirea exigențelor lor sunt antrenate largi categorii de profesioniști atât din domeniul medical (de la medicul generalist și până la cel de laborator sau de sănătate publică, fie practicieni, fie cercetători) cât și din cel nemedical (psihologi, sociologi, biochimisti, fizicieni, economiști etc.).

Parcursul pregătirii profesionale a viitorilor medici se face în primii ani pe calea unor discipline de bază, "preclinice", care preced intrarea lor în contact cu bolnavul (contact ocazionat de studierea disciplinelor "clinice").

Inevitabil, studenții vor intra în contact și cu o serie de aspecte de ordin psihologic ale însușirii profesiei medicale legate - în anii preclinici - de **laturile intelectual-formative (proces cognitive ce se cer optimizate ca: atenția, memoria, gândirea logică, etc.)** și, ulterior, în anii clinici, de **laturile complexe (antrenând și procese afective, relaționale**

etc.) **ale comunicării interumane**. Acestea din urmă sunt solicitate de relațiile medicului cu bolnavul și uneori cu familia acestuia ca și de unele situații care constituie eșecuri profesionale (inevitabile sau evitabile) cum sunt: persistența și agravarea bolii, uneori având drept consecință moartea bolnavului.

Acest drum, doar schițat, parcurs pe plan psihologic (alături sau interferându-se cu deprinderea noțiunilor strict "tematice") obligă pe cei care răspund de pregătirea viitorului medic să-l înarmeze pe acesta și cu noțiuni de Psihologie Medicală.

II. DOMENIUL DE DEFINIȚIE AL PSIHOLOGIEI MEDICALE

Nu trebuie omis un fapt extrem de important, desprins din practica medicală, și anume că marii clinicieni au fost și mari psihologi, chiar dacă nu au avut la bază o pregătire de specialitate.

Acest adevăr de necontestat nu trebuie să conducă la ideea că un viitor medic se poate lipsi de cunoștințe psihologice, mai ales de cele legate de profesiunea lui, și aceasta din două motive: nu toți vor putea ajunge mari clinicieni iar posibilitățile de realizare profesională ale unui medic neinstruit din punct de vedere psihologic ar fi limitate. Se poate considera că, în zilele noastre, când cea mai mică emoție are o expresie biochimică iar psihologia poate vindeca o serie de boli în absența medicamentului, această omisiune ar constitui o gravă eroare.

Dacă am încercat anterior să definim global Medicina, conturând numai cadrul general al preocupărilor sale - vom face același lucru și cu Psihologia, a cărei dezvoltare impresionantă în ultimele decenii a avut loc simultan cu tentativele infructuoase de a se defini în mod deplin satisfăcător psihicul și domeniul lui de studiu.

Astăzi se consideră că **psihicul** reprezintă, conform definiției date de Paul Popescu Neveanu, **un ansamblu de stări, însușiri, fenomene și procese subiective ce depind cu necesitate de mecanismele cerebrale și de interacțiunea cu lumea obiectivă, îndeplinind funcțiile de raportare la lume și la sine, prin orientare, reflecție, planificare mentală și acțiuni transformativ creative**. Conform aceluiași autor, psihicul constituie o modalitate superioară a vieții de relație (care la om este esențialmente socio-culturală) sau a adaptării (care la om este mijlocită instrumental și social) și se concretizează prin intervenția activă a acestuia în mediu pe care îl transformă prin muncă. **Obiectul psihologiei generale tratează procesele, sistemele și însușirile psihice integrând și problematica generică a personalității**.

Întrucât câmpul de aplicație al psihologiei este în continuă extensie (există deja psihologia aplicată, psihologia copilului, psihologia genetică, psihologia muncii, psihologia judiciară, psihologia popoarelor, psihologia publicității și reclamei etc.) noi vom considera o ramură de bază a psihologiei, care se interferează cu sociologia și anume **Psihologia Socială**. Ea are ca obiect de studiu fenomenele psihice ce apar în cadrul relațiilor de comunicare și de interacțiune (relații interpersonale) dintre indivizi la nivel de micro sau macrogrup, ca și fenomenele de opinie publică, de psihologie a unor clase sociale și popoare, etc. (Popescu Neveanu). După P. Golu **studiul psihologiei sociale se poate restrânge la domeniile relațiilor interpersonale și ale grupurilor mici. Extensia acestei ramuri a psihologiei a creat alte științe aplicative ca psihologia școlară, psihologia industrială, etc.**

Psihologia medicală se poate înscrie într-o zonă de interferență cu psihologia generală și mai ales, cu sfera psihologiei sociale.

Definiția Psihologiei Medicale, obiectul nostru de studiu, este rezumată - poate prea schematic - de Politzer sub forma "psihologia care pune în centrul ei drama persoanei umane" (aflată în situația de boală - n.n.). Mai detaliată este cea oferită de Popescu Neveanu care consideră Psihologia Medicală ca **obiect de studiu al psihologiei bolnavului și al relațiilor sale cu ambianța, legăturile sale subiective cu personalul medico-sanitar (în mod predominant cu medicul - n.n.) și cu familia**. Tot Popescu Neveanu include o notă în plus în sfera definiției psihologiei medicale, afirmând că **ea studiază și reacția psihică a bolnavului față de agresiunea somatică și/sau psihică (posibilă generatoare de boală n.n.) și mijloacele psihice de tratament**.

În sfârșit, Săhleanu și Athanasiu, adaugă în sfera de preocupări a psihologiei medicale (PM) și **problematica psihologică a profesiei medicale, separat de problematica relației interpersonale medic-pacient** (pe care noi o considerăm ca fiind "miezul" acestei discipline) și pe care autorii menționați o definesc ca "drama existenței umane proiectată pe coordonatele bolii, suferinței morții și interacțiunii filantropice ("antropofile").

Dacă până acum am prezentat cele mai autorizate definiții, în opinia noastră, ale obiectivului de studiu al Psihologiei Medicale - considerăm că, pentru a ușura efortul de înțelegere al viitorilor medici, este necesară o sistematizare a notelor acestei definiții (câmpul de preocupări al Psihologiei Medicale), pe care vom încerca să o îmbogățim și din perspectiva practicii noastre profesionale medicale și a studiilor întreprinse în domeniul psihosomaticii (cu precădere în cel al psihoalergologiei).

III. CÂMPUL DE PREOCUPĂRI AL PSIHOLOGIEI MEDICALE

Vom porni de la noțiunile - mult apropiate de Fiziologie - privind rolul factorilor psihici în patogenează și apoi vom analiza elementele caracteristice interacțiunii (nu numai în plan intelectual-afectiv, ci și pur tehnic) dintre medic și bolnav.

A. Rolul factorilor psihici în geneza și evoluția ulterioară a bolii

Stabilirea rolului stimulilor psihici în patogenează - intuit de către Hippocrat încă din antichitate - a întreținut de-a lungul secolelor și a "accelerat" în ultimele decenii preocupările corpului medical pentru înțelegerea omului bolnav în planul psihologiei acestuia, nu numai în cel al abordării pacientului ca un complex aparat ce necesită reparații sau înlocuiri de piese.

Din acest motiv vom analiza câteva importante capitole consacrate: stressului psihic (definiție, condiții de apariție, mecanisme psihofiziologice, dovezi epidemiologice și experimentale în favoarea intervenției sale în patogenează) și unor modele privind implicarea stimulilor psihici (chiar fără stres!) în patogenează.

Întrucât acest capitol este abordat, mai pe larg, la cursul de Psihosomatică, necesitând cunoștințe medicale la nivelul anilor IV și V, ne vom limita la o abordare în planul delimitării domeniului și al esenței noțiunilor.

B. Relația interpersonală dintre medic și pacient

1. ASPECTE DE ORDIN PSIHOLGIC ALE FORMĂRII VIITORULUI MEDIC

1.1. Cunoașterea și perfecționarea în plan strict profesional (acumularea de "deprinderi" profesionale)

Vom distinge, într-o primă ipostază, medicul cu pregătirea sa tehnică (elemente desprinse din disciplinele de studiu și din practica la patul bolnavului), cu aptitudinile sale, mergând de la calitățile de ordin cognitiv (atenție, memorie, gândire etc.) până la cele de ordinul abilităților motorii (în special din domeniile chirurgicale) și, nu în ultimă instanță, cu tipul său de personalitate ce-i conferă variate posibilități de comunicare cu omul bolnav.

În vederea perfecționării pregătirii viitorului medic, Psihologia Medicală intervine punând la dispoziție corpului didactic și studenților concepții moderne care să permită:

- optimizarea procesului de predare (apel la logică și la creșterea motivației intrinseci, inclusiv în situațiile în care se solicită memoria);
- înarmarea studentului cu metode active capabile să-i amelioreze acestuia recepția și fixarea materialului informațional ("învățarea modului de a învăța").

1.2. Dezvoltarea calităților relaționale (empatice) ale viitorului medic

Trebuie recunoscut că vocația pentru medicină include obligatoriu, pe lângă calitățile intelectuale necesare și altor profesii, acea căldură sufletească menită să-l apropie de omul aflat în suferință, ignorând riscurile unei asemenea apropieri. În plus (și mai importante în psihoterapie) sunt calitățile de ordin relațional (empatic), concretizate în capacitatea de a stabili un contact autentic cu bolnavul și bazate pe "identificarea afectivă" (Lipps) cu acesta, dar nu numai atât, deoarece Solomon Marcus consideră empatia ca o interrelație între cognitiv, afectiv și organic. Nietzsche considera, pe drept cuvânt, că medicul ideal are nevoie de procedeele și de calitățile tuturor celorlalte profesii: elocvență de **orator**, energie virilă de **luptător**, suplețe de **diplomat**, finețea de spirit a unui **detectiv** și elocvența unui **avocat** (citată de Săhleanu și Athanasiu). La acest capitol de bază al Psihologiei Medicale, al interrelației dintre medic și pacient, medicul mai puțin înzestrat de la natură cu posibilitatea stabilirii cu ușurință a dialogului cu bolnavul (având implicații nu numai diagnostice ci și terapeutice) poate beneficia din plin de noțiunile predate în cadrul acestui curs, putând să-și structureze, în virtutea plasticității acestei vârste a maturizării, un ansamblu de abilități menite să-i sporească sursele de comunicare, atât intelectuală cât mai ales afectivă cu bolnavul.

2. CUNOAȘTEREA PERSONALITĂȚII, UNIVERSULUI DE PREOCUPĂRI ȘI ASPIRAȚII CA ȘI A MEDIULUI SOCIO-FAMILIAL AL BOLNAVULUI

Pentru ca bolnavul să poată fi abordat într-un mod optim, inclusiv în plan instrumental (de ex. acceptarea unei investigații neplăcute, tubajul duodenal, sau a unei intervenții chirurgicale) - ca să nu mai vorbim de suprimarea inhibițiilor cu care el se prezintă la debutul relației sale cu medicul - este necesară cunoașterea problematicii individului confruntat cu avaturile bolii.

Acest considerent include preocupările unui domeniu, mult mai larg studiat și prezentat în literatură, decât cel legat de optimizarea modalităților de instruire ale viitorului medic.

Importanța însușirii noțiunilor despre bolnavi și lumea reală sau imaginară în care trăiesc aceștia este la fel de importantă, atât pentru medicul cu o vocație mai redusă pentru comunicare cu bolnavul, cât și pentru cel care posedă o astfel de vocație. Diferența dintre cele două categorii de medici constă în viteza cu care - instruiți identic - ajung pe aceeași culme, reprezentată de cunoașterea bolnavului. La același nivel pot ajunge, mai devreme sau mai târziu, foarte mulți practicieni prin repetarea experienței contactului cu bolnavul.

Această cunoaștere complexă a celui care, conform unor reglementări sociale, "**își încredințează corpul și psihicul său medicului, înzestrat cu știința de a vindeca**" (Stoltzel) - va forma obiectul de studiu al câtorva mari capitole ale Psihologiei Medicale pe care le enumerăm doar:

a) personalitatea premorbidă a bolnavului (generând predispoziția spre contractarea facilă a unor îmbolnăviri) și cea modificată (temporar sau stabil) de către boală;

b) interacțiunile anterioare îmbolnăvirii în plan psiho-comportamental și relațiile sale la nivel de microgrup (familiar, profesional) sau de macrogrup (social), implicit obligațiile care decurg din acestea și care sunt anulate sau atenuate prin boală;

(Aceste două subcapitole "furnizează material" pentru studierea factorilor psiho-comportamentali de risc pentru îmbolnăvire.)

c) cadrul relațiilor interpersonale contractate de pacient din momentul îmbolnăvirii (cu medicul, personalul sanitar, cu lumea spitalului, etc.) cu o subliniere a impactului bolnavului cu modul adesea tehnicist, alienant, depersonalizant de abordare a sa de către corpul medical;

d) modalitățile de reacție a bolnavului la demersurile diagnostice, terapeutice și de ordin educațional întreprinse de medic.

3. DEPRINDEREA UNOR MODALITĂȚI DE ACȚIUNE ASUPRA BOLNAVALUI ÎN PLAN PSIHOLIC

a) tehnici de abordare psihologică diferențiată a bolnavului;

b) cunoașterea frecvențelor de deformări ale informației despre boală de către subiectivitatea bolnavului;

c) instituirea unor măsuri de psihoterapie simplă (de susținere) de la primele contacte cu bolnavul, argumentate, pe parcursul desfășurării relației interpersonale cu acesta, prin lărgirea cunoașterii psihologiei bolnavului și prin utilizarea unor tehnici adiționale de ordin sugestiv (inclusiv efectul Placebo);

d) principiile de selecție a bolnavilor pentru consultul psihologic, inclusiv cunoașterea unor noțiuni generale despre tehnicile uzuale de psihoterapie, cu accent pe cele de relaxare, aplicabile în grup și apoi - după însușirea lor - în mod individual (Training Autogen Schultz, muzicoterapie);

e) conținutul general și practica Educației Sanitare.

IV. RELAȚIILE INTERDISCIPLINARE ALE PSIHOLOGIEI MEDICALE

În mod intenționat, în fruntea acestor relații interdisciplinare vom încerca să subliniem un fapt deja cunoscut dar a cărui importanță a fost subevaluată în ultimii ani și anu-

me, rolul major pe care l-a jucat și va continua să-l joace formarea unei culturi generale solide și multilaterale în desăvârșirea profesională a medicului.

1. CULTURA GENERALĂ A MEDICULUI

Un rol fundamental, capabil să suplinească lipsa de experiență în cunoașterea ființei umane (nu și să o înlocuiască!) și să confere valențe noi de înțelegere a acesteia îl joacă cultura generală. Ea constituie unica punte de apropiere a viitorului medic de omul bolnav în anii de studenție și la debutul practicii medicale, alături de noțiunile strict profesionale însușite în facultate.

Conținutul umanist al acestei culturi generale trebuie să fie multilateral și profund, îmbinând cunoștințele de literatură (neocolind nici scrierile cu caracter psihologic sau conținut filosofic) cu instruirea muzicală (cea simfonică) - veritabil continent, incomplet explorat, de trăiri sufletești - ca și a comorilor, nu lesne de descoperit, din lumea artelor plastice. Aceste două din urmă domenii, prin caracterul lor simbolic, au capacitatea de a lărgi aria generală a comprehensibilității viitorului medic și de a favoriza multiple surse de asociații de idei, fenomen invocat în prezent ca fiind una din premisele creativității (indiferent de domeniu).

2. RELAȚIILE CU PSIHOLOGIA GENERALĂ, PSIHOLOGIA SOCIALĂ ȘI ALTE RAMURI APLICATIVE ALE PSIHOLOGIEI

Ele au fost amintite în introducere dar trebuie subliniat că din domeniul **Psihologiei Generale** trebuie extrase noțiunile referitoare la procesele psihice fundamentale, inclusiv implicarea lor în suferința bolnavului, ca și la atributele generale ale psihicului, concretizate în personalitatea diferiților bolnavi cu care medicul va intra în relații profesionale (a nu se omite nici importanța formării unor deprinderi de feed-back personal, bazate pe o introspecție "obiectivă").

Din domeniul **Psihologiei Sociale** vor trebui asimilate noțiuni referitoare nu numai la relația dintre medic și pacient sau la inserția psihosocială a acestuia din urmă ci și la impactul profesiei medicale cu alte profesii conexe (farmaciști, biologi, chimiști, etc.) și mai ales cu lumea tot mai variată a medicamentului (firme, specialiști, intermediari "tălmăduitori", organizații publice, etc.), fenomene psihologice legate de administrarea diferitelor tratamente, modificarea unor indici de apreciere a calității vieții.

Dintre numeroasele ramuri aplicative ale Psihologiei enumerăm, cu o mențiune sumară a "punților de legătură" cu Psihologia Medicală: **Psihopedagogia** (capabilă să înarmeze medicul terapeut cu metode psihologice utile "reeducării" bolnavului); **Psihologia copilului** (de care vor beneficia în special pediatrii); **Psihologia organizațională** (furnizând date necesare Psihologiei Medicale pentru stabilirea unor repere psihologice specifice eșaloanelor sanitare cu care vine în contact bolnavul); **Psihometria** (furnizoare a unor date despre metodele de testare psihologică), **Psihologia Culturii** etc.

3. RELAȚIILE CU DOMENIUL ȘTIINTELOR MEDICALE

Faptul că - în afara **problematicii sale centrale, axată pe interrelația dintre medic și pacient** și având o dominantă psihologică certă - Psihologia Medicală are în obiectivul

său și "**dialectica interacțiunilor psihosomatice**" (Athanasiu), constituie un argument pentru a sublinia legătura acestei științe cu Fiziologia, Patofiziologia, Biochimia, Medicina Cibernetică (Restian) - toate fiind activ implicate în studierea mecanismelor psihofiziologice ale stresului - și, în genere, cu specialitățile incluse în Patologia Internă (Medicina Internă, Endocrinologia, Bolile de Nutriție, etc.), care - furnizând date despre bolile psiho-somatice dar și despre alte boli somatice cu o implicare mai redusă etiopatogenică a stresului psihic - aduc totuși elemente în favoarea unei relaționări de reciprocitate dintre psihic și somatic.

Un capitol aparte îl ocupă **Psihopatologia** care, "studiind simptomatologia psihică din bolile psihice dar și din cele somatice" (Popescu Neveanu), "cercetează descriptiv și aplicativ tulburările vieții psihice" (G. Ionescu). Pentru Psihologia Medicală datele oferite de Psihopatologie permit o abordare în cunoștință de cauză a unor personalități morbide, capabile să inducă în eroare pe medicul neavizat prin acuze subiective și chiar simptome obiective nelegate de un proces patologic organic.

Un rol asemănător îl joacă și **Psihiatria**.

De asemenea, **Epidemiologia** dobândește un rol din ce în ce mai important în orientarea și evaluarea unor studii referitoare la stabilirea unor factori psiho-comportamentali de risc pentru diverse boli (în special a celor psihosomatice dar nu numai a acestora, de ex. traumatismele cauzate de accidente de automobile produse sub imperiul anumitor stări psihice).

Psihosomatica prezintă raporturi complexe, încă incomplet cristalizate, cu Psihologia Medicală - cel puțin având în vedere datele de literatură - dar și faptul că nu există încă o separație distinctă între cele două domenii, abordate, de regulă, de către aceeași persoană.

Din acest motiv vom încerca o delimitare personală (Iamandescu, 1993) între aceste două științe medicale a căror finalitate este să umanizeze, în intenție și în practică, actul medical.

Sfera de preocupări a Psihologiei Medicale, deși centrată pe ceea ce **Pavlov** denumea "**răsunetul subiectiv al bolii și tratamentului**", include și analiza - la nivelul unor aprecieri generale - a unor concepte și probleme ținând de domeniul psihosomaticii. Aceasta, la rândul ei, nu se poate dispensa de cadrul de desfășurare a acțiunilor de combatere a influenței negative a stresului psihic asupra organismului, reprezentat de interrelația personală dintre medic și pacient. Asistăm astfel la o interferență a celor două sfere noționale (ale Psihologiei Medicale și Psihologiei Sociale) realizată în zona unor problematici comune dar accentuată în mod diferit de fiecare dintre ele:

a) **analiza implicării factorilor psiho-comportamentali în apariția și evoluția diferitelor îmbolnăviri** (studiată de către Psihosomatică la nivel de mecanisme și aprofundat la nivelul bolilor somatice și, în special, al acelor denumite psihosomatice: hipertensiune arterială, boala ulceroasă, astmul bronșic, cardiopatia ischemică, etc.);

b) **analiza modificărilor în plan psihologic produse de îmbolnăvire este accentuată de Psihologia Medicală în planul situației de impas existențial trăită de bolnav, în timp ce Psihosomatica urmărește starea de disconfort psihic și somatic indusă de boală;**

c) **analiza relației interpersonale (deja amintite) dintre medic și bolnav**, pe care Psihologia Medicală o analizează într-un context mai vast, cu implicații și referiri la domenii variate ale științelor umaniste ca: Psihologia Generală și Socială, Antropobiologia culturală și biologică, Etnografia, Filosofia culturii, Sociologia Medicală, Istoria Civilizației, etc. (Athanasiu).

Din acest capitol Psihosomatica **extrage modalități de optimizare a dialogului dintre medic și pacient, de selecție a metodelor de psihoterapie adecvate fiecărui caz, și de colaborare cu psihologul sau cu psihiatrul.**

Se poate, în același timp, considera că ambele (Psihosomatica și Psihologia Medicală) acordă un **interes aproximativ egal** unor problematici generale situate, de asemenea, în această zonă de interferență, cum sunt:

- stresul psihic, ale cărui implicații în patogeneză trebuie cunoscute atât la nivelul de patologie psihică propriu-zisă, cât și de patologie somatică (și mai ales psihosomatică);

- delimitarea factorilor de risc psiho-comportamentali, inclusiv analiza unor tipuri comportamentale ca de ex. Tipul A (Roseman și Friedman) implicat în apariția bolii coronariene (dar - în prezent - și în apariția altor boli psihosomatice);

- statuarea unor principii, la îndemâna oricărui medic practician de instituire a unei psihoterapii simple suportive ca și selecția bolnavilor care necesită consult psihologic și/sau psihiatric, inclusiv apelul la metode speciale de Psihoterapie ori la medicație psihotropă.

Totodată, încercând o delimitare de esență, se poate spune că **Psihologia Medicală operează dominant cu concepte de ordin psihologic - filosofic - în timp ce Psihosomatica utilizează argumente predominant fiziologice și patofiziologice**, ambele acționând cu operatorii respectivi asupra datelor furnizate de observația clinică.

4. RELAȚIILE CU ȘTIINȚELE BIOLOGICE

Înțelegerea apariției psihicului uman din perspectiva biologică a unei evoluții realizate prin adaptări succesive și eficiente la mediu, ca și a perfecționării unor mecanisme de reglare după principii noi a acestor adaptări, impune o cunoaștere clară a unor noțiuni fundamentale de **Biologie**, chiar dacă nevoile biologice devin la om subordonate celor de ordin psihologic (induse în cadrul activității sociale a ființei umane). Nu se pot omite nici informațiile furnizate de **Biologia Moleculară** și mai ales acelea aduse de **Biochimie** care a pătruns tainele substratului chimic al memoriei dar și al emoțiilor, ca și al anumitor stări psihice patologice (depresia, în primul rând), iar în ultimul timp au deschis calea cunoașterii unei variate game de receptori pentru hormoni, neuromodulatori și chiar pentru medicamente (de ex. receptorii benzodiazepinici - pentru diazepam și congenerii chimici ai acestuia - dar și pentru unele substanțe naturale existente în lapte!).

Psihofarmacologia nu numai că studiază - între alte obiective - efectele anumitor medicamente (în primul rând psihotrope) asupra comportamentului bolnavului, dar reevaluează și o serie de date despre substanțele utilizate tradițional de către om în scopul obținerii unor stări dispoziționale plăcute și de "alungare a oboselii" (ex. cafeaua și alcoolul, dar și unele stupefiante), pândite însă de pericolul toxicomaniei.

5. RELAȚII CU ALTE ȘTIINȚE UMANISTE

Dintre științele umaniste la care face apel Psihologia Medicală, amintite anterior, vom sublinia pe acelea ca **Sociologia** care furnizează date, în continuă dinamică, referitoare la premisele socio-culturale și profesionale ale diferitelor îmbolnăviri dar și la posibilitățile recuperatorii pentru bolnavi, **Filosofia**, necesară medicului în planul formării - pentru sine - a unei concepții coerente despre viață și oameni și decodificării unor mentalități autimpuse sau induse din exterior bolnavului, capabilă să distorsioneze uneori relațiile interpersonale ale acestuia.

Dacă relațiile Psihologiei Medicale cu **Etica** constituie o dominantă esențială în acest cadru de interdisciplinaritate și asupra căreia devin inutile orice precizări, considerăm că introducând **Religia** în același context relațional cu Psihologia Medicală, vom sublinia că - în afară de morala pe care o conține implicit - ea oferă posibilități încă insuficient explorată în domeniul medicinei, de a îmbina rolul incontestabil al credinței în ameliorarea posibilităților de vindecare cu cel jucat de mijloacele specifice profesiei medicale.

La finele acestui curs introductiv în domeniul Psihologiei Medicale se cuvin câteva remarci de ordin pragmatic:

- prezentarea detaliată a unor probleme legate de rolul factorilor psiho-comportamentali în patogeneza, ca și de complexul capitol al stressului psihic, a fost și va fi făcută în mod deliberat, ținându-se seama de faptul că, pentru nivelul de cunoștințe ale anului II, corelațiile cu Fiziologia, Biologia și Biochimia permit o tratare a lor corespunzătoare;

- restrângerea unor date specifice relației interpersonale dintre medic și bolnav va fi impusă de recunoașterea - inerentă acestui moment al pregătirii "preclinice" - a complexității lumii variate și cu amprente inevitabile de experiență personală a bolnavilor.

Toate aceste "lipse de accent" ca și eventualele omisiuni intenționate sperăm că vor putea fi remediate într-un viitor curs opțional de Psihosomatică, programat pentru anul V sau VI, când se va putea conta pe apelul la temeinice cunoștințe de patogenie și pe o deja realizată experiență a studentului "la patul bolnavului".

Capitol 7

BOALA CA O STARE NOUĂ DE DISCONFORT SOMATIC ȘI PSIHIC ȘI CA O SITUAȚIE DE IMPAS EXISTENȚIAL

I. SĂNĂTATE ȘI BOALĂ

1. CONSIDERAȚII GENERALE

Definiția stării de sănătate - deși pare la îndemâna fiecărui individ - întâmpină **dificultăți reale** cauzate, în primul rând, de **posibilitatea evoluției "subterane"** (asimptomatice în plan subiectiv și la examenul clinic) a unor procese patologice care pot fi decelate doar cu mijloace paraclinice - fie ele simple (glicemia pentru un diabetic fără acuze clinice), fie mai complicate, cum sunt examenele bioptice într-o hepatită cronică.

În al doilea rând, **subiectivismul bolnavului** face ca apariția bolii să fie mai târziu înregistrată ("bolnavi ignorați") sau, din contră, să fie semnalată în mod eronat ("bolnavi închipuiți").

După cum afirmă Athanasiu, sănătatea este privită de către patolog ca o stare de **integritate**, de către clinician ca o **lipsă de simptome** iar de către bolnav ca o **stare de bine-être** ("Valetudo").

În ultimele două decenii, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) - validând numeroasele concluzii parvenite de la autorii ce au studiat influența nefastă pe care o au asupra sănătății condițiile mizere (foamete, aglomerație, promiscuitate, șomaj, conflicte sociale etc.), ale diferitelor colectivități sociale a considerat necesară adăugarea la cele două criterii de apreciere a sănătății - psihic și somatic - pe cel al integrării sociale a individului.

Din acest motiv, definiția actuală a **sănătății**, stabilită de OMS, este aceea de **"stare de bine psihic, somatic și social a individului"**. Completăm aceste atribute ale sănătății cu condițiile ei de apreciere, adică la un individ supus unor eforturi fizice și psihice de intensitate medie, tolerate în mod curent de ceilalți.

Pierderea stării de sănătate reprezintă boala, având o sferă noțională de interferență parțială cu cea propusă de Hipocrat care susține că **"la tot ce supără i se spune boală"** dar care a fost primul care a realizat existența unei legături între suflet (psyché) și corp (soma) în dinamica apariției și desfășurării bolii.

Boala reprezintă, în afara conținutului său psihosomatic "în sine", o **situație existențială diferită de cea "normală"**, trăită de individ până la apariția ei. Omul, devenit bol-

nav, își pierde unul dintre atributele sale fundamentale - **starea de sănătate - care îi condiționează o adaptare normală la exigențele mediului, inclusiv cele autoimpuse**, și este sinonim cu o stare de confort psihic și somatic.

În același timp, odată cu perceperea apariției bolii (în cazul în care aceasta este de durată sau se exprimă cu brutalitate la nivelul subiectivității individului), acesta anticipează și o serie de amenințări la adresa integrității și/sau capacității sale fizice, mergând până la picirea sa, mai ales dacă informațiile sale despre cazuri similare îi sugerează astfel de posibilități. În câmpul vieții sale socio-profesionale și familiale apar, de asemenea, în caz de îmbolnăvire gravă, **fisuri** capabile - în anumite situații greu previzibile - mai ales la începutul bolii, să se adâncească și să-l facă pe bolnav să-și modifice, dacă nu statutul și rolul său, cel puțin **o inserție la nivel de grup** până atunci satisfăcătoare sau chiar ideală.

Analizând boala din perspectiva generării de **stresuri psihice** (SP), vom renunța la mulțimea de definiții date ca și în cazul interpretărilor privitoare la **relațiile interpersonale** noi, specifice (cu medicul în primul rând) sau modificate (cu familia, colegii, etc.), prin situația nouă de bolnav, deoarece ele vor fi prezentate în alte capitole.

Considerăm că boala generează SP prin două mari grupe de AS: situația creată prin apariția, desfășurarea și consecințele bolii și prin cortegiul de suferințe fizice și psihice inerente.

Referitor la stresurile psihice generate de situația de bolnav, apreciem că acestea sunt numeroase, variate și că - pe lângă cele de ordin general, derivate din "situația de bolnav" - ele pot fi extrem de specifice, atât în legătură cu natura bolii (de exemplu, un infarct miocardic înseamnă altceva decât un ulcer) cât și cu coordonatele psihice ale bolnavului. Acestea din urmă privesc tipul de personalitate, analizat pe larg într-un capitol ulterior, dar și situația concretă a individului în momentul declanșării bolii, ca de exemplu, apariția unei afecțiuni, chiar benigne (de pildă pneumonia) la un tânăr interpret înaintea unei premiere sau concurs, cu perspectiva unei afirmări meritate, etc. Conștiința bolii cu anticiparea suferinței fizice aflate la începutul ei sau trăirea ei directă, în momentele de vârf ale emoției, ca și evaluarea (uneori potențată iatrogen ori de experiența altor bolnavi) a consecințelor de ordin somatic dar și social ale bolii - creează la orice individ premisele unor SP majore și de lungă durată. Ele pot fi, totuși, înlăturate, cel puțin parțial, într-un context sanogenetic ideal sau care tinde spre acel țel.

În funcție de "cultura medicală" a bolnavului și de propria sa experiență de bolnav ori a celor apropiați lui, ca și de momentul în care survine îmbolnăvirea, există o tendință naturală proprie celor mai instruiți și lucizi indivizi - dar și a celor situați la polul opus al nivelului intelectual, ori cu tendința de autoamăgire - de a amâna ori nega "intrarea în situația de bolnav". Acest fapt impune detașarea unui prim capitol, intitulat, "acceptarea bolii", ce poate constitui oglindirea unei situații generatoare de mari frământări sufletești, soldate cu un evident SP de durată, mai ales la indivizi care evaluează corect, sau, mai ales, supraestimează problemele pe care i le va pune boala.

Leriche definind boala prin trei ipostaze diferite (o anumită stare somatică, o anumită interpretare a medicului și starea de cunoștință a bolnavului) - vom considera ca elementele generatoare de SP toate aceste fapte ale bolii, în special cele care depind de însuși bolnavul în cauză.

2. "ACCEPTAREA BOLII" (RECUNOAȘTEREA BOLII ȘI "INTRAREA ÎN SITUAȚIA DE BOLNAV")

Dacă facem abstracție de bolile, adesea extrem de grave, al căror stadiu de latență clinică, uneori extrem de îndelungat, face pe purtătorii lor să ignore în mod obiectiv existența situației de bolnav - trebuie spus că există numeroase cazuri în care un individ nu acordă importanță unor simptome izolate "ușoare" ale unei boli încă necunoscute sau, din contră, ușor încadrabile nosologic dar aparținând unor boli minore și trecătoare (o viroză respiratorie fără alterarea stării generale, o urticarie alimentară pasageră și afectând o arie restrânsă cutanată, o mialgie "suportabilă" cu tendințe de repetare prin expunere la frig etc).

Această atitudine este judecată diferit de către înșiși pacienții în cauză (fie autocritic, fie laudativ) și chiar de către corpul medical care uneori, absorbit de sarcini de asistență prioritară a unor afecțiuni grave, încurajează această optică a pacienților, capabilă să genereze - în cazul debutului unor boli grave - "întârzieri" diagnostice și terapeutice adesea greu recuperabile.

Cu totul altfel se petrec lucrurile la un individ cu un tip de personalitate obsesiv, ori la un nevrotic cu idei prevalente de tip ipochondriac, la care cele mai mici "rateuri" ale unor funcții viscerosomatice solicitate de o serie de acte fiziologice (efort, alimentație, act sexual etc.) - creează o stare de tensiune psihică, cu atributele SP.

Deși ar trebui operată o distincție între recunoașterea unor simptome care-l fac pe individ să bănuiască faptul că este bolnav și acceptarea "definitivă" a ideii de boală - cu toate urmările care decurg de aici (apelul la medic, acceptarea unor variate restricții, etc.) - noi le vom analiza împreună, mai ales că adesea se trece rapid de la "recunoaștere" la "acceptare".

Există mai multe variante de acceptare sau de amânare ori chiar refuz al bolii, așa încât vom urmări și următoarea noastră clasificare:

2.1. Recunoașterea bolii și acceptarea situației de bolnav

Modalități de recunoaștere și acceptare a situației de bolnav

- Prima variantă este cea **realistă, rațională**, în cadrul căreia un individ echilibrat emoțional, cu un nivel de cultură sanitară satisfăcător și fără probleme existențiale "presante", apreciază că, în fața unor tulburări de ordin somatic sau psihic apărute cu sau fără uzură aparentă, trebuie să-și ajusteze comportamentul prin măsuri igienico-dietetice provizorii până la prezentarea la medic, considerată obligatorie (sau să se limiteze la tentative terapeutice simple, dacă ele conduc la dispariția simptomelor, iar acestea nu se mai repetă). El recunoaște lucid slăbiciunea (fizică sau psihică) pe care o implică boala apărută ca un accident în viața sa, și în situația nouă de dependență rezultată din această scădere a capacităților sale.

- Un alt mod de acceptare este cel descris mai înainte, **o conștiință a bolii disproporționată** față de substratul real organo-lezional (Păunescu - Podeanu).

2.2. Ignorarea bolii

Poate fi condiționată de o percepere a simptomelor de către un individ cu un nivel redus de cultură sanitară ori oligofren, sau de către un individ suferind de o altă boală psihică - schizofrenia de exemplu - sau neurologică - anosognozia prin deficit de integrare a informațiilor senzoriale și stocate în memorie (Athanasiu).

Un mod aparte de ignorare a simptomelor bolii este desconsiderarea lor, chiar de către indivizi cu un psihic normal și cu o atitudine "realistă" în viața de toate zilele dar aflați într-un moment de puternică încordare, cu focalizarea intereselor asupra unor probleme care îi fac "surzi" față de propriile lor suferințe.

Nu intră aici în discuție ignorarea unei boli chiar grave dar asimptomatice.

2.3. Negarea, refuzul stării de boală în condițiile conștientizării unor tulburări ce pot constitui semne ale bolii

Este un caz foarte frecvent deoarece este foarte "incomod" pentru cineva să recunoască faptul că este bolnav, în primul rând prin aceea că - în mod necesar - el trebuie să se supună unor exigențe, legate de tratarea bolii, care-i modifică uneori substanțial modul său de existență. În plus, este adesea greu să se renunțe la fumat, alcool și alimentele preferate. Sunt oameni care se simt deranjați și violent stresați prin simplul fapt că nu au voie să iasă din locuință câteva zile, pentru un catar respirator banal, în timp ce alții rămân pe deplin liniștiți chiar dacă trebuie să li se efectueze o apendicectomie într-un moment când sunt copleșiți de sarcini și probleme pe care ei consideră că le pot rezolva și alții.

Desigur că prima categorie va nega ideea de boală prin subestimarea simptomelor sau, chiar dacă va recunoaște boala, nu va accepta starea de boală, riscând agravarea simptomelor prin sfidarea "regulilor jocului".

Considerăm că negarea stării de boală, în condițiile în care subiectul percepe o serie de simptome care-l atenționează că "ceva nu este în regulă" cu corpul sau chiar cu psihicul său, poate să aibă la bază două atitudini fundamentale:

- amânarea "deciziei" prin speranțe vagi în caracterul ei trecător, sau lipsit de gravitate. Această situație este întâlnită când urmărirea perseverentă a unui scop important nu-i permite individului să adopte situația de bolnav chiar dacă simptomele sunt evidente;

- autoamăgirea, prin mecanisme inconștiente de apărare, la bolnavii ale căror simptome conștientizate de ei sugerează (chiar și unei persoane cu o cultură medicală redusă) posibilitatea unei boli foarte grave (a unui cancer de exemplu).

Asistăm la situația paradoxală în care o mulțime de cancerofobi presează rețeaua medicală cu acuze, în special de tip nevrotic, în timp ce unii bolnavi care au pierdut brusc în greutate, pe fondul unei inapetențe și a unei astenii importante - toate instalate brusc - refuză să se prezinte la medic, deși au o mare probabilitate de a suferi de cancer.

Trebuie subliniat că ambele situații de negare a stării de boală sunt puternic generatoare de SP. Jeammet și col. consideră că, cel puțin la o categorie de bolnavi (în alcoolism, de exemplu) negarea bolii denotă o mare fragilitate psihică, motiv pentru care medicul trebuie să dea dovadă de mult tact și moderație spre a evita o reacție catastrofică din partea bolnavului (chiar sinucidere) în cazul în care acesta este pus brutal în fața realității și perspectivelor bolii de care suferă.

3. ATITUDINI DE SUFERINȚĂ DETERMINATĂ DE BOALĂ ȘI SITUAȚIA DE BOLNAV

Încercând să clasificăm principalele atitudini în acest sens, după Athanasiu, și incluzând atitudinile "naivă" și "problematizantă" analizate de Häberlin vom distinge următoarele:

a) atitudinea **combativă** - proprie unui număr important de bolnavi aflați într-o stare de relativ echilibru psihic în momentul îmbolnăvirii și dotați cu un tip de personalitate care, chiar dacă prezintă unele trăsături de vulnerabilitate la SP, permite o adaptare adecvată la realitate;

b) atitudinea de **resemnare**, de dezinteres față de soarta proprie, o manifestă de obicei bolnavii cu o stare depresivă mai mult sau mai puțin exprimată dar și alți bolnavi ale căror concepții psihofizice sau religioase cu iz fatalist îi predispun la astfel de reacții, venine cu starea de "indiferentism" (proprie în special misticilor);

c) atitudinea de **refugiu** în boală, generată de beneficiul secundar pe care îl au unii bolnavi cu probleme existențiale serioase (Moron) sunt bolnavi hiperconștiințioși; ori cei cu personalitatea pitiatică "exacerbată de către stressul conștiinței bolii" (Cucu);

d) atitudinea **problematizantă** (Häberlin citat de Athanasiu) legată de raportarea bolii la coordonatele existențiale în care subiectul este implicat (culpabilitate pentru fapte care "îl apasă" ori din contră o ocazie de a-și dovedi "forța interioară") sau sunt implicate alte persoane ("tendință de personificare a agentului patogen" - Athanasiu). Această din urmă tendință este întâlnită la bolnavi cu un orizont intelectual mai redus care vorbesc de "deochi", "farmece" etc. Un exemplu întâlnit destul de frecvent în ultimii ani este reprezentat de opinia unor bolnavi, chiar cu un statut profesional ridicat (în cazurile noastre un student și un tehnician) referitoare la intoxicarea lor cu "argint viu" de către alte persoane. Anomalia extremă a acestor "opinii" constă în credința bolnavului că acțiunea nocivă a "toxicului" are loc chiar dacă pătrunderea lui în organism s-a făcut la distanță de bolnav, numai prin trecerea acestuia peste "argintul viu" presărat în calea sa de către o bătrână descântătoare. Bolnavul are certitudinea că "argintul viu se ia după el" și apoi pătrunde difuz în corp, cauzându-i ulterior simptome difuze, inexplicabile, însoțite constant de anxietate;

e) atitudinea de **valorificare superioară a situației de bolnav, atitudine** în care se includ toate reacțiile de depășire a acestui veritabil impas care este boala. Caracterul de experiență de cunoaștere și autocunoaștere reprezentat de situația de bolnav, ocazia oferită celui bolnav să mediteze, în liniștea ce urmează dispariției paroxismelor bolii, la problemele sale "de perspectivă", la refacerea fizică și psihică din convalescență și la reorientarea unor comportamente, până atunci deficitare, pe o direcție profilactică față de principalele boli redutabile ale epocii etc., toate acestea reprezintă veritabile beneficii care compensează avatarurile bolii care pot fi anticipate de omul bolnav la începutul suferinței sale ori pot fi relevate de către medic sau chiar de către cei din propriul lui anturaj. Pascal (citat de Athanasiu) vorbea în acest sens despre "le bon usage de la maladie" și desigur "avantajele" bolii enumerate anterior sunt totuși accesibile unui număr încă redus de indivizi, marea majoritate privind boala ca pe un rău absolut deși numai bolile cu prognostic letal ori invalidant justifică această atitudine.

f) atitudinea de **"rea folosire" a bolii** - este cea impusă în mod justificat de bolile foarte grave și, nejustificat, de supraestimarea unor boli ușoare. Ea constă în "cufundarea în suferință", în "agitație și anxietate" (Athanasiu).

g) **reacția persecutorie** (Jeammet și col.) se referă la acei bolnavi care, negând boala, devin adevărați „revendicatori - procesomani”, căutând repararea prejudiciului (în chirurgie, de exemplu).

II. DISCONFORTUL PSIHIC ȘI SOMATIC IMPUS DE BOALĂ

Implicațiile lor ca și cele ale schimbării de statut și rolul asupra comportamentului omului bolnav sunt în mod firesc legate de severitatea bolii, dar și de momentul în care aceasta apare.

Deoarece bolile psihice au o serie de trăsături distincte față de cele tratate chiar în cadrul acestui capitol al generalităților despre boală, iar lucrarea noastră se referă, cu adresă precisă, la bolile cel mai frecvent întâlnite în practica medicilor generaliști, ne vom limita exemplificările doar la acestea din urmă.

1. SIMPTOMELE DE DISCONFORT SOMATIC ȘI PSIHIC GENERATE DE BOALĂ LA INDIVIDUL DOTAT CU CONȘTIINȚA ACESTEIA

1.1. Tulburări somatice specifice

Odată boala constituită, pe lângă simptomele chinuitoare capabile să exaspereze bolnavul (**durerea** - cu variantele sale multiple și poliforme, **dispneea**, **febra**, **tusea** evasivă permanentă, ori în accese epuizante, **vărsăturile**, **diareea**, **vertijul**, **sughitul incoercibil** etc.) și care sunt generatoare de SP major - există o serie de "mici simptome" de disconfort organo-funcțional care, în alte condiții, ar fi fost complet neglijate de bolnav, dar acesta - avertizat de valoarea lor "indicatoare" - le acordă o semnificație negativă (stresantă), uneori supradimensionată. Astfel de simptome sunt **palpitațiile** (la un bolnav cu aritmie extrasistolă ventriculară ori la un bolnav cu antecedente de infarct miocardic), **eructațiile** (la un ulceros dar și la un aerofagic), **balonarea abdominală** persistentă (la un bolnav de hepatită cronică), **sputa muco-purulentă** (la un bronșitic internat și aflat sub tratament) etc., de regulă just interpretate ca indicând un "mers înainte" al bolii.

Totuși un grad de **astenie**, **amețelile** la ridicarea în ortostatism datorate și regimului dietetic sau efectelor secundare ale medicației etc. sunt simptome ce îngrijorează inutil pe bolnav, ele fiind legate doar de "haloul" psiho-fizic al situației de bolnav, și dispărând odată cu ea.

1.2. Tulburările somato-psihice nespecifice

Cele mai frecvente sunt **insomnia**, **anxietatea**, **astenia psihică**, **irascibilitatea**, etc. și sunt pasagere dar ele constituie pe de o parte expresia instalării unui SP generat de boala somatică iar, pe de altă parte, agravează prin cerc vicios mersul bolii. În același timp, tot prin același mecanism, ele accentuează SP.

Exemplificăm această acțiune "de reciprocitate" - între tulburările somato-psihice și boala care le-a generat, precum și SP care se naște odată cu boala (deși adesea s-a aflat și el la originea îmbolnăvirii) - prin analiza a două simptome: **insomnia** și **anxietatea** la un bolnav astmatic sau cu infarct miocardic.

Astfel **insomnia**, creată de criza de astm nocturnă, sau de poziția incomodă și eventuala persistență a durerii la un bolnav cu infarct miocardic, le crește amândorura sensibilitatea la acțiunea factorilor bronșici și, respectiv, coronarieni care acționează și prin intermediul verigilor neuro-vegetative deteriorate prin carența de somn. În același timp sca-

de și "pragul de stres", ca să nu mai vorbim că, la bolnavul internat într-un salon cu alți bolnavi - aflați în plină suferință exteriorizată - o noapte albă este un prilej de nenumărate stresuri, ușor de închipuit.

Anxietatea difuză, generată de cele două boli menționate, îi face pe bolnavi să intre mai ușor într-o criză de astm la primele simptome premonitorii ("aura astmatică" ori apariția tusei și/sau wheezingului) și respectiv să-și agraveze ischemia perinecrotică (ori chiar o extindere sau apariția unui nou infarct) în cazul unor stimuli psihici negativi, altădată tolerați, sau la apariția unei dureri periodice cu caracter radicular.

2. ELEMENTUL SITUAȚIONAL CU ECOU PSIHOSOMATIC

2.1. Urmărirea unor indicatori obiectivi

Indicatorii obiectivi (ex. TA, temperatura, pulsul, VSH, hemoleucograma, radioscopia, etc.) ajunși la cunoștința bolnavului care - indiferent de cultura lui sanitară, poate să le cunoască, în linii mari, semnificația - sunt adesea un prilej de S.P. uneori "gratuit" (de ex. VSH și aspectul radiologic retrocedează mai lent, în timp, decât tabloul stetoacustic și starea generală și simptomele subiective dintr-o pneumonie).

2.2. Factori iatrogeni

Termenul "iatrogen" (derivat etimologic din cuvântul grecesc "iatron" = medic) desemnează o cauzalitate - prin extensie, legată de întreg corpul medical - a unor tulburări patologice (psihice sau/și somatice) atât la omul bolnav cât și la cel sănătos. Astfel, un om sănătos, mergând la medic pentru apariția unor momente de dificultate respiratorie, constant legate de stresuri psihice intense, poate face o veritabilă nevroză dacă - în urma consultului medical care decelează un suflu cardiac "inocent" i se pune (cu multă superficialitate) diagnosticul de valvulopatie mitrală despre care "bolnavul" știe că limitează în mod sever capacitatea lui de efort, obligându-l la o reajustare serioasă a modului său de viață.

Tulburări sau boli astrogene mai pot fi produse și de manevrele și explorările diagnostice (tușeu rectal vaginal, urografii etc.) sau terapeutice (injecții intravenoase, infiltrații intraventriculare, marile intervenții chirurgicale etc.) toate acestea putând genera - în caz extrem moartea bolnavului.

În plan psihologic însă ne interesează, ca elemente iatrogene de agravare a stării psihice a bolnavului, lipsa de tact din partea medicului și a personalului sanitar ca și starea de disconfort produsă de manevrele diagnostice și terapeutice.

Includem aici, ca elemente potențiale al tuturor acestor tipuri de situații generatoare de SP, la omul bolnav, **componentele iatrogene**. Acestea sunt **adesea involuntare** și **uneori inevitabile**. De exemplu un bolnav cu HTA care - la internare are 240/130 mm Hg, fără simptome subiective importante - este lămurit asupra necesității imediate a scăderii ei la valori sub 150/100 mm HG. În cazul când - sub un tratament vizând justificat scăderea progresivă a TA, spre a nu produce un dezechilibru hemodinamic pe un pat coronarian sau cerebral afectat deja de ateroscleroză - persistă valori de 180/105 mm Hg, bolnavul intră în alertă, interpretându-le ca un eșec terapeutic. Inevitabil, componentele iatrogene ale SP pot fi invocate în următorul exemplu: un bolnav cu hepatită cronică activă dar fără

ascită este foarte anxios și se teme de ciroză, fapt care-l face pe medic să-l liniștească arătându-i un alt bolnav cu ascită și icter, ca exemplu de ceea ce înseamnă această boală; bolnavul înțelege dar, peste un an, când survine un meteorism important și face icter mecanic (litiază biliară asociată ocazional), rămâne cu convingerea fermă că a făcut și el ciroză și că va muri la fel ca și pacientul pe care-l văzuse ca prototip al bolii.

Există și greșeli mai puțin scuzabile din partea medicului, cum ar fi de exemplu încercarea de a liniști - descriindu-i un acces de angor tipic - o mare nevrotică ce acuză înțepături precordiale. Astfel instruită, "bolnava" respectivă va descrie ulterior altor medici o criză anginoasă "ca la carte", fiind desigur și mai stresată dacă în cursul unei astfel de crize medicul, influențat de calitatea prezentării "crizei", îi va administra nitroglicerina care, îi va cauza bolnavului extrem de penibile (cefalee, roșeață a feței etc.).

* *
*

Steinmüller consideră că toate aceste modificări induse de boală reprezintă, "în esență", pierderea sensului de a fi sănătos", decurgând din "pierderea unor funcții corporale".

În concluzie, disconfortul somatic și psihic, generate de boală "per se", au un rol stresant iar S.P. agravează, prin mecanismul unui veritabil cerc vicios, mersul bolii. Așa cum se va vedea mai departe, există însă o altă sursă majoră de S.P. la omul ajuns în situația de bolnav și anume restricțiile și serviciile impuse de noul său mod de viață, care, alături de anumite drepturi și înlesniri pe care i le oferă societatea, se exprimă printr-un statut și rol distinctiv (Stoetzel).

III. BOALA CA SITUAȚIE DE IMPAS EXISTENȚIAL

Servituți, restricții și modificări ale modului de viață, provizorii sau definitive, impuse de boală. După cum se poate deduce chiar din titlu, gradul de S.P. sporește considerabil dacă schimbările survenite în viața bolnavului sunt de lungă durată, multiple ori au o amplitudine considerabilă, mai ales când ele ating anumite câmpuri de preocupări în care subiectul are o investiție afectivă majoră. De asemenea, este importantă pentru apariția precoce a S.P. și posibilitatea ca bolnavul să poată anticipa întregul cortegiu de neplăceri pe care îl va reprezenta boala apărută, relevarea treptată a dificultăților care îl așteaptă fiind mai puțin stresantă (la majoritatea bolnavilor) decât perspectiva lor, fie ea și numai aproximată.

Referitor la schimbările intervenite în viața unui individ, odată cu apariția și desfășurarea bolii, consideră că ele pot fi grupate în două categorii:

I. LIMITAREA CAPACITĂȚILOR FIZICE ȘI PSIHICE ÎN ACTIVITATEA NORMALĂ (OBIȘNUITĂ SAU SPECIFICĂ, PROFESIONALĂ)

Această consecință generală a bolii handicapează bolnavul atât în îndeplinirea unor acte simple motorii (mers, plimbarea în aer liber, etc.) sau a unor activități fiziologice (alimentare, sexuale), cât și în exercitarea unor deprinderi cu caracter intelectual sau le-

gate de exercitarea atribuțiilor profesionale care, la mulți indivizi, devin o sursă de satisfacție intrinsecă, în afara scopurilor asigurării mijloacelor de existență.

În plus, activitățile extraprofesionale, acele veritabile "hobby"-uri, mai ales cele care implică efort fizic (practicarea drumețiilor pe munte ori a unor sporturi ușoare: tenis, înot, etc.) - sunt suprimate, cel puțin pe o durată limitată, dacă nu pentru toată viața (la unii bolnavi cardiaci de exemplu).

Steinmüller sintetizează această limitare a câmpului de activitate a bolnavului prin "pierderea rolurilor obișnuite, a unor gratificații și ale unor moduri de comportament adaptativ".

2. SCHIMBĂRI DE ORDIN AMBIENTAL ȘI RELAȚIONAL, CU IMPACT MAJOR ÎN SFERA AFECTIVĂ

2.1. Schimbări de ordin ambiental

Pentru bolnavii internați sau reținuți la domiciliu are loc o veritabilă schimbare de decor, începând cu părăsirea mediului habitual (în sensul spitalizării) a ambianței familiare a locului de muncă ori a peisajelor din microuniversul lor și înlocuirea acestor "repere intime" cu atmosfera gravă, severă a spitalului, cu lumea lui de oameni în halate albe, nu totdeauna atenți la frământările de ordin adaptativ ale celor internați.

Pentru cei rămași în casă orizontul acestui mediu, privit întotdeauna ca plin de căldură și dător de liniște interioară, devine prea strâmt și apăsător în cazul unei șederi prelungite.

O situație specială o prezintă bolnavii "ambulatori" care încep să perceapă cele două medii fundamentale ale existenței ca pe niște posibile pierderi, în perspectiva evoluției nefavorabile a bolii, ei fiind stresați la gândul unor astfel de schimbări ale modului lor de viață.

2.2. Schimbări de ordin relațional

a) amplitudinea maximă - chiar și în ceea ce privește modificarea unor relații interpersonale ale omului bolnav - este atinsă în cazul bolnavilor internați. Pe lângă caracterul specific, nou pentru bolnav, al unor relații cu medicul și personalul din spital, dar și cu ceilalți pacienți internați - există o modificare în sensul unei restructurări sau al diminuării frecvenței contactelor cu "lumea familiară" a bolnavului (cei apropiați, prieteni, membri ai familiei), atrăgând - în multe cazuri - o modificare regretabilă a conduitei acestora, uneori și a altor apropiați ai familiei.

b) boala limitează contactul bolnavului cu unii prieteni împreună cu care efectua o serie de activități "în grup" (excursii, schimburi de vizite).

c) boala creează premise de ordin psiho-fizic pentru dereglarea raporturilor conjugale, atât în sfera afectivă cât și în cea a vieții sexuale, mai ales în cazul unor dificultăți sexuale preexistente, amplificate și de unele neînțelegeri de diferite naturi cu partenerul (partenera) de viață. Adeseori, celălalt membru al cuplului neglijează bolnavul și profită de dificultățile acestuia, legate de boală, încălcând regulile unei conviețuiri conjugale corecte.

3. ANTICIPAREA DE CĂTRE BOLNAV A UNOR PERICOLE VIZÂND INTEGRITATEA SA PSIHO-FIZICĂ PRECUM ȘI INSERTIA LUI SOCIALĂ, CA URMARE A BOLII ȘI CONSECINTELOR EI (PREVIZIBILE SAU IMPREVIZIBILE)

3.1. Amenințări privind evoluția bolii

În cazul unei îmbolnăviri acceptate de bolnav ca un fapt incontestabil, apare un S.P. legat de ceea ce bolnavul știe despre boala respectivă (prognostic quod ad vitem dar și în legătură cu unele sechele sau complicații posibile, vizând capacitatea sa de muncă ori starea lui de confort, etc.) dar și de ceea ce el nu știe, perceput sub forma unei spaime de necunoscut, de imprevizibil.

Exemplele nefericite ale unor bolnavi cu prognostic asemănător, ca și unele surse iatrogene, măresc intensitatea și uneori chiar durata S.P.

Starea de anxietate a bolnavului este sporită - așa cum s-a mai arătat - și de investigațiile diagnostice (maximă la: cateterisme cardiace, explorări cu substanțe radioopace și biopsii, dar și la orice investigație lipsită de pericol dar care dobândește o semnificație majoră pentru bolnav, exemplu EKG) și de unele acte terapeutice (mai ales intervențiile chirurgicale ce se anunță laborioase și cu risc pentru bolnav).

O situație tot mai frecventă o reprezintă cea a bolnavilor cu **antecedente de reacții de tip alergic la medicamente** (în special șoc anafilactic sau edem glotic), aflați în situația de a-și trata o boală nou contractată. Din păcate, starea de panică a bolnavului se transmite și medicului care trebuie să-l trateze, iar ezitățile terapeutului amplifică S.P. al bolnavului, apărând astfel, la acesta din urmă, reacții "parazitare" neuro-vegetative care pot simula o alergie la preparatul administrat.

Tot legată de evoluția bolii este teama lui de anumite efecte secundare ale medicației administrate, reputată ca agresionantă pentru alte organe aflate deja în suferință. Un exemplu fără a necesita comentarii îl constituie recurgerea, de necesitate, în momente de impas terapeutic, la corticoterapie.

În sfârșit, **teama de recidive sau complicații** este maximă la bolnavii care au suferit un infarct miocardic și, mai ales, la bolnavii neoplazici sau tratați cu citostatice.

3.2. Amenințări privind insertia familială și profesională a bolnavului

Prima dintre nenumăratele temeri ale omului bolnav - după ce s-a liniștit în privința prognosticului quod ad vitam - este cea a pierderii capacității sale de muncă, și deci, a posibilității **câștigării mijloacelor sale de trai** (chiar dacă pensionarea medicală încearcă să rezolve parțial această situație). În cazul unui bolnav neincadrat, teama de a nu-și mai putea desfășura activitățile casnice sau de a deveni o povară pentru cei din jur este o echivalență la prima situație.

În cazul survenirii unei **infirmități** (inclusiv la bolnavii cu restricții severe față de efortul fizic), pe lângă multiplele consecințe derivate din această stare, trebuie avută în vedere și jena bolnavului față de anturaj, generată din neputința lui de a îndeplini activități și din dependența față de ceilalți.

Din toate aceste considerente omul bolnav anticipează, în planul vieții sociale, o restructurare a statutului și rolului său profesional și - uneori - chiar familial (să ne gândim

ce poate deveni un bolnav care suferă un accident vascular cerebral, cu multitudinea de posibilități evolutive, privite din perspectiva nevoilor de îngrijire din partea membrilor familiei).

Am analizat "prin sondaj" multitudinea de aspecte, generatoare sigure de S.P., referitoare la **lumea pericolelor reale și imaginare care populează mintea omului** care face constatarea că a devenit bolnav de o maladie redutabilă, cu posibilități evolutive adesea imprevizibile (în sens negativ) și cu implicații menite să rivalizeze, în ansamblu, o **veritabilă bulversare a vieții sale** (uneori nici ea aflată într-un stadiu satisfăcător de "organizare"). Din intricarea acestor implicații de ordin "biografic" cu cele de ordin "somatic" (și neuro-psihic) prezente în cadrul bolii înseși, rezultă premisele unui **comportament particular, adaptativ - chiar prin regresivitate** - al omului suferind de o boală gravă sau cronică ori, cel puțin, cu evoluție prelungită. Nu este cazul să exagerăm, extrapolând toate aspectele discutate mai sus (sau care vor fi prezente în paragraful următor) la îmbolnăvirile ușoare, cum ar fi o viroză respiratorie, "purată pe picioare", deși există și aici un S.P. generat de nevoia de a renunța la unele obiective presante, uneori integrate nodal în planul de maximă importanță pentru bolnavii în cauză.

IV. MODIFICĂRILE DE TIP COMPORTAMENTAL INDUSE DE BOALĂ

În legătură cu studiul bolii ca sursă de S.P. vom analiza, din imensa cantitate de informație conținută de literatura referitoare la "comportamentul în boală", numai pe cele de ordin general capabile să genereze stres sau, mai ales, să faciliteze apariția acestuia.

I. REGRESIA AFECTIVĂ ȘI COMPORTAMENTALĂ

În cadrul S.P. generat de conștiința bolii dar și de simptomele majore ale acesteia (durere, dispnee etc.), bolnavul resimte o nevoie intensă de relaxare, adoptând un comportament "ce ține de un stadiu anterior și inferior din punct de vedere al complexității (infantilism la adulți și bătrâni)" - după cum definește Popescu - Neveanu "regresiunea". Observația curentă, inclusiv la nivelul lumii medicale, a evidențiat faptul că un bolnav, suferind de o afecțiune chiar benignă ca prognostic dar cu simptome temporar greu suportabile, adoptă atitudini copilăroase, începând cu exteriorizarea uneori exagerată a suferinței și terminând cu tonul poruncitor, tiranic, alteori "plângăreț" cu care cere să fie ajutat de către cei din jur. Regresia afectivă reprezintă o reacție inconștientă de protecție din partea bolnavului.

Sistematizând datele referitoare la această caracteristică majoră a comportamentului omului bolnav, folosindu-ne și de datele oferite de Boch și Sivadon (cit. de Cucu, Delay și Pichot) - vom considera ca trăsături definitorii pentru regresivitatea comportamentală a omului bolnav următoarele:

a. - **egocentrismul** - rezultat al restrângerii preocupărilor din afara celor legate de boală, inclusiv "restrângerea orizontului" și "creșterea cenesteziei, centrul atenției devenind alimentația, digestia, excreția" (Moron) (cit. de Cucu), dar și - am adăuga noi - senzațiile sale, legate sau nu de boală și, desigur, datele obiective ale acesteia, inclusiv cele pre-

cizate de investigațiile paraclinice. Tot în planul egocentrismului, cu specific infantil, se distinge și o anumită capriciozitate, mergând până la terorizarea anturajului (familial și uneori medico-sanitar);

b. - **dependența** - în contrast aparent cu prima trăsătură, bolnavul este realmente dependent, atât față de medic, cât și față de anturaj (deși nu întotdeauna față de acesta din urmă). După cum cu multă finețe remarcă Delay și Pichot (ibidem) în cadrul dependenței bolnavul primește, în schimb, marea satisfacție pe care o atrage diminuarea responsabilității, știindu-se la adăpostul acelora pe care societatea, în mod formal - statutar (medicul, de exemplu) sau prin presiunea normelor morale (familia) i-a instituit ca apărători ai intereselor bolnavului, angajați în procesul tratării (eventual vindecării) bolii;

c. - **predominanța unor procese emoționale de tipul afectelor** - acestea reprezintă "emoții primare, caracterizate prin mare intensitate, expansivitate, durată redusă, dezvoltare unipolară și exprimare mijlocită - prin comportament" (Popescu - Neveanu). Izbucnirile de plâns, furie sau chiar veselie sunt frecvent întâlnite la omul bolnav. În ceea ce privește relația cu S.P., ele pot fi o dovadă că, pe acest fundal al psihicului modificat de boală, bolnavul poate fi ușor stresat de situații anterior tolerate;

d. - **agresivitatea** - deși este integrabilă adesea în comportamentul de tip egocentric și "izvorăște" din situația de dependență a bolnavului, noi o considerăm ca pe o notă fundamentală a comportamentului omului bolnav cuprinsă tot în cadrul regresiei de tip infantil. Credem că experiența personalului medical, și desigur a psihologilor care au îngrijit ori studiat bolnavii conține suficiente exemple de agresivitate cel puțin latentă, prezentă la aceștia din urmă;

e. - **anxietatea** - reprezintă o stare de neliniște, de teamă, chiar frică, nemotivată de existența unui pericol real, identificabil ("teamă fără obiect"). Dacă în limba engleză există un termen identic ("anxiety"), în limba germană ea se exprimă prin termenul "Angst" (care mai înseamnă și frică), iar în limba franceză mai există un termen "angoisse" preluat și în limba română, "angoasă" - care complică puțin înțelegerea termenului anxietate.

Aceasta se datorează faptului că angoasa ar reprezenta, după Littre, citat de Athanasiu - o stare afectivă cu conținut somatic intens exprimat (identificat de câțiva timp prin dificultatea de a respira) și concomitentă cu "o mare tristețe", în timp ce **anxietatea ar fi un prim stadiu al angoasei sau o angoasă** fără manifestările neuro-vegetative care o însoțesc de obicei.

Uzual se consideră că anxietatea - indiferent dacă atinge sau nu gradul de angoasă sau limita extremă, denumită "atac de panică" - este însoțită de un cortegiu bogat de acuze somatice (Malchair), unele sugerând chiar adevăratele boli (Dongier), deși examenul clinic și analizele de laborator nu îndreptățesc aceste temeri. Consecințele somatice ale anxietății cele mai frecvente sunt dispneea (hiperventilație, uneori neobservată de către pacient), hipersudorația, tremorul și insomnia.

Lader consideră că există o **anxietate "normală"** (cea cotidiană, ca de exemplu cea a omului aflat la volanul unei mașini, pe un drum presărat cu pericole) și una **patologică ("nevrotică")** caracterizată printr-o hiperreacție de acest fel a unui subiect față de o cauză presupusă (adesea, ea este - tot patologică - fără un substrat definit și, în astfel de situații se pot invoca, la baza ei, procese inconștiente). Între aceste forme există așa numita **anxietate reactivă**, desemnând o anxietate intensă motivată de o cauză bine justificată. Spielberger subliniază necesitatea termenului de "anxietate de caracter" (sau "caracter

anxious" - "trait anxiety") prin care traduce o dimensiune a personalității unui subiect înclinat în mod obișnuit spre anxietate (aceasta apare frecvent, uneori permanent, mai mult sau mai puțin motivat).

La omul bolnav aceste simptome reactive la situația sa "nouă" complică și mai mult tabloul clinic al bolii de bază.

f. - **depresia** - constituie la omul bolnav o reacție fircască în plan afectiv, caracterizată printr-o dispoziție "disforică", ceea ce numim stare de "deprimare", și concretizată în plan psihic prin senzații de neputință (de pierdere a energiei vitale), cu astenie - mergând de la tulburări de concentrare a atenției până la imposibilitatea de a duce la capăt acțiuni uzuale până în momentul apariției depresiei - de lipsă de interes, pentru problemele obișnuite ale vieții (inclusiv nevoile biologice, alimentare, sexuale sau cele legate de conveniențele sociale, ca de exemplu ținută vestimentară) și prin sentimente de autoreproș (în genere de culpabilitate sau desconsiderarea propriei valori). Dintre foarte numeroasele corelate somatice ale depresiei, punând uneori serioase probleme de diagnostic diferențial, menționăm, după autorul mai sus citat, scăderea apetitului (inclusiv slăbirea în greutate), insomnia (în special trezirea foarte devreme, matinală) sau din contră, hipersomnia, pierderea energiei (oboseală, mai ales la trezire) și - ceea ce în literatură abundă - prezența a numeroase și variate forme de dureri (cefalec, algii cu sedii diferite etc.).

Termenul "depresie mascată" trebuie propagat în rândul medicilor generaliști și interniști datorită faptului că ea se află la baza a cel puțin 5 % din cazurile de bolnavi care consultă un medic (Kielholtz - 1974). Acest concept consemnează faptul că o multitudine de simptome fizice pot constitui masca unei depresii pe care pacientul o ascunde cu grijă față de cei din jur dar, adesea, și față de medic. Atunci când devine manifestă, ea este de resortul medicului psihiatru.

În plan psihic depresia atinge un maxim prin înclinația către suicid a subiecților respectivi.

g. - **modul de gândire magică, ilogică** - bolnavul crede orbește în puterea medicului, a medicamentelor și chiar a bolii (Jemmet și col., 1993).

2. EVAZIUNEA

Termenul comportă două accepțiuni, având la bază același fenomen de "demisie" de la obligațiile sociale (familiale, profesionale) pe care bolnavul este nevoit, cel puțin temporar, să o adopte.

Într-o primă accepțiune, desemnată de noi ca "legitimă" această demisie este justificată, fortuită și nu are un caracter peiorativ. Al doilea aspect, "demisia nevrotică" desemnează o utilitate a bolii pentru anularea responsabilităților de diverse faktori ale bolnavului. Moron consideră că, pentru astfel de bolnavi, boala ar fi un mijloc de a scăpa de o serie de dificultăți. În această privință Barrel (cit. de Cucu) enumeră trei caracteristici ale acestor bolnavi:

- exagerarea simptomelor bolii și diminuarea efectelor favorabile ale tratamentului;
- dispoziția pesimistă, legată în special de mersul bolii;
- agravarea nejustificată a simptomelor (mai ales când bolnavii se știu observați).

Importante apar modificările generate de boală în cadrul evaziunii și care implică apariția sau accentuarea introversiei care - până la un punct - este comună tuturor bolnavilor, în-

clusiv a celor mai bine intenționați, deoarece - așa cum am încercat să subliniem - evaziunea "legitimă" este în multe cazuri inevitabilă și înlesnește o mai rapidă vindecare.

3. EXALTAREA EULUI

Privită de Delay și Pichot ca o posibilă sursă de satisfacție orgolioasă pentru omul bolnav, boala poate exacerba unele trăsături primitive narcisiste ale acestuia. În contextul unui statut social inferior și al unui nivel intelectual redus, unii bolnavi utilizează boala ca pe un mijloc de valorizare ("sunt un caz interesant"). De asemenea, copiii sau bătrânii, care solicită mai intens afecțiunea celor din anturaj, vor utiliza boala ca pe un prilej de a focaliza asupra lor atenția și grija celor apropiați.

4. CONTAGIUNEA INFORMAȚIONALĂ

În saloanele de spital, pe culoarele dispensarelor atrage atenția un fenomen care este inerent comunicării dintre oamenii bolnavi preocupați legitim de dimensiunile pericolului pe care îl reprezintă boala lor, atât ca posibilități evolutive și de prognostic, cât și cu privire la valoarea diferitelor remedii, unele paramedicale ("tămăduitori" de exemplu) pentru suferința lor.

Apar adevărate "autorități în materie" printre bolnavii cu "state vechi de serviciu" ajunși să emită opinii "competente" despre valoarea diferitelor medicamente, anumitor analize, adesea chiar și a pregătirii personalului.

Aceste informații contaminatează pe toți bolnavii implicați, iar însușirea lor - deși, adesea neobligatorie - este favorizată de scăderea simțului critic, ca și de anxietatea prezentă constant la omul bolnav.

5. BOALA - ȘCOALĂ A ÎNTRAJUTORĂRII UMANE

Este lesne de constatat că, alături de grijile pe care cei sănătoși le manifestă față de cei bolnavi, există o impresionantă solidaritate între oamenii suferinzi și - cu tot egocentrismul de care am mai vorbit - putem asista la dovezi mișcătoare asupra modului în care bolnavii aflați în situații limită sunt îngrijiți și supravegheați de cei cu o stare de sănătate mai puțin alterată.

Cine a putut cunoaște, ca fost bolnav, veritabilele micro-colectivități ale saloanelor de spital, a putut să înțeleagă complexitatea raporturilor interumane soldate adesea - după vindecare - cu închegarea unor adevărate și durabile prietenii.

* *
*

La finele acestui capitol consacrat bolii ca generatoare de S.P., vom sublinia că "intrarea în boală", acceptarea situației de bolnav, trăirea bolii (suferința propriu-zisă și cir-

cumstanțele în care-și desfășoară viața omul bolnav) - toate acestea multiplicare de anticiparea unor pericole posibile (și a altora imprevizibile) - constituie surse majore de S.P.

În plus, modificările comportamentale induse de boală măresc "permeabilitatea" față de S.P. și lărgesc "zonele de impact" ale acestuia.

Regresia este considerată ca foarte utilă și chiar necesară pentru bolnav de către Jeammet și col. (1993) care argumentează în acest sens prin două consecințe ale acestui tip de comportament în cadrul bolii:

- bolnavul își lasă de o parte grijile cotidiene și își concentrează forțele sale asupra lui însuși;

- el acceptă ajutorul și susținerea din partea anturajului „fără a se opune vindecării prin inițiative intempestive sau un activism jenant” (Ibidem).

Refuzul regresiei denotă teama de pasivitate și condamnă pe bolnav la o supraadaptare costisitoare pentru sănătatea sa (în opinia noastră, cu prețul unui stres considerabil).

La fel de dăunătoare, se poate considera, este închiderea bolnavului într-o „carapace” a unui comportament de tip regresiv dar, mai ales, încercarea medicului de a-i favoriza - în mod exagerat - o astfel de conduită sub pretextul că, în caz contrar, bolnavul ar pierde beneficiile regresiei.

În realitate, o astfel de atitudine - de încurajare a regresiei - are consecințe nefavorabile asupra instalării vindecării, întârziind mult acest proces care trebuie să se coreleze cu dispariția progresivă a regresiei bolnavului.

Capitolul 3

MODALITĂȚI DE IMPLICARE A STIMULILOR PSIHICI ÎN PATOGENEZĂ

1. MODIFICĂRILE PASAGERE ALE HOMEOSTAZIEI ÎN CURSUL STRESULUI PSIHIC

Stimulii psihici în interacțiunea cu psihicul individului pot conduce sau nu la instalarea stresului în funcție de gradul în care ei reușesc - în virtutea semnificației ce le este conferită - să perturbe "homeostazia psihică" (termen utilizat pentru "echilibrul psihic", prin analogie cu homeostazia mediului intern). Această stare de echilibru, resimțită în plan psihic, poate fi menținută nu numai ca urmare implicită a unei stări de sănătate (pentru psihic contează nu numai "absența bolii"), ci și prin **satisfacerea unor nevoi psihologice esențiale** pe care Linton le reduce la trei categorii: cele de "**răspuns afectiv**" (pe care le consideră ca exprimând nevoia de afiliere); de "**securitate pe termen lung**" (aici noi am include și păstrarea integrității fizice și psihice, a prestigiului social, a unui confort psiho-social de diferite grade etc.), precum și de "**noutate a experienței**" (în care am include nu numai absența monotoniei într-o infinitate de domenii, cât și actul creației, inclusiv în procesul muncii precum și, desigur, o lărgire a contactelor socio-culturale ale individului).

Pentru stresul psihic (S.P.), mai mult ca în alte categorii de stres, agenții stresori (AS), sunt numai rareori unici (cum ar fi un zgomot intens, obsedant), ci de regulă multipli, acționând într-o veritabilă configurație situațională și realizând prin interacțiunea cu subiectul în cauză o "situație stresantă", mai bine zis, cu potențial stresant.

Orice **situație stresantă** exprimă anumite exigențe sau veritabile amenințări asupra echilibrului psihic menționat sau îl afectează prin interferența (competitivă sau veritabil obstacol) cu o activitate anterioară menită să conserve sau să refacă acest echilibru psihic.

În măsura în care evaluarea (realistă sau eronată) a situației apărute (cu potențial stresant pentru marea majoritate a indivizilor, dar uneori numai pentru unul singur) **stabilește ca fiind nocivă acțiunea AS** - atunci subiectul în cauză răspunde la nivel emoțional prin anxietate iar la nivel cognitiv și volițional, prin tendința către o acțiune cu caracter de răspuns adaptativ (fig. 1). Reevaluările succesive ale contextului situațional (inclusiv al modificărilor configuraționale ce rezultă și din variația parametrilor AS), ca și ale răspunsurilor adaptative, se însoțesc de noi reacții emoționale, atingându-se o amplificare a acestora, dar și a reacțiilor fiziologice și comportamentale, care ajung să evolueze în zona stresului psihic. Arnold (cit. de Floru) apreciază că "evaluarea intuitivă a situației inițiază o tendință spre acțiune, care este trăită ca emoție și este exprimată prin diferite modificări

organice", observație ce ne permite să subliniem că S.P. include nu numai "momentul contemplativ" (cu răsunet emoțional plus concomitențe somato-viscerale) ci și "momentul acțional" exprimat prin acte comportamentale schițate sau pregnant exprimate.

De altfel Lazarus și col. care au relevat pentru prima dată importanța proceselor cognitive în geneza S.P., conturează un cadru general pentru interacțiunea dintre AS și individ, capabil să sugereze că, atât procesele de evaluare și reevaluare a nocivității AS cât și alternativele adaptative au o rezonanță afectivă majoră, motiv pentru care ele trebuie să fie incluse în sfera noțiunii de S.P., desigur dacă se ajunge la un nivel înalt de intensitate a exprimării lor, dincolo de o adaptare silențioasă la situația potențial stresantă.

Arnold, descriind dinamica stărilor emoționale din S.P., identifică o succesiune de operații în care distingem, atât "parcursul unui traseu" propriu și unor agenți nestresanți, cât și modalitățile de evaluare și de răspuns afectiv și acțional ce pot, de asemenea să nu atingă amplitudinea echivalentă cu un S.P. Aceste operații se desfășoară, de regulă, la nivelul conștiinței subiectului și au următoarea succesiune: perceperea AS, evaluarea situației create, reamintirea unor trăiri similare (memoria afectivă), reevaluare a situației (nocivă), emoția de stres și acțiunea propriu-zisă. La această schemă noi am adăuga și memorarea unor situații anterioare cu consecințele lor negative, evaluate în planul operațional al gândirii fără a fi neapărat "demascate" de memoria afectivă. De asemenea, evaluarea "de novo" a semnificației nocive a unor AS necunoscuți și neraportabili la experiența anterioară.

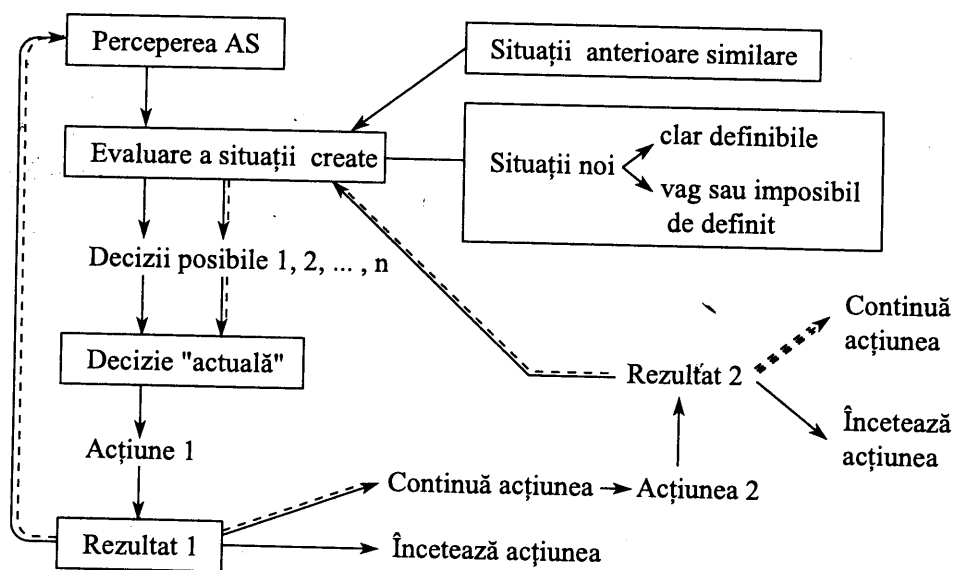


Figura 1

Cofer și Applay (cit. de Floru) consideră că, dincolo de activitatea cerebrală care însoțește reflexul de orientare (Pavlov) declanșat de apariția unui AS potențial, se ajunge la o stare de tensiune emoțională, generatoare de anxietate în cazul în care acțiunea AS persistă fără un răspuns adecvat sau este evaluată ca devenind și mai amenințătoare.

În acest moment se atinge ceea ce autorii denumesc "pragul de stres", prin perceperea pericolului și orientarea subiectului pe două fronturi: "spre sarcină" (căutând rezolvarea situației create de AS) și "spre sine" (tinzând să-și păstreze echilibrul psihic inițial amenințat de eventualul eșec). Dincolo de acest prag al S.P. se înregistrează, într-o primă etapă, o mobilizare cu efect adaptativ, caracterizată prin ameliorarea performanțelor - dacă AS persistă. Semnificația neactivării lui sporește amenințarea. Într-o a doua etapă se înregistrează răspunsuri deteriorate prin scăderea performanțelor și rigiditatea actelor adaptative de a reacționa adecvat situației, inclusiv a relațiilor subiectului cu anturajul și cu sine însuși (prin apariția instabilității, a suspiciunii și chiar a ostilității).

Important, însă, în cadrul discuției despre mecanismul implicării stimulilor psihici în patogeneza apare această subliniere a stresului psihic, ca modalitate majoră a intervenției acestor stimuli (agenți etiologici) deși există și alte mecanisme, ca de exemplu cel bazat pe reflexele condiționate.

2. DECLANȘAREA REFLEX CONDIȚIONATĂ A UNOR MANIFESTĂRI PATOLOGICE

Lui Pavlov îi revine marele merit al evidențierii și analizei reflexelor condiționate care - explicând însăși "construirea" psihicului uman - constituie o cheie de înțelegere a declanșării de către stimuli, fără valoare de agenți stresori, a unor manifestări patologice.

Este suficient să considerăm exemplul clasic al crizei de astm relatate de McKenzie la o bolnavă astmatică alergică la polen când aceștia i s-a arătat de la distanță un buchet de trandafiri artificiali (deci fără polen). Dacă, în această situație, vedea trandafirilor a declanșat un stres la cineva obișnuit să-i considere sursa obișnuită a unor crize severe de astm, atunci exemplul dat nu este o dovadă sigură în favoarea unor stimuli condiționați cu valoare "neutră" (nestresoare) pentru bolnavi.

În schimb, un alt exemplu, relatat de Păun, Popescu și Jelea, pare mai apropiat de exemplificarea riscului stimulilor condiționali în declanșarea, fără stres psihic - a manifestărilor de boală. Astfel este descrisă apariția unei crize astmatice - în urma vizionării pe ecranul TV a unei expoziții de pisici - la o astmatică alergică la păr de pisică.

De asemenea, și noi am evidențiat (în 1980) apariția unei crize la o bolnavă astmatică alergică la pene, în timp ce urmărea, tot la TV, o bătaie cu perne cu fulgi într-un internat.

Desigur că există și condiționări subtile, greu de demonstrat, cu alți agenți (adesea cu o configurație de stimuli), de exemplu crizele de astm la un dirijor alergic la praf care, după prima criză - apărută în timp ce dirija măsura a IV-a din Simfonia "Eroica" - s-au repetat oii de câte ori dirijorul a încercat, de-a lungul carierei, să reia interpretarea capodoperei beethoveniene, dar totdeauna la aceeași măsură.

Trebuie să subliniem totuși că cel mai adesea declanșarea tulburărilor patologice reflex condiționate este legată și de stresul psihic pe care bolnavul îl trăiește tocmai prin valoarea de semnal a recidivei bolii pe care a căpătat-o în decursul timpului, stimulul, inițial indiferent, apoi devenit agent stresor.

3. CONSIDERAȚII DE ORDIN METODOLOGIC

a) Rolul S.P. în geneza și ritmarea evoluției bolilor de la cele din domeniul medicinei interne și psihiatriei, până la cele traumatice sau chirurgicale este departe de a fi demon-

strat în totalitate, atât în ceea ce privește aria sa de cuprindere a cvasitotalității bolilor cât și în ceea ce privește stabilirea cotei sale de participare în cadrul complexului de agenți etiopatogenici.

Pe de altă parte, există și o tendință (dinspre extrema psihologilor, sociologilor și chiar a psihiatrilor) de a supraestima acest rol, trecându-se cu vederea numeroasele exemple de longevivi sănătoși, a căror existență a fost presărată cu numeroase S.P., atestate de ei înșiși precum și de anturaj.

În altă ordine de idei, este dificil să se aprecieze intervenția S.P. într-o serie de boli lipsite de o simptomatologie subiectivă. În mod obișnuit numai tulburările clinice manifeste pot să permită atestarea "hic et nunc" a corelației dintre S.P. și apariția unui simptom cardinal pentru boala studiată.

O excepție notabilă de la această regulă o pot face de exemplu determinările ECG sau ale colesterolului și acizilor grași din timpul unei probe de stres în cazul studierii cardiopatiei ischemice nedureroase.

Extinderea determinărilor de laborator specifice fiecărei boli "mute" clinic (pentru o bună parte din evoluție), ar putea permite evidențierea unor tulburări funcționale sau organice generate de S.P.

b) Numai că S.P. "natural", autentic, "in situ" nu apare decât destul de rar la comanda experimentatorului, motiv pentru care, și în prezent, cercetătorii apelează la date anamnestic axate pe "ce a simțit bolnavul" în momentul unui S.P. pe care acesta a putut să și-l conștientizeze.

Astfel că cel mai bine studiate vor fi bolile însoțite de acuze subiective sau obiective de către bolnav, considerate în același timp drept patognomonice pentru aceste boli. O listă sumară, orientativă în acest sens, ar putea cuprinde: **durerea** (coronariană, ulceroasă, cu caracter colicativ sau cefaleea hipertensivului etc.), **dispneea** (cardiacă, bronșică cu wheezing etc.), **tusea** (cu sonoritățile ei specifice din BPS respiratorii, cardiace, etc.), **pruritul** (din unele urticarii psihogene), **hipersudorația**, **aerofagia**, vărsăturile, diareea, poliuria etc. Toate aceste simptome apărute în cursul unui S.P., mai ales dacă această declanșare a lor nu cunoaște alte cauze (dar și atunci), prezintă o "garanție" a intervenției etiologice a S.P.

c) În același timp **declanșarea unui tablou clinic complex, polimorf, cvasicomplet pentru o anumită boală, în urma sau în cursul S.P.** (a se vedea apariția unui puseu ulceros într-o sesiune de examene studentești) este și ea o mărturie în favoarea intervenției etiopatogenice a S.P. în alternanță cu alți agenți etiologici mai specifici pentru boala respectivă.

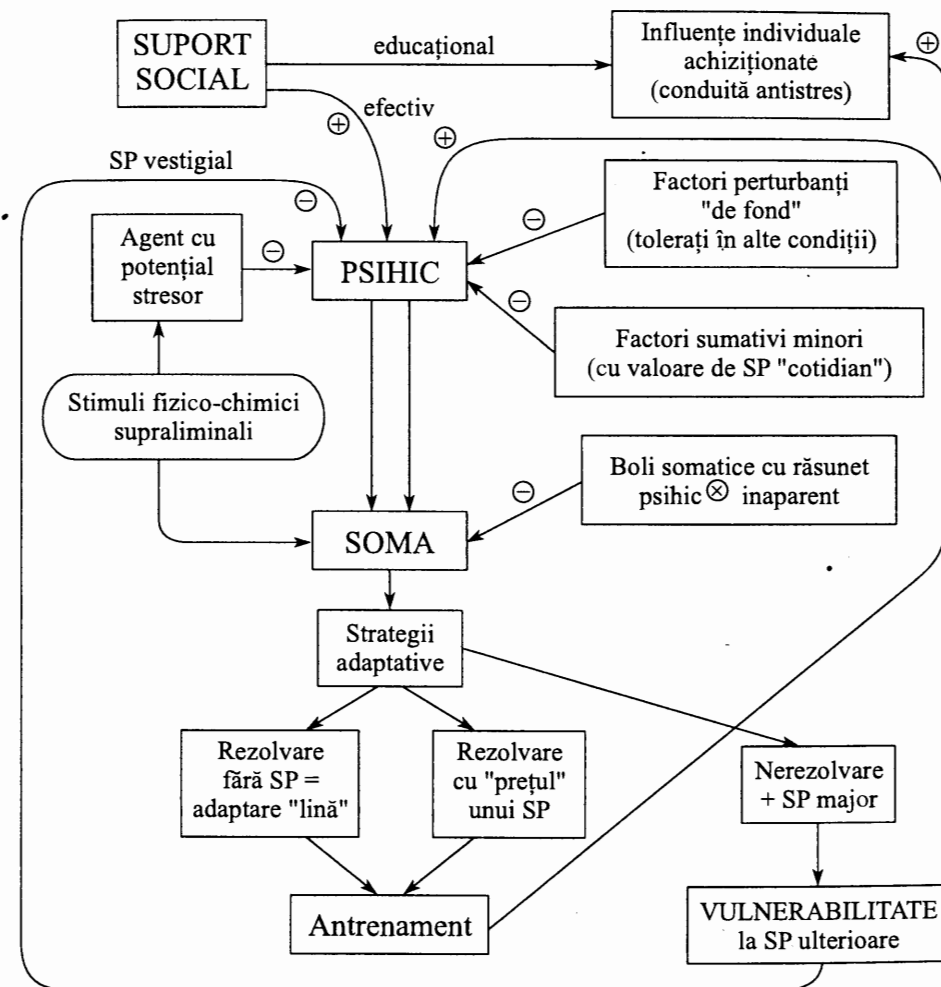
Spunem rol etio-patogenic al S.P., nu doar etiologic, deoarece lanțul fenomenelor psihosomate declanșate de S.P. poate interfera cu cele generate de alți factori (sumându-se cu acestea ori dând naștere unor fenomene noi, înseși procesele morbide) sau e cel mai frecvent - S.P. "așterne patul bolii", urmând ca alți agenți etiologici "să revindică" termenul de "rol patologic" tocmai pentru că acțiunea lor este mai directă, mai puțin complicată.

De exemplu efortul fizic sau frigul pot avea rol etiologic într-un puseu de HTA, fie ca atare, fie suprapus peste efectul anterior al unui S.P.

De asemenea, **nu totdeauna S.P. poate genera la un același bolnav manifestările bolii** (de exemplu o colică biliară la un litiazic), în timp ce un alt agent etiologic "major" (din același exemplu, un prânz gras și condimentat) declanșează mult mai constant simp-

tomele "cardinale". Totodată **un S.P. poate să-și suneze acțiunea** cu un agent etiologic major dar care are o intensitate subliminară (un prânz gras redus cantitativ, în exemplu menționat al colicii biliare).

d) Nu trebuie omisă și **prezența unor simptome psihice concomitente cu cele somatice, de asemenea cu o expresie a S.P. dar și a evoluției unei boli interne** care se exteriorizează uneori prin tabloul unei neuroastenii sau al unei depresii (unele forme de hepatită cronică de exemplu).



Legenda:

- ⊗ Bolile somatice cu răsunet psihic important devin agenți stresori psihici
- ⊖ Efect nociv (potențator pentru SP)
- ⊕ Efect favorabil (previne SP)

e) Din toate aceste motive revenim mereu asupra **dificultății definirii aprecierii "intrării în stres"** (deci a apariției S.P., mai ales când cerem bolnavului să indice diferențele S.P. din cursul biografiei sale). De asemenea, este adesea dificil să se repereze un S.P. înainte de prezentarea bolnavului la medic pentru simptomele neuro-vegetative care pot să exprime fie apariția ori reactivarea clinică a unei boli interne, fie numai un complex de tulburări prihosomatice cu mare grad de reversibilitate sau dificil de încadrat gnosologic.

Așa de pildă, un adult de 45 de ani, obez, cu AHC de infarct miocardic, se prezintă la camera de gardă pentru o stare lipotimică însoțită de transpirații reci, apărută după un conflict de serviciu. Excluderea unui posibil infarct (chiar cu o EKG normală în momentul prezentării) este dificilă deși, adesea, totul se dovedește un răspuns psihosomatic (de tip neuro-vegetativ, indus în cursul unui SP).

f) În sfârșit, **reactivitatea unor organe și aparate la S.P. este un factor care conferă o variabilitate largă relațiilor dintre S.P. și patogeneza.**

În această privință "creșterea sau scăderea răspunsurilor psihofiziologice ale unui sistem (ex. cardiovascular) în cursul expunerii la factorii stresanți" (Dervenco) condiționează gradul de afectare de către S.P. a organelor interne. În plus, autori ca Cinciririni sau Belova și Sokolov, au evidențiat și existența unei relații între tipul de stres și **angrenarea cu prioritate în reacția de stres a unui aparat** (de ex. stresul "mental" influențează, în special, reactivitatea cardiovasculară generând hipertensiunea arterială, aritmii și ischemia coronariană).

g) Toate aceste considerații invită la o **atentă evaluare atât a prezenței unui S.P. în anamneza bolnavului și a eventualei sale persistențe până în momentul examenului, cât și a unei veritabile corelații dintre acest S.P. și unele simptome specifice unei anumite boli** (uneori chiar și apelând la date de laborator, modificate în urma S.P., cum sunt: glicemia la un diabetic stresat sau mai ales ECG - modificată față de un traseu anterior la un coronarian care, în lipsa altor factori etiologici diferiți de S.P., poate incrimina persistența unor factori stresanți).

4. NOȚIUNEA DE ETIOLOGIE PSIHOGENĂ ÎN CONTEXTUL PLURIETIOLIC AL BOLILOR INTERNE

4.1. Contextul plurietiologic al bolilor interne

Atât bolile acute, cât mai ales cele cronice, sunt aproape în totalitate de etiologie plurifactorială, agenții etiologici grupându-se în două mari categorii: cei care țin de **particularitățile genetice sau dobândite**, la nivel de organism și organ, și cei care țin de influența unor **factori externi**, între care se cuvin menționate, alături de factorii ambientali, și o serie de acte comportamentale de natură biologică sau socială a individului afectat de boală. Exemplul cel mai la îndemână este reprezentat de boala coronariană în care factorii comportamentali (sedentarismul, fumatul, alimentele cu grăsimi animale) sau stresul psihic devin factori de risc, alături de particularitățile genetice, unele încă insuficient clarificate.

Tot mai mult noțiunea de sindrom plurietiologic (exemplu: astm, hepatită cronică, hipertensiune arterială, ulcer duodenal, insuficiență cardiacă etc.), tinde să o înlocuiască pe cea de boală. Aceasta din urmă credem că ar fi rezonabil să se limiteze doar la sindroa-

mele cu o etiologie dominantă, în raport cu unii factori favorizanți sau precipitanți. Am putea exemplifica referindu-ne la boli ca: pneumonia pneumococică, reumatismul articular acut, polinoza.

Adesea nu se pot decela agenții etiologici sau cunoștințele despre boala respectivă nu au identificat astfel de agenți, alteleori tratamentul etiologic este inoperant sau grevat de efecte secundare majore încât suntem nevoiți să ne limităm la cunoașterea unor mecanisme patogenice care pot fi interceptate prin medicații eficiente (de exemplu, corticoterapia) și, uneori, chiar prin măsuri de ordin profilactic.

Din aceste motive este bine să se cunoască o serie de mecanisme prin care se propagă, la nivelul organului țintă, acțiunea agentului etiologic, inclusiv al celui psihogen în cazul stresului psihic. O asemenea viziune etio-patogenică poate fi mai ușor înțeleasă parcurgând o lucrare de sinteză realizată de Valentin Filip la noi în țară cu referire la sistemul mesager 1 - receptor-mesager.

Existența mai multor tipuri de receptori, adaptați unor mesageri diferiți, constituie izvorul unor veritabile teorii capabile să justifice influențele agoniste și antagoniste jucate de factori endogeni și exogeni asupra unei anumite funcții și, ca un exemplu în această privință, putem cita teoria blocadei betaadrenergice a lui Szentivanyi în astmul bronșic. Această teorie deși, astăzi contestată parțial, este capabilă să justifice posibilitatea ca un număr mare de agenți etiologici, validați de multă vreme de către observația clinico-epidemiologică (factorul alergic, infecțios, iritant fizico-chimic, psihic etc.) să realizeze printr-un același mecanism aferent comun, scăderea AMP-ciclic, bronhoconstricția musculaturii netede bronșice.

Totodată, pornind de la o astfel de teorie, putem ajunge și la alte două concluzii, valabile pentru oricare complex de agenți etiologici:

a) un agent etiologic unic, în condiții de persistență și intensitate crescută a acțiunii sale asupra organismului (sau chiar direct, la nivel de organ), poate să-și asume aproape **în exclusivitate** declanșarea manifestărilor bolii (deși este ajutat și de o serie de "condiții interne"). În această privință un exemplu elocvent îi reprezintă bolile infecțioase;

b) cel mai adesea are loc o **sumație** de tip algebric $a+b+c+\dots+n$ a acțiunii diferiților agenți etiologici, rezultanta de tip pozitiv sau negativ reprezentând inhibarea sau stimularea funcției vizate, cu traducere în fenomen patologic sau în absența acestuia.

Diversele preparate farmacologice se pot insera în mulțimea de verigi care alcătuiesc lanțul patogen, de la receptor și până la ultimul manager al informației induse de agentul etiologic, putând bloca sau potența o influență nocivă a acestuia din urmă.

Înainte de a analiza inserția stresului psihic între ceilalți factori etiopatogenici ai bolilor interne, se cuvine să subliniem că acțiunea sa - mediată prin stimularea neuro-vegetativă și reacția catecolaminică, cortizolică și de eliberare a altor "hormoni de stres" - se exercită prioritar asupra acelor aparate și organe cu o bogată inervație vegetativă (cardiovascular, respirator, digestiv) și asupra unor funcții generale (metabolice, imunitare) cu rol major în păstrarea parametrilor homeostatici ai întregului organism.

4.2. Intervenția stresului psihic în diferitele momente ale evoluției bolii

Așadar, ierarhizând participarea stresului psihic la geneza bolilor interne, putem delimita următoarele situații:

4.2.1. Participă la constituirea bolii

Un exemplu ilustrativ îl pot constitui unii subiecți predispuși la HTA la care stresurile psihice repetate pot conduce la apariția bolii, uneori la vârste mai tinere decât la ascendenții hipertensivi ai bolnavilor respectivi. Pornind de la acest exemplu se pot întrevedea două variante posibile:

a) Boala este declanșată **aparent exclusiv de factorul psihogen** așa cum sunt unele debuturi bruște ale hipertensiunii arteriale după un stres major (divorț, conflicte profesionale soldate cu retrogradări sau sancționări, etc) cazuri întâlnite și de noi. Din instructivele observații ale lui Klumbies am putea menționa la acest paragraf cazurile cu "pusee" de HTA durând cca 6-12 luni apărute la tinerii cu stări conflictuale, dar pasibile să intre în acalmie în urma unor proceduri psihoterapeutice sau odată cu dispariția sursei stresante.

b) Boala este produsă și declanșată de un **complex de factori etiologici** care acționează **sumativ cu stresul psihic** (excesul de sare în alimentație, instalarea obezității etc.).

4.2.2. Participă la ritmarea puseelor evolutive ale bolii odată constituite

Și aici există "**varianta a**", de participare **aparent exclusivă** (ex. reactualizarea ulcerului duodenal, în sesiunile de examene de vară și iarnă, la studenți, în contrast cu ritmarea clasică, cronologică, a bolii - observată la majoritatea bolnavilor ulcerosi) dar tot pe un teren predispus. "**Varianta b**" este constituită - pe lângă sumația amintită anterior - și de posibilitatea unei **declanșări alternative** de către unul din factorii etiologici specifici bolii (revenind la ulcer, reintrarea în puseu poate fi datorată, într-un an, unei conduite alimentare defectuoase prelungite sau chiar unui moment de abuz medicamentos antiinflamator, în alt an, datorită unei medicații agresive inclusiv acidosecretoare, etc.).

4.2.3. Participă la întreținerea evoluției prelungite sau cronice a unei boli și inducerea apariției unor complicații

Exemplificând tot cu ulcerul duodenal, prelungirea unui puseu, dincolo de limitele temporale cu care era obișnuit bolnavul, poate fi consecința unui stres psihic conjugat sau nu și cu alți factori etiologici. Astfel am observat în vara anului 1976, la un lot de 26 de studenți cu ulcer duodenal, apariția la 12 dintre ei a unor complicații majore (8 cazuri hematemază și/sau melenă și 4 cu perforație gastrică). Notabilă a fost prezența unor stresuri psihice importante la 9 bolnavi (6 din ei au pierdut anul universitar iar la 3 bolnavi le-a decedat unul din părinți).

La fel ne apare și cronicizarea unei urticarii apărute acut la un alergen (alimentar de exemplu) și prelungită prin coexistența ulterioară a unui stres psihic. Această adăugare a S.P. face adesea posibilă o condiționare reflexă și preluarea etiologiei de către factorul psihogen.

4.2.4. Participă ca factor declanșator direct al decesului

Într-o afecțiune ajunsă în stadiul final evolutiv o gamă largă de agenți etiologici pot precipita sfârșitul letal al bolii. Cel mai elocvent exemplu este oferit de cazurile în care un stres psihic intens poate genera un edem pulmonar acut la un vechi cardiac (eventual hipertensiv) sau mai ales un infarct miocardic cu evoluția rapidă letală. Chiar eustressul

poate, în aceste condiții de boală preexistentă, să aibă efect letal, fiind cunoscute o serie de cazuri de decese apărute la unii spectatori în urma emoției violente cauzate de marcarearea unui gol de către echipa favorită. Această modalitate relativ facilă de a constitui o cauză fatală este rareori un atribut exclusiv al stresului.

Să nu uităm că eustressul, chiar declanșând aceleași furtuni neuro-vegetative și hormonale ca și distressul (analizat ca factor etiopatogen în prezentarea de față) este reputat ca având virtuți terapeutice, în primul rând de regenerare nervoasă. Râsul este considerat azi ca având efecte benefice asupra a multiple funcții ale organismului, analizate scrupulos prin variate metode de laborator. Totuși, atunci când se analizează, de exemplu, nivelul hormonilor de stres în cazul unui subiect supus unui examen, comparativ cu unul care are o explozie de bucurie, în ambele cazuri se evidențiază o reacție catecolaminică.

Desigur, mai există nuanțe, unele insesizabile, în special de ordin neuro-vegetativ care pot în viitor explica de ce într-un caz, rolul jucat de distress este nociv, iar cel de eustress benefic. Se pot da și răspunsuri privind pattern-ul diferit al emoției la nivelul structurilor corticale și subcorticale, cu corelate somatice diferite, dar persistă încă multe necunoscute ce se cer studiate pe viitor.

* *
*

Revenind la **insertia stresului psihic în rândul celorlalți agenți etiologici ai bolilor interne**, trebuie amintit că, cel mai adesea, factorul psihogen acționând în exclusivitate sau asociat cu ceilalți factori etiopatogenici - declanșează, la nivelul general al organismului sau local (de organ), tulburări funcționale pasibile de reversibilitate completă, mai ales când ele se produc asupra unor structuri morfo-biochimice încă nealterate sau fără fragilitate constituțională. Din acest motiv, de regulă, stresul psihic nu antrenează atât de frecvent tulburări patologice organice, deși - în cazul persistenței sau repetărilor sale frecvente - se poate ancora și în organicitate.

Ceea ce trebuie reținut este intrarea factorului psihogen în "elita" factorilor etio-patogenici ai bolilor interne, poziție în care se cere tratat cu considerație de practicieni și descifrat în intimitatea mecanismelor sale de către cercetători.

Tabelul 1. Modalități de insertie a S.P. în contextul plurietiologic al diferitelor boli.

<p>1. Acțiune "pregătitoare"</p> <ul style="list-style-type: none"> - accelerează debutul unor boli "programate genetic" - "așterne patul" bolii + alți factori
<p>2. Acțiune declanșantă</p> <ul style="list-style-type: none"> - exclusivă (nevroze și alte psihogenii) - alternativă (boli psihosomatice) - sumativă: toate bolile
<p>3. Acțiune agravantă</p> <ul style="list-style-type: none"> - complicații - decese

5. TULBURĂRI FUNCȚIONALE

5.1. Cadru noțional

Definiția precisă a tulburărilor funcționale (TF, termen creat de von Bergman, ca opus a, celui de "organic" sau "lezional") este, în zilele noastre, o obligație dificilă dar impusă de creșterea frecvenței unor astfel de tulburări, la circa 30 % din consultații, ele figurând ca motive de prezentare la medic (M. Ferreri -1989).

În dicționarul termenilor medicali (Editura Maloine, 1989), Garnier și Delamare definesc TF ca fiind **manifestări morbide, în general benigne și reversibile care par datorate unei simple perturbări ale activității unui organ fără ca să existe la acel nivel o leziune actualmente decelabilă** (cu referire la momentul respectiv al dezvoltării cunoștințelor în domeniul respectiv). Această din urmă precizare poate să fie inspirată de faptul că progresul științei tinde să îngusteze sfera TF printr-o serie de descoperiri, ca de exemplu a neuromediatorilor cerebrali (Gay-1992) (cu exprimare neuro-endocrino-vegetativă amplă asupra diferitelor țesuturi și organe), ca și de evidențierea unor predispoziții genetice (cu sediu la nivel molecular) pentru unele boli (Gay- ibidem).

Totuși definiția autorilor francezi se menține în actualitate, rămânând apropiată de cea a DSM III R care - deși utilizează un termen neinspirat, "tulburări somatoforme", în realitate TF sunt eminamente somatice! - **precizează natura "fizică" (deci somatică) a acestor tulburări** după cum urmează: **"tulburările somatoforme constau în simptome fizice, evocând afecțiuni somatice fără ca nici o boală organică să poată fi decelată și nici un mecanism fiziopatologic (la baza lor, n.n.) să poată fi cunoscut"**.

După Bonfils (1990), TF pot fi incluse în **"sfera patologiei psihofuncționale"**, distinctă de cea a patologiei psihosomatice prin faptul că aceasta din urmă implică existența unor procese lezionale (somatice), chiar dacă apariția lor a fost cauzată - în multe cazuri - de către stimuli psihici. Tocmai această diferențiere ne încurajează în tentativa - a se vedea mai departe - de a considera aceste tulburări funcționale ca având o sferă mai largă în cadrul căreia pot fi incluse tulburările psihosomatice, considerate de noi ca tulburări funcționale de origine psihică.

Dificultățile diferențierii TF de tulburările lezionale au la bază, așa cum s-a mai arătat, imposibilitatea decelării la originea lor a unor posibile tulburări microlezionale.

În practica medicală, ansamblul acestor TF (cefalee, simptome digestive, dureri abdominale, diaree, hiperventilație, dureri în regiunea cervicodorsală, raportate de către Fraser - 1990 - ca fiind cel mai frecvent întâlnite), constituie grupul simptomelor greu definibile din clasificarea internațională a bolilor (Gay - 1992).

Relația lor cu stresul psihic este una de apartenență iar, la rândul lor, TF pot juca o serie de roluri nocive, atât la individul bolnav cât și la cel sănătos, după cum urmează:

- în chiar cursul SP pot apare modificări funcționale, care pe un teren patologic predispus, pot genera procese patologice reversibile (de exemplu un puseu hipertensiv) sau ireversibile (un accident vascular cerebral);

- de regulă, solicitările somatoviscerale induse de SP declanșează tulburări funcționale reversibile la puțin timp după încetarea SP;

- în cazuri mai rare, dar însumând cifre apreciabile la nivelul unei colectivități numeroase expuse la SP obișnuite, tulburările funcționale "amorsate" de SP participă la edificarea unor procese morfologice stând la baza apariției unor boli organice. De asemenea, SP poate accelera evoluția unor procese patologice cu aparență de funcțional datorită

unui substrat lezional greu evidențiable cu mijloace diagnostice uzuale. Cel mai adesea astfel de procese patologice "generate" de SP apar după un interval "liber sau ocupat de tulburări funcționale" (a se vedea boala ulcerosă) sau chiar pe parcursul desfășurării unui SP prelungit sau a unor SP repetitive;

- nu trebuie omis și faptul că realitatea zilnică oferă exemplul tipic de SP apărut, pe fondul unor SP anterioare, la puțin timp după "ieșirea din stres" (când subiectul este mai receptiv față de solicitări care, în mod obișnuit, nu-i produc SP). Cel mai frecvent există o sumație a SP cu alți agenți etiologici (de exemplu efort, agresiune fizică sau chimică etc.).

În acest context, nuanțarea răspunsului endocrin în funcție de natura SP contribuie la conturarea unor tablouri clinice al căror polimorfism este accentuat și de faptul că tulburările funcționale (sau patologice) apar rareori pe un fond "bazal", de repaos al unei anumite activități fiziologice; ele apar în cursul desfășurării unor funcții legate de diferite momente fiziologice (efort fizic, digestie, de exemplu), inclusiv al unor ritmuri biologice hormonale (exemplu secreție de cortizol, de insulină etc.) sau pe fondul unui tonus crescut neurovegetativ simpatic sau parasimpatic.

5.2. Conduita practică a medicului

În fața unor pacienți acuzând TF de tipul celor menționate anterior implică următoarele etape (sistematizare proprie după datele expuse de B. Gay (1992):

5.2.1. Cercetarea modului de expunere a acestor cauze

Se analizează mimica, gestică bolnavului precum și limbajul utilizat (inclusiv inflexiunile vocii).

5.2.2. Analiza contextului psihosocial de apariție

Se cercetează inclusiv factorii psihici declanșanți (posibil) legați de evenimente prezentate sau mai vechi (date aniversare) (Gay).

5.2.3. Căutarea și demonstrarea

Pentru pacientul alertat se caută **"indici de neorganicitate"** (Boldeau - 1990). În primul rând se face un examen fizic minuțios, al cărui rezultat negativ are un rol securizant pentru pacient.

5.2.4. Utilizarea unor probe suplimentare biologice

Constă în analize de laborator, de excludere a oricărei probabilități de leziune cauzală a TF și apare, în opinia noastră, ca fiind:

- **obligatorie**, în cazul în care medicul nu este suficient de convins de caracterul "funcțional" al simptomului (inclusiv pe baza unor antecedente eredo-colaterale sau chiar personale, sugestive pentru o boală în stadiul incipient). Un exemplu orientativ este cazul hipertensiunii arteriale la un individ obez sub 40 ani, cu ambii părinți hipertensivi și 1-2 episoade cu TAS de 160 mm Hg, acuzând frecvent cefalee și dispnee de efort, pe fondul

unor stresuri psihice. În alte cazuri, la bolnavii cu TF, pacientul - în loc să se liniștească prin rezultatul negativ al examenului obiectiv - își sporește anxietatea datorită faptului că nu i s-a putut decela "cauza bolii";

- **facultativă**, în cazul în care pacientul, încrezător în medicul său, acceptă explicația liniștitoare a acestuia care la rândul său nu găsește, de principiu, alte motive lezionale pentru simptomele respective. În ceea ce ne privește suntem partizanii ideii că, cel puțin la debutul unor TF, există obligația pentru medic de a confirma etiologia psihogenă a acestor tulburări numai după excluderea naturii lor lezionale.

Frecvent, intervin în decizia sistării investigațiilor și o serie de considerente "de context": accesibilitatea redusă, de ordin material sau din lipsă de dotare, la unele investigații (exemplu: tomografiile computerizate); caracterul lor laborios sau de disconfort (exemplu: un tubaj duodenal) sau riscul lor major pentru bolnav (o urografie cu substanță iodată radioactivă).

5.3. Recomandări "finale" cu caracter de prescripție terapeutică

5.3.1. Abordarea globală a bolnavului

Aceasta include dimensiunea sa psihologică (inclusiv inserția familială și socio-profesională) și permite medicului considerarea apariției TF într-un cadru mai larg, cuprinzând și posibilele stresuri psihice declanșante, cu inerenta sa propagare psihosomatică la diferite niveluri (adesea "puncte de minimă rezistență");

5.3.2. Bolnavul îngrijorat de posibila etiologie organică a TF nu trebuie "blocat" din start

Trebuie evitate afirmații de genul "nu aveți nimic, totul este o simplă reacție la un stres"! Este necesar ca, prin încercarea de a-l liniști asupra unei eventuale organicități, argumentând în favoarea caracterului lezional al TF (de boală propriu-zisă), medicul să lămurească bolnavul că această asigurare urmează să fie verificată printr-un examen obiectiv și adesea printr-un șir de probe de laborator (unele cu rezultat imediat, de exemplu ECG sau radioscopie pulmonară);

5.3.3. Recurgerea temporară la o medicație simptomatică sau psihotropă

Deși are un efect prompt asupra TF, va fi considerată ulterior ca argument în sprijinul benignității acestora (cauzalitate psihogenă);

5.3.4. Necesitatea autoanalizării și autocunoașterii pentru stabilizarea stării psihice a bolnavului

În finalul întregului demers diagnostic, medicul trebuie să încerce - dacă nu poate oferi soluții problemelor de viață ale bolnavului - să deturneze atenția acestuia de la o exagerată autoobservare a tulburărilor sale (dovedite ca funcționale) spre analiza complexă de ordin psihic, inclusiv a unui comportament deficitar, fie dependent de sine (fumat, sedentarism, alimentație), fie de cei din jur (generator de conflicte).

Încercând o apreciere de esență asupra TF, vom sublinia faptul că ele trebuie imediat interpretate prin prisma abordării globale a bolnavului, având în vedere atât **posibilitatea ca ele să exprime un stres psihic, cât și primejdia ca ele "să acopere" o boală gravă într-un stadiu incipient (a se vedea tabelul 2 conținând unele tulburări deja ancorate în organicitate sau în curs de fixare în stadiul lezional)**. Consecința acestei interpretări este în primul rând liniștirea bolnavului (indiferent de ce gândește medicul în perspectiva unui diagnostic agravat) și obligația pentru aceasta din urmă să facă, în genere și pe cât posibil, un diagnostic de excludere a unui substrat organo-lezional.

Tabelul 2. *Principalele tulburări fiziopatologice declanșate de stimulii psihici (Obiectivate clinic sau cu mijloace de laborator)*

1. Respiratorii

- blocaj nazal sau strănuturi în salve + rinoree
- crize de astm
- hiperventilație - nevroză respiratorie
- crize de tetanie (+ simptome musculare)

2. Cardio-vasculare

- Tahicardie
- Hipertensiune
- Crize anginoase sau lipotimii
- Tulburări vasomotorii - constricție - paloare cutanată
- dilatație - eritem cutanat
- Tulburări de ritm
- Tulburări de conducere
- Spasme coronariene - infarct miocardic
- sindrom x (Likoff)

3. Digestive

- cardiospasm, pilorospasm, duodenospasm
- dischinezii hipertone biliare
- hipersecreție HCl
- hiperperistaltism

4. Uro-genitale

- colici reno-ureterale
- tulburări de dinamică sexuală

5. Cutanate

- Flash, prurit, erupție

6. Metabolice

- anorexie mentală
- hiperglicemie (diabet)
- obezitate

7. Imunologice

- VSH crescut
- Limfocite (număr scăzut)
- Fagocitoză scăzută
- Ig. A secretor scăzut
- Oncogeneză

Capitolul 4

STRESUL PSIHIC - CONCEPT OPERAȚIONAL SITUAT ÎNȚRE FACTORII DE RISC PSIHOCOMPORTAMENTALI ȘI BOALĂ

Deși am utilizat în capitolul anterior conceptul de stres psihic în accepțiunea lui globală, așa cum este perceput de către marele public, se cuvine - dată fiind importanța acestui concept - să-i rezervăm câteva capitole în cadrul lucrării de față.

Evantaiul larg de entități patologice în care este implicat stresul psihic ne va face să ne gândim la o apreciere făcută de Balzac, cu mult înainte de Selye, creatorul genial al acestui concept. Referindu-se la una dintre cele mai evidente emoții, capabilă să traducă un stres psihic (S.P.) intens, Balzac spunea: "Spaima este un sentiment care te îmbolnăvește pe jumătate, care atacă atât de violent mașina omenească, încât facultățile acesteia sunt dintr-o dată împinse, fie la cel mai înalt grad al forței lor, fie la ultimul grad al destrămării" (Cezar Birroteau).

În ultimele două decenii studiile concentrate asupra a numeroși factori etiopatogeni cu rol major în apariția diferitelor boli (ex. poluarea, sedentarismul etc.), au inclus și factorii psihocomportamentali, ca fiind factori de risc în patologie. Acești factori (înglobați, de regulă, sub termenul de factor psihic) joacă un rol obligatoriu, variabil ca pondere, nu numai în bolile nevrotice și psihosomatice "clasice" (unde este maxim), ci și în orice boală cronică degenerativă. Mai mult, unii autori contemporani (Hinkle) afirmă - și au dreptate, cel puțin din punct de vedere semantic - că orice boală este psihosomatică: se invocă faptul că factorul psihic se sumează inerent, atunci când este nociv, la acțiunea agenților etiologici fizici, chimici, biologici etc.; în cazul reculului somatopsihic al bolii, factorul psihic agravează, prin mecanismul unui cerc vicios, evoluția oricărei boli.

Pornind de la aspectele vizând rolul tipurilor psihocomportamentali în favorizarea instalării unor boli (în special nevrotice și psihosomatice), nu se poate concepe o tentativă a inserției acestor factori etiologici în patogeneză, decât apelând la conceptul de stres psihic (în acord și cu autorii menționați).

*Conceptul de **stress**, introdus de Selye, a încercat să scoată în evidență reacția **nespecifică** (denumită astfel, spre a o diferenția de o serie de reacții specifice diferiților excitanți: hipertrofia musculară indusă de efort, de exemplu) a întregului organism din cursul acestor "momente" de amenințare a homeostaziei psihice și somatice. Într-o serie de tentative ulterioare același autor dar și alți cercetători au căutat să cuantifice (cu limitele inerente unei sarcini atât de dificile) modificările produse de stres în intimitatea diferitelor structuri și infrastructuri ale organismului, încercând totodată să izoleze diferitele tipuri de stres, în funcție de agenții stresori declanșanți: fizici, chimici, biologici și psihici.

În ultimii ani a apărut chiar conceptul de stres celular.

Încercând să definim inițial conceptul general de stres, vom analiza ulterior S.P. și modul cum acesta se implică în patogeneză.

1. CONCEPTUL GENERAL DE STRES

1.1. Etimologie și origine

Cuvântul de proveniență engleză "stress" desemnează o serie de substantive înrudite ca înțeles dar cu nuanțe ce pot diversifica sensul: **încordare, presiune, povară, forță, efort, solicitare, tensiune, constrângere** (Levițchi și Bantaș).

Lui Selye i se datorează introducerea acestui cuvânt în limbajul medical de unde a fost rapid preluat în limbajul curent în mai toate țările lumii, fapt pentru care și noi îl folosim intenționat în variant ortografică actuală, cu un singur "s" final, deoarece pe lângă pătrunderea acestui termen în limba română - el a început să aibă și derivate adjectivale (stresant), substantivale (stresor), verbale (a stresa) etc.

Hans Selye a utilizat acest termen spre a desemna o **acțiune externă de suprasolicitare exercitată asupra organismului de un evantai larg de agenți cauzali fizici** (traumatisme, arsuri), **chimici, biologici** (infecții), psihici etc. capabili să producă un **ansamblu de modificări morfofuncționale**, în special **endocrine (hipofizo- suprarenale)**.

În cazul unei acțiuni intense și de mai lungă durată a agentului stresor aceste modificări îmbracă forma a ceea ce Selye a numit încă în anul 1936 "**sindromul general de adaptare**" care cuprinde totalitatea **mecanismelor nespecifice** (considerate astfel tocmai pentru că ele apar la oricare dintre agenții declanșanți menționați), capabile să asigure **mobilizarea resurselor adaptative ale organismului în fața agresiunii care-i amenință integritatea morfologică sau a constantelor sale umorale** (desemnată de către Cannon încă din anii '30 sub termenul, impus deja, de "**homeostazie**").

Acest sindrom general de adaptare evoluează în trei etape:

a) **reacția (stadiul) de alarmă** care cuprinde două forme: de "**șoc**" (cu hipotensiune, hipotermie, hemoconcentrație, creșterea permeabilității vasculare, etc.) contracarate în fața de "**contra șoc**" de răspunsurile, în special endocrine (hipersecreția de ACTH și **cortizol**, dar și de **adrenalină** cu hiperglicemie, eozinopenie și involuție timico-limfatică consecutivă etc.).

b) **stadiul de rezistență specifică** (de revenire) în care organismul pare că s-a adaptat la situație, comportându-se relativ normal dar cu persistența modificărilor din stadiul de alarmă "**contra-șoc prelungit**" datorită și persistenței agentului stresor.

c) **stadiul de epuizare**, se dezvoltă în cazul în care adaptarea, obținută cu prețul reacțiilor de contra-șoc prelungit, nu mai poate fi menținută, atât prin încetarea reacțiilor neuro-endocrino-vegetative din stadiul de rezistență, cât și prin consecințele nocive ale persistenței lor (dictată de prelungirea acțiunii agentului stresor), cum ar fi de exemplu nefroscleroza generată de creșterea secreției de mineralo-corticosteroizi (cu hipertensiune secundară).

Ulterior, Selye a revenit cu o serie de precizări asupra noțiunii de stres, așa încât, în prezent putem lesne aprecia aportul său remarcabil și de pionierat în desemnarea unui factor de risc redutabil pentru boli: **stresul nespecific** în general și cel **psihic** în special. Rezumând contribuțiile sale în această privință, considerăm că Selye:

- a introdus **termenul de "stres"**, un termen sugestiv și pentru alte agresiuni ce amenință organismului, aplicabil și în alte științe biologice, psihologice, cibernetică (noțiunea de "stress cibernetic"), etc.;

- a insistat asupra faptului că el reprezintă o **reacție a organismului (în mare măsură nespecifică) și nu trebuie confundată cu agentul cauzal**, denumit de Selye **agent agresor**. Confuzia care există și în prezent, chiar în domeniul limbajului medical, nu numai al celui uzual, între stres și agentul stresor (identificarea, sinonimia lor) - pune în umbră faptul că organismul poate să nu reacționeze totdeauna prin stres la același agent stresor (de exemplu frigul pentru un subiect care s-a acomodat la temperaturi scăzute) și nici faptul că, în cazul psihicului, semnificația unui aceluiași agent stresor (un reproș de exemplu) diferă de la un individ la altul;

- a reliefat în cadrul mecanismelor de adaptare **rolul important al verigii endocrine**, cu precădere al axului **hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal**, fapt confirmat ulterior de von Euler și care a impulsionat o serie de cercetări capabile să identifice actualii "**hormoni de stres**". **De altfel creșterea nivelului cortizolului plasmatic este considerat azi drept un criteriu de apreciere a instalării stării de stres psihic:**

- a acordat o atenție deosebită **individualizării**, în cadrul agenților stresanți, a **stimulilor psihogeni** subliniind rolul stresor jucat în special de **situațiile care generează frică** (teamă legată de un obiect identificat) sau **anxietate** (teamă difuză - "fără obiect"), ca și rolul **jucat de hipotalamus și alți centri diencefalici în declanșarea unor reacții adaptative în cadrul stresului psihic** asupra funcționării aparatelor și organelor, stresul psihic fiind capabil să conducă la apariția multor boli psihice dar și interne, în special psihosomatice.

Tot la acest capitol al **istoricului apariției noțiunii de stres** se cuvine să facem și alte remarci:

- reacția de alarmă, descrisă de Selye, a fost pentru prima dată analizată de **Cannon** sub numele de "**Emergency function**" (funcție, reacție de urgență) la animalele supuse la un șoc emoțional. De altfel tot Cannon, prin termenul amintit de "**homeostazie**" (definită de el ca "**tendința corpului de a rezista la distorsiunea, denaturarea, cauzată de o forță externă**") a pus la baza noțiunilor de "**adaptare**" și de "**stres**" un element operațional de primă importanță.

El a descris magistral și **reacția catecolaminică** de stres, la vremea când numai adrenalina fusese identificată.

- tot un echivalent al reacției de alarmă este și cea denumită de Hess "**ergotrope unstimung**" (reajustare ergotropă) subliniind rolul participării neuro-vegetative, în primul rând **simpatică** în cadrul **reacției** de stres.

- ceea ce se poate reproșa lui Selye, din perspectiva cunoștințelor actuale despre stres, este faptul că el a accentuat până la exclusivitate **natura exogenă** a agenților stresori, participarea **reacției endocrine** (în special cortico-suprarenală) și **nespecificitatea** reacțiilor fiziologice din cadrul stresului. După cum se poate observa, completarea ulterioară a definiției dată de Selye stresului are în vedere faptul că acesta este o **reacție generală a întregului organism cu participarea neuro-endocrino-vegetativă**, că el este declanșat și de către agenți endogeni (de exemplu chiar o boală cronică **poate, prin recul somatopsihic, să genereze un stres psihogen** uneori mai **nociv** decât ea însăși, atunci când bolnavul îi conferă o semnificație disproporționată) și că există o serie de **diferențe, de natură cel puțin între principalele tipuri de stresuri.**

1.2. Nuanțări și controverse în evoluția conceptului general de stres

Dată fiind importanța etiopatogenică deosebită a stresurilor moderate dar repetitive, în primul rând prin faptul că acestea reprezintă marea majoritate a stresurilor cotidiene, unii autori (von Eiff, de exemplu) consideră, pe bună dreptate, că este suficient ca să înglobăm sub termenul de **stres** sau reacții de stres modificările morfofiziologice apărute în cadrul stadiului I (reacția de alarmă) al sindromului general de adaptare (SGA) descris de Selye. De altfel, chiar și Selye a căutat să opereze o diferențiere între "stimulul de alarmă", capabil să pună în mișcare numai reacția de alarmă, și "agentul stresor" capabil să genereze SGA.

În prezent, și de asemenea în lucrarea de față, se folosește termenul de agent stresor pentru oricare agent capabil să declanșeze cel puțin primul dintre cele trei stadii ale SGA.

Un argument în favoarea acestui punct de vedere este furnizat de von Eiff care menționează că la om **doar "reacția de alarmă" a fost studiată în mod sistematic cu mijloace experimentale** (există totuși și studii cu deprivare senzorială sau cu sarcini extenuante, întinse pe durate de săptămâni, care prejudiciază însă starea de sănătate a subiecților analizați).

Referitor la **intensitatea și durata** acțiunii agenților stresori, ca și la repetabilitatea lor, trebuie să subliniem că pentru practica medicală acțiunea brutală a unui agent stresor, de obicei de scurtă durată (deoarece prelungirea ei ar putea avea efecte grave, uneori fatale), este mult mai evidentă decât cea exercitată discret - dar repetitiv sau evasicontinuu - realizând stresuri cotidiene de natură foarte variată care "burează" existența fiecăruia dintre noi, atât în mediu profesional, cât și cel familiar, fără a exclude factorii ecologici (sonori, termici etc.). De altfel, Carruthers arată că un om obișnuit este supus în medie la 100 stresuri pe zi, dintre care cele mai uzuale sunt generate de conducerea automobilului, discuții în contradictoriu, vorbitul în public.

Von Eiff a evidențiat pe o populație de 1000 bărbați și 500 femei existența unor stresuri psihice în momentul efectuării studiului la 40,2 % din subiecții masculini și 38 % din cei de sex feminin. De asemenea, pe aceleași loturi, s-a stabilit că 16,6 % dintre bărbați și 15,2 % dintre femei aveau stresuri psihice prelungite, durând de mai multe zile.

De fapt între o **solicitare, considerată ca "moderată"**, a mecanismelor de adaptare la mediu și una care să reprezinte un stres există o **zonă de tranziție** care nu este întotdeauna ușor de demarcat (a se vedea capitolul consacrat markerilor stresului psihic) iar stresurile moderate care nu produc efecte lezionale asupra organismului au un efect benefic, antrenând și stimulând vitalitatea organismului și rezistența la stresuri ulterioare (Floru, von Eiff), vezi fig. 2, și de asemenea - în plan - psihologic - joacă un rol în dezvoltarea personalității și în optimizarea performanței în activitate. (M. Golu)

1.3. Caracteristici definitorii pentru starea de stres în general

Încercările de a defini stresul (indiferent de natura sa) au în vedere faptul că el apare pe fondul unei adaptări perpetue a organismului la condițiile sale de viață, echivalentă cu desfășurarea a înseși proceselor vii (Wolff M.G.) în momentul "când se produce un dezechilibru marcat între solicitările mediului și capacitățile de răspuns ale organismului" (McGrath (cit. de Floru). Adaptarea este sinonimă - conform concepției pavloviste - cu un proces de menținere a integrității organismului (amenințată în special de agenții stresori fizico-chimici și biologici, în primul rând viro-bacterieni) dar și de realizare a unui e-

chilibrul dinamic cu mediul. Referitor la acest echilibru dinamic, stresul reprezintă un element de perturbare, cel mai adesea reversibil (mai ales când este vorba de un stres psihic) iar, dacă ne referim la mediu, trebuie avută în vedere, la om, prezența de maximă importanță a mediului social din care se recrutează majoritatea agenților stresori capabili să inducă un stres psihic.

De altfel, chiar Selye se axează pe **procesul de adaptare** al organismului la mediul său (natural și social), definind stresul ca un sindrom, o **constelație de răspunsuri nespecifice**, cu un caracter general adaptativ, nespecific, provocat de acțiunea agenților stresori asupra organismului. În cadrul reacției de stres apar procese de uzură, chiar lezionale - la nivelul biochimic și chiar histologic sau, în extremis, anatomic (exemplu, ruptura unui anevrism ventricular postinfarct după un efort fizic intens) - dar ele sunt precedate, însoțite și generate de reacții adaptative fiziologice mediate de verigi neuro-vegetativ-endocrine.

Stresul este nespecific prin aceea că reprezintă un **numitor comun** pentru o varietate largă de stimuli dar se pot identifica concomitent și acțiuni specifice agentului stresor (de exemplu o arsură, afectând o suprafață întinsă a tegumentelor - pe lângă leziunea propriuzisă - antrenează și o reacție de stres fizico-biologic, incluzându-se și procesele ulterioare de evoluție: suprainfecție, dezechilibru hidroelectrolitic etc., precum și un stres psihic important).

Stresul reprezintă și un examen al capacităților adaptative ale organismului din care acesta poate ieși cu acumulări cantitative și calitative capabile să-i confere "învățarea unei apărări față de viitoarele stresuri" (Selye) și în același timp să-i mențină adaptarea deja obținută. Se poate exemplifica acest punct de vedere referindu-se la un sportiv de performanță stresat fizic și psihic prin eforturile și privațiunile antrenamentului sau chiar prin unele eșecuri competiționale dar la care se dezvoltă, în urma depășirii dificultăților menționate, o serie de particularități adaptative în plan hemodinamic, metabolic etc., iar în plan psihic: perseverența, creșterea toleranței la frustrație, etc.

Tot acest exemplu ne poate oferi și perspectiva aprecierii stresului ca având **deseori o multicauzalitate**: agenți stresori combinați sau interferându-și acțiunile ori acționând succesiv asupra organismului. Asistăm frecvent și la instalarea unui cerc vicios între modificările multifuncționale induse de un agent stresor fizic și cele induse de către agentul stresor psihic, reprezentând chiar reacția somato-psihică, de ecou psihic cu rol stresant, la trauma fizică inițială.

Revenind la **parametrii de apreciere a efectului agentului stresor** (intensitate, durată, repetabilitate), trebuie subliniat că există o mare variabilitate în această privință care - alături de parametrii stării de moment a organismului, inclusiv semnificația conferită acestor agenți - contribuie la existența unor diferențe de amploare și de durată între diferitele stresuri la un același individ și desigur că și respectivele implicații în patologie vor fi diferite.

De asemenea, aceste diferențe justifică și **parcurea integrală sau incompletă a celor trei stadii de SGA** ca și **selectivitatea angrenării prioritare a anumitor organe de stres**. Așa se întâmplă de exemplu la un **sprinter**, la care stresul fizic (amplificat și cu cel psihic al "stării de start") se limitează pe parcursul celor 10 secunde de alergare la faza de alarmă și de rezistență.

De astfel, Selye a sesizat și faptul că o trăsătură fundamentală a adaptării este **economicitatea folosirii mijloacelor**, considerând în acest sens și fenomenul de circumscriere

a stării de stres la cele mai mici arii capabile să facă față situației, fapt ilustrat mai sus, în genere, de situațiile stresante repetate care ulterior produc doar simple reajustări ale unor constante biomorale și psihice, fără instalarea stării de stres. De aici și o eventuală nedumerire în ceea ce privește deosebirea dintre adaptarea "liniștită" la o modificare de mediu și cea realizată "cu preț" unui stres.

Anticipând în esență răspunsul la această întrebare (ce va forma obiectul prezentării unui subcapitol ulterior), putem specifica doar că un **stres este, indiferent de natura sa, tot un proces adaptativ "în intenție"** doar că **amplitudinea reacțiilor fiziologice** care îl caracterizează este mai mare (salt calitativ) și că **ele afectează toate verigile inegrative ale organismului (neuro-vegetative, endocrină, imunitară, și desigur, activitatea psihică cu rol "superintegrator")** având un **ecou practic asupra tuturor aparatelor** și organelor, la nivelul cărora - în funcție de factori locali sau generali predispozanți - poate produce **tulburări reversibile sau ireversibile cu eventuală ancorare în patologie.**

Obiectivarea "intrării în stres" se poate face tocmai pe baza unora dintre modificările fiziologice generate de starea de stres la diferite nivele, modificări ce constituie repere, adevărați "markeri" ai stresului, însuși Selye considerând între aceștia, în 1973, creșterea secreției de hormoni corticosuprarenali în condițiile menținerii integrității hipofizare.

Încercând o analogie cu o corabie cu pânze navigând liniștită în bătaia vântului, stresul, în genere, poate fi comparat cu situația în care țaria sporită brusc și persistența vântului poate doborî catargul sau mătura obiectele ori chiar oamenii de pe punte când toate acestea sunt mai puțin rezistente sau nepregătite pentru această situație - și, tot același vânt, poate purta corabia mai departe, fără pierderi și cu viteză sporită, în caz de trecere cu succes printr-o astfel de împrejurare neprielnică. Nu trebuie uitat că la o nouă situație de acest fel, catargul slăbit de șocul anterior poate ceda, așadar episodul anterior poate lăsa un grad de uzură ce poate fi sau nu înlăturat la timp.

Izomorfismul dintre această situație și stres conduce la sublinierea unor trăsături de bază ale stresului: **intensitatea crescută a reacțiilor** apărute, **repercutarea lor asupra tuturor componentelor organismului, finalitatea lor adaptativă** (depășirea mijloacelor adaptative și recuperatorii însemnând uzură, leziune, boală) și posibilitatea organismului de a ieși **nu numai prejudiciat ci și cu achiziții** menite să îi lărgescă posibilitățile sale de adaptare, Poenaru definește stresul astfel: dezechilibrul dintre organism și mediul intern sau extern generat de factori aparent nespecifici.

O definiție care, deși incompletă, surprinde esența stresului în general este cea dată de un reputat psiholog, Pichot, care îl consideră drept o **agresiune exercitată asupra organismului de o multitudine de agenți**, de la **șocul electric sau imersia bruscă în apă rece și până la șocul emoțional sau frustrarea acută.** El consideră drept particularități obligatorii ale agentului stresant **bruschețea și intensitatea crescută** precum și **nocivitatea** lui (aceasta din urmă percepută just sau închipuită de către subiect - nota noastră).

Încheiem cu o definiție extrem de succintă a lui A. von Eiff, reputat cercetător în domeniul stresului psihic, care consideră stresul în **genere** ca "**o reacție psiho-fizică a organismului**" în apariția căreia agenții stresori declanșanți "**acționează pe calea organelor de simț asupra creierului**" punându-se în mișcare "**datorită legăturilor cortico-limbice cu hipotalamusul, un șir întreg de reacții neuro-vegetative și endocrine cu răsunet asupra activității întregului organism**". Faptul că nu toți medicii operează diferențierea agenților stresanți (stresori) de stresul propriu-zis - conceput ca stare a or-

ganismului, ca răspuns nespecific la acești agenți - crează posibilitatea unor confuzii atunci când se raportează incidența stresului (psihic de exemplu) în declanșarea unor boli (deoarece o situație în general stresantă nu este obligatoriu stresantă pentru toți indivizii).

O ultimă precizare: în literatura medicală se folosește în mod frecvent, dacă nu chiar exclusiv, termenul de "stres" ca o formă eliptică a "stresului psihic", indiferent dacă el desemnează agentul stresor capabil să producă un stres psihic sau pe acesta din urmă însuși. Din acest motiv referirile bibliografice vor fi făcute ignorând cu bună știință această confuzie de termen dar nu fără a opera corecțiile de interpretare atunci când nesupozabilitatea termenilor respectivi este flagrantă.

2. CONCEPTUL DE STRES PSIHIC

2.1. Definiție și caractere generale

Originea acestui concept este legată de organizarea conceptului general de stres, lui Selye revenindu-i și meritul de a include stimulii psihogeni în rândul agenților stresori, rezultând deci capacitatea lor de a produce organismului o reacție de stres în absența unor agresiuni fizico-chimice sau biologice.

Dar precursorul de geniu, în acest domeniu, rămâne tot Cannon care, demonstrând apariția unei secreții de adrenalină la animalele supuse unui șoc emoțional, a descris pentru prima oară **elementele de ordin psihocomportamental**, precum și de ordin fiziologic, înregistrabile la acea dată (deceniile 3, 4 ale secolului nostru), **ale unui stres psihic experimental (la animal)**, punând bazele și a ceea ce în zilele noastre se va desemna sub numele de "corelatele (concomitențele) somatice" ale proceselor afective.

Dintre numeroasele definiții ale stresului psihic (S.P.) vom menționa ca punct de plecare pe cea "sintetică" dată de P. Fraisse care circumscrie în această sferă noțională "totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului care nu-și găsește soluția" cu amendamentul nostru că aceste conflicte sunt mai degrabă agenți stresori insinuați în procesele adaptative ale organismului (în acest caz la nivelul menținerii "homeostaziei psihice") pe care le solicită de o manieră capabilă să genereze o adevărată reacție de stres, mai ales că numai acționarea cuvântului "conflict" și "nu-și găsește soluția" sunt elementele universale valabile sub raportul generării unei stări de S.P.

O definiție "mai largă" cuprinzând mai multe note, prin desemnarea principalilor agenți stresori, este cea dată de M. Golu. S.P. reprezintă "**o stare de tensiune, încordare și disconfort** determinată de **agenți afectogeni cu semnificație negativă, de frustrare sau reprimare a unor stări de motivație** (trebuințe, dorințe, aspirații), de **dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme.**

Am putea completa această definiție cu faptul că și agenții **fizici (zgomotul, de exemplu), chimici sau biologici** (boala, înregistrată ca stres, nu din perspectiva conștientizării ei de către bolnav, ci prin reflexele aferente viscero-corticale) pot să producă un S.P.

Din aceste considerații am apreciat utilitatea pentru medic a înțelegerii faptului că S.P. are un **caracter primar**, când el este rezultatul unei agresiuni recepționate în sfera psihicului (conflicte și suprasolicitări psihice induse de stimuli verbali dar și realizate prin concentrarea atenției, cu evocarea sau persistența unor imagini, sentimente etc.) și un **caracter secundar**, care de fapt este o reacție de însoțire ori chiar de conștientizare a unui stres fizic, biologic etc. căruia i se acordă o semnificație de amenințare sau de altă natură.

După enunțarea acestor definiții ale S.P. cu completările menționate, să urmărim alte caracteristici ale S.P., derivate din definițiile prezentate ("dilatarea" unor note) sau neincluse în ele (în special esența unor mecanisme angajate de S.P., cu consecințele lor asupra organelor interne, sau analizarea impactului agentului stresor cu organismul aflat într-un "moment de funcționare" în virtutea unor condiții interne stabile sau variabile și a unor condiții externe conjuncturale).

2.2. Caracteristici ale stresului psihic în raport cu alte tipuri de stres

2.2.1. Particularitățile agenților stresori

Agenții stresori sunt în marea lor majoritate **stimuli verbali** (incluzând și limbajul interior) și sunt vehiculați pe căi nervoase la și de la cortexul cerebral și prezintă o semnificație importantă pentru subiect. Aceste trăsături îi diferențiază net de toți ceilalți agenți stresori (fizici, chimici etc.).

Dacă am considera agenții stresori inductori ai unui S.P. ca fiind capabili să-l declanșeze în mod implacabil la orice individ, atunci am putea asista la o uniformitate de reacții comportamentale în colectivitatea umană. Dar o caracteristică a acelor agenți este tocmai **caracterul lor potențial de a produce S.P.**, validat numai de semnificația de amenințare, prejudiciul, nocivitate în general, pe care le-o oferă subiectul agresionat. De exemplu divorțul care declanșează, de regulă, un stres psihic major și durabil la ambii parteneri, nu afectează în unele cazuri pe cei care îl apreciază - în mod justificat sau nu - ca pe o eliberare și nici nu-și creează scrupule (în virtutea unui egoism condamnabil) în legătură cu copiii rămași fără afecțiunea unuia dintre părinți și adesea fără un sprijin material consistent. Cel mai adesea însă ambii soți fiind realmente stresați de acest eveniment critic în viață, divorțul figurează la loc de frunte în rândul stresorilor psihici, dar numai în virtutea unor criterii statistice, el neputând totuși fi considerat că poate produce la 100 % din cazuri un veritabil S.P.

De asemenea, unul și același eveniment stresor psihic nu poate induce de fiecare dată un S.P. la același individ, atât din cauza "dispoziției de moment", cât și semnificației diferite ce i se conferă în momentele respective. Aceste două fațete ale variabilei reprezentate de agentul stresor pot fi înlăturate în cazul în care agentul stresor este reprezentat de un eveniment major, cum ar fi, de exemplu, seismul survenit în două rânduri: 1977 și 1986. Este cert că la o mare parte dintre subiecții mai tineri care nu au trăit seismul din 1940, reacția de stres, fie că nu s-a produs, fie că a fost moderată în 1977 (deși distrugerile au fost importante) față de 1986, când experiența dureroasă a seismului precedent i-a făcut pe aceiași subiecți să trăiască un veritabil S.P., în ciuda benignității acestui ultim seism. Ca un caz anecdotic, ilustrând rolul dispoziției de moment, este relatarea unei persoane care n-a fost deloc stresată nici în 1977 și nici în 1986, de fiecare dată aflându-se într-o stare de euforie produsă de ingestia de alcool ocazionată de aniversările unor rude.

Deducem din aceste considerații și exemple că un rol deosebit în apariția și amploarea S.P. îl au particularitățile cognitive, afective (acestea în mod prioritar) și voliționale ale subiectului respectiv modelate de experiența sa de viață familială și profesională, incluzând evenimente psihotraumatizante anterioare (dar și relatări sau referiri la dramele ru-

delor sau prietenilor). Toate aceste **particularități ale personalității - modelate de biografia individului**, inclusiv de o serie de **afecțiuni somatice** "debilitante" pentru sistemul nervos (tuberculoza, de exemplu, și multe alte boli) și **mai ales psihice** (nevrozele, în special) - sunt implicate în răspunsul individului la un stresor psihic potențial contribuind la **conferirea unei semnificații nocive, imaginare sau reale**, capabile să conducă la **"intrarea în starea de S.P."**.

Din acest motiv putem înțelege de ce unele persoane prezintă o **vulnerabilitate (constituțională sau dobândită) în plan psihic** la acțiunea stresorilor tradiționali, fiind mai predispuse astfel la apariția S.P. Adeseori în literatură se întâlnește expresia "vulnerabilitate de stres" care desemnează, de fapt, o receptivitate psihică crescută față de stresorii psihogeni (și nu numai aceștia) capabilă să conducă la apariția S.P. (Kourilsky). În acest context, dacă ar fi să se vorbească de o vulnerabilitate, **ar trebui mai degrabă să ne referim la vulnerabilitatea unor organe și aparate (inclusiv a psihicului individului agresionat) la stresul psihic.**

Totuși, dată fiind răspândirea termenului de "vulnerabilitate la stres" o vom accepta ca pe o **trăsătură proprie anumitor indivizi de a reacționa facil printr-un S.P. la o gamă largă de agenți stresori.**

O trăsătură importantă specifică stresului psihic, raportată la agentul stresor cauzal, o constituie **caracterul anticipativ** al S.P. față de impactul cu un anumit eveniment sau circumstanțe generatoare ale unor consecințe ce amenință echilibrul psihic al subiectului (cel mai elocvent exemplu în această privință îl constituie stresul psihic reprezentat de situațiile de examen, când această împrejurare este evaluată ca generatoare posibilă de consecințe dezastruoase, deci reprezentând o amenințare pentru viitorul apropiat sau îndepărtat al subiectului în cauză).

2.2.2. Principalele circumstanțe de apariție a S.P. prin interacțiunea agenților stresori cu particularitățile psiho-fizice a subiectului

Acest paragraf echivalează cu desemnarea principalelor grupe de agenți stresori inductori a S.P.

S.B. Sells consideră că S.P. ia naștere în următoarele situații:

- 1) - **circumstanțe care surprind individul nepregătit** spre a le face față: lipsă de antrenament, incapacitate fizică și intelectuală (de moment sau "de fond") etc.;
- 2) - **miza este foarte mare**, un răspuns favorabil având consecințe importante pentru individ, în timp ce eșecul (incapacitatea de a răspunde eficient la situația solicitantă) are un efect nociv, accentuând și mai mult S.P.;
- 3) - **gradul de "angajare" a individului** (în funcție de miză). Limitele personalității lui, îi conferă o intensitate direct proporțională cu S.P.

La prima vedere pare că situațiile menționate de Sells se referă la o solicitare de ordin cognitiv sau volițional dar - dacă le analizăm mai bine - în alineatul "circumstanței" putem încadra și principalele semnificații stresante pe care le pot avea stimulii stresori.

În viziunea unor autori (Kaplan, French) care au elaborat teoria cognitivă a S.P., la baza S.P. există o neconcordanță între resursele, abilitățile, capacitățile individului, ale subiectului și cerințele și necesitățile impuse acestuia (Derevenco). În această optică prin

care se conferă anumitor situații o semnificație stresantă cu care suntem de acord, putem codifica astfel unii termeni care sunt prezenți în diferitele definiții ale S.P.:

- "**amenințare**": este semnificația de anticipare a unui pericol;
- "**frustrare**": ia naștere când un obstacol se interpune în realizarea unui scop;
- "**conflict**": situația creată de interferența a două sau mai multe solicitări cu motivații opuse, realizând o adevărată competiție;
- **rezolvarea unor probleme** dificile sau imposibile (în raport cu contextul situațional de rezolvare).

La acestea noi am mai adăuga:

- **suprasolicitarea peste limitele capacității intelectuale** (inclusiv parametrii atenției, memoriei, rezistenței la perturbații etc.);
- **remanența unor stări afective negative** (pierderea unei ființe dragi, eșec profesional sau de altă natură, etc.) sau redeșteptarea lor sub acțiunea unor excitanți condiționali (sau, pur și simplu, circumstanțiali), ori readuse la suprafața conștiinței prin vise, asociații de idei etc.

Încercând o caracterizare generală a situațiilor generatoare de S.P. și pornind de la aceeași diferențiere a agenților față de stresul propriu-zis (considerat ca o "stare a întregului organism aflat în condiții extenuante" și nu "un eveniment al ambianței"), Appley și Trumbull evidențiază următoarele:

a) S.P. poate fi mai bine înțeles **ca interacțiune a subiectului cu situația** (stresantă), în evaluarea acestei interacțiuni trebuie avute în vedere și "**condițiile interne**" ale subiectului (stări de motivație: trebuințe, dorințe, aspirații, stare de oboseală fiziologică sau patologică etc.);

b) **contextul social** are un rol fundamental în generarea (și înțelegerea de către cercetător) a reacțiilor S.P.;

c) există mari **diferențe individuale** în reacțiile la situațiile stresante;

d) nu se pot corela **criteriile psihologice de măsurare** a stresului ("intrarea în S.P.", după formularea noastră) cu diverși indicatori fiziologici ai stresului;

e) existența unor **deosebiri nete** în sânul condițiilor naturale și între **condițiile naturale** și cele de laborator de producere a S.P.

La aceste caracterizări aparținând celor doi autori putem adăuga și o precizare formulată de Lazarus privind **caracterul subiectiv al perceperii de către individ** a unor solicitări, evaluate de el ca depășindu-și posibilitățile (chiar dacă uneori realitatea este alta) deci **S.P. apare când există un dezechilibru între solicitările obiective ale organismului și posibilitățile pe care subiectul consideră că le are spre a le face față.**

McGrath (cit. de Floru) introduce, însă, în rândul situațiilor stresante - pe lângă cele de suprasolicitare (aparentă sau reală) - și pe cele de **subsolicitare** (deprivarea senzorială cu monotonie, lipsă de informație sau lipsă de activitate).

Subsolicitarea stresează pe individ. Aceasta se explică prin aceea că la fiecare om există o nevoie innăscută (și potențiată social) de afirmare a unei largi game de posibilități, care să-i evidențieze capacitatea sa, trebuință care nu-i este satisfăcută decât într-o activitate în cursul căreia este solicitat în mod adecvat acestor posibilități (suprasolicitarea provoacă tot S.P.). Stresul de subsolicitare aparține în condițiile vieții moderne destul de frecvent în activitățile de: "deprivare senzorială" realizată în unele situații de izolare profesională sau fortuită - cu scăderea stimulării "obișnuite" a cortexului cerebral datorită unei activități nespecifice corticale insuficiente, prin intermediul sistemului reticulat acti-

vator ascendent. O formă mai subtilă dar mult mai nocivă o constituie situațiile de **subsolicitare emoțională** prin insatisfacerea unor trebuințe sociale (diferite de cele biologice și implicând procese de comunicare interumană, implicând nevoia de autoafirmare etc.).

2.3. Vulnerabilitatea la stres

Lazarus consideră că efectele agenților stresori (AS) depind nu numai de propriile lor caracteristici ("cerințe"), ci și de două atribute înscrise în sfera personalității subiectului care recepționează acțiunea lor: **calitatea răspunsurilor emoționale** (noi am adăuga și amplitudinea lor), precum și **strategiile de adaptare mobilizate** în interacțiunea creată.

Atât răspunsurile emoționale, cât și strategiile adaptative, obiectivate în situațiile stresante, reprezintă trăsături distinctive ale personalității, fără a-i epuiza sfera conceptului.

Utilizând operațiunea extragerii din cadrul trăsăturilor de personalitate a acelor care definesc pe cei doi parametri menționați (emotivitatea și adecvarea strategiilor adaptative), consideră că putem obține o imagine a rezistenței (toleranței) sau vulnerabilității unui subiect la acțiunea AS.

Este utilă precizarea că "vulnerabilitatea la stres" (noțiune analizată amănunțit cu ani în urmă de Kourilsky la astmatici) **se constituie pe parcursul biografiei subiectului** analizat, în funcție de traumele psiho-afective, experiențe ale unor stresuri psihice (S.P.) cu rezonanță majoră, inclusiv de modul cum a reușit să le domine. O importanță deosebită o au și **interacțiunile subiectului cu o serie de factori de mediu social** (familial, profesional, instituțional etc.).

Referitor la **testele psihologice de abordare globală a personalității**, aplicate de noi unor bolnavi psihosomatici (astm, urticarie, ulcer etc) - între anii 1974-1986 - acestea furnizează profiluri variate și mai nuanțate (cum sunt cele "oferite" de MMPI sau Rorschach) dar toate "abaterile de la normal" sunt unificate prin aceea că ele conferă vulnerabilitatea la stres subiecților respectivi.

Astfel, am putut considera că **principalele trăsături de personalitate ce conferă vulnerabilitate la stres** sunt următoarele:

- tendințele interpretative pe un fond de susceptibilitate crescută;
- rigiditate, încâpățănare;
- tendințe pronunțate egocentriste, de autoconformare;
- tendințe obsesive și fobice, pe un fond psihic anxios;
- impulsivitate, emotivitate crescută;
- agresivitate, înclinație spre violență.

De menționat că anxietatea (cuantificată de noi cu ajutorul scalei de anxietate Taylor) a fost întâlnită la aproape toți bolnavii cu boli psihosomatice (BPS) și că este recunoscută și de alți autori, ca un element favorizant pentru instalarea S.P., fiind la rândul ei crescută, consecutiv experienței stresante a bolii.

Deosebit de importantă apare și introducerea subiecților cu tip comportamental A în această sferă a vulnerabilității la stres unde ei "colecționează" numeroase S.P. și prin care aceștia devin și mai vulnerabili la stres.

În încheiere trebuie subliniat că o serie de autori, analizând diferitele dimensiuni ale personalității, au descris tipologii mai predispușe la S.P., cum sunt: cei cu un grad înalt de introversie și/sau neuroticism (Eysenck), cei cu rigiditate psihică (Kahn), cei cu toleranță la frustrare scăzută (Rosenzweig) ca și cei a căror motivație de afirmare intelectuală sau de afiliere este îngrădită de factori psihosociali adversi (Vogel și col.).

2.4. Stresul psihic și adaptarea

În ceea ce privește **relația dintre S.P. și adaptarea organismului la mediul complex al epocii contemporane** (natural-poluat și artificial-suprasolicitant), trebuia subliniat că însuși S.P. este o reacție a organismului "în intenție" adaptativă, numai că ea se realizează cu prețul unor eforturi mult mai mari, capabile să lase în urmă procese de uzură sau chiar leziuni la diferite nivele. S.P. este deci o reacție de adaptare "stridentă", "zgomotoasă" la o constelație de factori, configurând o situație care solicită structurile reglatoare cele mai înalte ale organismului (psihicul), "amenințând" să-i deregleze activitatea, fapt cu consecințe inevitabile, potențial nocive, asupra tuturor compartimentelor din subordine.

Rezistența impresionantă a psihicului, ca și a celorlalte țesuturi și aparate ale organismului la stres în general și la S.P. în special face ca răspunsul adaptativ - chiar dacă este dat "cu consum sporit de energie" (și la propriu, dar și la figurat) - să nu lase "urme vizibile" decât într-un număr minim de cazuri, adeseori previzibile de către medic (scăderea rezistenței biologice și psihice a organismului este previzibilă în caz de intensitate sau durată neobișnuite ale acțiunii agenților stresori). Indiferent de "prețul" adaptării în plan somatic ori psihic, S.P. lasă în urma lui două posibile modificări ale "stării sistemului" reprezentat de întregul organism:

- **creșterea rezistenței față de solicitări ulterioare identice sau similare** cu aceea care l-a generat, în caz că **subiectul a dominat**, deși stresat, situația inductoare a S.P. (se realizează un veritabil "antrenament" față de suprasolicitări psihice în circumstanțe stresante potențiale similare);

- **apariția unei adevărate "vulnerabilități față de stres"** ce reprezintă o "capacitate" a subiectului de a "intra în stres" mult mai ușor, la acțiunea acelorași agenți stresori care i-au produs S.P. inițial, în **cazul în care acesta s-a soldat cu un eșec adaptativ** (subiectul nu a reușit să găsească cel mai potrivit răspuns față de situație ori consecințele ei au fost nocive).

Vulnerabilitatea la stres constituie o importantă premiză pentru apariția nevrozelor, psihozelor reactive și a bolilor psihosomatice (acestea din urmă necesitând și coexistența unui teren organic predispozant).

2.5. Concluzii

În opinia noastră S.P. (în ipostaza sa cel mai frecvent invocată de "distress") reprezintă un **sindrom constituit de exacerbarea dincolo de nivelul unor simple ajustări homeostatice, a unor reacții psihice și a corelatelor lor somatice (afectând cvasitotalitatea compartimentelor organismului), în legătură cu o configurație de factori declanșanți (agenți stresori) ce acționează intens, surprinzător, brusc și/sau persistent și având adeseori un caracter simbolic "de amenințare" (percepuți sau anticipați ca atare de subiect)**. Alături, agenții stresori reprezintă surse de **suprasolicitare a organismelor cognitive** (atenție, gândire etc.) și **volitionale**, cu mențiunea că de obicei S.P. are la bază în primul rând o **participare afectivă pregnantă** (ce poate însoți rezonanța ne-

gativă, și formele de S.P. prin suprasolicitare "fizică și intelectuală"). O schematizare a interacțiilor generate în cursul S.P. la nivelul diverselor "compartimente" ale psihicului este redată în figura 3.

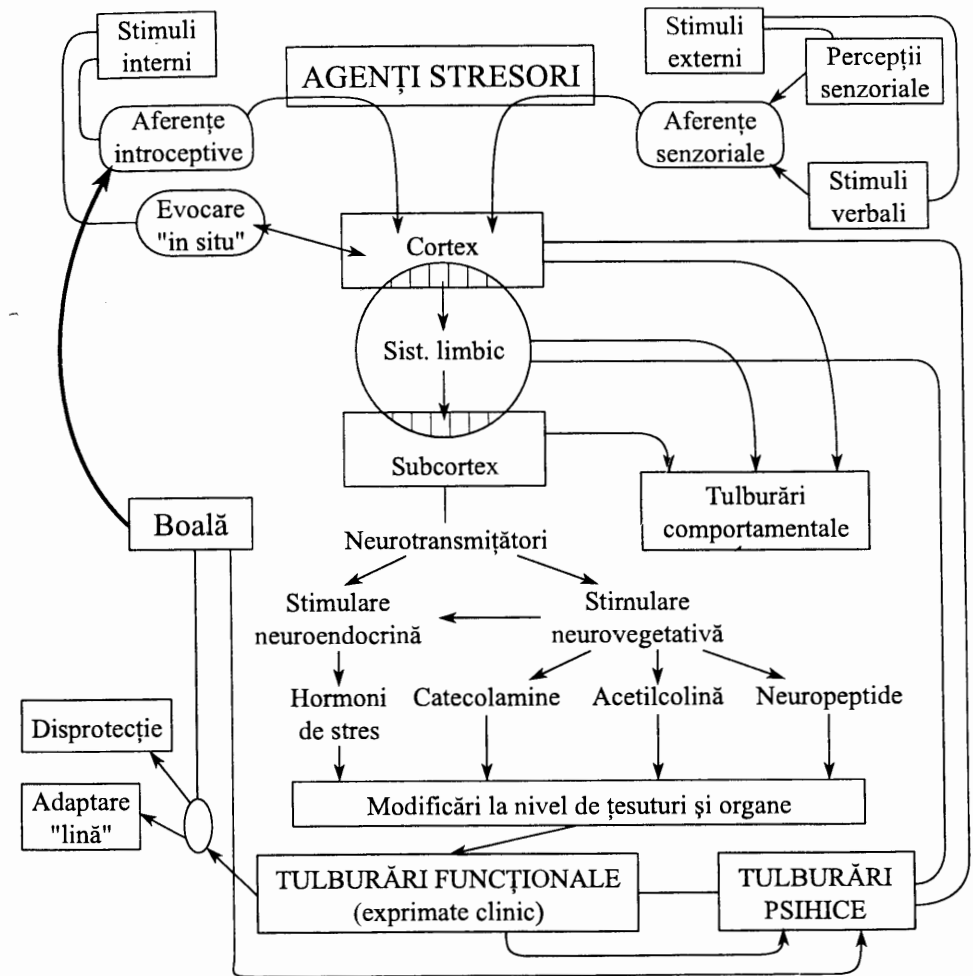


Figura 3

În cazul stresului psihic, agentul stresor - reprezentat de o largă paletă de stimuli dotați cu o semnificație de regulă nocivă (dar și intens favorabilă, în "eustress") - acționează întotdeauna pe calea organelor de simț, cu proiecție corticală. În urma modificării sale, apar influxuri nervoase cortico-subcorticeale, cu activarea centrilor neuro-vegetativi superiori și punerea în funcțiune a sistemului simpato-adrenergic și a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal, cu eliberarea consecutivă a unei polimorfe game de hormoni (catecolamine, ACTH, cortizol, STH, vasopresină etc.).

În final, rezultă o eliberare crescută de mediatori ai transmiterii neuro-vegetative și de așa numiții "hormoni de stres". Toți acești veritabili "mediatori" ai S.P. au receptori specifici la nivelul celulelor diferitelor țesuturi și organe, prin intermediul cărora produc va-

riate modificări funcționale, realizând în ansamblu o perturbare pasageră a homeostaziei mediului intern, urmată de reverfirea la valorile compatibile cu funcționarea normală a organismului (aceasta în marea majoritate a SP care nu sunt urmate de disfuncții la diferite niveluri, generatoare de boală).

În S.P. **perturbarea homeostaziei somatice este precedată și cauzată de perturbarea homeostaziei psihice de către AS.** Așadar S.P. are în toate cazurile repercursiuni asupra tuturor organelor și aparatelor (în primul rând cele cu rol regulator: sistem neuro-endocrino-vegetativ, aparat cardio-circulator și sistemul imun), dintre care unele - grave de o patologie anterioară, pe fond sau nu de meiotragie dobândită sau constituțională - vor răspunde prin manifestări patologice. **Nota obișnuită a S.P. acute, cotidiene, este "reacția de alarmă", continuată sau nu, de cea "de rezistență"** descrise de Selye, cu modificări generale și locale reversibile, în condițiile în care agenții stresori nu-și prelungesc acțiunea. Mijloacele de contracarare a acestora de către subiectul afectat (de regulă prin conduite comportamentale antistres, active dar și involuntare) sunt capabile să restabilească parametrii anteriori S.P. sau să împiedice chiar din "start" antrenarea unei veritabile reacții de stres, înlocuite - atunci când S.P. lipsește - doar cu oscilații homeostatice aflate în zona normalului.

S.P. cuprinde în tabloul manifestărilor sale, în primul rând simptomele psihice, inclusiv manifestări comportamentale. În același timp, **orice fenomen psihic, exteriorizat sau nu - de la procesele cognitive (atenție, memorie, gândire etc.) și până la procesele voliționale și afective (acestea din urmă în modul cel mai pregnant!) - se însoțește de fenomene fiziologice de hiper- sau hipofuncție a organelor interne,** mediate neuroumoral și având în genere o intensitate moderată, sub ceea a unui S.P.

Cele mai cunoscute modificări somatice induse de desfășurarea unor procese psihice sunt așa numitele **"corelate fiziologice (somato-viscerale) ale emoțiilor"** (tahicardie, tulburări de tonus muscular, reajustări vasomotorii, tulburări secretorii etc.) care pot îmbrăca în cazul S.P. o serie de manifestări sesizate chiar de persoane din afara domeniului medical și concretizate în expresii ca: "îmi bate inima..." sau "mi-a stat inima în loc", ori "a albit de spaimă" sau "s-ă înroșit toată de rușine", "am simțit o uscăciune în gât", "mi s-a pus un nod în gât" etc.

Aceste corelate somatice ale proceselor psihice, amplificate dincolo de granițele normalului în cadrul stresului psihic și repetate în timp, solicită anumite organe și aparate cu disfuncții latente ori deja manifeste și pot să conducă la apariția unor tulburări patologice.

Capitolul 5

SURSE CONTEMPORANE DE STRES PSIHIC ȘI STRATEGII ADAPTATIVE ÎN CURSUL STRESULUI PSIHIC

A. Agenții stresori - caractere generale, clasificare și descriere a principalilor reprezentanți

1. CARACTERE GENERALE

1. Agenții stresori (AS) **au un caracter potențial stresant**, generând totuși S.P. numai în anumite condiții, chiar dacă unii dintre ei ar fi capabili să declanșeze un astfel de sindrom la majoritatea indivizilor (de exemplu vestea despre nereușita la examen afec-tează, în genere, pe orice individ dar poate lăsa indiferent un concurent nepregătit care nu-și mai făcea nici o iluzie).

2. Totuși, datorită frecvenței crescute cu care sunt înregistrate între cauzele provocatoare de S.P., sunt considerați ca **stresori o serie de evenimente cu caracter de amenințare iminentă** și având o serie largă de implicații și consecințe, de la care **individul se poate cu greu (sau deloc) sustrage:** calamitățile naturale (inundații, cutremure) sau sociale (războaie) sau evenimente biografice majore (divorț, deces al ființelor apropiate, eșec profesional etc.) și așa mai departe. Și aceste cauze de S.P. colectiv pot fi uneori disociate de S.P. individual, deoarece solidaritatea umană în cazul unor dezastre resimțite de o largă colectivitate poate atenua SP resimțit de fiecare individ.

3. AS capabili să declanșeze un S.P. sunt de natură variată, nefiind obligatoriu numai stimulii psihici, fapt ce obligă la o departajare a **două categorii de AS:**

a) - Cei care **acționează pe calea celui de-al doilea sistem de semnalizare** (vedem deci că importanța unor concepte pavloviste crește odată cu "proba timpului") reprezentați prin cuvintele, ideile, procesele gândirii (mai ales evaluările unei situații nocive pentru individ, inclusiv disconfortul creat prin nesatisfacerea unor trebuințe).

În S.P. principalii agenți stresori sunt reprezentați de cei cu conținut noțional-ideativ, recepționați de subiect ca reprezentând indiciul unor situații amenințătoare "actuale" sau "în perspectivă" pentru indivizii agresionați. De regulă, AS din această categorie sunt concretizați sub formă de situații psiho-traumatizante iar în limbajul medical curent ei sunt considerați AS specifici pentru S.P., motiv pe care noi i-am etichetat ca **AS psiho-genii.**

b) - **Stimuli senzoriali externi** (senzațiile, percepțiile și reprezentările) despre care Pavlov spune că ele "se referă la lumea externă și sunt primele semne ale realității" precum și **excitațiile interoceptive** (în cazul unor boli cu simptomatologie zgomotoasă - în special dureri, prurit, "disconfort" etc.). Acești stimuli pot deveni veritabil, AS în două condiții: atunci când "bombardează" scoarța cerebrală timp îndelungat și cu o intensitate crescută (zgomotul de exemplu) sau în cazul în care au o semnificație pentru subiect (exemplu tot zgomotul făcut de scârțâitul unei uși într-un castel "bântuit de fantome"). În acest din urmă caz excitantul senzorial ("zgomotul") cu "semnificație" este de fapt, tot un stimul "psihogen".

4. De cele mai multe ori **AS au o semnificație electivă pentru subiect** cu mare "rezonanță afectivă" (cel mai adesea nocivă dar și o semnificație pozitivă poate genera un S.P. când AS acționează brusc, ca în unele cazuri de eustres). Validarea potențialului stresant al AS se face tocmai prin acordarea unei semnificații majore pentru subiect capabile să-i perturbeze acestuia echilibrul emoțional. Totuși există SP de suprasolicitare intelectuală în care efortul mental intens și prelungit acționează "stresant" în absența oricărei semnificații negative (din contră, activitatea poate fi foarte plăcută).

5. **Parametrii** de acțiune ai AS sunt reprezentați de **intensitate, durată** (inclusiv repetabilitate) și atributul de **noutate** precum și de **bruschețea** cu care ei acționează. De menționat că S.P. zilnice sunt generate de AS de mică intensitate dar cu durata prelungită sau frecvența de apariție crescută. Cele mai grave apar SP provocate de AS cu semnificație majoră pentru individ (exemplu concedierea, ratarea unui examen) care multiplică prin consecințele sale numărul de AS și creează SP variate interconținute.

6. Cel mai adesea există **constelații de AS de natură variată** determinând veritabile **situații stresante "polimorfe"** cum este de exemplu desfășurarea unei activități într-un ritm neadecvat și cu o durată prelungită pe fondul unei stări afective negative generate de o discuție și cu perturbări senzoriale (variații ale intensității luminii ambiante, zgomot "de fond" etc.) și în condițiile prodromale ale unei îmbolnăviri. În acest din urmă caz acțiunea agentului biologic se propagă de regulă pe căile senzitive (cu aferențe interoperative) dar și pe cale umorală, putând afecta centrul nervoși superiori inclusiv corticali și, în afară de ei, comportamentul motor dependent de buna funcționare a unor organe interne, atinse de procesul patologic, de exemplu fazele de debut ale unei pneumonii, hepatite epidemice etc.).

2. CLASIFICAREA AS CAPABILI SĂ INDUCĂ UN SP

Fără a insista asupra unor aspecte discutate la capitolul consacrat caracterelor generale ale S.P. vom încerca să prezentăm o clasificare personală bazată pe mai multe criterii:

a) După numărul, gradul de asociere și caracterul lor primar sau secundar

a.1. După număr:

- AS unici (de exemplu un zgomot infernal cu tendință la prelungire ori survenit brusc, în cursul nopții);
- AS multipli acționând în două ipostaze

a.2. După asociere:

- AS conglomerati (de exemplu un individ agresionat verbal și molest) - inserați într-o configurație (de regulă situațională) cu impact complex ca semnificație (unică - generalizatoare sau asocieri de semnificații evaluate rapid dar destul de sumar, uncori eronat).

a.3. După criteriul dominant al acțiunii:

- AS principali (exemplu o activitate mentală prelungită sau stare afectivă intensă);
- AS secundari, de interferență sau sumație la acțiunea primilor (de exemplu zgomotele în timpul lucrului sau o veste primită într-un "moment de furie");

b) După numărul indivizilor afectați:

- **AS cu semnificație strict individuală** (exemplu S.P. apărut prin nesatisfacerea prelungită a unor trebuințe fiziologice - de exemplu o sete intensă resimțită într-o excursie solitară, fără perspectiva imediată de a găsi un izvor);

- **AS cu semnificație colectivă** ("de grup" familial sau profesional) - exemple: nereușita fiului la examen, pentru primul caz și neîndeplinirea investițiilor într-o fabrică, pentru al doilea caz);

- **AS cu semnificație generală** (pentru orice individ): situații de calamitate socială (război) sau naturală (cutremur, inundații);

c) După natura agenților stresanți:

c.1. fizici (sonori, termici, vibratorii, radiații, electro-magnetici, inclusiv luminoși, efortul fizic) aici am putea include și traumatismele, hemoragiile externe, arsurile, etc. la care AS fizici cauzat provin din exterior și, din impactul lor cu organismul, generează reacții ale acestuia cu caracter de stres general ("fizic") dar și cu rezonanță marcată asupra psihicului, mai ales când - în momentul generalizării "accidentului" - subiectul evaluează primejdia în care se află;

c.2. chimici, noxele chimice având acțiune toxică asupra sistemului nervos și fiind, tot ca în cazul precedent, evaluate ca nocive și inducând un S.P. când sunt percepute ca un pericol iminent;

c.3. biologici, termen legat de cauzele de îmbolnăvire și care nu trebuie limitat doar la "agenții biologici" ai bolilor (viro-bacterio-parazitari, etc.) care pot genera grupul bolilor infecțioase "interne" sau "externe". Boala - indiferent de natura ei (infecțioasă sau nu) - perturbă, odată cu întregul organism, și sistemul nervos central, creând o bază funcțională sau chiar organică favorizantă a instalării S.P.

Celălalt aspect al reculului somato-psihic al bolilor, reprezentat de reacția psihică (afectivă în special) față de boală, se include în grupa următoare a AS:

c.4. psihici. Întrucât stimulii fizici, chimici și biologici acționează asupra receptorilor organelor de simț (tactili, vizuali, auditivi, olfactivi, etc.), a receptorilor polimodali (în piele, de exemplu - Brostoff) și a interreceptorilor - se impun să rezervăm această denumire (agenți psihici) pentru excitanții verbali sau nonverbali, dotați cu o **semnificație (nocivă sau nu) decodificată subiectiv de către psihicul uman la nivelul operațiilor gândirii, fundamentate prin sistemul de semnale verbale (cu corespondent acțional)**. Această **decodificare**, urmată de o **evaluare prin intermediul proceselor cognitive** (inclusiv confruntarea cu datele similare ale unei experiențe anterioare), asigură raportarea situației (create din interacțiunea cu AS) la posibilitățile "actuale" sau viitoare ale individului. Acest proces de evaluare are obligatoriu și un **ecou afectiv** care este propriu oricăror procese cognitive (chiar dacă este mai puțin aparent într-o activitate "liniștită") dar în S.P. ocupă un rol central, mulți autori limitând sfera S.P. la multitudinea traumelor afective (vezi fig. 4).

Prin urmare, stimulii psihologici, cu caracterele schițate mai sus, au o sorginte socio-culturală (s-au format în cadrul comunicării și interacțiunilor interumane), sunt studiați

cu precădere de diferitele ramuri ale psihologiei (în special psihologia socială) și au un caracter complex, de configurație, situație stresantă, chiar dacă uneori un singur cuvânt (de exemplu - "arde") poate trezi cel mai devastator S.P.

În literatura medicală (că să nu mai amintim limbajul curent) acești stimuli (denumiți mai frecvent "psihici") acoperă gama întreagă a AS inductori ai SP sau se confundă cu sfera SP (considerându-se că situațiile potențial stresante prezentate posedă deja atributul stresului).

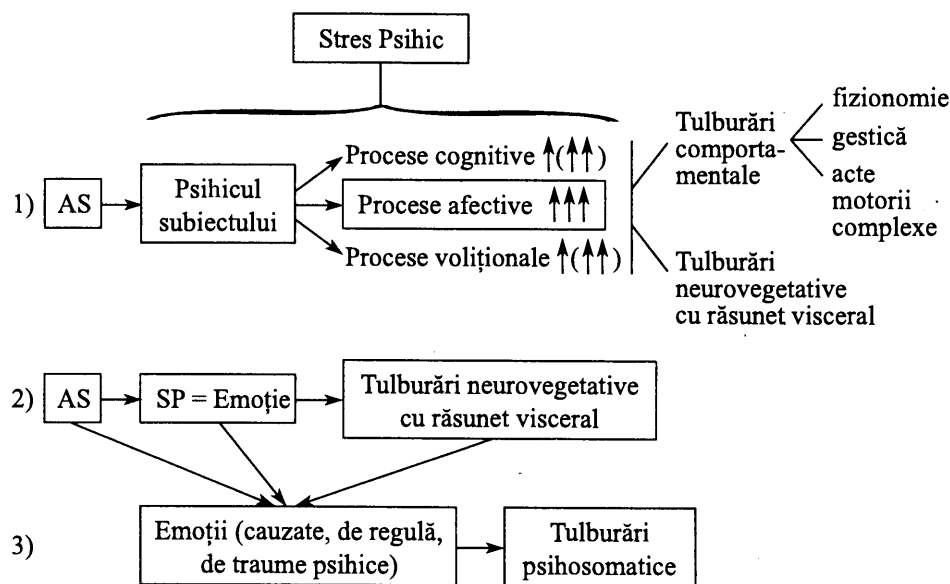


Figura 4

Cu aceste precizări, vom începe a înfățișa o clasificare personală, axată pe această ultimă grupă a AS psihologici (psihici), încercând să analizăm principalele categorii de situații stresante (de regulă, conflictuale) și pornind de la grupele înfățișate de Negoită într-o lucrare anterioară (conflicte "familiar-conjugale", "profesionale", "sociale" și "interioare"). Le vom completa cu alte grupe, lărgindu-le în plus prin includerea unor situații analizate și de alți autori.

3. DESCRIEREA SUMARĂ A PRINCIPALILOR AS "SITUAȚIONALI"

a) Situațiile de examene: S.P. rezultă din acțiunea mai multor AS:

- teama de eșec;
- evaluarea consecințelor școlare (profesionale) și a eșecului în familie, microgrup în planul autoevaluării propriilor posibilități (sentimente de inferioritate etc.);
- starea de "start" dinaintea examenului și momentul imediat premergător subiectului (stimuli "indiferenți" în alte ocazii, cu rol "actual" declanșant prin semnificație: exemplu figura încruntată a examinatorului etc.).

Solicitarea externă "de sarcină" din timpul susținerii examenului și așa mai departe.

Condițiile favorizante pentru instalarea S.P. sunt reprezentate, între altele, de motivația crescută a subiectului și eventuala suprasolicitare fizică și intelectuală impusă de pregătirea examenului și, mai ales, de stresul "latent" apărut în perioada premergătoare examenului.

b) Stresul psihic preoperator și postoperator. Primul dintre ele are la bază, de asemenea, caracterul situației de "examen" dar cu riscuri vitale uneori sau cu urmări generând frustrații (imobilizare prelungită, dureri postoperatorii inerente, ieșirea din mediul familial și profesional, etc.). O condiție favorizantă pentru instalarea S.P. în acest caz o constituie și acțiunea somato-psihică exercitată de evoluția preoperatorie a bolii.

În sala de ATI bolnavul (revenit de pe masa de operație) se stresează suplimentar - în condițiile supraadăugării la S.P. inițial (din care revenirea "cu bine" din operație nu l-a scos definitiv) a acțiunii combinate (stimuli "conglomerati"), a unor AS de factură diferită (majoritatea fizici) care diferă considerabil de cei din salonul de spital. Cornfeld și colaboratorii au enumerat acești AS: țiutitul monitoarelor și fâșăitul ritmic al mașinilor de aspirație și al "respiratorului", sunetul neașteptat al telefonului, gemetele celorlalți pacienți, "foșnetul" medicilor și surorilor, conversațiile "plângăcioase" ale unor bolnavi cu rudele lor apropiate etc. Aceste "condiții externe" realizează S.P. minore în raport cu evaluarea de către bolnav a caracterului amenințător al situației sale dar ele pot influența evoluția postoperatorie (în general cu un efect minim în plan somatic, dar cu întârzierea revenirii capacității de funcționare a sistemului nervos central după externare).

c) Stresul psihic de suprasolicitare a fost analizat de foarte mulți autori, dată fiind aria largă de răspândire și caracterul uneori cotidian al apariției sale. De precizat că el apare nu numai în activitățile intelectuale ci și în cele fizice, având ecou și în sfera psihică sau în "activități complexe" (suprasolicitare cognitivă, afectivă și volițională), cum este S.P. din cadrul sesiunilor de examene la studenți, remarcabil analizat la noi în țară de către Ieniștea.

Considerăm că S.P. de suprasolicitare apare foarte rar numai prin forțarea ritmului și duratei efectuării unei activități (deci parametrii "de execuție"). Cel mai adesea acest tip de S.P. este complex și cauzat de condițiile perturbante pe care le grupăm în: **factori externi "de execuție"**, cum sunt întreruperile frecvente ale activității sau interferența ei cu alte activități ori cu acțiunea unor excitanți nedoriti: zgomote, temperatură necorespunzătoare, microclimat viciat etc.) și **factorii interni de natură motivațională, afectivă și volițională**.

Factorii motivaționali sunt extrem de importanți pentru realizarea fără S.P. a unei sarcini. Când motivația este **intrinsecă** (interes, pasiune pentru activitatea respectivă) ea are un caracter frenator pentru instalarea S.P. dar când este **extrinsecă** (impusă din exterior și "neacceptată" în "forul intim", caz în care ar fi devenit intrinsecă) are un rol net favorizant pentru stres.

De asemenea stările afective, preexistente sau apărute pe parcursul efectuării sarcinii, au rol potențator (cele cu polaritate negativă) sau frenator (cele cu polaritate pozitivă).

În sfârșit, tocmai pentru că **trăsăturile voliționale** sunt solicitate de orice fel de activitate, ele pot favoriza instalarea S.P. atunci când subiectul aflat într-o stare de "conflict între două tendințe" (Piaget), nu dispune de o forță suficientă spre a rezista tentației de a abandona activitatea începută.

Enăchescu, analizând suprasolicitarea sub acțiunea unor "factori stresanți din mediul extern (biologic, psiho-social, profesional, școlar, familial, etc.)" ierarhizează, ca etape ale adaptării:

- **"surmenajul"** (cu scăderea atenției, a interesului pentru lucru - într-o primă fază - și urmate de fenomene de decompensare: activitate cu randament scăzut, dezinteres pentru lucru etc.);

- **"oboseala"** (concepută ca imagine psiho-biologică a suprasolicității, cu conștientizarea "biologică și fiziologică" a unei stări de indispoziție, epuizare fizică și nervoasă, cu scăderea manifestă a atenției și apariția de greșeli frecvente în activitate, etc.);

- **"epuizare nervoasă"** - cu supraadăugarea unor simptome predominant psihice: neliniște, iritabilitate, astenie fizică și intelectuală, cefalee, amețeli, etc. ce pot conduce - dacă suprasolicitarea continuă - la instalarea "nevrozei de suprasolicitare" (de fapt o formă de neuroastenie).

d) S.P. "situaționale" cauzate de schimbări recente în modul de viață al individului. Scale de evaluare ("Recent life change rating scale").

Încă din 1967, Holmes și Rahe au cercetat corelația dintre schimbările recente de viață (afectând căminul și familia, munca și relațiile sociale ale subiectului) și apariția unor boli (infecțiile, în general, tuberculoza și infarctul miocardic), constatând că astfel de evenimente - cauzatoare de S.P., uneori trecut cu vederea - pot avea o influență certă în patogeneza la marea majoritate a indivizilor. De exemplu frecvența deceselor "imprevizibile" ca și a infarctului miocardic este net crescută la un grup de subiecți din Finlanda care au înregistrat schimbări "de viață" (concediere, divorț, chiar și mutarea într-o nouă locuință) în ultimele 6 luni în raport cu o populație martor fără astfel de schimbări și cu caracteristici demografice asemănătoare (Rahe și colaboratori - citat de Yuwiler).

Ierarhizând situațiile stresante cu caracter de "schimbare" în viața diferiților indivizi, corelate cu posibilitatea crescută de apariție a bolii (deci sugerând un raport de cauzalitate), Rahe a evaluat principalele evenimente, grupate în patru categorii ("**starea sănătății**", "**munca**", "**casa și familia**", "**personal și social**"), acordând fiecăruia un punctaj care indică potențialul patogen al evenimentelor respective. Într-un "clasament" conform acestui punctaj primul loc îl ocupă moartea unuia dintre soți (100), "urmată" de divorț (80), starea de arest (64), spitalizare (62), îmbolnăvirea unui membru din familie (54) și situațiile profesionale, echivalente ca un punctaj: pensionarea sau concedierea recentă și situația de recent căsătorit (50 puncte). Pe ultimele locuri: schimbări ale obiceiurilor personale (12), petrecerea unei vacanțe (11) și "încălcări minore ale legii" (7).

*Tabelul 3. Chestionar de stres (Holmes cit. de Throp) (bazat pe scala Holmes și Rahe)**

Vi s-a întâmplat, pe parcursul ultimului an, unul din următoarele evenimente enumerate mai jos? Dacă da, încercuți punctajul corespunzător și adunați-l la scorul dvs. Categoria de „alte” vă stă la dispoziție ca să înscrieți orice stresor personal important și care nu este indicat în listă.

EVENTIMENTE	Punctaj
Decesul unuia dintre soți	100
Pierderea credinței religioase.....	100
Divorț	75
Separarea soților	65
Închisoare	65
Pierderea reputației.....	60

* (Chestionarul se bazează pe studiile dr. Thomas Holmes de la Centrul Medical al Universității din Washington).

Moartea unui membru apropiat al familiei (afară de soți).....	60
Pierderea încrederii de sine	60
Vătămarea fizică sau boală.....	50

Reîmpăcarea soților.....	50
Pensionare	50
Schimbarea sănătății unui membru al familiei	45
Graviditate.....	40

Dificultăți sexuale.....	40
Creșterea numărului membrilor familiei	40
Modificări în afaceri sau serviciu	40
Schimbarea reședinței.....	40
Schimbare în starea financiară.....	35

Moartea unui prieten apropiat	35
Schimbarea profesiei	35
Exacerbarea tensiunilor conjugale.....	35
Pierderea unor împrumuturi sau garanții.....	30
Preluarea unei răspunderi financiare majore	30

Schimbare în responsabilitățile de serviciu	30
Fiul sau fiica părăsește căminul.....	30
Conflicte cu rudele	30
Realizări personale ieșite din comun.....	30
Schimbare în condițiile de viață	25

Probleme cu șeful	25
Schimbare în activitățile de biserică.....	20
Schimbarea orelor de serviciu sau a condițiilor de lucru.....	20
Schimbări în programul și condițiile de somn.....	15
Schimbări în activitățile sociale.....	15

Concediu.....	15
Crăciun, Anul Nou	15
Mici conflicte cu legea	15

Altele	-
--------------	---

SCOR FINAL.....	-
-----------------	---

CRITERII GENERALE DE EVALUARE A REZULTATELOR

0 - 150	fără probleme semnificative
151 - 200	ușoară criză de viață
201 - 300	criză medie de viață
301 - și peste	criză majoră de viață

Valoarea unor astfel de scale este incontestabilă, mai ales pentru studiile de epidemiologie a diferitelor boli somatice și psihice, dar trebuie totdeauna analizată în cadrul anam-

nezei, "validarea prin S.P.", de către fiecare individ a unor astfel de evenimente. În plus, chiar în condițiile în care acele „life changes” postulate de Holmes și Rahe declanșau reale SP majore, apariția bolilor „prezise” de Scală nu a avut întotdeauna loc în proporția prevăzută datorită unor factori de rezistență care țin de personalitatea individului dar și de terenul său de organ.

În ceea ce privește observațiile clinice personale ne-au întărit convingerea că această scală își găsește o aplicabilitate maximă la vârsta preseneșcenței și mai ales a senectuții când acțiunea SPP devine maximă asupra unor indivizi cu un suport social mai redus și mai ales asupra unor organe uzate din punct de vedere biologic, deci mai vulnerabile.

B. Strategii adaptative utilizate în cursul stresului psihic

1. STRATEGIILE IMPLICÂND "ACCEPTAREA CONFRUNTĂRII"

Sunt reprezentate de:

a) acțiunile conștiente cu caracter de conduită activă:

- efectuarea sarcinii (echivalentă cu "lupta");
- evitarea, refuzul efectuării și/sau îndepărtarea de AS, considerat ca insurmontabil (echivalentă cu "fuga");
- "avalanșe de reacții haotice", cu caracter de panică, dar având în subsidiar intenția de opoziție, de "atitudine" activă (dar inefficientă) față de situația stresantă;

b) acțiuni conștiente pasive cuprinzând acte de "noncombat" (practic lipsă de răspuns efectiv la solicitare) dar cu rezonanță afectivă negativă intensă:

- apatia, resemnarea, ca decurgând din aprecierea situației ca fiind "fără ieșire";
- panica, manifestată prin paralizia oricărei inițiative (inhibiția generalizată, consemnată de expresii curente ca: "mort de spaimă", șocat", "blocat" etc.).

Anumite tipuri de strategii adaptative din categoria celor de acceptare a confruntării sunt însoțite de o stare de teamă de diferite nuanțe și intensități iar cele "pasive" de un grad ridicat de frustrare. Corespondentul lor în planul reacției neuroendocrine de stres îl constituie reacția catecolaminică (urmată de reacția de motivare a adenohipofizei - în caz de prelungire a S.P.) pentru conduitele "active" și numai reacția de activare adenohipofizo-corticosuprarenală pentru conduitele pasive (echivalente cu "Niederlagesituationen" - în nomenclatura germană - von Eiff).

2. STRATEGIILE IMPLICÂND NEACCEPTAREA CONFRUNTĂRII CU AS (DE AMÂNARE, IGNORARE, OCOLIRE)

Includem aici un larg grup de acte psiho-comportamentale studiate în mare parte "în premieră" de către Freud și caracterizate în special prin desfășurarea lor, de regulă, la un nivel sub cel conștiinței (subconștient și inconștient) și prin caracterul iluzoriu al eficienței lor scontate de către subiect ("autoînșelare inconștientă" după expresia lui Lazarus).

Tot în această clasă mai includem și o serie de strategii adaptative conștiente prin care subiectul a decis să "amâne" (Ralea) un răspuns "decisiv" sau să întrerupă spre a o înlocui ("substituire" (Mandler) - citat de Floru) cu o altă sau alte acțiuni, menite să reducă tensiunea provocată de incapacitatea de a răspunde adaptativ la AS. Aceste acțiuni, în ciuda unor diferențe calitative, sunt dotate însă cu o serie de similitudini privind scopul final și satisfacția resimțită de subiect în cazul îndeplinirii lor (Weick). Redăm clasificarea noastră referitoare la strategiile adaptative de neacceptare a confruntării cu AS:

a) acte conștiente:

a.1. Amânarea deliberată a acțiunii este privită de Ralea ca modalitate de rezolvare a unei situații de impas, înțeleasă ca stare în urma unei aprecieri efectuate de subiect cu privire la imposibilitatea "de moment" a rezolvării sarcinii sau a înlăturării conflictului etc.).

În cadrul acțiunilor "de amânare" distingem două variante cu caracter similar (referitor la "neacceptare" a confruntării) dar deosebite ca scop imediat:

- oprirea, întreruperea acțiunii (cu păstrarea sau modificarea ulterioară a scopului și/ sau tipului acțiunii inițiale);
- fragmentarea sarcinii în acțiuni mai reduse, capabile de îndeplinit și conservând scopul final (exemplul cel mai bun pregătirea materiei pentru un examen);

a.2. Înlocuirea acțiunii inițiale cu o alta:

- echivalentă (ca tip de acțiune și ca scop) - substituirea: se realizează prin dirijarea activității spre un scop echivalent, posibil de atins (ex. nereușita la o facultate "grea", urmată de pregătirea pentru o alta mai ușoară dar cu satisfacții aproape echivalente, înlocuirea unei distracții "planificate" cu o alta mai accesibilă);

- diferită (ca modalitate de acțiune și ca scop) - compensația se realizează, cum arată M. Ralea, prin înlocuirea unei acțiuni, care nu a fost adecvată în tentativele de rezolvare a sarcinii cu o alta capabilă să-i ofere subiectului o satisfacție echivalentă- (exemplu înlocuirea unei excursii, imposibil de efectuat din motive obiective, cu un spectacol îndelung amânat, reduce mult S.P., ocazionat de renunțarea la o satisfacție îndelung așteptată și lichidează în același timp tensiunea latentă creată de tărăgănarea celeilalte acțiuni dând satisfacția lichidării unei datorii);

a.3. Represiunea este o modalitate de "respingere voluntară (deci tot conștientă) a unor presiuni sau tendințe de satisfacție a unor dorințe intime" (Popescu - Neveanu) pe baza anticipării unor consecințe de dezacord cu valorile acceptate de individ sau impuse de societate.

În cazul strategiilor adaptative posibile pentru rezolvarea unei situații stresante, represiunea operează asupra acelor acțiuni care "ispitesc" pe individ să rezolve comod (prin renunțarea la unele normative etice sau pur și simplu instituite ad-hoc) situația de impas. Prin acest act, individul se menține în stare de S.P., amplificat uneori și de regretul (adesea nemărturisit) al "pierderii șansei" din prea multă scrupulozitate. Tot aici se încadrează și stăpânirea unor afecte penibile pentru anturaj ca: mânia, spaima, nedisimulată, etc. în cursul unor situații neplăcute pentru individ.

De asemenea actele de "refuz", "amânare", "ocolire", "reprimare" etc. a unor strategii adaptative menite astfel să conducă la diminuarea sau anularea AS, pot fi conduite echivalente dictate de aceleași considerente de ordin etic indiferent de consecința lor agravantă asupra tensiunii psihice, și așa crescute, prin nerezolvarea situației stresante. Dacă, prin aceste acte "de neacceptare a confruntării", echilibrul psihic este pe cale să revină la normal (prin "acordul" intervenit între un nou obiectiv și noi posibilități adaptative) nu tre-

buie ignorat faptul că, nici amânarea, nici celelalte strategii adaptative înfățișate, nu reușesc să înlăture total un sentiment de frustrație apărut din comparația - ce se impune de la sine - între soluția optimă (inaccesibilă) și un înlocuitor al acesteia (ori o soluție amânată).

Celălalt grup de neacceptare "inconștientă" a unor confruntări directe și/sau imediate cu exigențele AS, în baza unei evaluări a imposibilității subiectului de a le face față este constituit de:

b) acte inconștiente

Intervin în situațiile amenințătoare, atât la adresa integrității individului, cât și prestigiului acestuia ori a stării lui de confort psihic. Acest din urmă tip de situație stresantă poate fi exemplificat și de situațiile în care un AS relativ indiferent, fără semnificație stresantă per se, redeşeptată la subiectul afectat prin mecanism reflex condiționat - sentimente de adâncă trăiește prilejuite de o pierdere ireparabilă. Această trăire penibilă inundă psihicul individului, având tendința de a persista timp îndelungat. Într-o astfel de situație - în care evaluarea își pierde caracterul anticipativ (AS acționează instantaneu, ca de exemplu evocarea unei ființe recent dispărute de către un obiect al acesteia, descoperit întâmplător) - intervin, ca și în situațiile de tipul rezolvării unei sarcini - mecanisme conștiente sau inconștiente din categoria neacceptării confruntării cu dificultățile apărute.

Preluând unii termeni psihanalizști, deosebit de meritorii în ceea ce privește surprinderea unor relații psihice capabile să explice mecanisme implicate în apariția nevrozelor și a bolilor psihosomatice, vom încerca să le încadrăm, mai departe, în cadrul clasificării noastre:

b.1. Refularea, este un mecanism de scurt-circuit al conștiinței în cazul unei tensiuni psihice extreme generate în special de anumite imagini, idei, pulsioni sau dorințe penibile pentru subiect sau reprobate de mediul social. Prin aceste mecanisme tot ceea ce este de neacceptat pentru subiect se îndepărtează din planul conștiinței ajungând în sfera inconștientului sau este menținut în afara câmpului conștiinței către care caută neîncetat să revină. Tendințele refulate exercită o presiune permanentă dirijată "în sus" spre lumea conștiinței, dar nu reușesc acest lucru decât într-o formă simbolică (modificată, spre a nu fi deloc recunoscute de către subiect). După Freud, această pătrundere a refulărilor în conștiință are lor sub formă de **sublimări, acte ratate, vise și lapsusuri**. În ceea ce privește includerea refulării în categoria strategiilor inconștiente de neacceptare a unei situații de amenințare gravă, ea este în opinia noastră un mecanism de protecție, atât față de insuccesul anticipat, cât mai ales față de cel deja consumat (consecințele acestuia devin AS). Refularea se desfășoară paralel cu alte strategii adaptative "constructive" capabile să conducă la rezolvarea sarcinii. Aceste strategii adaptative (sortite succesului) produc o tensiune afectivă mult mai redusă decât cea pe care ar face-o invadarea conștiinței de către tendințele sau dorințele "repudiabile". Acestea din urmă stârnesc chiar și o adaptare eficientă la sarcină sau îndepărtarea voluntară din planul conștiinței a unor trăiri psihotraumatizante. Prețul refulării, cu caracter benefic în situația de "S.P. acut", este plătit ulterior, în special la subiecții nevrotici, de apariția unui "conflict permanent inconștient între tendințele refulate și conștiința morală care le reprimă", conflict ce generează o tensiune afectivă prelungită, premiză a unui "S.P. cronic".

b.2. Comutarea, reprezintă canalizarea inconștientă a trebuințelor, impulsurilor, motivelor - inclusiv a acelor "interzise" de dificultate însăși a satisfacerii lor - către obiective care pot fi atinse, procurând astfel o satisfacție durabilă subiectului.

În esență comutarea vizează obținerea unei recompense în diferite domenii dar Freud a consacrat termenul de **sublimare** prin care circumscrie aria recompenselor la domeniile artei și științei (ca obiective cu largă valorizare socială) și, de asemenea limitează sfera psihional-motivațională la cea sexuală. Pulsioniile sexuale sunt redirecționate către un scop non sexual. Considerând că nu numai pulsioniile (sexuale sau de altă natură) reprezintă o energie convertibilă în activități valorizate social, ci și o serie de sentimente profunde (dragoste, tristețe, de exemplu, în cazul marilor creatori de artă) - preferăm termenul de comutare, echivalent cu o "substituire" inconștientă. În situațiile stresante comutarea reprezintă o "redistribuire" a energiei afective ce amenință să "destabilizeze" sistemul psihic - către alte obiective "ce se hrănesc" din acest surplus afectiv și a căror împlinire atenuază nereușita (sau simpla amenințare a eșecului).

b.3. Proiecția reprezintă un alt mecanism de apărare descris de Freud prin care, de asemenea, "se descarcă" - inconștient - o stare de tensiune afectivă extremă, atribuindu-se unei alte persoane sau "obiect", sentimentele, dorințele, impulsurile pe care subiectul refuză să și le atribuie sau le îngoră. Dintre cele patru fațete ale proiecției, descrise de Laplanche și Pontalis ("**proiecția propriu-zisă**", "**percepția mediului refractată prin subiectivitate individuală**", "**transferul**" și "**identificarea**") primele două joacă un rol mai însemnat în mecanismele inconștiente de neacceptare a realității "neconvenabile" subiectului.

Astfel, în proiecția propriu-zisă subiectul atribuie altor persoane impulsul, dorințe pe care nu îndrăznește să și le recunoască (nici nu le refulează, nici nu le sublimează).

În cea de-a doua ipostază, el percepe și răspunde inadecvat solicitărilor mediului dar adecvat trebuințelor, intereselor, dorințelor sale, fapt ce-i asigură o diminuare a tensiunii sale afective sub nivelul pe care l-ar fi avut în cazul unei percepții exacte a semnificațiilor nocive.

b.4. Negarea (substituirea), caracterul amenințător al AS constituie o tendință inconștientă de a desprinde, dintre caracteristicile potențial nocive ale unor AS, pe acelea care cunt cel mai ușor contracarabile sau de a atribui AS o serie de trăsături pozitive, menite să le atenuze caracterul nociv.

O astfel de atitudine - sinonimă cu cea de toleranță și de compromis a puterilor occidentale amenințate de invazia Germaniei în preajma celui de-al doilea război mondial - desigur că minimizează primejdia și conservă un echilibru psihic chiar și artificial (prin autoînșelare). Cel mai elocvent exemplu din practica medicală îl considerăm pe acela de negare a unei evidențe terifiante, furnizat de către bolnavii incurabili sau de aceia care se află în preajma confirmării diagnosticului de cancer, după ce - într-o fază anterioară, de "cancerofobie" - s-au alarmat la cele mai mici aluzii la o astfel de boală.

Conduitele de "neacceptare" a unei realități constituite de o amenințare majoră la adresa subiectului, se caracterizează printr-o **atitudine de "autoînșelare inconștientă"** dar capabilă să confere individului o stare de confort afectiv capabil să potențeze alte strategii adaptative mai eficiente, unele - comutarea (inclusiv sublimarea) - oricând o alternativă menită să satisfacă aspirații înalte specifice numai ființei umane. Se observă că nivelul maxim la care aspiră individul prin toate strategiile utilizate este cel al, punerii lui de acord cu exigențele mediului social chiar cu prețul sacrificiului unor pulsioni și trebuințe elementare. Această stare conflictuală, mai mult sau mai puțin latentă, între exigențele - preluate, însușite, de individ de la mediul social (devenite "condiții interne") și motivația de esență biologică reprimată (voluntar - represiune sau involuntar - refulare) - constituie

un punct slab al acestor mecanisme de apărare creând o stare de tensiune afectivă ce atinge pragul S.P. sau poate favoriza instalarea acestuia în condițiile acțiunii unor AS minori.

C. Premise psiho-sociale de proliferare a stresului psihic

Stresul psihic (S.P.) este cel mai adesea superpozabil etiologiei psihogene (exclusive sau asociate la acțiunea altor factori etiologici) a unor boli interne, acționând cel puțin în mod favorizant în apariția practic a tuturor bolilor interne.

S.P. este responsabil - **la cei 30 % - 40 % din bolnavii prezentați în serviciile de medicină internă cu tulburări funcționale sau nevrotice (Negoiță)** - de apariția acestor simptome; de aceea, munca internistului - adesea apelând la anlice costisitoare (care "ies" normale) și la medicația simptomatică, atingând nivelul polipragmaziei - se îndreaptă în direcția afirmării, prin negarea unor leziuni ale diferitelor organe, a unei etiologii psihogene.

Cunoașterea cauzelor de ordin general din sfera intimă a individului care au condus la proliferarea S.P. în societatea contemporană are deci o valoare cu implicații practice în însăși exercitarea actului medical.

Încă din comuna primitivă, stresul psihic a făcut parte integrantă din viața omului cea de toate zilele, dar în societatea contemporană s-a adâncit la maxim discrepanța dintre zestrea adaptativă bio-psiho-socială a individului și exigențele ajunse la nivel maxim din partea mediului, nu atât natural cât social (adică invers decât în zorii dezvoltării societății umane). Prin ce se caracterizează această mutație în direcția diminuării posibilităților adaptative line, fără stres psihic, ale individului față de exigențele mediului complex, social prin excelență, al zilelor noastre?

1. FACTORI SPECIFICI PROGRESULUI TEHNIC: SUPRASOLICITAREA PSIHICĂ PRIN CREȘTEREA EXIGENȚELOR SOCIO-PROFESIONALE

În prima grupă de factori favorizanți ai stresului psihic la omul contemporan, cea a **factorilor suprasolicitanți specifici progresului tehnico-științific**, am încercat o evaluare personală a proceselor psihice fundamentale care sunt chemate să mențină individul într-o stare de echilibru psihic compatibil cu satisfacerea unor nevoi psihice minimale.

a) **Procesele psihice cognitive** (senzații, percepții, reprezentări, noțiuni, atenție, memorie, gândire etc.) sunt suprasolicitate de: complicarea și reluarea în diferite etape ale vieții (specializare, reciclare, policalificare etc.) a procesului de instruire, plasarea accentului pe latura intelectuală a activității profesionale și bombardamentul informațional care suprasolicitează mecanismele de decizie și creează o profundă stare de frustrație etc.

b) **Procesele psihice din sfera volițională** suprasolicitate, sunt, de fapt legate de prelungirea voluntară a efortului adaptativ pe care îl incumbă desfășurarea proceselor cognitive în condițiile menționate mai sus, și anume: **prelungirea duratei școlarizării** și pregătirii viitoarei profesii, necesitatea **inhibării voluntare a componentei motorii de răspuns** la unii stimuli psihici nocivi, încordarea prelungită necesitată de luarea cu discernământ a unor decizii rapide asupra informațiilor "de esență" în raport cu altele "necesitabile" (atât în activitatea profesională cât și în cea din timpul "loisir"-ului). În plus, ca o cerință indusă de reglementări variate impuse de societate, procesele voliționale sunt

cvasipermanent solicitate în direcția estompării proceselor emoționale (uneori chiar și cele mai simple, ca de exemplu legate de satisfacerea unor trebuințe, elementare), mai cu seamă când acestea contravin normelor sociale cu caracter restrictiv (deși în planul general al colectivității, individului i se oferă o protecție contra efectelor negative ale anarhiei și izolării - Warnes și Wittkower).

c) **Procesele motivaționale**, din cauza stabilirii unor alte criterii de ierarhizare socială a indivizilor, suferă și alte mutații în direcția **diminuării receptivității față de trebuințe, impulsuri, etc. legate de latura biologică** a individului în favoarea unor motive superioare, ale conduitei: **nevoia de prestigiu, stimă sau cea de securitate** (Bonneton) ori în direcția satisfacerii unor sentimente dar și a unor probleme sexuale adesea "deghizate" (cum a demonstrat-o Freud referitor la "sublimare", de exemplu).

d) **Procesele afective**, constituie în esență un ecou extrem de fidel al oricărui proces psihic în curs de elaborare, dar mai ales de evaluare anticipativă ori retroactivă a valorii de utilitate pentru individ a unei strategii adaptative.

Ele sunt cel mai frecvent solicitate în cadrul vieții noastre contemporane și reprezintă, atunci când depășesc un anumit prag și au o tonalitate negativă, unul din cele mai frecvente indicii (markeri) ai stresului psihic.

Din acest motiv se și pune adesea (în mod justificat) **semnul de egalitate între stresurile psihice și stările afective cu coloratură negativă**, uitându-se, de exemplu, faptul că **o activitate epuizantă pe fondul unei mulțumiri date de o motivație intrinsecă puternică** (de exemplu rezolvarea prelungită a unor rebusuri sau probleme de matematică) poate constitui și ea un stres psihic (indus de rezolvarea unei sarcini cu conținut predominant cognitiv și deci, în lipsa unei tonalități afective negative supradimensionate).

Încercând o **sistemizare a stărilor afective negative** generate de factorii suprasolicitanți ai vieții contemporane este suficient să includem într-o primă categorie rezonanță afectivă negativă față de **eșecul adaptativ**, (deja apărut sau numai anticipat), rezultat din insuficiența proceselor cognitive și voliționale suprasolicitate de mediul eminent social.

În cazul în care individul își cenzurează afectele de tipul mâniei, furiei etc., stările afective generate în aceste cazuri, sunt: frustrarea, anxietatea, depresia, iar expresia lor comportamentală variază între apatie și agresivitate. Într-o a doua categorie - trebuie să includem **nesatisfacerea motivațiilor de afirmare** a capacităților creative ale individului ca și a **nevoilor sale de afiliere** (la o persoană, grup sau valori instituite social etc.) nesatisfacere care poate rezulta adesea dintr-o subsolicitare de către societate a unor disponibilități reale (sau imaginare) care dau un temel motivațional (desigur că și o suprasolicitare unilaterală a unor disponibilități anulează "afirmarea" altor motive la fel de "îndreptățite" spre a fi satisfăcute).

2. FACTORI DE POLUARE ȘI DE DEZORGANIZARE A VIEȚII SPIRITUALE

Nu trebuie omis rolul constrângerii individului la efectuarea unor activități total indezirabile, în condițiile suportării terorii, proprii regimurilor de dictatură.

A doua grupă de factori favorizanți ai stresurilor psihice contemporane, decurgând din prima grupă, include deșeurile dezvoltării societății contemporane, adică ale progresului tehnico-științific și ale modului de viață dotat cu un grad de confort mult crescut. Printre cele mai reprezentative considerăm:

a) Poluarea fizică și chimică cu restrângerea mediului natural

Dintre numeroșii agenți poluanți am dori doar să amintim zgomotul industrial dar și al conviețuirii din aglomerațiile urbane, inclusiv al mijloacelor de transport (cunoscutul studiu al lui A. von Eiff despre zgomotul aeroportului din Hamburg și relația lui patogenă în HTA).

b) Lipsa unei recuperări adecvate după suprasolicitățile profesionale și extra-profesionale.

Aici putem include: diminuarea activității fizice în favoarea unor preocupări sedentare, inclusiv practicarea abuzivă a automobilismului (cu consecințe ce depășesc acest paragraf), neadecvarea la posibilitățile aptitudinale sau conjuncturale a mijloacelor de recreere și în sfârșit, incultura unei mari mase de cetățeni (mai ales în țările cu un standard de viață redus dar și în cele dezvoltate, în care pregătirea unilaterală pe direcții strict profesionale împiedică formarea unei culturi multilaterale).

În plus, generatoare de S.P. mai este satisfacerea inadecvată (peste măsură sau sub limita normală) a unor "trebuințe naturale" (alcoolism, viață sexuală abuzivă ori insuficientă), sau sociale (comunicare mai redusă, mai ales la cei "dezdăcinați" în înțelesul urbanizării etc.).

c) Accentuarea inegalităților sociale

Rolul sărăciei și/sau șomajului (generator de S.P. cvasipermanente) și cel al "opulenței plictisite", fiind unite de aceea ce Toffler consideră "**mișcări culturale deviate**" (toxicomanie, apatie, nihilism, violență) și în care noi am include, în plus, activitățile nocive, iluzorii cu caracter activ (terorismul) sau pasiv (secte de cult irațional).

Capitolul 6

DATE EPIDEMIOLOGICE ȘI EXPERIMENTALE ÎN FAVOAREA IMPLICĂRII STRESULUI PSIHIC ÎN PATOGENEZĂ

Cu mult înainte de fundamentarea conceptului de S.P., chiar în vremea lui Hippocrate, a fost demonstrată legătura dintre viața psihică a individului (implicit ceea ce ulterior s-a numit S.P.) și apariția unor boli, germeii viitoarelor cercetări epidemiologice fiind reprezentați de observațiile clinice.

Odată cu apariția medicinei experimentale și, mai târziu, a psihologiei experimentale și a psihofiziologiei experimentale și a psihofiziologiei, au apărut și tentative de a produce multiple variante de inducere a unor reacții emoționale și de a evalua consecințele lor, atât asupra psihicului, cât și asupra diferitelor funcții ale organismului.

În sfârșit, după definirea noțiunii de stres general și de S.P. în particular, s-au diferențiat și mai mult tentativele de studiu în ambele direcții, intercorelate. Astfel epidemiologia a furnizat ipoteze pentru studiul experimental al influenței diferitelor S.P. asupra pa-

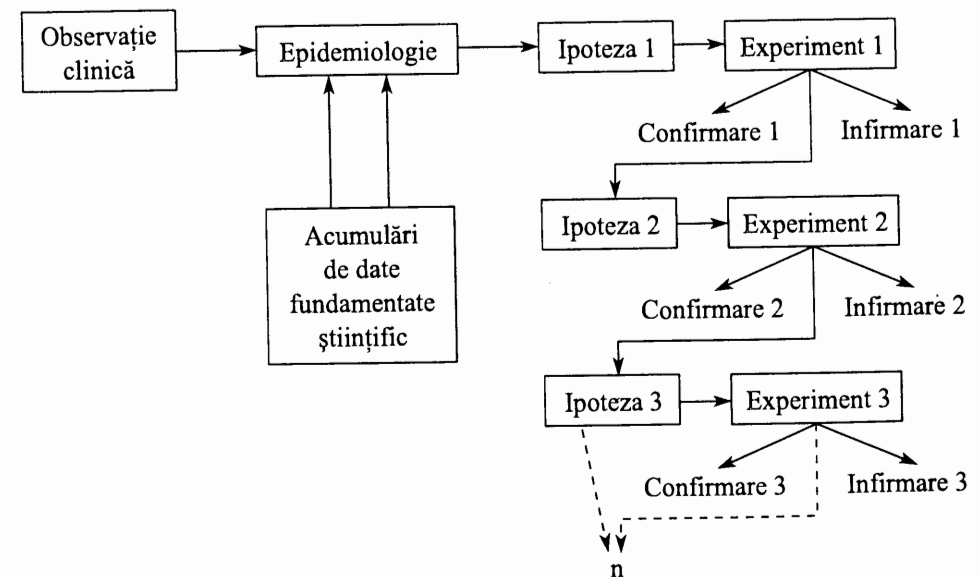


Figura 5

togenezei iar rezultatele experimentale - evidențiind modificările unor markeri ai bolilor interne - au impulsionat studii epidemiologice cu privire la variabile din câmpul vieții socio-profesionale ori familiale, capabile să conducă la creșterea incidenței anumitor boli cu componentă psihogenă importantă (în primul rând a bolilor psihosomatice). O astfel de intercorelare este înfățișată în figura nr. 5.

În cele ce urmează, vom încerca o abordare separată a ambelor categorii de date: epidemiologice și experimentale.

I. DATE EPIDEMIOLOGICE

Reprezintă o cumulare de date în favoarea intervenției S.P. în patogeneza dar și a validării unor situații psihotraumatizante ca agenți stresori. Respectând criteriul cronologic vom distinge:

1.1. Epoca de dinaintea apariției conceptului de S.P.

Corespunde observațiilor referitoare la diferitele situații din viața individului cu rezonanță de veritabil SP (omologare ușor de făcut, dată fiind perenitatea lor, mai ales a celor din viața intimă, familială) și la influența lor asupra sănătății psihice și somatice a individului.

În antichitate, în afară de *Hipocrate* - părintele medicinei holistice, subliniind unitatea dintre psychè și soma - *Empedocle* din *Agrigentum* a relevat rolul jucat în patogeneza de forțe psihice ca "ura și discordia" iar *Galenus* a inițiat o metodă care a precedat una dintre tehnicile actuale de detectare a emoției, prin urmărirea variabilității pulsului (accelerare de regulă, în cazul provocării unor emoții, de ex. în timp ce sunt rostite numele posibile a aparținute ființei iubite de subiectul testat). Acest procedeu a fost preluat mai târziu și de către *Avicenna*.

Aceasta avea să relateze, în vremea sa, și alte simptome psiho-somatice, ca: "respirația neregulată, mișcarea neostenită a genelor", modificări afective contrastante brusc apărute (râs-plâns), toate fiind urmarea unui SP generat de dragostea neîmpărtășită. Aceste aprecieri asupra lui *Avicenna* au fost desprinse din docta și aparent ermetica lucrare plurivalentă a lui *Umberto Eco* intitulată "Numele trandafirului". Tot în această lucrare - și tot în legătură cu același tip de SP - sunt citați o serie de autori medievali ca: *Massimo* din *Bologna*, *Ibn Hazin* și *Basilio D'Ancira* (acesta din urmă susținând că "dragostea intră pe calea ochilor" și că, în caz de absență a ființei iubite, îndrăgostitul "cade la pat" și "atunci, răul înlătură somnul și dă leșinuri") (U. Eco, p. 322-323).

Școala din Salerno, la începutul acestui mileniu, avea să includă observațiile medicale și pe acelea referitoare la apariția unor boli somatice ca urmare a emoțiilor, grijilor și suferințelor (Brătescu).

Însă adevăratul salt în domeniul studiilor epidemiologice asupra legăturii dintre SP și bolile interne a fost înlesnit de celebrele cercetări ale lui *Pavlov* asupra activității nervoase superioare și a reflexelor condiționate, cercetări amplificate de continuatori ai doctrinei pavloviste, *Bikov*, *Kurțin*, *Speranski* și alții care au fundamentat mecanismele prin care scoarța cerebrală și structurile subcorticale influențează activitatea tuturor organelor interne.

Aceste cercetări au oferit un substrat observațiilor epidemiologice cu caracter analitic care încercau să acrediteze ideea unei cauzalități psihice (prin existența unui SP) pentru unele tulburări somatice. Înșiși autorii menționați, ca și alți autori care s-au ilustrat în domeniul cercetării fiziologice, au emis argumente în favoarea unei incriminări a SP în patogeneza.

Astfel *Bikov* a notat printre altele "legătura dintre starea psihică și diaree, constipații atone, fenomene spastice, poliurii și diferite erupții ale pielii...". *Speranski* atrage atenția asupra unei "acțiuni trofice" exercitate de SNC asupra organelor interne, acțiune ce este tulburată de factorii emoționali.

În urma suprimării sau diminuării influenței trofice a SNC asupra organelor interne apare boala (somatică)(cit. de *Văleanu* și *Daniel*).

Un loc aparte îl ocupă și cercetările lui *von Bergmann* care introduce noțiunea de "tulburări funcționale", pe de o parte ca expresie a influențării activității interne de către tulburările psihice și, pe de altă parte, ca o etapă premergătoare apariției unor tulburări organice, având substrat lezional.

Freudismul care a oferit o bază reală pentru studii psihologice menite să descifreze o lume variată și, până atunci necunoscută, de agenți capabili să tulbure echilibrul psihic al individului, deci și să genereze tulburări psihosomatice - a introdus noțiunea de "conversiune" prin care era desemnat mecanismul de "transformare a unor conținuturi psihice în simptome somatice" (cf. *Văleanu* și *Daniel*). Dacă înlăturăm diferitele "complexe" freudiste din "conținuturile psihice" și introducem în locul lor - ceea ce după *Selye* s-au numit - agenți stresori, vom obține o formulă adecvată la realitatea observațiilor clinico-epidemiologice care atestă legătura dintre o traumă psihică și apariția unui simptom sau chiar sindrom somatic (de exemplu cefalee, criză de tetanie, tahicardie paroxistică, erupție urticariană etc.).

Cercetătorii de elită din școala freudistă au adus contribuții majore, indiferent de ecesele lor psihanalitice, la statuarea unor concepții prin care se legitimează influența factorului psihic asupra sănătății somatice a individului. Astfel *Felix Deutsch* și *F. Alexander* introduc în 1926 noțiunea de "psihosomatică" pentru determinismul psihogen al unor tulburări sau boli somatice (termenul psihogeneza a fost introdus de *Sommer* (1890), iar cel de psihosomatică de către *Heinroth* încă din 1818, dar în sens limitat, de referire la rolul factorilor psihici în apariția insomniilor).

De asemenea **Flanders Dunbar** - care a căutat să impună atenției cercetătorilor studierea profilului de personalitate a bolnavului (în concepția autoarei capabil să confere o predispoziție pentru anumite boli psihosomatice: ulcer, hipertensiune, astm etc.) - a subliniat o serie de aspecte, rămase valabile și în zilele noastre, legate de "somatizarea afecțiilor și a emoției cronice". Aceste aspecte sunt traduse în limbajul actual, axat pe termenii SP, în "semnificația" stimulilor stresanți, "intensitatea" și "durata lor de acțiune", "starea fiziologică a individului în momentul în care suferă acțiunea unui SP" ("șoc emotiv") în termenii utilizați de *Dunbar* în 1935).

În sfârșit **F. Alexander** - care a căutat să acrediteze ideea unei corespondențe între un anumit tip de situație psiho-emoțională ("conflicte afective specifice") și o anumită boală psihosomatică, mereu aceeași (teorie contrazisă de observații și cercetări ulterioare) - are meritul de a fi emis teoria nevrozei negative.

Deși este abandonată astăzi (ca terminologie) această teorie a atras interesul cercetătorilor asupra rolului jucat de SNV în reacțiile de stres, iar postularea de către aceiași autori a unei implicări simpatice, în apariția tulburărilor cardio-vasculare și parasimpatice, în tulburările digestive, pare a fi încă valabilă.

1.2. Epoca actuală

După Selye, în a doua jumătate a secolului nostru, cercetătorii care au abordat epidemiologic SP și au perfecționat metodele de studiu.

Astfel, odată cu izolarea "factorilor de risc" în contextul bolilor ce au un determinism plurifuncțional, atenția acordată factorului psihic - ca agent etiologic primar sau adjuvant este sinonimă cu cercetarea tipurilor de SP, a vulnerabilității particulare (constituționale, conjuncturale) a individului la SP și implicit a tulburărilor patologice care apar prioritar sub acțiunea SP.

Cercetarea epidemiologică îmbracă aspecte noi, științifice; epidemiologia descriptivă și analitică (axată pe studii retrospective și prospective) se cuplează cu metode statistice, matematice (calcul matematic și electronic) culminând cu metode capabile să confere un grad sporit de probabilitate unor ipoteze etiopatogenice (inclusiv cele referitoare la SP).

Aceste metode sunt: *metoda deducției epidemiologice* - care permite studierea diminuării frecvenței unei boli când factorul presupus cauzal este înlăturat și *metoda experimentului epidemiologic* - care permite studierea unor parametri (de ex. markeri ai SP) în "condiții naturale, concrete, ale vieții oamenilor și colectivităților" (Ivan și colab.).

În cele ce urmează ne vom referi cu precădere la prima metodă, întrucât experimentul epidemiologic va fi tratat la subcapitolul consacrat datelor experimentale referitoare la SP și bolile interne.

1.2.1. Cercetări epidemiologice în legătură cu natura agenților stresanți (situații stresante generale specifice epocii contemporane și cu caracter profesional ori familial)

a. - *SP cotidiene*, estimate de Carruthers, cum s-a mai arătat, la cca. 100 pe zi, au fost studiate atât din punctul de vedere al acțiunii AS, cât și al cantității de catecolamine și/sau cortizol secretate în exces față de nivelul normal.

În afara SP cotidiene (obișnuite, situaționale), există și SP ocazionale de factori ecologici nocivi, cum ar fi zgomotul urban (zgomotul din jurul unui aerodrom german, studiat de Von Eiff, ca factor generator de SP și incriminabil în etiopatogenia HTA).

b. - *SP specifice societății contemporane* în țările dezvoltate, industrializate, include - între altele - vorbitul în public, conducerea automobilului, interferența unor activități profesionale cu factori perturbanți în condiții de criză de timp, mulțimea examenelor și concursurilor necesare calificării profesionale, mutațiile profesionale (alături de migrarea populației din mediul rural în cel urban) etc.

O analiză extrem de instructivă a efectuat-o Moga și colab. care - studiind SP implicat de o importantă modificare a statutului socio-profesional la 198 adulți tineri promovați, din rândul muncitorilor dotați, într-o muncă de organizare și conducere - au evidențiat o creștere de 3-4 ori a lipidelor serice, precum și creșteri semnificative ale TA și ale greutății corporale la acești subiecți în raport cu lotul martor.

1.2.2. SP implicat de schimbări recente în viața diferiților indivizi (Scalele lui Holmes și Rahe; Rahe și colab.)

Diferitele schimbări recente în viața familială, profesională și în legătură cu starea sănătății unui individ au fost corelate cu apariția unor boli sau a unor complicații ale unor

boli deja constituite, după cum s-a arătat într-un paragraf anterior. Cert este faptul că astfel de situații pot fi echivalate cu un veritabil S.P., de regulă major și cu acțiune prelungită, și nu este surprinzător că studiile efectuate pe indivizii respectivi s-au axat mai puțin pe studierea markerilor obișnuiți ai SP - considerat ca inevitabil - cât pe apariția, în urma SP implicate de schimbările de viață, a unor procese patologice, uneori chiar a deceselor ori cel puțin a unor comportamente aberante.

1.2.3. SP caracteristice unor profesii, prin definiție "stresante"

Aici putem include profesiile de: piloți de încercare, militari aflați pe front, controlorii de trafic aerian, cosmonauți etc. exemple la care ne vom referi la paragraful consacrat datelor experimentale.

Important este de semnalat că *nivelul calificării* (extremitatea superioară - intelectuații, cea inferioară - muncitorii necalificați) se corelează pozitiv cu mortalitatea prin arteroscleroză coronariană, cum concluzionează un studiu efectuat de Levy în 1987. De asemenea unele profesii - cum este cea de medic (iar în sânul ei omnipracticienii și anesteziștii sunt cei mai expuși, în raport cu dermatologii) - prin încărcătura lor mai mare în SP, dau un număr sporit de bolnavi coronarieni (Levy - 1972) și reduc speranța de viață a celor care le practică (Straser). Un studiu dens în semnificații, referitor la influența unor agenți stresori, prezenți la locul de muncă, asupra desfășurării activității profesionale a fost efectuat de Müller - Limmorth. De asemenea, recent (1992) Anghel consacră un capitol de sinteză problemelor S.P. profesional.

1.2.4. Studii epidemiologice centrate pe o anumită funcție a unor organe și aparate, raportată la tipurile de situații stresante

În atenția noastră exemplificăm din mulțimea de studii epidemiologice referitoare la influența SP asupra unui anume domeniu al patologiei, numai pe acelea care au în vedere stabilirea relației cauzale între SP și modificarea unor *parametri ai funcțiilor imunitare*.

Astfel, referitor la tuberculoză, Holmes și colab. au evidențiat și existența unor condiții psiho-sociale nefavorabile încă cu 2 ani înainte de izbucnirea bolii.

De asemenea, stresurile acute sau cronice familiale a fost invocate ca factori favorizanți pentru apariția infecțiilor streptococice ale căilor respiratorii (Meyer și Haggerty). În această direcție putem cita și observațiile noastre care au evidențiat o frecvență net crescută a infecțiilor acute de căi respiratorii superioare (IACRS), bacteriene sau virotice la studenții nevrotici, comparativ cu un lot de studenți fără afecțiuni nevrotice (Iamandescu, 1976).

De altfel această observație a noastră concordă cu rezultatele unui studiu efectuat pe studenți fără nevroze de către Jacobs în 1969 și 1970 care au corelat frecvența crescută a IACRS cu eșecurile și izolarea socială a acestora. O observație cu caracter general privind receptivitatea crescută față de infecții, a fost făcută la noi de către Mironescu în anul 1938, care afirma că "în epidemii înspăimântătoare trec mai ușor cei cu moral ridicat" (M. Voiculescu, 1988).

În privința rolului negativ jucat de SP în apariția vindecării unor boli infecțioase putem cita studiul efectuat de Greenfield și colab., care, utilizând criteriile hematologice, corelează restabilirea întârziată a unor bolnavi cu mononucleoză infecțioasă, cu o personalitate a acestora mai vulnerabilă la SP (corespunzând unui Ego mai slab - "low strenght Ego").

Loce și colab. reușesc o demonstrație polivalentă, referitoare la relația dintre SP și activitatea celulelor killer naturale ("NKC activity"). Astfel, studiind combinația dintre "schimbările de viață" (life changes) și simptomele psihiatrice prezentate de subiecții lotului cercetat, autorii găsesc o corelație între scăderea "NKC activity" și apariția unor simptome nevrotice (anxietate și depresie în special) la subiecții cu "schimbări de viață" crescute. Acest fapt aruncă o lumină asupra rolului semnificației (stresante) a schimbărilor de viață respective, deoarece la subiecții fără simptome psihiatrice, "NKC activity" a fost găsită normală chiar în condițiile unor schimbări frecvente ale modului de viață.

De asemenea, pornind de la un experiment propriu referitor la funcția fagocitară a neutrofililor în condițiile privării de somn - Palamblad demonstrează în 1976 scăderea acestei funcții la persoanele a căror profesie îi obligă la un program neregulat, cu implicații asupra somnului (medici, militari și muncitori lucrând în schimburi).

2. DATE EXPERIMENTALE

O impresionantă acumulare de date experimentale, pe om și animal, inclusiv imaginarea unor modele de situații stresante ori de agenți stresori cu "efect sigur", au căutat să răspundă unor întrebări ale cercetătorilor pe care le putem statua ca adevărate *obiective de studiu experimental*:

1) Cercetarea indicatorilor fiziologici și comportamentali capabili să ateste starea de SP și, în același timp, să confirme calitatea de AS a unei situații cu frecvență crescută în existența socio-profesională și familială a majorității indivizilor.

2) Stabilirea structurilor cerebrale implicate în procesele de evaluare a semnificațiilor AS, de decizie și de coordonare a reacției întregului organism (cu tentă adaptativă și de urgență anticipativă), în fața nocivității scontate a situației căreia individului trebuie să-i facă față.

3) Studiul mecanismelor fiziologice solicitate în cursul S.P. și desprinderea acelor reacții cu efect potențial nociv asupra integrității psihice și somatice a individului;

4) Evidențierea unor circumstanțe epidemiologice cu frecvență crescută, având implicații profesionale și în existența particulară a individului, concomitent cu înregistrarea unor parametri psihici și somatici modificați electiv în situațiile respective.

5) Studii psihofarmacologice vizând protecția față de SP realizată de unele medicamente.

6) Evaluarea unor conduite eficiente, apelând la aceiași indici fiziologici și comportamentali studiați anterior ca "markeri ai SP" ori studiind modificările antagoniste acțiunii nocive a SP.

Deși experimentele pe animal, cunoscând o "epocă de aur" în anii 1925-1930 sub conducerea lui Cannon, au marcat un avans substanțial cronologic față de studiile efectuate pe om, vom începe totuși cu analiza acestora din urmă, dată fiind valoarea lor superioară.

2.1. Studii experimentale asupra SP la om

Obiectivele mai sus menționate pot fi sistematizate în legătură cu:

a) **Statuarea unor modificări comportamentale și psihologice (markeri comportamentali și psihofiziologici ai SP) ca și a unor tehnici corespunzătoare, capabile să le pună în evidență, aflate deja în dotarea laboratoarelor moderne de psihofiziologie.**

Aceste date au fost amintite la paragraful consacrat diagnosticului SP (mai precis al "intrării în stres").

b) Stabilirea zonelor corticale și subcorticale, ca și a formațiunilor cu rol integrativ cortico-subcortical (sistemului limbic, hipotalamusului, formația reticulară etc.) implicate prioritar în SP.

Studiile au avut la bază date furnizate de neurochirurghi (Penfield, Cushing etc.) care au studiat efectele directe excitatoare (mecanice sau electrice) asupra unor zone corticale și efectul ablațiilor chirurgicale (pentru tumori cerebrale de ex.) ale unor regiuni mai întinse. Astfel în studii referitoare la lobectomiile frontale sau prefrontale, autori ca Moritz, Rylander, Egan, Flemming etc. (cit. de Ciofu) au demonstrat rolul cert al lobilor frontali în apariția manifestărilor prin reglarea furiei și anxietății de ale căror manifestări neuro-vegetative și simpatice ei sunt responsabili la nivel de comandă superior, cortical (Arnold).

Stimularea electrică a lobului temporal, în schimb, a declanșat la subiecții respectivi senzații plăcute (Delgado) în timp ce stimularea amigdalei le-a provocat o stare de frică (Chapman), iar la subiecții excitați electric la nivelul amigdalei și a părții rostrale a hipocampului au apărut stări afective complexe de frică și furie (Deutsch) (autori citați de Ciofu).

De asemenea, stimularea diencefalului caudal, a tegmentului mezencefalic și a hipocampului produce tabloul somatic și neuro-vegetativ al mâniei (Ciofu).

În plus, folosirea EEG a permis studierea unor proprietăți funcționale ale SNC cu rol în nuanțarea unor particularități ale SP: reacția de orientare, elaborarea reflexelor condiționate, viteza de stingere a lor (Ciofu).

Rezultatele acestor observații experimentale la om sunt întregite de multitudinea studiilor efectuate pe animal, mult mai accesibile cercetătorului psihofiziologist.

c) Aprofundarea unor mecanisme fiziologice solicitate în cursul SP și capabile să influențeze anumiți parametri funcționali a căror alterare poate produce apariția bolilor psihice sau psiho-somatice (dar cel mai frecvent bolile psiho-somatice)

Ne vom limita la expunerea unor tipuri de experiențe efectuate în scopul studierii funcțiilor organelor interne, pe care le-am sistematizat pe aparate:

- *Aparatul respirator.* A fost mult studiat variația frecvenței respiratorii sub influența SP. Cercetătorii care au studiat stresul au cercetat și permeabilitatea bronșică în condiții de SP, începând cu Tiffeneau care a stabilit scăderea pragului critic la acetilcolină sub acțiunea SP și continuând cu cercetări care au evidențiat rolul reflexelor condiționate în apariția bronhoconstricției (autori citați de Kourisky, Păun și colab.) ș.a.m.d. În ceea ce ne privește, am demonstrat într-o lucrare experimentală (1976) creșterea permeabilității bronșice la nevrotici și scăderea ei la astmatici în cursul aceluiași test de inducere a SP printr-o tehnică imaginată de noi (în 1975).

- *Aparatul cardiovascular.* Activitatea cardiacă a fost studiată, nu numai la nivel de variații ale TA și pulsului în cursul SP, ci și a modificărilor ECG cum sunt: subdenivelarea segmentului ST (Klumbies) în cursul producerii SP prin hipnoză și creșterea amplitudinii undelor R și T la subiecți în momentul începerii examenului (Pastukina).

Referitor la modificările ritmului cardiac, nu orice SP produce, așa cum ne-am fi așteptat, tahicardie. În anumite situații (resemnare de ex.) apare o reducere a contracțiilor cardiace, în contrast cu accelerarea relevantă în starea de teamă anticipativă, trăită de subiecții unui experiment în care s-a prezentat subiecților un film stresant (Levental). Alte date referitoare la activitatea cardiacă, inclusiv tulburările de ritm, ca și la TA în timpul

SP vor fi prezentate la capitolele respective. Ar fi doar de menționat valoarea unor studii pletismografice care arată că emoțiile produc un răspuns vasomotor diferențiat, vasoconstricție periferică (frica) și vasodilatație (rușinea) (Teichner).

În plus, chiar și emoțiile pozitive (de exemplu, un film comic) produc tot modificări de tip vasoconstrictor (Stanack citat de Ciofu). Totuși se impune includerea acestor modificări vasomotorii **în contextul celorlalte manifestări fiziologice corelate cu o stare psihică adesea complexă** (caracteristică unui SP chiar la un AS simplu) și **cel al stării de sănătate de moment** (ex. un eustress generator de răs prelungit, în timpul vizionării unei comedii, poate fi responsabil de declanșarea unui acces de astm la un bolnav cu o mare componentă vagală a astmului). De asemenea studiul reactivității față de catecolamine a vaselor pulmonare a fost găsită crescută la subiecții hipertensivi, ceea ce ar putea explica vulnerabilitatea hipertensivilor la reacția catecolaminică din SP.

- *Aparatul digestiv*. Principalele funcții ale tractului digestiv: secretorie și motorie s-au pretat relativ ușor la studiu în condițiile SP. Astfel au fost descrise cardiospasmе cu expresie radiologică sub influența unor emoții produse pe calea hipnozei (Klumbies), modificări ale aspectului (palid sau congestiv) și secreției mucoasei gastrice la un bolnav cu o fistulă gastrică (celebrul Tom, studiat de Wolf) în condiții de interviu cu inducție a unor stări emoționale variate, precum și modificări ale motilității gastrice, intestinale și biliare în condițiile de stres (Klumbies). Din multitudinea studiilor experimentale (alături de cele epidemiologice) referitoare la ulcerul duodenal, se va aminti capitolul respectiv.

Modificările metabolismului lipidic, colesterolului și glucidic (nivelul glicemiei) vor fi amintite și ele în legătură cu rolul SP în apariția obezității și diabetului zaharat.

Modificările imunologice induse de SP au format chiar obiectul unor lucrări la nivel veritabil tratat, cum este cel sub redacția lui Ader.

În ceea ce privește datele experimentale, vădind un aspect imunodeprimant al SP, am putea aminti pe cele ale lui Jemnot și colab. care au evidențiat scăderea IgA secretorie în saliva studenților cu ocazia SP implicat de examene.

Bartrop și colab. au evidențiat o deprimare semnificativă față de un lot martor a răspunsului limfocitelor la un grup de subiecți ale căror soții decedaseră cu 6 săptămâni în urmă.

În sfârșit, un experiment foarte instructiv - privind nu numai rolul SP, ci și unele criterii cronologice în legătură cu tehnica unor vaccinări - a fost întreprins de Palmbald și colab. care au studiat evoluția titlului anticorpilor asupra unor șoareci vaccinați astfel: un sublot înainte și un alt sublot concomitent cu sau după inducerea unui SP. Rezultatele au demonstrat că morbiditatea și mortalitatea prin infecții au fost scăzute la șoarecii la care SP a precedat inocularea vaccinului, în timp ce apariția acestuia în timpul sau după efectuarea vaccinării a condus la scăderea producției de interferon și la creșterea morbidității infecțioase.

Problema imunodeprimării, ca efect negativ al SP, devine mult mai complexă dacă ne referim la afecțiunile alergologice de tip atopic în special, caracterizate prin hiperproducția de anticorpi (IgE în evasitotalitatea situațiilor) și aflate într-o demonstrată dependență de stările conflictuale intense și prelungite la care SP, cu efect imunodeprimant ar trebui să aibă efect benefic, situație neconformă cu validitatea clinică. De asemenea și în bolile autoimune se incriminează printre factorii de risc stresurile psihice (eventual și indirect) prin modificările endocrine generate de SP și prin alte influențe exercitate direct asupra organelor țintă.

Cercetări recente 1987-1990 elimină această controversă prin aceea că - evidențind scăderea interferonului gamma (produs de limfocite) de circa 20 de ori față de nivelul bazal, în timpul perioadei examenelor la studenți - Glares (cit. de Ballieux) demonstrează astfel un substrat al posibilității creșterii secreției IgE antagonizată de interferonul gamma.

d) Experimentele psihofiziologice intricate cu date epidemiologice reprezintă o metodă având avantajele experimentului "in situ", direcționat de observația epidemiologică și furnizând argumente sedimentate ulterior în noțiunile de etiopatogeneză a unor boli. Acest tip de experimente permit izolarea unor factori de risc specifici unor profesii, unor situații de viață ce pot fi evitate, etc.

Am încercat o clasificare pe bază epidemiologică a unor experimente întreprinse de diferiți autori, prin care subiectului stresat i s-au efectuat diferite înregistrări (parametri umorali, electrici etc.) dominate de studiul diferiților hormoni de stres.

d.1. Situații profesionale generatoare de SP

Constituie un rezervor inepuizabil de studii psihofiziologice, anumite condiții ale activității implicând existența unui SP aproape pentru oricare subiect angajat în sarcinile profesionale respective. Am dori să menționăm aici studiul eliminării 17-OHCS la medicii care lucrau pe elicoptere sanitare în războiul din Vietnam și la care nivelul reacției corticopurarenale era normal în timpul activității lor pline de primejdii ("antrenament" realizat anterior experimentului). În momentul în care unuia dintre medici i-a apărut o suprainfecție a unei răni căpătate în misiune, nivelul 17-OHCS a crescut brutal, exprimând o reacție la un nou agent stresor (AS) reprezentat de o situație neobișnuită și conținând germenii unei amenințări, din altă direcție, la adresa vieții subiectului respectiv (Rose). Această observație ilustrează convingător și sindromul de disprotecție deja amintit.

De asemenea Rose evidențiază persistența secreției catecolaminice, în condițiile normalizării eliberării de cortizol, la controlorii de trafic aerian și virajul secretor al hormonului somatotrop (GH) sau prolactinei (PRL) - de la nivel crescut spre cel obișnuit - la piloții de încercare, odată cu dobândirea experienței de zbor etc.

d.2. Situații competiționale (în sport, dar și examenele studențești)

Au fost analizate "starea de start" și hormonii de stres eliberați la parașutiști (reacție scurtă, anticipativă, cortizolică, cu revenire înainte de săritură - Udine), la maratonisti (GH, cortizol, catecolamine, toate crescute), la automobilisti și la schiori (reacții disociate) (Keul).

În privința emoțiilor generate de examene, la studenți, datele furnizate de Bloch și colab. au demonstrat o idee pe care și alți psihologi au intuit-o pe baza observațiilor clinice la adresa expresiei comportamentale: reacțiile cortizolice anticipate nu sunt corelate cu intensitatea emoțiilor candidaților.

d.3. Studiul celor expuși cronic la situații generatoare de SP

A fost efectuată longitudinal, analizându-se, de exemplu, urmările pe termen lung ale S.P. din punct de vedere al probabilității crescute de a înregistra la unii subiecți (veterani americani reînțorși din Vietnam) sinucideri și accidente de circulație (Hearst și colab.).

d.4. Studiul apariției oboselii sub acțiunea SP de suprasolicitare (asociate și cu alte SP "de perturbare" ori "motivaționale") dar și a unor fenomene patologice generate de "deprimarea senzorială sau de absența prelungită a recuperării" normale prin somn (Moruzzi). În aceste condiții, efectele ulterioare SP sunt deja ancorate în patologie.

d.5. Studiul SP indus de situații de iminentă amenințare a vieții

În acest capitol, o mulțime de lucrări au fost axate pe două direcții principale:

- studiul asupra *militarilor în operațiuni de luptă* (majoritatea lucrărilor autorilor americani au avut în vedere "materialul" furnizat de războiul din Vietnam). Pe lângă studiile amintite, asupra medicilor lucrând pe elicoptere sanitare, sau al veteranilor reîntorși în țară, am putea aminti un studiu referitor la nivelul LH și al testosteronului scăzute considerabil la grupurile de soldați așteptând atacul inamicului (Rose).

- studiul diferiților parametri (cardio-circulatori, umorali, comportamentali) la *bolnavii destinați unor intervenții chirurgicale*. Înainte de operație, diferite modalități de interviu stresant - conjugate cu SP deja instalat, ca "stare de start" - erau coroborate cu înregistrarea nivelului unor markeri ai SP. Lista unor astfel de experimente, inclusiv a sugeriilor prin hipnoză a actului operator (Klumbies) este greu de reprodus.

Câteva exemple furnizate de Rose: creșterea cortizolemiei la bolnavii care efectuau pregătirea de seară înainte de operație, apariția aceleiași reacții cortizolice de stres, înainte de biopsie mamară, la bolnavii cu o mai pronunțată cancerofobie decât restul bolnavilor care ignorau primejdia eventualei malignități.

d.6. Studiul asupra indivizilor purtători ai unor boli cronice sau cu prognostic rezervat dar cu posibilități de "amânare" a comunicării diagnosticului. Bolnavii cu neoplasme, suferinzi de infarct etc. au constituit subiecți de cercetare a corelației dintre conștientizarea primejdiei (deci echivalentă cu un SP) și evoluția nefavorabilă a bolii în aceste circumstanțe. Astfel la bolnavii neoplazici comportamentul depresiv al unora dintre ei, generat de aflarea diagnosticului sau de unele situații din afara bolii, corela semnificativ cu "o scădere imunologică" (Voiculescu) ca și scăderea răspunsului în limfocitele T la bolnavii internați în spital și care, de asemenea, manifestau o stare depresivă majoră (Schleifer).

d.7. Studiul subiecților care au suferit (sau în iminență de a suferi) pierderi ale ființelor apropiate: soți, copii, părinți. Din acest șir de SP majore redăm observațiile asupra mamelor unor copii suferinzi de leucemie. Pe durata internării copiilor, mamele lor aveau un nivel obișnuit al 17-OHCS urinari dar acest nivel creștea după întrevederile cu copilul bolnav (Rose).

O serie de alte schimbări, amintite la Scala lui Holmes și Rahe, au intrat în câmpul de interes al cercetătorilor care au studiat evoluția a diverși parametri psihici și somatici.

3. ARGUMENTE CLINICO-PSIHLOGICE ȘI EXPERIMENTE PRIVIND ROLUL ȘI MECANISMELE PRIN CARE SP SE IMPLICĂ ÎN PATOGENEZĂ

3.1. Caractere generale privind conceperea unor modele experimentale de SP ("teste de stres")

Imaginarea unor situații experimentale, prin care subiecții să sufere un SP "dirijat" de către experimenterii, a avut în vedere necesitatea analizării unor fapte multiple ale interacțiunii complexe dintre agentul stresant și organismul agresionat. Aceste probleme au fost puse de înșeși datele epidemiologice menționate anterior dar și de datele fiziopatologice referitoare la o serie de boli, în al căror mecanism de producere se putea presupune o anumită verigă acționată prioritar de către SP.

Întrucât agentul stresor (AS) este echivalent cel mai adesea cu apariția unei veritabile sarcini dificile (de ordin cognitiv dar cu o participare intensă afectivă și volițională în fața unui subiect aflat într-un echilibru psihic relativ, cercetătorii care au creat modele experimentale pentru SP au aplicat o schemă relativ simplă: *sarcină dată* (sau autoimpusă) subiectului (cuantificată din punct de vedere al parametrilor de intensitate, durată semnificație) + *aptitudini cerute subiectului* (inclusiv cele de a accepta ușor o situație mai puțin plăcută sau obișnuită) = reacții ale acesteia privind îndeplinirea sarcinii (*performanța obișnuită*) + *reacția subiectului la performanță* (*eșec sau succes*).

Desigur că pe parcursul rezolvării sarcinii se pot investiga parametrii cei mai diverși urmăriți de cercetători: *markeri umorali și comportamentali ai SP (spre a verifica "tăria" AS), starea unui organ sau aparat*.

Observăm că SP poate să apară în mod facultativ dar autorii aleg totdeauna - situațiile (AS) care nu pot lăsa indiferent pe nimeni și mai toate aceste testări reprezintă o solicitare adesea complexă (la toate nivelele psihicului), uneori selectivă (de exemplu un SP "afectiv"), capabilă să inducă sigur SP, fie un singur subiect, fie un grup.

După Hackman (cit. de Floru) sarcina atribuită unei persoane sau unui grup este precedată de un *instructaj* și ea constă dintr-un *complex de stimuli* asupra căruia trebuie să opereze subiectul în conformitate cu acțiunile cerute de experimentarea și cu finalitatea sarcinii.

a) Încercând o *sistemizare a parametrilor sarcinii*, considerăm că ei exprimă *calități intrinseci* (natura, intensitatea sau volumul, gradul de complexitate, durata, viteza și precizia, monotonia, dificultate, etc.) și *calități extrinseci* (ambientale) *fizice* (ce pot îngreuna sarcina respectivă) și *psihosociale* (dezaprobare în caz de eșec, ostilitatea altor membri ai grupului, etc.).

b) La rândul său, *subiectul*, angrenat într-un astfel de experiment generator de SP, trebuie să dea dovadă de anumite *aptitudini* a căror solicitare trebuie să depășească o anumită intensitate (sau durată sporită). Aceste aptitudini sunt: observația, capacitatea de diferențiere, memoria, gândirea (calculul mental de exemplu), imaginația, îndemânarea manuală, rezistența emoțională, voința etc. (Floru).

c) Între subiect și sarcină se situează *semnificația AS*, conferită anticipativ de rezonanța afectivă (plăcută - neplăcută), aceasta la rândul ei, în baza unei evaluări inițiale ce se poate reajusta pe parcurs.

d) *Îndeplinirea sarcinii* poate să parcurgă curba Nixon, o *curbă asemănătoare legii lui Starling* (referitoare la forța contracției miocardice în raport cu gradul de alungire a fibrelor musculare) adică să exprime o proporționalitate între *gradul activării psihofiziologice* (motivație susținută, tensiune emoțională crescută, mobilizatoare) și nivelul performanței, până la un *optim* al acesteia, după care urmează *declinul* ei datorat motivației excesive și tensiunii emoționale foarte crescute pe o durată neobișnuită, cu apariția oboselei.

În ambele situații, de optimum și de pessimism ale performanței se înregistrează apariția SP.

De fapt, noi credem că un *test de inducere a SP* trebuie să implice o *sarcină relativ simplă* (spre a fi înțeleasă fără echivoc) dar *dificil* de efectuat (prin intensitate și durată, în primul rând) și o *lipsă de antrenament* ale subiectului la sarcina respectivă.

Criteriile de validare a apariției SP rămân cele arătate în paragrafele anterioare, cu adăugarea posibilității de control *retrospectiv* al impresiilor subiectului despre sarcină și despre modul în care și-a autoevaluat reacțiile (emoționale în special) constatate pe durata efectuării testului (Ursula Șchiopu).

3.2. Clasificări ale testelor inductoare de SP

a) După natura proceselor psihice solicitate prioritar

a.1. *stresuri "cognitive"*: experimente de calcul mental, de solicitare a atenției, memorizare, etc. inclusiv cele efectuate în *condiții de factori perturbanți* (exemplu zgomot, lumină oscilantă etc.). Un test conflictual perceptiv este *testul STROOP* în care se prezintă cuvinte indicând numele unei culori (verde de exemplu) dar care sunt scrise cu litere având o altă culoare (roșu de exemplu). Răspunsul solicitat este al culorii literelor (deci verde) (Floru).

a.2. *stresuri "afective"* - sunt cele în care AS "*ținește*" în special sfera afectivă a subiectului "sarcina" constând în "a suporta" o situație cu rezonanță afectivă penibilă (desigur, în cazul distressului) cum sunt de exemplu *filmele* prezentate unor grupe de subiecți și conținând scene de violență sau ritualuri sălbatice (exemplu circumcizia la aborigeni) sau scene de accidente de muncă (Koriat și al.) (cit. de Floru).

Trebuie subliniat că există o diferență între SP la subiecți *fără o instruire prealabilă*, față de cei instruiți să-și exprime *cât mai liber emoțiile* generate de către AS ori față de subiecții instruiți să-și *cenzureze* cât mai sever emoțiile. Desigur rezultatul (SP mai intens la cei instruiți să se "angajeze emoțional", prin "identificare", în atmosfera filmului) este influențat nu numai de către instructaj ci și de calitățile empatice specifice subiecților, indiferent de sublotul în care au fost încadrați.

Este foarte important să precizăm și faptul că *SP afectiv apare și în cazul celorlalte două SP (cognitiv și volițional)* în legătură cu aprecierea dificultăților de a face față sarcinii (predominant cognitive sau voliționale).

Considerăm că se pot include în categoria SP afective și *SP motivaționale* (de exemplu experimentele de înfometare sau de restricție a ingestiei de lichide, ori de privațiune de somn, etc.), deoarece insatisfacerea unor trebuințe vitale își are un ecou amplu în sfera afectivității.

a.3. *Stresuri voliționale*. Deși este un element pur volițional, menținerea unei decizii privind îndeplinirea unei sarcini - ce prin natura ei neplăcută devine *obositoare*, alteori *inutilă* - nu poate fi detașată de procesele cognitive și afective.

Totuși sunt situații când voința este solicitată maximal, de *testul de privațiune de somn* în care subiectul este determinat să efectueze o sarcină oarecare (de exemplu sarcini intelectuale sau motorii obișnuite, ori acționarea unui aparat de tir) în condiții lipsite de relaxare, fumat sau de ingestia de stimulante. Autorii suedezi (cit. de Floru) care au efectuat acest test au studiat la subiecții lor VSH (crește în medie cu 38 %), leucograma, fierul seric (crește cu 26 %) și gamaglobulinele (cresc în medie cu 19 %).

Reluăm obiecția generală asupra acestei clasificări, anume că sunt *inseparabile procesele psihice, cognitive, afective motivaționale - aspiraționale și volitive*, întrucât un SP le supralicitează pe fiecare, dar se consideră necesar ca - din motive de ordinul cercetării psihofiziologice, psiho-pedagogice, de medicină a muncii, de ergonomie etc. - să se studieze și prevalența anumitor procese psihice în condițiile unor variate situații generatoare de SP.

b) După modalitățile de realizare a unor situații experimentale capabile să inducă SP

În afara unor situații "*naturale*" capabile să utilizeze un SP scontat (la studenți în ziua examenului, la sportivi înainte de start sau pe durata concursului, la controlorii radar, etc.) spre a se putea, de regulă, înregistra hormonii de stres dar și alți parametri umorali (colesterolemie, glicemie, lipidemie, etc.) cercetătorii au căutat să realizeze în laborator o serie de *situații izomorfe cu cele capabile să genereze SP în viața obișnuită*.

De regulă se caută analiza unor *variabile dependente (de natură psihologică sau fiziologică)* în funcție de o *variabilă independentă de ordin situațional* (diverse tipuri de agenți stresori, inclusiv factori supra-adăugați) dar există și alte experimente, amintite în cadrul primei grupe a clasificării noastre, în care variabila independentă este de ordin psihologic (stări afective apărute în cadrul unui SP, de ex.: furie, mânie, anxietate, depresie, etc.) iar variabilele dependente sunt de ordin comportamental sau fiziologic.

De fapt s-ar putea obiecta că adevărata variabilă independentă în această a doua categorie este, de fapt tot AS - capabil să producă o stare de anxietate, dar în realitate, într-un SP exprimat la nivelul reacției afective prin anxietate, trebuie ținut seama în primul rând de particularitățile psihice (stabile + conjuncturale) ale subiectului analizat.

În cele ce urmează vom enumera principalele tipuri de teste psihologice inductoare ale SP.

b.1. Teste de solicitare a unor procese mentale (atenție, memorie, gândire)

Au mai fost amintite dar trebuie precizat că, deși s-a demonstrat că în timpul unor astfel de activități - chiar de intensitate moderată - metabolismul creierului crește cu circa 4%, nu totdeauna o activitate mentală este capabilă să inducă un SP, mai ales la subiecții care, întâmplător, sunt bine antrenați. Din acest motiv noi nu considerăm modificările apărute cu această ocazie, de ex. modificările EEG, drept o expresie caracteristică a unui SP decât în cazul în care, concomitent, se înregistrează și modificări umorale capabile să valideze "intrarea în stres". Altfel, aceste modificări obținute pe EEG oglindesc o reacție fiziologică, apărută în cadrul unei activități "normale" desfășurate - uneori la parametrii mult mai înalți - de o mulțime de subiecți, fără ca aceștia să fie, din această cauză, stresați.

Se practică testele având ca sarcini calcule matematice sau - mai nou - jocuri video-calculator.

b.2. Metoda interviurilor stresante

Folosită de multă vreme, această metodă constă în a înregistra modificările aflate pe direcția cercetării respective (de exemplu studiile lui Kourilsky asupra rolului SP în astm) care apar în timpul unei discuții abil conduse de experimenterii spre "puncte nodale", cu un ecou afectiv foarte intens, din biografia subiectului.

O altă modalitate a fost încercată la pacienții care urmau să efectueze o intervenție chirurgicală și cărora li se sugera intențional eventualitatea unui accidente operator, inclusiv urmările lui asupra familiei, etc. Pe lângă înregistrarea unor parametri umorali, ECG, etc., în astfel de situații se poate studia și reacția comportamentală a subiectului.

b.3. *Proiectarea unor filme de groază* (accidente rutiere, de muncă, etc. (= distress) sau, din contră, a unor filme comice (eustress).

Reacțiile emoționale produse de astfel de filme sunt surprinse la punctul maxim și în acel moment se efectuează înregistrările parametrilor doriți de cercetători. Am văzut că un instructaj prealabil poate modifica atitudinea subiecților (Floru).

De asemenea există teste efectuate "în grup" și în cadrul cărora se procedează la inducerea unei restricții emoționale cu ajutorul unui "actor", introdus anume în grup spre a direcționa o anumită interpretare a datelor filmului (Schachter și Singer).

b.4. Studiul modificărilor EEG la diferiți excitanți.

Inițial diferitele sunete - variind între sunete plăcute, "zgomote albe" și sunete neplăcute (zgomote) - au fost încercate asupra unor subiecți a căror activare corticală, sinonimă cu "trezirea" bioelectrică (Ciofu) se traduce prin dispariția ritmului alfa sincronizant (ritm de repaus senzorial și psihic) și înlocuirea lui cu un ritm de voltaj redus și frecvență ridicată (ritmul teta, care pare să fie un indicator al stării de SP).

Ulterior s-au încercat diferite variante de preluare a datelor EEG pe calculatoare electronice dar rezultatele nu par a fi încurajatoare și, în nici un caz, aplicabile în practica curentă a testărilor psihologice cu caracter de selecție profesională.

Mihăilescu descrie mai recent o tehnică de înregistrare a EEG în condițiile aplicării unui tren de stimuli acustici sau optici (în ritmuri aleatorii cu frecvența 6-10 stimuli/secundă) în scopul determinării capacității subiectului de a-și controla reacțiile emoționale. Drept criteriu a fost ales raportul dintre durata "perioadelor de latență la stimuli" (ritmul alfa) și cea a perioadelor "de răspuns" (ritm beta care înlocuiește ritmul alfa). După aplicarea unor tehnici de relaxare (autotraining) se repetă EEG în condiții identice, constatându-se următoarele diferențe: emotivii răspund la tehnicile de relaxare prin scurtarea ușoară a timpului de latență (nesemnificativ la subiecții calmi) și modificarea perioadelor de răspuns (scurtat, până la dispariție). La subiecții normali, între "calmi" și "emotivi", modificările EEG după relaxare presupun păstrarea timpului de latență (ca al subiecții calmi) și scurtarea timpilor de răspuns (dar nu dispariția lor, ca la subiecții emotivi).

b.5. Sugerarea unor situații stresante sub hipnoză

Klumbies a realizat o serie de impresionante experimente în cadrul cărora urmarea o serie de parametri funcționali (modificările segmentului ST al ECG de ex.) în timpul unor ședințe de hipnoză în cursul cărora se sugera pacientului o situație psihostresantă, legată de biografia acestuia (ex. decesul mamei, singurătatea survenită după o despărțire, "conflicte cheie", etc.) comparativ cu situații generatoare de echilibru sufletesc (de ex. contemplarea unui peisaj mirific). Deși greu accesibilă medicului omnipractician, metoda rămâne un valoros instrument pentru cercetarea științifică.

b.6. Stimularea unor condiții izomorfe unor profesii

Cel mai frecvent se utilizează simulatorul pentru conducerea auto, imaginându-se situații care sugerează iminența sau chiar producerea unor accidente rutiere.

De asemenea simularea unui zbor cu ghidarea unei rachete (Fröberg și colab.) (1998) și, desigur, probele complete de antrenament ale cosmonauților.

b.7. Teste de inducere a SP pe cale psihofarmacologică și prin jocul unui actor

Schachter și Singer au imaginat un test care - pe lângă efectul farmacologic nediferențiat al adrenalinei putând să producă, fie mânie, fie euforie - creează o situație experimentală cu ajutorul unui actor care provoacă mânie la un lot iar la subiecții din celălalt lot se induce o dispoziție euforică. Scopul unui astfel de test era legat de necesitatea de a demonstra că un determinant major al emoției este reprezentat de factorul cunoașterii situației.

c) *Un test personal de inducere a SP prin suprasolicitare nervoasă în condiții de hipermotivație și perturbații exterioare de ordin perceptiv și afectiv.* Încercând să creăm un model de SP izomorf celui apărut la studenții aflați în sesiune de examene și apelând,

deci, la elemente caracteristice acestora (ca hipermotivația, criza de timp și inerente perturbații de ordin perceptiv și/sau afectiv) precum și eșecul apărut la unii dintre ei - am imaginat următorul test (1976).

Un lot de 5-10 subiecți este supus unui calcul mental constând din adunarea a 10 coloane de cifre în decurs de 10 minute ("coloana și minutul"), desfășurat sub tic-tacul metronomului și sub tensiunea unei crize iminente de timp (calculul nu poate fi efectuat decât iluzoriu în timpul celor 10 minute). În plus, instructajul induce două elemente generatoare de SP, cu caracter motivațional: primul este acela prin care subiectul este avertizat că testul îi măsoară inteligența nativă și că aparenta lui simplitate îl face accesibil chiar și celor lipsiți de o educație școlară înaltă; al doilea este dat de avertismentul că exactitatea este la fel de importantă ca și încadrarea în timp, chiar dacă se permite subiectului să greșească de trei ori din cele 10 coloane.

Această relativă "indulgență" reprezintă premiza unei stresări suplimentare a subiectului deoarece examinatorul "programează" prin rotație aprecierea de "greșit" la fiecare subiect, așa încât la finele minutului 7 fiecare dintre cei testați trebuie să acumuleze deja 2 greșeli și să se afle sub presiunea imperativului de a nu mai greși niciodată. Desigur, că "greșelile" nu sunt reale dar, "în viteză" desfășurării calculului, cei mai mulți subiecți acceptă "necritic" aprecierea experimentatorului: cei care, totuși, protestează sunt "contrați" pe un ton categoric și se stresează mai mult. La finele celui de-al 10-lea minut (după ce la 8' și 9' s-a acordat un "exact" la fiecare subiect) se comunică subiecților că au greșit și se exprimă, din partea examinătorului, regretul că, la seria precedentă, numai 2 sau 3 subiecți nu au reușit la test.

Imediat sunt efectuate înregistrările parametrilor urmăriți de experimentator (în cazul nostru au fost cercetate rinoscopia și probele ventilatorii) și apoi acestea sunt comparate cu omoloagele lor de dinainte de începerea efectuării testului.

Trebuie subliniat că, și pentru un psiholog, reacția subiecților la eșecul încercat de ei la acest test este deosebit de interesantă, mai ales că aplicarea în grup, în afară de o anume solidaritate "în nefericire" încercată la sfârșit, trezește un sentiment de jenă față de ceilalți.

În raport cu un test de calcul simplu, de câteva minute, care este un îndoielnic generator de SP, situația experimentală imaginată de noi este capabilă să producă o reacție amplă de stres, cu exprimări neurovegetative variate și neașteptate.

Exemplificăm, dintre tulburările observate cu următoarele: eritem al feței, plus transpirații în jumătatea superioară a corpului, tahicardie, uscăciunea gurii (la majoritatea subiecților), iar la unii dintre ei: wheezing (la astmatici), urticarie, crampe abdominale, cefalee, tremor al mâinii, etc.

Nu trebuie omis faptul că toți acești subiecți, puși sub tensiune, trebuie deconectați după efectuarea înregistrărilor "post-stres" și lucrul cel mai simplu în această privință ni s-a părut a fi desconspirarea "trucurilor" folosite de experimentator și a lipsei de suport real a legăturii dintre capacitatea de efectuare a "testului" și inteligența nativă a subiecților. Deși se cere subiecților să păstreze secretul asupra celor comunicate, considerăm că "destăinuirea finală" este o parte vulnerabilă a testului; din motive deontologice, nu am putut să procedăm altfel, chiar dacă într-un mediu spitalicesc se poate răspândi ușor vestea despre caracterul, asemănător unei "păcăleli", al acestui test.

Capitolul 7

RĂSUNETUL GENERAL AL SP ASUPRA ORGANISMULUI

1. MODIFICĂRILE PREMORBIDE INDUSE DE SP PRELUNGIT

În afara reacțiilor psiho-comportamentale induse de SP, unele dintre ele atingând granița dintre fiziologic și patologic (cum este de exemplu oboseala extremă), există o serie de modificări ale întregului organism, inclusiv în sfera reglatorie (psihică, neuro-endocrină și imunitară), induse de cascada de hormoni descărcați la comanda creierului și pe care le putem sistematiza astfel:

1.1. Modificări funcționale, la nivel de organe și aparate

O sinteză a tulburărilor psihosomatice apărute în cursul SP evidențiază următoarele:

- în chiar cursul SP pot apare modificări funcționale care, pe un teren patologic predispus, pot genera procese patologice reversibile (de exemplu un puseu hipertensiv) sau ireversibile (un accident vascular cerebral);
- de regulă modificările somato-viscerale induse de SP reprezintă tulburări funcționale reversibile la puțin timp după încetarea SP (chiar dacă agentul, "fost" stresor, continuă să acționeze în postura unui agent solicitant fără semnificație nocivă pentru valorile considerate "tabu" de către individ);
- în cazuri mai rare, dar însumate la cifre apreciabile la nivelul unei colectivități numeroase expuse la SP obișnuite, tulburările funcționale "ancorate" în SP participă la edificarea unor procese morfologice ce stau la baza apariției unor boli organice. De asemenea SP poate accelera evoluția unor procese patologice cu aparența de funcțional datorită unui substrat lezional greu evidențiable cu mijloacele diagnostice uzuale. Cel mai adesea astfel de procese patologice "generate" de SP apar la un interval "liber" sau ocupat de "tulburări funcționale" (a se vedea boala ulceroasă) sau chiar pe parcursul desfășurării unui SP prelungit sau al unor SP repetitive;
- nu trebuie omis și faptul că realitatea zilnică oferă exemplul tipic de SP, apărut pe fondul unor SP anterioare, la puțin timp după "ieșirea din stres" (când subiectul este mai receptiv față de solicitări care, în mod obișnuit, nu-i produc SP.

Totuși cel mai frecvent apare o sumă de SP în viața obișnuită a fiecăruia dintre noi. În acest context, nuanțarea răspunsului endocrin în funcție de natura SP contribuie la conturarea unor tablouri clinice al căror polimorfism este accentuat și de faptul că tulburările funcționale apar rareori pe un fond "bazal", de repaos al unei anumite activități fizio-

logice; ele apar în cursul desfășurării unor funcții legate de diferite momente fiziologice (efort fizic, digestie, de exemplu), inclusiv al unor ritmuri biologice hormonale (exemplu secreție de cortizol, de insulină etc.) sau pe fondul unui tonus crescut neuro-vegetativ simpatic sau parasimpatic.

Un aspect care prezintă o importanță deosebită pentru modularea principalelor funcții ale organelor interne îl constituie:

1.2. Modificările reacțiilor endocrine în cursul unui SP prelungit sau al unor SP repetitive

Completând și sistematizând datele expuse de Coculescu (1989) sub genericul de "adaptarea și îmbolnăvirea de stres" vom distinge următoarele variante ale răspunsului endocrin în situații stresante prelungite de limita a 3-6 săptămâni (limita oarecum arbitrară dar având la bază date experimentale):

a) modificări de "extincție" a eliberării crescute (cu excepțiile amintite) a "hormonilor de stres" în principal a reacției catecolaminice (care dispare ultima) și a celei cortizolice (care dispare prima, în condițiile în care AS și-a pierdut caracterul de noutate și de neprevăzut) (Parker și colab.). Aceste reveniri la nivelul secreției endocrine normale sunt caracteristice pentru persistența acțiunii AS, concomitent cu scăderea, până la dispariție, a intensității SP;

b) Inducerea unei stări de "antrenament", compatibilă cu tolerarea unor AS care nu mai prezintă - la reparația lor - un caracter de amenințare și nici nu mai "surprind" prin "noutate" și "neprevăzut". Este vorba de o adaptare realizată, în primul rând în plan psihologic, dar care se răsfrânge în sens reglator pozitiv la toate nivelurile organismului. Exemple în această privință le oferă studiile efectuate asupra piloților de încercare la care - după dobândirea unei experiențe aviatice - nu mai apar creșterile GH (STH) sau PRL în timpul zborurilor periculoase, așa cum se întâmplă la piloții începători. De asemenea, controlorii de trafic aerian nu mai prezintă creșteri mari ale cortizolemiei în perioada de activitate maximă, după ce se obișnuiesc cu caracteristicile muncii (care produce totuși un SP cronic specific profesiei lor) (Rose).

Totuși nu trebuie omis și faptul că, SP ucide neuronii cerebrali (Langfeld) și că acumularea a numeroase SP poate conduce la o *îmbătrânire precoce*, evidentă la exterior prin apariția ridurilor, încărunchire etc.

c) Amplificarea reacțiilor endocrine de "angajare în stres" are loc prin:

- creșterea globală a hormonilor de stres, incluzând în primul rând dubla reacție: catecolaminică și cortizolică, situație specifică SP prelungite, caracterizate prin caracterul de pericol vital pe care îl prezintă AS (experimente cu șobolani forțați să înoate în apă rece sau cu maimuțe în primele săptămâni de captivitate) (Rose - ibidem);

- disjunctia secreției unor anumiți hormoni de stres, include:

- creșterea izolată (sau persistența) secreției de catecolamine generate de acele SP care sunt dominate de incertitudinea anxioasă ori în cele în care se suprasolicită atenție, vigilență;

- creșterea raportului noradrenalină/cortizol, constatată în situațiile periclitând viața (soldații americani din Vietnam) a fost corelată cu o tulburare restantă a funcțiilor psiho-sociale ceea ce a dus la creșterea ratei deceselor prin sinucidere și accidente de circulație la veteranii americani din Vietnam (Hearst);

- creșterea cortizolemiei, în situațiile stresante caracterizate prin noutate, neprevăzute, inclusiv acele sarcini de serviciu a căror sporire declanșează, la subiecții cei mai competenți și preocupați serios de munca lor, o creștere proporțională a nivelului secretor (Rose - ibidem);

- scăderea unor hormoni de stres sub limitele în care ei scad chiar și în SP obișnuite, de scurtă durată. Exemplul cel mai frecvent în constituie tulburările gonadice: amenoreea de stres, impotența psihogenă;

d) Disprotecția

Prin acest termen autorul român M. Coculescu desemnează o reacție de "dezangajare a hormonilor solicitați" de SP inițial dacă subiectul se familiarizează cu AS (care acționează cronic). Această reacție se exprimă prin scăderea producției hormonale a glandelor endocrine după stimularea inițială sub nivelul bazal al organismului nestresat și prin modificarea ritmurilor biologice endocrine exogene (Coculescu) (1989).

Prin această scădere a eliberării hormonilor de stres (în primul rând corticosuprarenali) organismul este prejudiciat tocmai de mijloacele care - chiar cu prețul SP - constituiau elemente de mare eficiență ale păstrării echilibrului său adaptativ.

Din acest motiv disprotecția devine o premiză a instalării unor sindroame patologice, cum sunt: "hipocorticismul cronic" al unor indivizi stresați cronic (apărând "printr-o insuficiență endocrină de tip hipotalamic") și "nanismul psiho-social" (prin scăderea GH la noul născut separat de mamă la circa o săptămână de la naștere).

De asemenea se poate considera că una dintre condițiile patogenice, favorizante pentru debutul astmului bronșic la indivizii cu SP majore, survenit cu câteva luni înainte de îmbolnăvire, ar fi reprezentată de hipocorticismul din cadrul sindromului de disprotecție (Iamandescu și Coculescu).

Ceea ce merită comentat este că aparenta superpozabilitate a disprotecției cu "stadiul de epuizare" din cadrul sindromului general de adaptare (SGA) descris de Selye ca exprimând o epuizare a resurselor secretorii ale axei ACTH - cortizol, este infirmată de dovezi experimentale care mențin astfel diferența dintre cele două noțiuni.

Astfel probele funcționale, referitoare la răspunsul corticosuprarenalei la stimularea ei cu Tetracosactid (ACTH sintetic) ori al hipofizei la probele cu vasopresină, metopiron sau CRH (Baertsch și colab.), indică păstrarea unui răspuns secretor normal, diferit de cel al stresurilor psihice pe care organismul a început "să le evite" prin acest mecanism de - ceea ce am considera în mod practic - veritabilă "grevă hormonală" care este disprotecția.

1.3. Efectele principalilor hormoni de stres asupra diferitelor țesuturi, organe și aparate ale organismului uman

Este lesne de demonstrat că persistența unor modificări endocrine induse de SP se repercutează asupra funcționării întregului organism putând conduce la modificări mergând de la efecte fiziologice până la veritabile reacții adverse, așa cum se poate deduce din tabelul nr. 4 (consacrat efectelor catecholaminelor) și din tabelul nr. 5 (cuprinzând efectele cortizolului).

Tabelul 4. Efecte mediate de receptorii adrenergici (reprodus din M. Coculescu).

Receptorul (raportul eficienței epinefrină / norepinefrină)	Țesut	Efect
<i>alfa</i> * E ≠ NE	Arteriole-coronare, cutanate, din mucoase, cerebrale, pulmonare, din viscere abdominale, salivare, a musculaturii scheletice Sfinctere: intestin, stomac, vezica urinară, mușchii pilomotori, splina Uter (miometru) Secreție subdoripară și salivară. Ejaculare	Vasoconstricție Contractie Crește morbiditatea Secreție localizată, apă K. Ejaculare
<i>alfa</i> ₁ E ≠ NE	Iris Arteriole renale Vene sistemice Musculatura intestinală Secreție bronșică Metabolism hepatic: glicogenoliză cu glucogenoliză	Contractie Vasoconstricție Vasoconstricție Relaxare Scade secreția Glicogenoliză, gluconeogeneza
<i>alfa</i> ₂ E = NE	Adipocit Presimpatic: inhibitor al eliberării catecholaminelor Secreție endocrină: celule beta pancreatice, insulina	Lipoliză Hipotensor, relaxare intestin Scade secreția insulinei.
<i>beta</i>	Sinteze endocrine: melatonina pineală.	Sinteza hormoni.
<i>beta</i> ₁ E = NE	Miocard Adipocit: lipoliză Secreția reninei, a vasopresinei	Cronotrop inotrop + dromotrop Lipoliză Crește secreția
<i>beta</i> ₂	Arteriole coronare, ale musculaturii scheletice, pulmonare, viscere abdominale, renale Vene sistemice Musculatura: bronhiilor, intestinală, gastrică, colecistică, uter, capsula splenică Secreția traheobronșică Musculatura striată Metabolism muscular Metabolism hepatic: glicogenoliza Secreție endocrină - insule pancreatice: glucagon, somatostatin, PP	Vasodilatație Vasodilatație Relaxare Secretor Crește contractilitatea Glicoliză, lactacidemie Gluconeogeneza Secreția endocrină crește

* Efecte la care subtipul de receptor nu a fost precizat.

Tabelul 5. Efectele cortizolului asupra diferitelor țesuturi, organe și aparate (Reprodus din Iamandescu - 1980).

Acțiuni metabolice	Efecte fiziologice	Reacții adverse
Reducerea sintezei de proteine (scăderea sintezei de ARM) Bilanț azotat negativ Catabolism protidic crescut Desfacere în aminoacizi Dezaminare crescută	Scăderea sintezei fibrelor colagene și a polizaharidelor, deprimarea anticorpogenezei (la doze mari), formarea de uree, creșterea urinei în sânge la bolnavii renali.	Întârzierea cicatrizării plăgilor (la doze mari). Diminuarea sintezei matricei protidice a osului, atrofia dermului și musculaturii. Scăderea rezistenței la infecții. Decompensarea unor insuficiențe renale cronice.
Creșterea glucozei în ficat. Neoglicogeneza (din acizi grași, acid piruvic și lactic) Scăderea utilizării periferice a glucozei (în țesutul muscular, adipos, limfatic).	Hiperglicemie, Suprasolicitarea pancreasului endocrin.	Evidențierea unui diabet latent. Agravarea unui diabet patent. Diabetul steroid (la cei fără ereditate diabetică) insulinorezistent reversibil.
Creșterea desfacerii lipidelor în acizi grași și colesterol. Redistribuirea depunerilor de lipide. Creșterea corpurilor cetonică în ficat.	Creșterea nivelului sanguin al AGL și colesterolului. Încărcarea grasă a ficatului.	Aterogeneza. Obezitatea cushingoidă. Steatoză hepatică.
Creșterea filtratului glomerular (plus acțiunea pe TCD antagonistă de ADH și aldosteron). Retenția de natriu (efect mineralcorticoid = 1/500 față de aldosteron). Scăderea absorbției.	Acțiune diuretică. Retenție hidrosalină. Fuga calciului din oase (plus catabolismul proteic).	Edeme în cursul tratamentului. Osteoporoză, dureri osoase, fracturi spontane.
Efecte asupra sistemelor și organelor		
Tegumente și mucoase.	Creșterea secreției sudorale. Diminuarea secreției seboreice. Scăderea sintezei fibrelor elastice. Scăderea numărului de celule conjunctive și a fibrelor elastice, la nivelul vaselor sanguine din piele.	Hipersudorație, acnee. Atrofia dermului, vergeturi. Roșeața feței și gâtului. Echimoze. Purpura.
Țesut adipos.	Redistribuire.	Obezitate cushingoidă. Facies lunar. Depunere rizomalică. Șorț abdominal.

Sistem muscular.	Catabolism protidic. Scăderea utilizării glucozei. Eliminarea urinară de fosfor și ioni de potasiu K ⁺ . Scăderea sintezei fibrelor colagene.	Scăderea masei și forței musculare: atrofii musculare (cvadriceps, centura pelviană) rupturi parțiale de tendoane.
Sistem osteoarticular.	Reducerea absorbției de Ca și PO ₄ . Eliminarea lor urinară. Inhibiția osteoblaștilor. Sinteza redusă a matricei proteice.	Osteoporoză: rarefierea travelelor osoase, lărgirea canalelor haversiene subțierea componentelor osoase dureri osoase, tasări vertebrale, fracturi patologice, fracturi dentare multiple.
Aparat respirator.	Efecte beta-stimulative pe bronhii (relaxare). Inhibiția fagocitozei. Scăderea secreției de mucus. Inhibiția macrofagelor.	Favorizarea diseminării infecțiilor (inclusiv tuberculoză). Favorizarea rigidității și retracției parenchimului pulmonar.
Aparatul cardio-vascular.	Creșterea debitului cardiac. Sensibilizarea peretelui arterial la catecholamine. Hipervoleme (retenție de Na și apă = poliglobule)	Hipertensiune arterială. Creșterea edemelor în insuficiența cardiacă.
Sânge.	Reducerea hemotaxisului leucocitar și a agocitozei. Hipercoagulabilitatea + poliglobulie. Redistribuirea leucocitelor T și B.	Scăderea puterii de apărare la infecții. Complicații tromboembolice. Eozinopenie și limfopenie. Neutrofilie.
Aparatul digestiv.	Creșterea secreției de HCl și pepsină. Inhibiția secreției de mucus (+ catabolism protidic) (+ depleție de K)	Ulcer cortizonic. Hipotonie intestinală (la copil).
Ficat.	Producție crescută de corpi cetonici. Frenare mezenchimală și a fibrilogenezei.	Încărcarea grasă. Efect favorabil.
Aparat uro-genital.	Retenție tubulară de Na. Hipertonie arteriolară renală. (Catabolism protidic, dezasinilare etc.).	Agravări ale sindroamelor nevrotice secundare (amiloidoză, S. Kimmelstiel-Wilson etc.). Agravarea insuficienței renale cronice.

Sistemul nervos.	Creșterea consumului neuronal de glucoză. Creșterea sintezei neuronale de glutamină. Modificarea concentrației de serotonină și catecolamine.	Euforie, tablou de excitație maniacală. Corticodependență. Obnubilare, stări confuze. Agitație anxioasă, tentative de suicid
Sistemul imun.	Reducerea celulelor T și B în speciale cele timodependente. Inhibiția capacității macrofagelor de "prezentare" a antigenelor pentru celulele imuno-compentente (limfocite T și B). Reducerea MIF (Migration, Inhibiting factor) eliberat de limfocite la contact cu antiserul.	Efect imunosupresiv. Scăderea rezistenței antiinfecțioase.

2. DIAGNOSTICUL CLINIC ȘI DE LABORATOR AL SP

În tabelul nr. 6 sunt înfățișate principalii markeri ai SP, insistându-se asupra celor care sunt accesibili unei largi categorii de cercetători dar și medici sau psihologic practicieni.

Nu trebuie omis faptul că pentru medicul practician datele de observație clinică sunt suficiente, în timp ce markerii umorali pot traduce SP inaparente chiar pentru cercetători experimentați.

SP cuprinde în tabloul manifestărilor sale, în primul rând simptomele psihice, inclusiv manifestări comportamentale. În același timp, orice fenomen psihic, exteriorizat sau nu - de la procesele cognitive (atenție, memorie, gândire etc.) și până la procesele voliționale și afective (acestea din urmă în modul cel mai pregnant) se însoțește de fenomene fiziologice de hiper- sau hipofuncție - a organelor interne, mediate neuronal și având în genere o intensitate moderată sub cea a unui SP.

Dacă acțiunea patogenă a SP acut - acesta a fost prezentat în tabel - este de domeniul evidenței (cvasiinstantanee), într-o serie de boli psihosomatice, în primul rând cardio-vasculare (declanșarea psihogenă a unui infarct miocardic ori a unor pusee hipertensive sau de edem pulmonar) sau respiratorii (crize de astm induse psihogen), este mai greu de demonstrat acțiunea patogenă a unui stres cronic, situație întâlnită la foarte mulți bolnavi cu câteva luni înainte de debutul bolii. Observația clinică a evidențiat astfel de cazuri, încitând la studii epidemiologice, concretizate în tentative de ierarhizare a evenimentelor stresante din biografia bolnavilor, apărând astfel cunoscutele scale elaborate de Holmes și Rahe, apoi de Rahe și colab. care condică schimbările din viața individului susceptibile să contribuie la apariția unor boli (ex. infarctul de miocard semnificativ mai frecvent de-

cât la individul nestresat. Astfel de scale au o valoare predictivă și riscul de boală este maxim la punctajul 100 (decesul partenerului de viață), crescut la punctaje între 60 și 100 (divorț, decesul unei rude apropiate etc.) și diminuează sub 50 (căsătorie) până la cota minimă de 19 (schimbare de ritm de activitate (Holmes și Rahe).

Pentru medicul practician trebuie formată o metodologie de diagnostic retrospectiv al SP în anamneza bolnavilor examinați dar un ajutor deosebit îl pot furniza înșiși aceștia din urmă pe baza unui instructaj efectuat de medic sau de către psihologul clinician.

Fără a fi întotdeauna implicat prioritar în etiopatogeneza SP trebuie avut în vedere în fundamentarea unui diagnostic etiologic corect.

Tabelul 6. Markerii stresului psihic

A. Date de observație clinică

1. **Mimica** - crispată
 - anxioasă
 - depresivă
2. **Tensiunea musculară - hipertonie** ("încordare")
 - **hipo/atonie** ("leșin")
3. **Comportament**
 - a. activ - euforie (logoree)
 - excitație - furie
 - agitație motorie
 - b. pasiv - "blocaj" (groază)
 - vertij, amețeli
 - c. paradoxal = a + b
4. **Constante cardio - respiratorii**
 - a. frecvența respirației (hiperventilație, apnee)
 - b. puls - tahicardie
 - bradicardie
 - extrasistole
 - c. TA - creșteri
 - colaps

B. Constante umorale în SP

1. **Hormonii de stres** - catecolaminele
 - cortizolul
 - alți hormoni (GH, ATH, PL, etc.)
 - opioidele
2. **Glicemia**
3. **Acizi grași liberi, colesterol**

C. Indicatori psihofiziologici în SP

1. **ECG** - segmentul ST
 - tulburări ritm
2. **Galvanometrie cutanată**
3. **Pletismografie**
4. **Timpi de reacție**

3. CADRUL DE ACȚIUNE PRIORITARĂ A SP ÎN DOMENIUL PATOLOGIEI

a) Caracteristici generale ale implicării SP în patogeneza

SP reprezintă deci un moment de solicitare a întregului organism, chiar dacă agresiunea agentului stresor se exercită inițial asupra psihicului, deoarece acesta influențează, așa cum s-a arătat, activitatea tuturor compartimentelor organismului.

Din acest motiv orice SP reprezintă un examen dat nu numai de psihicul individului solicitat ci și de fiecare organ, în special de cele solicitate preferențial și anume: glandele endocrine, sistemul imun, aparatul cardio-vascular, aparatul respirator precum și organele cu o bogată inervație cum sunt cele ale aparatului digestiv.

Acest examen este trecut cu succes într-o impresionantă majoritate a situațiilor, fapt ce explică rezistența aparent miraculoasă a organismului la avalanșa zilnică de SP sau chiar la SP prelungit, cu majore implicații în existența individului, și dotate cu o rezonanță extremă la nivelul tuturor organelor.

Istoria naturală a multor boli demonstrează o evoluție îndelungată a proceselor patologice induse de variații agenți etiologici și aflate într-un fragil echilibru cu forțele de apărare ale organismului ce acționează în sens reglator homeostazic. De regulă, există o acțiune sumativă a mai multor agenți etiologici între care și un SP major, ori SP minore dar repetate (sau cvasicontinue).

Dacă acțiunea SP a fost înregistrată ca impact asupra psihicului subiectului afectat (a se vedea exemplele privind efectele cutremurului din 1977) - având urmări imediate asupra sănătății psihice și somatice - o evaluare a efectului lor tardiv dezvăluie, nu rareori, apariția unor sindroame psihopatologice, endocrine, psihosomatice sau chiar a unor boli din domeniul medicinei interne în a căror etiopatogenie factorul psihogen ocupă un loc mai modest (vezi pneumonia pneumococică în a cărei etiologie expunerea la frig de exemplu ocupă un rol mai important).

Pornind de la aceste constatări, la îndemâna medicului practician, vom prezenta în cele ce urmează o serie de afecțiuni patologice din variate domenii ale medicinei, în care SP are o participare "prioritară" adică, în raport cu alți agenți etiologici, ocupă un rol dominant.

Nu trebuie omise din această "demonstrație" și rolul jucat de "cel de-al doilea pol al interacțiunii stresante, terenul de organ" dar și de cel psihic pe "matricea" căruia SP și-a gravat amprenta uneori chiar la distanță de acțiunea agentului stresant care a declanșat "explozia".

Un subiect cu AHC pozitive pentru anumite afecțiuni psihice (părinți nevrotici de exemplu) va dezvolta mai ușor sub acțiunea SP nevroza decât boli somatice iar în caz de AHC pozitive pentru boli somatice, va fi afectat prin boli psiho-somatice în virtutea unui "locul minoris restentiae", situat la diferite niveluri, inclusiv în structura sistemului nervos, și care va oferi locul de acțiune patogenă prioritară a SP.

b) Bolile cu participare prioritară etiologică a SP

Sfera acțiunii prioritare a SP va include:

- *bolile psihice*, în primul rând psihogeniile (unde există o declanșare exogenă prin SP, aproape exclusivă a bolii);
- *boli endocrine*: boala Basedow, în primul rând, dar și alte afecțiuni endocrine, ca de exemplu: "amenoreea de stres", "nanismul psihosocial", Hipocoarticismul cronic la cei cu "SP cronic";

- bolile așa numite *psihosomatice* (termen ce include, atât ponderea crescută a etiologiei psihogene, cât și existența unui anume tip de personalitate a bolnavului, ca și a unui teren de organ receptiv la SP);

- *unele boli infecțioase* cu componentă psihogenă importantă: tuberculoza, hepatita epidemică (expresia populară: "a dat în gălbinare, de atâta supărare");

- *unele boli metabolice*: diabetul zaharat (ecloziunea și modularea evoluției sale) obezitatea, anorexia nervoasă etc.;

- chiar și în anumite cazuri de neoplasm există argumentația convingătoare în favoarea implicării unui SP major în apariția bruscă a fazei clinice ori în diseminarea metastatică fulgerătoare.

Desigur că în orice boală, chiar cu o etiologie unică (de exemplu afecțiunile din domeniul ortopediei, majoritatea decurgând din accidente) există implicații, mai mult sau mai puțin evidente ale SP, atât din punct de vedere al circumstanțelor de producere (o fractură la un om stresat, un accident rutier în cazul unei stări de enervare accentuată) cât mai ales din punct de vedere al evoluției bolii a cărei vindecare poate fi întârziată de SP ulterioare.

SP solicită violent organismul uman dar caracterul "bizar și capricios" al efectelor sale poate fi prevăzut prin studierea "punctelor slabe" ale organismului, situate - așa cum s-a menționat la diferite nivele.

c) Cronologia modificărilor patologice induse de SP

Între acțiunea de SP și apariția manifestărilor de boală există adesea o perioadă mai mult sau mai puțin îndelungată de "latență" a bolii, de luptă încununată de succes pentru lichidarea urmărilor SP dacă nu în totalitate (în special ecoul său asupra vieții psihice a individului) cel puțin la nivelul organelor de reglare și interne solicitate pe parcurs.

Poenaru consideră că SP produce un dezechilibru între organism și mediul extern sau intern caracterizat printr-o evoluție ascendentă în patru faze, în care primele două (de suprasolicitare a mecanismelor centrale și funcționale executive) nu produc tulburări în sfera patologicului. În schimb astfel de tulburări apar în ultimele două faze după cum urmează:

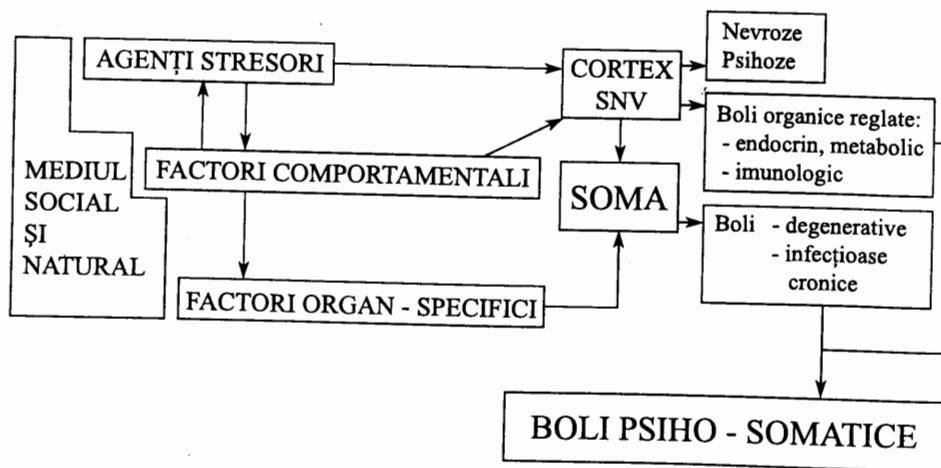


Figura 6

- în faza a III-a de *disfuncție a mecanismelor de neuroreglare și a mecanismelor funcționale*, apar tulburări pe care le putem considera ca psihosomatice, grupate în 7 tipuri de sindroame:

- tulburări ale somnului;

- spasmofilie;

- nevroze reacționale (cu un grad mare de reversibilitate);

- distonii neuro-vegetative;

- sindroame dismetabolice (unele forme de obezitate și de stări prediabetice);

- hipertensiune arterială (esențială, oscilantă - formele psihogene reversibile relate de Klumbies);

- algoritmii (vag sistematizate și fără o cauză materială).

În cea de a IV-a fază de *somatizare mono sau pluriorganică* apar veritabile boli psihosomatice (enumerare anterior) în geneza cărora ținem să subliniem rolul fundamental al predispoziției de organ și cel adjuvant jucat și de ceilalți factori de risc nepsihogeni.

4. EUSTRESS ȘI DISTRESS

Mai puțin pătrunse în vocabularul curent, aceste două cuvinte desemnează două tipuri fundamentale de stres, reliefate de către Selye în 1973.

- **Distress**-ul este termenul care desemnează **stresurile care au un potențial nociv pentru organism**. Toate caracteristicile stresului general sau psihic amintite anterior s-au referit la această accepțiune a stresului. În literatură **distress-ul acoperă în general sfera noțiunii de stres și din acest motiv noi vom folosi cuvântul stres tot pentru această semnificație (de distress)**.

- **Eustress**-ul reprezintă tot o stare de stres validată printr-o reacție catecolaminică și mai rar cortizolică însoțitoare alături și de multe alte reacții fiziologice, de tipul celor ce vor fi descrise la capitolul consacrat mecanismelor fiziologice ale SP. Diferența față de distress este însă fundamentală atât din punct de vedere al agenților stresori (stimuli plăcuți ai ambianței sau trăiri psihice plăcute, "palpitante", de la emoții până la sentimente etc.) cât și al consecințelor sale pentru organism care sunt, în genere, favorabile (von Eiff), deși în cazul unei reacții catecholaminice generate de eustress pot apărea tulburări grave la un cardiac sau, în cazul unui acces de râs, se pot declanșa crize de astm la o mare parte dintre cei suferinzi de această afecțiune.

Din punct de vedere al hormonilor de stres, în cursul eustress-ului are loc de cele mai multe ori, numai creșterea secreției de adrenalină, "ca factor sensibilizant al organismului la efectele tisulare ale hormonilor glucocorticoidoizi" și, de asemenea, cresc "endorfinele cerebrale, ca neurohormoni modelatori ai plăcerii" (Hăulică).

Pe termen lung efectele fiziologice ale eustress-ului nu au fost studiate sistematic, așa încât opinia de mai sus a lui von Eiff este doar plauzibilă și are girul deocamdată numai al observației clinice. De altfel însuși Selye, apreciind că "eustress-urile nu durează niciodată în mod cronic" (cit. de Goupil), considera că ar trebui studiate serii mari de vârstnici cu o activitate susținută în domenii care le produc mari satisfacții (de ex. artă, știință), comparativ cu cei care "resimt disperare, nu ajung la nimic, nu au nici un succes" (ibidem). Eustress-ul nu trebuie confundat cu orice emoție plăcută (ca de exemplu con-

templarea unei grădini înflorite, a unei expoziții de pictură, ori audiția unei simfonii "senine" de Haydn sau Mozart, deși unii subiecți extrem de receptivi ar putea "vibra" la aceste mesaje artistice în măsură să "intre" într-o stare de eustress), ci el este **generat de stări psihice cu tonalitate afectivă pozitivă puternic exprimată și, mai ales, cu durată prelungită**. Exemplele cele mai elocvente le constituie: revederea unei persoane foarte dragi, aflarea veștii reușitei la un examen, un spectacol comic "epuizant" prin accesele de răs violente și frecvente, jocurile "de noroc" (fără miză pecuniară), stările de excitație sexuală, meciurile de fotbal în care suporterul trăiește victoria echipei favorite (altfel apare ...distress-ul!). Sentimentul de dragoste împărtășită constituie un eustress cu rol dinamizator atât asupra conduitei cât și a creativității (lucru pe care l-ar realiza și distress-ul generat de o dragoste neîmpărtășită) dar, mai ales, asupra funcțiilor organelor interne, fenomen cunoscut încă din vechime (Avicenna, Massimo DiBologna, Basilio D'Ancira, citați de U. Eco).

Este dificil însă de apreciat în ce măsură o capodoperă artistică poate genera un eustress (potențial declanșant având emoția estetică declanșată de perfecțiunea formei) sau distress (conținutul emoțional implicit sau explicit al operei de artă este interpretat în mod personal și specific de subiectul receptor și - în virtutea unor "tangente afective" - poate declanșa la acesta o furtună emoțională, uneori cu tonalitate negativă). Din acest punct de vedere există dificultăți în aprecierea "pe termen lung" al efectului stresant (favorabil - eustress, sau nu - distress) realizat de frecventarea unor spectacole "răscolitoare" (a se vedea exemplul lui Berlioz la primele contacte cu dramaturgia shakesperiană - este drept, mediată și de interpreta Hariett Smithson) - sau să ne imaginăm ce stări sufletești contradictorii și pline de intensitate poate genera unui meloman audiția tetralogiei wagneriene.

Dereenco încadrează în noțiunea de eustress (nu numai psihic) **acele situații capabile să genereze o activare psihoendocrină moderată, exemplificând cu un efort fizic de intensitate medie ori o activitate profesională ergonomic organizată**.

Toate aceste considerații ne fac să circumscriem aria de apariție și de utilizare terapeutică a eustress-ului la situațiile clare, menționate mai sus și dintre care unele (de exemplu răsul, muzicoterapia) vor fi analizate în cadrul unui capitol special, conduita antistres.

Considerăm necesar să opinăm asupra faptului că **eustress-ul fiind un "SP pozitiv" are cel mai adesea în componența sa și elemente ale unui stres fizic** (actul sexual, de exemplu, practicarea unor sporturi etc.) dar tonalitatea sa psihică este determinată pentru includerea în sfera SP.

5. PRINCIPII DE CONDUITĂ ANTISTRES (LA NIVEL DE INDIVID ȘI COLECTIVITATE)

În fața stresurilor majore sau minore, o dată apărute, individul posedă aptitudini variabile de a le face față: efortul de a se stăpâni în cursul unei stări conflictuale acute, reprimarea unei replici menite să decătușeze starea de tensiune (strigăte, gesturi, inclusiv manifestări ireverențioase față de cei din jur) atrag - la mulți indivizi - blocarea conflictului în interior sau, cel puțin, suprasolicitarea mecanismelor voliționale spre a se evita exteriorizarea afectelor individului stresat. Rolul patogen al acestor „blocări la interior” a reacției la stres a fost deja argumentat.

Din acest motiv este mai bine să se inducă în sânul colectivităților o serie de comportamente vizând evitarea stresului psihic iar, dacă acesta a apărut, limitarea desfășurării și a efectelor lui.

În esență se pune în valoare butada lui Selye "nu contează ce ți se întâmplă, ci cum reacționezi la ceea ce ți se întâmplă".

5.1. Principii de conduită antistres individuale

În planul individual principiile de conduită antistres (CAS) prezintă nuanțări în funcție de tipul de personalitate și de vulnerabilitatea la stres a subiectului respectiv.

Din acest motiv vom propune o schemă personală de CAS adaptabilă la problemele de viață și aspirațiile fiecărui individ.

5.1.1. Reglarea optimală a aportului dintre nivelul de aspirații (NA) și nivelul de posibilități (NP)

Conform conceptelor psihologiei dinamice ale lui Kurt Lewin, orice individ ar trebui să-și evalueze - cu cât îi permite propriul discernământ - raportul dintre NA și NP, căutând să evite existența unei frustrări intense sau cel puțin să-i scurteze durata (dacă, aceasta a apărut deja). De exemplu, într-un proces de integrare în plan profesional sau social este inevitabilă o perioadă în care posibilitățile trebuie să urce la nivelul aspirațiilor și în care nivelul frustrării este foarte ridicat, asociindu-se și un stres de suprasolicitare cu prețul căruia individul reușește să-și atingă aspirațiile.

Realismul de care trebuie să dea dovadă individul este necesar în:

- aprecierea lucidă a scopului (corespunde el cu aspirațiile sale profunde, majore?) și a șanselor (presiunea grupului social, în sens opus ori convergent cu aspirațiile sale?). În caz de răspuns negativ, este rezonabilă o coborâre ușoară/moderată a NA;
- evaluarea exactă a posibilităților (native sau dobândite în cursul formării sale dar și oferite de alții ori obținute de la aceștia) precum și a mijloacelor efective de creștere a acestor posibilități, inclusiv corectitudinea "în joc" (încălcarea ei poate atrage ulterior apariția unor stresuri cronice durabile, în cazul indivizilor onești).

Efortul realizării unui salt al posibilităților spre/la nivelul aspirațiilor este minim generând un SP de suprasolicitare printr-o conduită activă de apropiere de scop și "costă" mai puțin individul decât resemnarea (ajustare pasivă la stres) prin care subiectul - neputând să-și ridice NP - coboară la un nivel mult mai scăzut aspirațiile decât posibilitățile sale reale. Aceasta din urmă situație creează un stres de subsolicitare.

Pe fondul acestui tip de stres apar mult mai ușor alte SP asociate, variate, conducând de regulă la o depresie reactivă.

5.1.2. Asigurarea "din timp" a celor 3 nevoi psihologice fundamentale postulate de Ralph Linton

a) Nevoia de afiliere

Este satisfăcută încă din primele zile de viață, prin contribuția mamei și a celorlalți membri de familie.

Ulterior, prietenii, colegii de studii sau de serviciu și familia, inclusiv cea nou creată - vor trebui să constituie (și individul trebuie să aspire la aceasta), elemente de suport social capabile să absoarbă stresurile inerente oricărui individ.

Autorii americani, studiind reala putere de predictibilitate a Scalei Holmes - Rahe (life changes) evidențiază faptul că ea nu se confirmă în măsura așteptată la o mulțime de

indivizi care au trăit evenimentele notate cu un punctaj superior din această scală (deci nu apar bolile grave sau decese în proporția scontată de autorii scalei). Acest fapt ce este explicat prin 3 variabile ale subiecților: vulnerabilitatea lor constituțională la stres, modul cum reușesc să-și reducă amploarea reacției de stres și - mai ales - suportul social (sinonim cu sprijin) obținut prin asigurarea nevoii de afiliere la care ne referim.

Atenție la investiții afective riscante! (prietenii greșit aleși, adopțiuni de copii cu defecte genetice, comportamentale etc.).

b) Securitatea pe termen lung apare, în opinia noastră, drept cea mai importantă nevoie psihologică a cărei satisfacere printr-o judicioasă ierarhizare a obiectivelor și efortul implicat de îndeplinirea acestora, constituie o redutabilă armă antistres.

Din acest punct de vedere nu trebuie lăsate la voia întâmplării.

- alegerea profesiei (verificarea interesului pentru aceasta și a posibilităților de a o exercita în mod optim) ca și a partenerului (parteneriei) de viață. În acest din urmă caz este necesară o verificare lucidă a "obiectului dragostei", adoptarea unei logici afective (Ribot) constituind o eroare cu urmări grave, generatoare de stres permanent și pe fondul căreia vor apare și alte SP.

- evaluarea propriei sănătăți, considerarea unor date genetice cu risc ca și a unor comportamente generatoare de boli permit individului adoptarea unor măsuri de prevedere, inclusiv corecții comportamentale sau apelul la medic.

Un om care își îngrijește sănătatea, mai ales pe termen lung, are mari șanse să scape de primejdia unor stresuri majore reprezentate de viitoare îmbolnăviri severe sau de complicațiile adesea redutabile ale bolilor de care suferă deja.

c) Noutatea experienței

Desigur, în această privință nu putem vorbi de o acumulare de energie antistres ca în primelor două nevoi psihologice fundamentale.

Totuși, dezvoltarea unei largi palete de "senzații noi" (fie că este vorba de experiențe intelectuale, afective și, în genere, de lărgirea orizontului spiritual, fie că este vorba de "senzațiile tari" sau orice noutăți menite să prevină o anume anchiloză sufletească, sinonimă până la un punct cu acel spleen, nu atât englezesc, cât baudelairian) - poate constitui formarea unui reflex de evadare dintr-un prezent care - prin definiție este încărcat de stresuri minore nenumărate. Acest reflex poate funcționa, cu rol atenuant al stresului chiar în cazul veritabilelor drame existențiale cotate la nivel superior pe scala Holmes și Rahe.

O remarcă, având un rol de avertisment, este că dictată de incompatibilitatea între noutatea experienței, furnizată de - nu rareori - aventuri extraconjugale ale unor indivizi, și securitatea pe termen lung asigurată de o căsnicie solidă care trebuie să prevaleze față de efemerele "noutăți ale experienței" invocate drept scuză.

5.2. Principii de conduită antistres la nivel de colectivitate

Fiind extrem de dificilă demarcația între o CAS adoptată de individ sau de colectivitate (mai ales că, totuși, colectivitatea este formată de indivizi, chiar dacă este mai mult decât o sumă a acestora) - vom include în acest capitol o serie de principii de CAS intens mediatizate și având o algoritmă ce tinde să le uniformizeze în raport cu datele particulare ale fiecărui individ dar și să le înglobeze în veritabilele programe de CAS.

Pe scurt, aceste principii se aplică în funcție de datele situaționale (natura agenților stresori) și prezintă implicații asupra tipologiei stresului (de suprasolicitare, conflictual

etc.) ca și asupra unor comportamente (de răspuns adaptativ eficient) ale subiectului, general valabile sau legate de confruntările (conflictele) din mediul profesional.

5.2.1. Programul New Start

A fost amintit într-un capitol anterior, fiind valabil în special pentru combaterea stresului cotidian.

Ceea ce ni se pare în legătură directă cu profilaxia stresului este conduita legată de cei 2T (Temperance și Trust) ca și de "cultivarea" unui tip de repaus capabil realmente să refacă energia de stres a subiectului.

a) Cumpătarea (Temperance)

Thorp insistă pe completarea laturii calitative a termenului (evitarea sau limitarea acestor "tentații" cu rol nociv pentru organism) cu cea cantitativă, referitoare, atât la programul zilei sau săptămânii, prea încărcat ("prea multe puncte" în ziua respectivă), cât și la neputința subiectului de a spune nu, în fața unor noi solicitări (autoimpuse ori venite din afară).

b) Credința (Trust)

Puterea credinței în divinitate (dar și în unele valori morale, estetice și științifice) a fost evidențiată în numeroase rânduri și de către multă lume ca fiind un element de stabilitate emoțională. Important este că acest veritabil element de protecție - față de penetrarea armurii echilibrului psihic de către variații agenți stresori - este corelat, după date recente (Thorp), cu o secreție crescută de endorfine în cursul rugăciunii, aceasta din urmă având și un rol de inducere a unei speranțe (chiar dacă adesea este iluzorie), a unui "Deus ex machina", capabilă să instaureze un "armistițiu" între sarcina stresoare (disproporțional crescută) și posibilitățile mai reduse - în situația respectivă - de a i se face față de către individ.

c) Odihna (Rest)

Poate că ar fi mai potrivit - datorită scopului său, în cadrul CAS - termenul de „recuperare”.

În această privință, programul New Start recomandă:

- introducerea în cursul programului zilnic unor pauze de câteva minute, caracterizate printr-o relaxare totală (eventual exerciții însușite în cadrul diferitelor programe de relaxare);

- căutarea unor posibilități de somn de cca. 10-30 min. după prânz (ideal ar fi la cca. 1-1 1/2 ore, când apare somnolența postprandială), fiind cunoscut faptul că această "moțăială" în fotoliu refacă subiectul într-un mod aparent miraculos pentru orele următoare;

- asigurarea unui somn cu durată suficientă (conform vârstei și ecuației personale a fiecărui subiect) și prin mijloace de inducție rapidă, de tipul unei lecturi ușoare, ingestiei unui măr sau al unui pahar cu lapte (există anumite substanțe în lapte care se fixează pe receptorii benzodiazepinelor) etc.

5.2.2. Însușirea unei strategii de raționalizare a cauzelor stresului

Thorp sugerează următoarea strategie:

- 1. recunoașterea de către individ în confruntarea respectivă a prezenței unei emoții (deci atribut al stresului);

- 2. în prezența unei astfel de stări de stres, ea nu trebuie ignorată și subiectul trebuie să-și pună întrebarea "de ce?";
- 3. reformularea elementelor situației în fiecare din cele două perspective posibile: ca nocivitate sau utilitate pentru subiect;
- 4. împărtășirea gândurilor și frământărilor unei persoane apropiate (rol de catharsis emoțional, realizat la unii din indivizi - în lipsa persoanei cu rol de "paratrăznet" - pentru unele descărcări fizice sau de limbaj...).

5.2.3. Modalități de rezolvare a situațiilor conflictuale

Virginia Satir descrie 3 elemente ale unei situații conflictuale: individual, un alt individ (sau mai mulți) și însăși situația respectivă (natura situației), conturând 3 stiluri diferite de rezolvare:

- raționalist: amândoi pot avea dreptate, datorită situației date (de la această premiză se judecă ulterior cine are dreptate);
- acuzator: "eu am dreptate";
- conciliant: "tu ai dreptate";
- confuz: "toți suntem de vină".

Desigur că în condițiile adecvării la realitate, prin analiza fiecărui element, oricare din primele trei formule are șansa de a conduce la o rezolvare certă a conflictului (stilul conciliant ar crea premisa unui stres suplimentar, de frustrare a subiectului).

În ceea ce privește deturnarea mâinii față de celălalt, Thorp impune - ca regulă de conduită imediată - imaginarea subiectului pe poziția celuilalt și considerarea a ceea ce ar fi făcut el din această perspectivă.

De asemenea, răspunsul la insultă, după Russel Lynes ar consta în urmărirea secvență atitudinală:

- ignor-o (dacă nu poți) ascunde-o! (dacă nu poți) râzi de ea!

5.2.4. Apelul la suportul social (ameliorarea capacității de comunicare a individului)

Sistemul de suport social (în afară de familie) cuprinde cel mai frecvent prietenii, colegii dar și instituțiile sociale cu acest profil, începând cu biserica (din păcate, unele secte profită de aspirațiile spre o lume a liniștii și echilibrului sufletesc ale individului dezorientat și stresat, atrăgându-l în mrejele lor spre a-l putea manipula în scopuri străine de religie). Un rol crescând în acordarea unui suport social eficient și calificat îl îndeplinesc pe lângă rețeaua de psihologi clinicieni, sau instituturile cu profil medical, acele "supape psihologice" pentru indivizii debusolați reprezentate de unele posturi de radio sau rubrici de reviste profilate pe consultul psihologic adecvat stărilor de urgență.

Față de colegi, se cere (Thorp) ca individul să manifeste:

- preocuparea de a-și face timp pentru dialog;
- transparența totală;
- mici indiscreții personale (lărgesc comunicarea, încrederea și au rol de catharsis emoțional).

Organizațiile de tineret, cluburile etc. au și ele un rol în lărgirea comunicării.

Obiceiul organizării excursiilor în grup reprezintă unul dintre cele mai bune principii de CAS prin cumulare relaxării pricinuite de lărgirea comunicării, apariția unor emoții

estetice ocazionate de contemplarea naturii și bucuria mișcării (cu rol de veritabil și polimorf eustress).

5.2.5. Programul Roy Masters - "a fi imun la stres!"

a) Premise

Având ca motto: "controlând emoțiile negative, creăm o legătură pentru o bună sănătate și succes personal", acest program pornește de la constatări de tipul celor prezentate în capitolele anterioare și anume: consecințele stresului sunt reprezentate de un șir lung de boli, dominate de infarctul miocardic și scăderea imunității.

De asemenea, recunoașterea faptului că în spatele multor nereușite în viața personală se află adeseori un stres psihic major cu implicații - prin emoțiile negative declanșate - asupra comportamentului individului, generând erori în multiple planuri.

b) Obiective

Roy Masters consideră că dobândirea unei sănătăți totale are la bază dominarea reacțiilor negative din cursul stresurilor cotidiene și se face pe două căi:

- creșterea autocontrolului;
- realizarea unei veritabile încrederi în propriile forțe.

c) Mijloace

- Prima condiție a dominării unui stres este cea a sesizării intrării în stres, corelată cu cercetarea cauzelor acestuia (agenții stresori).

O conștientizare a stresului și cauzelor sale permite oricărui individ să caute antidoturi eficiente pentru tipul respectiv de stres conducând la o scădere ulterioară a vulnerabilității la stres a individului respectiv.

- A doua condiție este reprezentată de respingerea tentațiilor de diminuare a tensiunii psihice propriie stresului cu ajutorul unor relaxante tradiționale iluzorii (cu caracter efemer și consecințe nocive asupra sănătății psihice și fizice).

- Corolarul celor două condiții o constituie aplicarea unor exerciții de concentrare și relaxare (însușite cu ajutorul psihologului, mai rar autodocumentare etc.), de control al emoțiilor negative (de tipul supărării și anxietății).

d) Rezultate

Complexul de exerciții propus de Masters și conținut în câteva broșuri conduce, în ultimă instanță, la eliminarea emoțiilor negative, canalizarea stresului într-o creativitate crescută și păstrarea sau redobândirea poziției în cadrul propriei familii și în mediul profesional

5.2.6. Prevenirea situațiilor de epuizare profesională ("Burn out syndrome")

a) Descrierea sindromului

Cunoscut sub acest termen tradus strict prin "carbonizare" - sindromul Burn-out a fost inițial (1961) creat pentru a descrie reacțiile comportamentale ale oamenilor de afaceri surmenați.

Kristina Malasch și colab. au creat o scală de evaluare MBI (Malasch burn out Inventory).

După Courcelles, această scală cuantifică 3 noțiuni:

- epuizarea emoțională ("nu mai are nimic de dat")

- dezumanizarea, generând reacții dure la adresa subalternilor
- scăderea realizărilor personale, inclusiv senzația de neîmplinire în activitatea respectivă.

Clinic se ajunge, de la o primă etapă - în care individul este hiperactiv și se cufundă, fără control, într-o activitate suprasolicitantă - până în finalul care se manifestă prin opusul situației inițiale: absenteism, revendicări și evitarea aproape fobică a locului de muncă.

Tot acest comportament are loc pe fundalul unor tulburări emoționale dominate de anxietate și depresie cu tot cortegiul lor de corelate somato-viscerale.

b) Posibilități de evitare a stresurilor profesionale

Considerăm că - orientativ - se pot face recomandări în această direcție profilactică pe baza altor constatări din domeniul psihologiei sociale aplicate la stresurile profesionale. Propunem astfel următoarele măsuri în care se pot implica atât societatea, cât și individul.

1. Alegerea profesiei pe baza unor înclinații personale, validate de consultul psihopedagogic de orientare școlară și profesională.

2. Atragerea în permanență a unor elemente de suport social intra-sau extraprofesional (de regulă familia dar și celelalte forme, deja amintite).

3. Recunoașterea și tentativa de anihilare a impactului psihologic pe care îl au - la nivelul locului de muncă - "tipurile de șefi ierarhici" sau de sarcini profesionale. (Veninga și Spradley) menționate anterior.

4. Abordarea sarcinilor profesionale pe baza unui algoritm care să implice:

- ierarhizarea obiectivelor, termenelor și „pulverizarea sarcinilor” (defalcarea lor în etape);

- comutări frecvente pe domenii de maxim interes și randament pentru individ în momentele de stres realizat prin acumularea unei stări de oboseală extremă;

- creșterea relațiilor de comunicare în cadrul echipei profesionale.

5.3. Repere concluzive privind principiile de conduită antistres

Încercând o sinteză a datelor prezentate anterior coroborate cu datele furnizate de Miller (cit. de Baban) și completate cu opinii personale (figurând cu nota noastră: n.n.) vom considera ca principii de conduită antistres următoarele:

1. Ierarhizarea obiectivelor într-o perioadă limitată (zi, săptămână, lună, trimestru, an) în obiective majore și minore, cotând realizarea lor cu un punctaj proporțional, așa încât realizarea unui obiectiv major să fie compensată de neîndeplinirea mai multor obiective minore și invers (n.n.).

2. Planificarea eficientă a timpului.

3. A face ceva din plăcere cel puțin o dată pe săptămână (o dată pe zi n.n.)

4. A-ți rezerva în fiecare zi un moment de liniște.

5. A realiza un echilibru între muncă/recreație, muncă și familie.

6. A dormi 7-8 ore pe noapte cel puțin de 2 ori/săptămână.

7. A folosi procedee de relaxare.

8. A oferi și a primi cu regularitate afecțiune.

9. A discuta dificultățile cu alții, condiție în care (n.n.) vor trebui cultivați (căutați) prietenii cărora să le poți face confidențe.

10. A cultiva trăiri și sentimente pozitive și a recurge la umor.

11. A practica exerciții fizice (cel puțin la sfârșit de săptămână și - zilnic - mersul pe jos - n.n.).

12. A depăși momentul de stres, făcând altceva (interesant n.n.).

13. A-ți armoniza aspirațiile cu aptitudinile (n.n.).

Capitolul 8

CONCEPȚIA PSIHO-SOMATICĂ ÎN MEDICINĂ. TULBURĂRI ȘI BOLI PSIHO-SOMATICE

1. CONCEPȚIA PSIHO-SOMATICĂ

Reprezintă noțiunea cu cea mai largă sferă, înglobând toate celelalte noțiuni ce vor fi expuse, și constituie "o teorie medicală care tratează unicist laturile patologice și fiziologice ale ființei umane" (Predescu, 1976), privite prin prisma adaptării omului normal la mediu. Ea consideră ca obiect de studiu atât rolul factorilor psihosomatici în edificarea unor tulburări, mergând până la adevăratele boli somatice, cât și mecanismele psiho-fiziologice prin care se produc aceste dereglări inițial reversibile, ce evoluează ulterior în veritabile leziuni (von Bergman) la nivelul de organ, aparat și sistem. În câmpul de preocupări al psihosomaticienilor din zilele noastre stau, de asemenea, tipul de personalitate al bolnavului predispus a face o boală psihosomatică, precum și specificitatea reacției anumitor organe la acțiunea unor stresuri emoționale.

Unitatea dintre Psychè și soma a fost subliniată încă din antichitate (începând cu Hippocrate).

Școala sovietică de medicină a avut meritul de a fi pus bazele fiziologice ale concepției psihosomatice, evidențiind reglarea nervoasă a funcțiilor somato-viscerale și apariția bolii ca rezultat al perturbării întregului organism (Pavlov), subliniind modul în care stresul psihic (SP) produce o "furtună subcorticală" prin dereglarea subcortexului, ca urmare a scăderii controlului cortical (Bîkov - autorul teoriei cortico-viscerale). Nu trebuie omis nici faptul că, prin studiul reflexelor condiționate, Pavlov și școala sa au pus la îndemâna psihosomaticienilor un valoros instrument de lucru. După ce o perioadă de timp au ignorat concepția psihosomatică promovată de autori psihanalistiți, axându-se prioritar pe studiul fiziologiei SNC, autorii sovietici au revenit asupra acestei concepții considerând-o un ansamblu de "explicații ale bolilor cu o considerație specială asupra rolului factorilor psihici în etiologia, evoluția și prognoza bolilor somatice" (Cucu).

În opinia noastră, concepția psihosomatică prezintă 5 trăsături de bază, rezumate în tabelul nr. 7 (Iamandescu, 1994).

Tabelul 7. Concepția psihosomatică în medicină

1. Concepție holistică (integrativă) - unitatea dintre SOMA PSIHIC
2. Bazată pe observații clinice (continuate de cercetări epidemiologice)
rezultate experimentale psiho-fiziologice
neuro-endocrinologice etc.

3. Includerea influenței mediului social (mediată prin psihicul bolnavului) asupra bolii (VON UEXKUELL: def. BPS)
4. Reliefaarea la bolnavii psihosomatici a unei duble vulnerabilități la stress:
 - psihică
 - de organ
5. Impunerea S.P. ca factor de risc
 - major
 - sumativ în patogeneză (vezi tabelul 1)

În cadrul acestei abordări psihosomatice medicul internist (dar și de alte specialități) trebuie să țină seama de existența efectivă a unor raporturi ce se pot statua între biografia bolnavului, viața sa afectivă (ca mod de reactivitate emoțională structurată ontogenetic pe un tipar constituțional) și natura tulburărilor sau leziunilor observate. De asemenea, medicul care acceptă acest mod de a aborda bolnavul din fața sa trebuie să considere în cadrul constelației de factori etiopatogenici și factorul psihic, căutând să discearnă cu obiectivitate - deci și pe calea epuizării unor mijloace precise de diagnostic - rolul acestuia în edificarea bolii, a evoluției ei, a conduitei terapeutice și în apariția eventualelor recăderi și recidive. Nu trebuie uitat nici un moment că - așa cum ignorarea factorului psihic în geneza bolilor apare ca o dovadă de extremism - tot așa și considerarea lui "de plano", ca fiind întotdeauna de cea mai mare importanță ori chiar exclusivă în "modularea" bolilor, plătește același tribut unei gândiri metafizice.

Din acest punct de vedere considerăm, poate chiar cu o umbră de pedanterie, că termenul de "medicină psihosomatică", cu o sferă mai restrânsă, limitată la studiul bolilor psihosomatice, trebuie să cedeze locul său celui de "concepție psihosomatică" - cu corolarul ei - în practica medicală - "abordarea psihosomatică" (Iamandescu, 1979). Premisele unei astfel de abordări figurează în tabelul nr. 8.

Tabelul 8. Premise ale aplicării concepției psihosomatice în practica medicală

1. Simptomele acuzate de cca. 30% bolnavi = expresia unui stres psihic
 - cronic
 - acut
2. Boala însăși = sursă de stress
3. Factorul psihic - agravează evoluția bolilor
 - factor de rezistență la tratament
 - factor de risc în apariția unor boli (infarct miocardic, HTA)
4. Psihoterapia suportivă potențează efectul terapeutic

Odată conturate obiectivele și caracteristicile principale ale concepției psihosomatice - așa cum o promovează autorii de orientare materialist-dialectică, la fel cu o parte din cercetătorii din țări cu tradiție psihanalistă - considerăm necesar ca să cităm o serie de autori care au furnizat materialul din care s-au născut modestele noastre considerații, bazate și pe propria noastră experiență clinică. Astfel, autori ca Wolff, Lader, Parkes, Knapp, Hill, Berkovitsch etc. au cercetat corelatele somatice ale emoțiilor, alții ca Janovsky, Laborit, Pitts și McClure, Ackerman, Levi, au studiat modificările biochimice în cursul diferitelor stări afective, iar lucrările unor cercetători ca Austen, Brady, Weiss, etc. au tratat histochimia și localizarea lor histologică. De asemenea sunt interesante cercetările ce abordează, din direcția psihologiei sociale și diferențiale, geneza tulburărilor psihosomatice (Rusch, MacLean, Nemiah, Marty și M'Uzan), ori caută să perfecționeze metodele de studiu ale mecanismelor de producere a tulburărilor psihosomatice (Brod, Eliasson,

Holmberg, Konzett, Laborit, etc.). La noi în țară Săhleanu și Restian au tratat sistematic aspectele de ordin informațional ale psihosomaticii după ce - în plină epocă de fertilitate dezvoltare a Endocrinologiei - Acad. St. M. Milcu a relevat importante corelații între stresul psihic și endocrinopatii.

Perspectivile actuale ale psihosomaticii cu implicații în gândirea medicală sunt rezumate în tabelul 9.

Tabelul 9. Concepția psihosomatică - perspective actuale, cu implicații în gândirea medicală

1. Remodelarea comportamentelor nocive
 - generatoare de boli somatice (fumat, sedentarism, alimentație etc.)
 - favorizând - psihogeniile
 - bolile psihosomatice
2. Stabilirea precisă a ponderii participării SP în geneza și agravarea îmbolnăvirilor
3. Studierea detaliată a corelațiilor fiziologice ale emoțiilor
4. Elaborarea de conduite antistress
 - individuale
 - colective
5. Reumanizarea R.I.P.
 - medic
 - pacient

2. TULBURĂRILE PSIHOSOMATICE

Tulburările psihosomatice (TPS) reprezintă modificări ample și durabile ale proceselor fiziologice, ca urmare a unei stări de excitație psihică anormală, deci având atributele unui SP. După Weiss există 3 criterii de definiție a unui TPS: existența unor evenimente "stresante" în viața bolnavului, capabile să fie incriminate în geneza TPS ("psychogenic proposition"), demonstrarea faptului că, și la alți indivizi, evoluția TPS respective poate fi în mod apreciabil influențată de aceste condiții stresante ("aggravant proposition") și existența unei legături specifice între un anumit tip de eveniment și un anumit ordin de simptome somatice ("specific proposition"). Această din urmă trăsătură a fost dezvoltată în direcții diferite de către Dunbar (un anumit tip de personalitate declanșează o anumită boală) și de către Alexander (un anumit tip de conflict inconștient corespunde unor TPS "omoloage"). Ea are la bază, în realitate, fie o coincidență între o trăsătură psihică și o stare fiziologică deosebită "de moment" a unui organ (ex. desfășurarea diferitelor etape ale digestiei interferează la un moment dat de aflarea unei vești neplăcute) (K. Hansen, cit. de Athanasiu), fie o corelație între un SP manifestat printr-o stare afectivă anumită (de ex. o stare de tensiune, "de așteptare" sau o reacție de "mânie") și un corelat fiziologic cvasiconstant al acesteia reprezentat, spre exemplu, de tahicardie (perceptută de subiect sub formă de "palpitații emoționale") (Kolb).

O a patra caracteristică a TPS, pe lângă cele 3 enumerate de Weiss, o constituie în opinia noastră și proba terapeutică (la medicația psihotropă sau psihoterapie) soldată cu dispariția sau atenuarea simptomelor respective (element diagnostic valabil numai în cazul reușitei unei astfel de terapii).

Dacă tulburările psihosomatice pot fi considerate ca niște tulburări funcționale survenite fie ca expresii concomitente ale emoțiilor ("concomitențe emoționale" sau „somato-viscerale” n.n.), fie ca o fixare într-un patern funcțional a unor tulburări apărute în sfera

afectivă, repetate sau aflate într-un regim de cvasistabilitate (ex. o stare de tensiune prelungită), atunci trebuie să accentuăm faptul că ele au o bază materială. Aceasta a fost înțevăzută și parțial obiectivată, încă de la Pavlov, Bikov și alți autori de orientare cortico-viscerală, și adusă în zilele noastre la o apreciazabilă previziune a unor delimitări pe harta încă neexplorată "ad fines" a cortexului cerebral. Este suficient să arătăm că, încă din 1955, Koikegami (citad de Duret) a demonstrat că acțiunea asupra sistemului limbic influențează toate organele interne, putându-se afirma astăzi cu toată certitudinea că "în fundul lobului temporal, în legătură cu neopallium-ul și hipotalamusul există o placă turnată, veritabil ordinator, unde funcțiile multipolare ale proceselor simbolice (deci psihice n.n.) pot fi integrate. Aici, prin aceste structuri, noi suntem capabili de a proiecta, de a introduce și - datorită multiplicității acestor funcții simbolice - sistemul nervos central poate codifica în tulburări somatice diferitele tensiuni nervoase născute la nivelul experienței psihologice. Aici se află epicentrul relației psihosomatice" (Duret).

Referitor la caracterul funcțional, și cel mai adesea reversibil al TPS, considerăm că ele trebuie să fie diferențiate de o serie de tulburări cu caracter constant, persistent și adesea patognomonic din bolile psihosomatice care au o bază organică și un spectru mai larg de agenți etiologici. De subliniat că o demarcație netă între funcțional și organic nu mai este atât de ușoară în zilele noastre când sediul leziunii poate fi evidențiat chiar la nivel biochimic, molecular. Nu trebuie să absolutizăm criteriul lezional drept un apanaj exclusiv al BPS deoarece există și în rândul acestora veritabile boli interne declanșate sau modulate de SP, cum ar fi: hipertensiunea arterială (HTA) psihogenă, tahicardia paroxistică, etc. la care - în lipsa unei evidențieri, cu metode uzuale diagnostice, a unui substrat lezional - constanța apariției manifestărilor somatice și îmbinarea lor în cadrul unui sindrom - constituie argumente în favoarea includerii lor în rândul BPS.

În afară de acestea, există boli psihosomatice (boala ulceroasă, de ex.) în care - în afara unor complicații prin accentuarea caracterului lezional, melena, de ex. - acuzele subiective ale bolnavului sunt asemănătoare, chiar identice, cu TPS care preced instalarea bolii și exprimă, în stadiul prelezional, o dereglare funcțională (hiperclorhidrie, indusă - între alte cauze - și de către SP și exprimată prin epigastralgiu, pyrosis, etc.).

Deci, rezumând, TPS apar episodic la individul sănătos în cazul SP, iar la o repetare sau intensitate crescută ancorează în organicitate, în funcție și de terenul de organ (în exemplul ales, mucoasa gastro-duodenală și celelalte segmente de interrelație ale tractului digestiv). Tulburările organice - induse de SP, după depășirea "fazei funcționale" - au o exprimare suplimentară, față de TPS inițiale, cel mai adesea ele se intrică cu acestea. O schemă prezentată de Athanasiu surprinde aspectul cronologic al instalării leziunilor după formula: tulburare psihică → tulburare funcțională → alterare organică.

Tabelul 10. Simptome generale nespecifice de emoții (modificat și completat după Dongier)

Aparate	Componente psihofiziologice normale ale reacției (corelate somatice, ale motiilor)	Tulburări psihosomatice (tulburări mai intense, mai durabile)	Boli psihosomatice (tulburări fixate, apar constant I leziuni histopatologice)
Cardio-vascular	tahicardie, fluctuații tensionale	palpitații, lipotimii, sincope, hiper sau hipotensiune	Tahicardie, paroxistică coronaropatii, HTA, arterioscleroză, Boala Raynaud

Respirator	suspin, tahipnee	dispnee nevrotică, opresiune respiratorie	astm, tuberculoză, frenocardie
Digestiv	inapetență, greutate ("bulgăre") epigastrică, greață	gulumie, inapetență, spasme, diaree, constipație	ulcer gastric sau duodenal, colon iritabil, rectocolită, ulcero-hemoragică
Urinar	polakiurie, poliurie	retenție urinară, enurezis, cistalgii, cu urini clare	
Locomotor	tensiune musculară, lipotimie	curbatură, cervicalgii și lombalgii, astenie musculară	Poliartrită reumatoidă, unele reumatisme abarticulare
Endocrin	reacții diencefalohipofizare și consecințele lor, descărcare catecolaminică	amenoree, dismenoree, hipoglicemie	hipertiroidism, tulburări de dinamică sexuală
Nervos	tremor	cefalee, epilepsie "funcțională", hiperestezii	migrenă "scleroză multioculară"
Genital	secreții ale mucoaselor, erectie	impotență, frigiditate, vaginism, sterilitate	ovarită sclerochistică, fibrom
Vizual	lacrimi		inflamații (orgelet) glaucom
Cutanat	paloare, roșeață, încălzire, răcire	prurit (generalizat sau localizat - vulvar, anal)	urticarie, angioedem, eczeme, peladă, psoriazis
ORL	modificări ale vocii, "nod în gât"	afonie, disfonie (mai frecvent) "voce gătuțată" și strănuturi în salve, blocaj nazal	rinită spasmodică (vasomotorie), vertij

În plus, același autor atrage atenția asupra caracterului cronat al formulărilor de tip "numai organic" sau "numai funcțional" și - subliniind de asemenea intricarea tulburărilor funcționale cu cele organice - aduce în discuție de asemenea și posibilitatea unei oscilații între manifestările viscerale și psihice, denumită de autor "alternanță cortico-viscerală".

În sfârșit, trebuie să subliniem imensa toleranță a organismului la multitudinea TPS apărute, deci marea lor reversibilitate, și să delimităm cadrul lor de apariție. Considerăm că ele apar în mai multe situații: la omul normal aflat sub influența unor reacții emoțio-

nale (în cadrul sau în afara stresului psihic), la bolnavii nevrotici (a căror vulnerabilitate față de stres le sporește frecvența și la care persistența incomplet atenuată a unui SP le reproduce cvasipermanent) și, în sfârșit, la bolnavul cu o afecțiune organică, în primul rând psihosomatică, la care TPS, cum am arătat, se intrică cu cele "organice" dar nu rareori își pierde din caracterul lor reversibil, jucând un rol agravant, de "săpare și adâncire" a albiei BPS.

Sivadon, susținând rolul de mediator interiorizat al emoțiilor (între situația stresantă și organism) subliniază că o reacție emoțională blocată în exterior se comportă în interior ca un agent agresor iar Delay arată că *dereglările (astfel apărute) în sistemul vegetativ pot provoca manifestări funcționale care, datorită intensității și repetiției, se organizează și organicizează.*

Natura tulburărilor psihosomatice este extrem de variată, ele constând din modificări vegetative, umorale, biochimice, electrice, etc. (V. Văleanu și C. Daniel), parțial conștientizate de bolnav iar "expresia lor clinică poate merge de la simpla reajustare vasomotorie cutanată sau tahicardia emoțională, până la intensitatea unui cardiospasm tenace ori a unor colici dramatice și așa mai departe, trecând prin marea gamă a durerilor și îmbrăcând forma generală a simptomelor sine materia" (Iamandescu, 1979).

Rămâne să analizăm conceptul de tulburarea psihosomatică (TPS) prin prisma inevitabilei interferențe cu domeniul nevrozelor pe care, în mod intenționat, o vom plasa în finalul capitolului, dar care interferență face pe unii reputați psihiatri, ca Mayer-Gross, să considere TPS ca fiind, în marea majoritate tulburări somatice care apar la nevrotici, deci în stări nevrotice. Nu putem fi de acord cu acest punct de vedere deoarece cadrul de apariție al TPS este mult mai larg, el incluzând - după cum am văzut - și omul normal, aflat în câmpul de forțe al unor stresuri care - cel puțin inițial - nu realizează perturbații stabile ale echilibrului psihic și, cu atât mai puțin, al homeostaziei organice a individului. Considerând TPS ca având o sferă maximă a noțiunii, putem include în rândul lor: corelatele somato-viscerale ale proceselor psihice (de o amplitudine și durată având atributul stresului); sinonime cu tulburările „somatoforme” (sine materia), ca și tulburările „funcționale” coexistând cu cele organice din cadrul unor boli psihosomatice ajunse în stadiul lezional.

3. TULBURĂRILE SOMATOPSIHICE

Considerăm că o noțiune complementară celei de tulburare psihosomatică o constituie aceea de "tulburare somatopsihică", ce permite plasarea în sens biunivoc a relației dintre psyché și soma și care poate explica, uneori, cercul vicios în care se găsește un bolnav cu o boală psihosomatică.

Spre a fi mai explicit, să definim tulburarea somatopsihică în lumina unui citat din Linn (reprodus din Stunmüller), "orice boală, fără excepție, conține o componentă emoțională". "Acest factor poate varia cantitativ (în funcție de intensitatea și durata simptomelor - am preciza noi) și calitativ (durerea, dispneea paroxistică, senzația de infirmitate etc. nn) de la o boală la alta și în diferitele stadii ale unei boli anumite".

„Componenta emoțională” este - în cazul TSP - „rezultatul” trăirii în plan psihic a suferinței somatice.

Deci, pe scurt, TSP reprezintă simptomele psihice generate de o boală somatică, mai precis, reacția în sfera psihică a bolnavului, față de simptomele sale cu caracter dezagreabil, de intensă suferință subiectivă, la care am adăuga și SP generat de situația lui specia-

lă, de bolnav, care îi conferă un statut special ce tinde - în cazul unei boli cronice - să-l conducă la o regresie în planuri multiple ale personalității, antrenând o suferință morală, poate mai grea decât prima. Într-un sens mai larg, putem considera ca TSP și simptomele neuropsihice apărute în bolile infecțioase, intoxicații, traumatisme cranio-cerebrale, endocrinopatii, boli neurologice (inclusiv epilepsia), boli vasculo-cerebrale etc. Chiar și în nevroze, acuzele somatice induse psihogen (ex. tulburări vasomotorii, palpitații etc.) pot accentua - prin același mecanism al unui cerc vicios - suferințele dominante psihice ale bolnavilor.

4. BOLILE PSIHOSOMATICE

4.1. Definiție, cadru noțional

Definirea și delimitarea sferei psihosomatice (BPS) constituie lucrul cel mai dificil în cadrul acestei încercări de analiză a diferitelor puncte nodale ale concepției psihosomatice.

În primul rând, trebuie arătat că, indiferent de tentativa care s-ar comite, există deja conturate niște tipare pe care este greu - și poate chiar inutil - să le sfărâme cineva.

Ne vom limita, din motivele arătate mai sus, să considerăm un cadru relativ fix al BPS, conturat încă din deceniile trecute, mai precis, al BPS tradiționale, cum sunt: boala ulceroasă, rectocolita ulcero-hemoragică, astmul bronșic, dermatita atopică și marele grup al afecțiunilor din domeniul alergologiei, cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială etc., în ideea că extinderea sferei bolilor psihosomatice - fapt curent în unele lucrări ale unor autori (ex. O. Hill) - corespunde, în realitate, includerii în sfera BPS a unor tulburări psihosomatice - în genere reversibile - (de ex. unele extrasistole psihogene apărute la tineri, diskineziile biliare pur funcționale, diareele emoționale, etc.). "Ancorarea TPS în organicitate", corespunzând BPS, este în genere o situație facultativă, depinzând de gradul și durata traumei psihice (SP), precum și de personalitatea bolnavului ori de caracteristicile (receptivitatea) organului-țintă. În plus, o BPS, odată declanșată, are o reversibilitate adesea incompletă și un spectru mai larg de agenți etiologici (desigur, nepsihogeni).

Pe de altă parte, considerăm că în geneza TPS și BPS (etapa ulterioară, facultativă a primelor) factorul psihogen poate avea un rol decisiv, nu numai în declanșarea suferinței bolnavului ci mai ales în "modularea" evoluției acesteia, întrucât la acțiunea "specifică" (cu semnificația și reacția sa afectivă pentru bolnavul respectiv) a traumei psihice determinante (declanșante) se adaugă și reacția acestuia față de simptomele bolii, ca și față de statutul său de bolnav cronic (adică tulburările somatopsihice de care am vorbit).

De aceea vom încerca să definim și mai îngust bolile psihosomatice, ca fiind *acele boli organice survenite la un individ cu un anume tip de personalitate, determinate de o constelație de factori etiopatogenici, în rândul cărora factorul psihogen joacă un rol important și fiind condiționate obligatoriu de preexistența unui teren de organ vulnerabil la acțiunea stresului psihic*. Acest tip de afecțiuni este caracterizat prin *acuze subiective și obiective somatice intricate, mai mult sau mai puțin, cu o simptomatologie psihică și capabile de o reversibilitate morfofuncțională și clinică variabilă din care cauză BPS prezintă adesea o evoluție relativ discontinuă, în puseuri, pe un fond de acalmie clinică (mai puțin morfofiziopatologică).*

În mod obligatoriu va trebui să analizăm și, uneori, să argumentăm notele acestei definiții.

În primul rând etiologia psihogenă, după cum am văzut, este încadrată într-un larg complex de factori, conform orientării actuale în medicină care consideră bolile ca fiind multicauzale, plurifactoriale. Ceea ce merită a fi subliniat este că BPS poate fi consecința unei excitații exagerate sau cronice a sistemului nervos central și vegetativ, care se sumează la acțiunea altor factori (inclusiv veriga endocrino-umorală) și care conduce la epuizarea, prin depășire, a sistemului homeostatic sau - așa cum susține Duret - "ea (BPS - n.n.) poate fi exclusiv însăși această excitație", adică o formă de reacție la stres (ex. cardiospasmul, amenoreea psihogenă, anorexia mentală, etc.).

În al doilea rând, trebuie considerat întotdeauna și tipul de personalitate al bolnavului care suferă acțiunea traumelor psihice, în virtutea unei constituții psihice particulare (fie innăscută, fie dobândită ontogenetic), constituție care ar putea fi rezumată prin câteva caracteristici de bază, așa cum le-am desprins din modesta noastră experiență, de testare și observare clinică a unui mare număr de bolnavi psihosomatici, precum și din datele culese din literatură. În al treilea rând, terenul de organ este acel loc de minimă rezistență în organism ce canalizează spre sine efectul potențial distructiv al stresului psihic.

4.2. Problema tipului de personalitate a bolnavului cu BPS

4.2.1. Tipul de personalitate postulat de testele psihologice "clasice"

Rezultatele testelor utilizate de noi (MMPI și Rorschach, Iamandescu - 1980) au evidențiat următoarele trăsături de personalitate ale bolnavilor cu BPS:

- selectarea particulară a unor semnificații, de regulă amenințând stabilitatea dispozițională a individului (deci conferirea de potențialități nociceptive) unor excitanți, în realitate, indiferenți - trăsătură ce se apropie de un gen de anxietate bazală, fără a fi complet suprapozabilă acesteia;
- reactivitatea emoțională primară foarte intensă (deci capacitatea apariției unor "comitente somatice" ale emoțiilor pregnant exprimate);
- agresivitatea deturnată de cele mai multe ori spre sine;
- tenacitatea, cu extrema ei - la celălalt pol - încăpățănarea;
- rigiditatea, cu un corespondent în planul dinamicii ANS, în tendința de stagnare a proceselor de excitație și inhibiție corticală;
- susceptibilitate, orgoliu, tendințe egocentrice.

După cum am arătat într-un capitol anterior, opinăm cu toată hotărârea asupra inexistenței unor profiluri psihosomatice proprii fiecărui BPS, postulate de către Fl. Dunbar, argumentele noastre fiind furnizate nu numai de rezultatele obținute la aplicarea testelor de personalitate ci putând fi deduse și din coexistența, la același bolnav, a unor BPS diverse - de ex. astm bronșic + ulcer duodenal + hipertensiune arterială - cum am întâlnit la șase din cei 100 bolnavi astmatici studiați de noi în 1985.

Dar un "profil general" de bolnav psihosomatic credem că există și vom căuta să demonstrăm acest lucru la locul potrivit. Credem că la acest nivel, al personalității bolnavului, se realizează impactul factorului stresant psihic (AS), în legătură cu care considerăm necesar să accentuăm rolul traumelor minime dar cu acțiune îndelungată, sau al "situațiilor fără ieșire" (Kourilsky). În afara TPS apărute ca urmare a unui SP mai intens recepțio-

nat de către un subiect cu un tip de personalitate vulnerabilă față de acțiunea AS - putem considera că mai există un *agent, de "rezonanță", al acestor SP. Acesta închide cercul vicios amintit de noi mai înainte și este reprezentat de tulburările somatopsihice inerente oricărei boli psihosomatice, dar amplificate și ele de un tip de personalitate cu o vulnerabilitate crescută în special în sfera afectiv-emoțională.*

4.2.2. Trăsături psiho-comportamentale cu risc de îmbolnăvire

4.2.2.1. Noțiunea de factori comportamentali de risc pentru îmbolnăvire

Observația clinică a impulsionat cercetări epidemiologice care au relevat faptul că în marea majoritate a bolilor (a celor psihosomatice, în special) există o serie de comportamente nocive pentru sănătatea individului, legate cel mai adesea de satisfacerea unor motivații interne (biologice) sau externe (sociale) ale individului.

Aceste comportamente, cu rădăcini psihologice și jucând rolul de factori de risc pentru îmbolnăvire sunt desemnate sub termenul de factori de risc pentru îmbolnăvire sau sub termenul de "factori psihocomportamentali de risc".

Dacă, de exemplu, consumul de sare ca factor de risc pentru hipertensiunea arterială, poate fi expresia unei „nevoi interne” a subiectului, sau a unei educații alimentare deprinsă în familie (predilecția părinților pentru mâncăruri sărate), legătura acestui obicei cu stresul psihic fiind practic inexistentă - există o serie de obiceiuri cu largi implicații în patologie, cum sunt: fumatul, consumul excesiv de alcool și cafea, excesul de alimentație, sedentarismul etc. la originea cărora stau diferite expresii ale unor stresuri psihice acute sau cronice (frustrare, anxietate, descurajare etc.) ori cerințe de ordin relațional (timiditate, de exemplu).

Putem exemplifica pentru fiecare din aceste comportamente nocive induse psihogen, după cum urmează;

- alcoolul utilizat pentru ca subiectul "să prindă curaj", "să-și înecă alcaul", sau să-și înlăture senzația de oboseală (ca și cafeaua, în această din urmă ipostază);
- fumatul, dotat cu aparente proprietăți de relaxare - devenind excesiv - produce tulburări (respiratorii, cardio-vasculare, nervoase, alergice, digestive) ce depășesc cu mult beneficiul de moment (efectul antistres);
- alimentația în exces, indusă de o hiperfagie, are la bază adeseori tentativa de a repri-ma unele stări de frustrație, cum ar fi exemplul femeilor la menopauză care - pe lângă înstrăinarea inerentă față de copiii deveniți maturi și uncori, de soțul apăsător și el de o anume monotonie a vieții conjugale - intervin și factori endocrini sau stresuri profesionale și atunci apare această nevoie compensatorie de a se alimenta excesiv (cu beneficiul unei satisfacții intrinseci obținute în acest mod);
- sedentarismul - este reprezentat de "abdicarea" de la efortul fizic dirijat (mers pe jos, jogging, activități însoțite de efort cu rol de hobby - ciclism, drumeții montane). El apare sub impulsul unei nevoi de odihnă în cursul oboselei ce exprimă adesea un stres psihic (nu fizic!).

Înlocuirea activităților fizice cu cele sedentare sau - mai grav - cu activități "de interior" vizând recuperarea sau completarea unor sarcini de serviciu (de exemplu, "lucrează acasă duminică" etc.) reprezintă o sursă gravă de S.P. asociat cu tulburări metabolice inerente lipsei de activități fizice stând la baza obezității, aterosclerozei, diabetului zaharat și tulburărilor de dinamică sexuală etc.;

- recurgerea la droguri nu mai necesită comentarii, ea fiind de fapt un disperat apel la o fericire iluzorie, de scurtă durată, al unor oameni lipsiți de cele mai elementare lucruri dar și al celor a căror "opulență plictisită" (veritabil stres de subsolicitare, "spleen") îi îndeamnă spre obținerea unor satisfacții inedite.

4.2.2.2. Tipul psihocomportamental A (Behavioral patern type A) (BPTA)

În prezent se acordă o atenție deosebită acestui tip de comportament ce predispozează la stres psihic, datorită demonstrării corelației sale cu apariția bolii coronariene la subiecții care îl posedă.

Rosenman, Friedman și Jenkins au studiat sistematic și sub multiple planuri BPTA (inclusiv exprimarea sa în plan biochimic, mai ales al nivelului lipidelor sanguine) și au realizat - pe baza utilizării unor chestionare specifice - descrierea acestui "portret" psihocomportamental. În opinia noastră BPTA are la bază tipuri de personalitate "clasice" diferite dar convergând sub raportul modalității de comportament; ele mai pot fi și rodul educației sau exigențelor profesionale (ex. militari, contabili etc.).

Ceea ce ne apare mai important în prezent este faptul că BPTA este prezent și la alți bolnavi psihosomatici, în special la bolnavii ulceroși și astmatici (după observațiile noastre), fapt care ne întărește conștientizarea că toți bolnavii posesori ai tipului psihocomportamental A constituie adevărați "colecționari de stresuri" și că - prin intermediul SP, dar și printr-o serie de particularități metabolice - se realizează convertirea factorului psihogen în TPS și, ulterior, în BPS.

Referitor la trăsăturile de bază ale BPTA se cuvine să remarcăm gruparea lor în două clase de însușiri:

1. Sentimentul urgenței (starea de alertă) (componenta nr. 1).
2. Starea de ostilitate, animozitate (componenta nr. 2).

Hayes a demonstrat că dintre aceste două clase de trăsături psihocomportamentale, cea de-a doua - legată de agresivitatea subiectului - este implicată sigur, ca factor de risc, în patogeneză. În plus, Spilberger a demonstrat efectul patogen al descărcării furiei (supărării) la interior („anger - in scale”), în locul exteriorizării acestor afecte, cenzurate de cei cu BPTA.

După Friedman, criteriile de apreciere a trăsăturilor BPTA sunt reprezentate de:

- observația manifestărilor psihomotorii ale subiectului;
- testarea directă a comportamentului său prin discuții;
- date biografice semnificative (recunoscute ca atare de către subiect).

În tabelul nr. 11 redăm, după Thorp, principalele caracteristici ale BPTA.

Tabelul 11. Tipuri psihocomportamentale A și B (după Thorp)

Personalitatea de tip A	Consecințele comportamentului de tip A
1. Competitivitate excesivă	- anxietate,
2. Iritabilitate	- depresie,
3. Agresivitate și ostilitate (interiorizate)	- frustrare,
4. Obsesia urgenței timpului	- ostilitate capricioasă,
5. Insecuritate	- lipsa de liniște sufletească,

6. Întreaga sa viață este urmărită de jocul "de-a scorul": motorul e totdeauna ambalat "cu toată viteza înainte" (pentru luptă sau fugă) încercând să producă ceva mai mult, mergând la încă o întâlnire, dând încă un telefon, adăugând încă un punct în scorul deja încărcat.	- reactivitate crescută la stres: - hormonii de stres crescuți dublu (față de tipul B) - aflux sporit de sânge către mușchii scheletici, neconsumat (datorită sedentarismului) cu depunere vasculară consecutivă de colesterol,
7. Este însetat după răzbunarea nedreptății.	- cardiopatii, slăbirea sistemului imunitar (inclusiv cancerul), alte boli psihosomatice.
8. Succesul (economic) este ținta lui constantă.	
9. Comportamentul său impulsiv îl împinge să realizeze tot mai mult, de care însă se bucură tot mai puțin.	
10. Are o nelimitată dorință de aprobare și recunoaștere.	
11. Încontinuu își verifică activitățile după ceas.	
12. Încheierea unei lucrări îi dă prea puțină tihnă și satisfacție.	

Pentru patogeneză este demn de interes faptul că indivizii cu tip A sunt fiziologic mai reactivi decât cei cu tipul B, la ei constatându-se o creștere dublă a hormonilor de stres într-o situație stresantă, față de persoanele cu tip B (Krantz și Manuck - 1984).

4.3. Predispoziția de organ

Din definiție lipsește - ceea ce încă pentru unii constituie un subiect de dispută dar care pentru noi apare ca ceva cert, fără echivoc - "predispoziția de organ" ("factorul de localizare", de "alegere a organului"), postulat de Wolf și Bauer. Fără a fi de acord cu teoria "conflictelor specifice" emisă de Alexander - după care personalități diferite fac aceeași BPS, în condițiile unui SP asemănător - considerăm că ar putea fi vorba, așa cum arăta Hendrick, de o coincidență fortuită a unei boli intercurente ce afectează un organ sau aparat, cu o situație traumatizantă survenită în primii ani de viață. Această coincidență în timp se fixează, după mecanismul obișnuit al reflexului condiționat, și se "bătătoarește" astfel o cale de "descărcare" a afectelor negative spre organul respectiv (ex. o tuse emoțională, începută în copilărie, cu ocazia unei viroze, în timpul căreia actualul bolnav psihosomatic a suferit o traumă majoră, se reactualizează la maturitate cu ocazia oricărei emoții puernice). O optică asemănătoare este prezentată și în concepția lui Jaspers, care subliniază că, odată fixată această veritabilă "legătură temporară", emoții mult mai reduse pot fi capabile să reproducă aceleași fenomene somatice produse cu ocazia stresului emoțional.

Nu este exclus nici un alt mecanism de "somatizare" a afectelor, acela postulat de Lacey și Malmo (citați de Predescu) care constă în reacția individualizată la emoții a subiectului, cu precădere la nivelul unui aparat sau sistem (de ex. la aceeași emoție unul reacționează prin diaree, altul prin palpitații puternice, etc.), dar la o analiză mai atentă avem de-a face tot cu o

condiționare de tipul celei amintite mai sus. La acest subpunct putem invoca de asemenea rezultatele cercetărilor întreprinse împreună cu Ionescu și Popovici referitor la modificările rinoscopiei bolnavilor în situații de stres (o gamă largă de modificări, cu amplitudine maximă la bolnavii nevrotici și minimă la subiecții normali).

Merită să analizăm conținutul noțiunii de *somatizare* pe care - justificat în opinia noastră - Băban și Dumitrașcu o consideră ca o problemă de sănătate publică situată la interferența medicinei clinice cu psihiatria.

Problema somatizării unor stresuri psihice poate avea, în opinia noastră, următoarele accepțiuni:

a) *somatizare „nespecifică” - traducerea în simptome somatice reversibile a unei excitații psihice de diferite grade (de regulă, întrunind atributele unui SP), conducând la apariția unor TPS comune cvasiunanimității indivizilor (simptomele clinice ale SP, deja înfățișate); este o accepțiune neviabilă, fără o utilitate nosologică, întrucât există conceptul mult mai bine fixat al corelatelor somato-viscerale ale proceselor psihice sau cel al TPS deja analizate. Ea poate fi alăturată celei de „tulburări somatoforme” postulată (total neinspirat) de către DSM II (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, ed. III), considerate ca „simptomele organice (de ce somatoforme, când sunt somatice?, de ce organice, când pot fi funcționale - nota noastră), fără cauze organice”;*

b) *somatizarea electivă: „alegerea selectivă” a unui organ cu rol de „paratrâznel” pentru reacțiile ample și polimorfe neuro-endocrino-metabolice și imunologice din cursul SP (sau ca urmare a formării unor reflexe condiționate).*

Această accepțiune ni se pare cea mai justă și ea stă la baza interpretării apariției BPS (mai puțin a TPS care sunt mai puțin specifice) dar trebuie să țină cont de preexistența a două grupe de factori „de canalizare” a SP către un anume organ sau aparat;

- *factori psihologici* (pe fondul unei vulnerabilități generale față de SP) care implică momente din biografia subiectului de interferență între un SP și o disfuncție somato-viscerală conjuncturală („de moment”), inclusiv modele (copii) familiale ale unor boli (inclusiv predispoziția genetică psiho-organică);

- *factori ținând de o hiperactivitate de organ* (inclusiv o anumită predominanță a unor receptori pentru diferiți hormoni de stres) ca de exemplu: bronșic (pentru astmatici), cardio-vascular (pentru cei cu tahicardii paroxistice), intestinal (colonul iritabil, diareele emoționale) etc.

În literatură se mai consideră somatizarea - după Adriana Băban și Dumitrașcu - fie ca o *trăsătură de personalitate* (în sensul convertirii facile a unor SP în tulburări somatice polimorfe, cum o considerăm și noi), fie ca „o formă atipică sau mascată a bolii psihiatrice”.

Ceca ce vrem să subliniem ca o certitudine pentru noi este surprinzătoarea lipsă de somatizare, evidențiată în unele cazuri (mai rare, dar totuși suficiente numeric, cca. 30 % în cazuistica noastră) în care, la un același subiect - aflat în pragul unei crize de astm și cu o vulnerabilitate la SP dovedită - SP repetate, unele chiar în fața noastră, nu au condus la declanșarea manifestărilor de boală. Este posibilă, în satfel de cazuri, condiționarea unui anume răspuns somatic de o traumă psihică electivă (Klumbies).

4.4. Tulburările nevrotice în BPS

O altă trăsătură generală a BPS o constituie intricarea unor simptome somatice cu o serie de tulburări neurovegetative care - chiar dacă reprezintă un corespondent al anxietă-

ții sau al unei depresii larvate, frecvent întâlnite la bolnavii PS - constituie un halou nevrotic ce a făcut pe unii autori (Mayer-Gross și L. Michaux) să le considere ca fiind o notă dominantă a BPS. Credem că supraestimarea tulburărilor psihice din BPS nu este conformă cu realitatea, deoarece unele BPS „pure” sunt foarte sărace în acuze subiective, iar o parte din ele debutează prin complicații (ex. o melenă sau un paroxism tensional, ori un infarct miocardic) fără nici un fel de simptomatologie prealabilă.

De asemenea, prezența masivă a unor simptome nevrotice ar trebui să constituie mai degrabă un argument de acceptare a existenței unei nevroze concomitente cu BPS, acest lucru apărând mai evident în unele boli de lungă durată care atrag, prin mecanisme somatopsihice, reacții nevrotice. Noi am găsit din 100 bolnavi cu astm bronșic 6 bolnavi fără nici o tulburare nevrotică.

Tot un aspect legat de prezența simptomatologiei nevrotice în BPS este reprezentat de precesivitatea unui tablou nevrotic polimorf (ca în boala ulceroasă, hipertensiunea arterială etc.) sau a unor TPS polimorfe, inclusiv cele centrate prioritar pe un anume organ, premergătoare apariției bolii propriu-zise, într-o etapă denumită de către Hațieganu „perioada cortico-subcortico-vegetativă”.

„De ce un bolnav face nevroză sau altul o BPS, în condiții asemănătoare de stres?” este o întrebare cu un răspuns greu de dat dar noi înclinăm să credem că un rol determinant îl joacă atât vulnerabilitatea „organului de șoc” (în primul rând), cât și particularitățile psihice ale individului respectiv, corelate cu biografia sa.

4.5. Evoluția ciclică a BPS

O importantă caracteristică a BPS, în opinia noastră, este aceea a derulării lor sub forma unor paroxisme (crize, accese) pe un fond mai mult sau mai puțin exprimat prin acuze subiective ori modificări morfofuncționale obiectivabile. Astfel există o reversibilitate a BPS cu posibilitatea chiar a unei vindecări - în condițiile unui tratament corect, cuplat cu ablația situației stresante declanșante - dar și a unor reîmbolnăviri. Această „mobilitate” evolutivă este exprimată în unele boli (ex. ulcerul duodenal) și mai puțin în altele (ex. hipertensiunea arterială, astmul bronșic, etc.). Majoritatea BPS, între care și astmul bronșic, evoluează cronic; odată declanșate (și nu numai de factorul psihic), creează un platou de modificări biochimice și lezionale ireversibile pe care se grefează accidente paroxistice reversibile, în geneza cărora factorul psihic joacă - de regulă - un rol dintre cele mai importante, deși nu exclusiv.

Evoluția aceasta ondulantă, modulată de un complex de factori, între care și cel psihic, remisiunile care se obțin în aceste boli în cazul supresiunii traumelor afective, ca și al unei psihoterapii în profunzime, subliniază caracterul de reversibilitate - cel puțin parțială, în raport cu factorul psihogen - pe care îl îmbracă orice BPS.

4.6. Tulburări psihosomatice și boli psihosomatice la bolnavii psihici

Dacă SP induce TPS la subiecții expuși acțiunii sale, ar fi de așteptat ca o serie de afecțiuni psihice determinate de SP, cum sunt în primul rând nevrozele, să predisună la apariția BPS.

În legătură cu această problemă vechii psihosomaticieni de sorginte psihanalitică au vehiculat ideea unei separații nete între nevroze și BPS, postulând teoria că nevroticul își

descarcă tensiunile afective în sfera psihică, în timp ce bolnavul psihosomatic are drept "paratrăznet" organul care contractează boala, salvându-și astfel echilibrul psihic (v. aut. cit. de Văleanu).

În realitate, așa cum ne-am străduit să demonstrăm pe loturi mari de bolnavi cu afecțiuni nevrotice și cu BPS (în 1980), există frecvent asocieri între aceste două tipuri de boli, iar acțiunea brutală sau prelungită a unor SP poate să se facă mult mai ușor simțită la un bolnav nevrotic. La acesta contractarea unei BPS este, mai degrabă, în funcție de meio-pragia unor țesuturi și organe decât de o disponibilitate psihică de a cluda o stare conflictuală pe seama descărcării ei asupra unor regiuni somatoviscerale. De altfel, într-un studiu cu privire la incidența bolilor somatice la bolnavii cu nevroze, G.C. Constantinescu (cit. de Cucu) evidențiază o frecvență crescută a BPS. Astfel, 29 % din ei prezentau HTA, 16 % dischinezii biliare etc.

O întrebare firească se ridică în ceea ce privește incidența BPS la bolnavii psihici la care tulburările (din sfera afectivă) au o cauzalitate endogenă, acești bolnavi fiind rupți de mediu și deci mai puțin afectați de SP. Dacă există la acești bolnavi stări afective chiar paroxistice (să ne gândim la un acces de manie sau depresie, de ex.), ar fi de așteptat ca ele să aibă "concomitențe somatice" capabile să genereze disfuncții și chiar boli ale organelor interne. Într-adevăr același autor (G.C. Constantinescu) evidențiază, la 175 de bolnavi cu psihoză maniaco-depresivă, incidența foarte crescută a HTA (44 %), alături de alte BPS, prezente într-un procent mai redus (între 3 și 16 %). Cele mai evidente TPS apar în faza depresivă a acestei afecțiuni, în special cele care survin în sfera digestivă (anorexie, stare saburală a întregului tub digestiv, peristaltism scăzut, balonare, constipație și spasm intestinal "prin inhibiție vagală").

În formele anxioase, agitate, apar tulburări de ritm (palpitații), dureri anginoase și dispnee, ca și fenomene urinare: disurie și chiar retenție urinară (Cucu). Tot HTA este în capul listei BPS și în alte afecțiuni psihice cum sunt paranoia și reacțiile psihogene.

Un loc aparte îl ocupă schizofrenia la care G. C. Constantinescu a găsit un număr foarte redus de bolnavi având asociată o BPS. Explicația cea mai plauzibilă o constituie, în opinia noastră, hiporeactivitatea afectivă la AS externi dar nu trebuie neglijate TPS nesistematizate destul de frecvent întâlnite chiar și în această boală și care - după Bleuler (cit. de Cucu) - pot avea la bază comportamentul psihotic (agitație, negativism) și o excitație puternică neurovegetativă, indusă de trăirile psihotice intense (cu punct de plecare endogen).

Astfel de TPS sunt reprezentate de o serie de tulburări digestive ca hipersecreția gastrică și biliară, staza duodenală și alteranța de diaree și constipație precum și tulburări urinare (disurie, retenție urinară) sau ale tabloului sanguin.

În ciuda unor diferențe între schizofrenie și celelalte afecțiuni psihotice, toate aceste boli prezintă tablouri clinice de tipul depresiei, anxietății, agitației, etc., induse atipic, nemotivat și nu ca un răspuns la un AS evaluat "lucid", cum se întâmplă la subiecții sănătoși sau nevrotici, cu starea de claritate a conștiinței păstrată.

Din acest motiv, chiar dacă reacțiile endocrine (de ex. tiroidiene, studiate între primii de C. I. Parhon, Constanța Ștefănescu Parhon și Milcu) sunt frecvent întâlnite în schizofrenia, psihozele pelagroase și psihoza maniaco-depresivă (aut. cit. de Cucu) - este greu

să admitem că ar putea exista un tablou neuro-umoral identic în SP exogen (analizat cu precădere în lucrarea noastră) și cel endogen (caracteristic psihozelor endogene sau celor inițial exogene dar soldate ulterior cu deconectarea bolnavului de nivelul reflectării conștiente a realității).

De aici și eventualele diferențe între frecvența BPS la cele două grupe de bolnavi (nevrotici și normali psihic. pe de o parte) și psihotici pe de altă parte cu toate că, în fața unei boli psihice grave, interesul medicului și al anturajului celui bolnav este focalizat spre acuzele psihice și se ignoră adesea o BPS.

Totuși problema merită să fie studiată riguros și credem că rezolvarea ei ar aduce noutăți în domeniul problematicei SP.

Concluzii de ordin practic asupra BPS. Înainte de a încerca să tragem câteva concluzii cu caracter general asupra BPS și a concepției psihosomatice, vom reaminti că acest capitol a încercat să reflecte modestele noastre opinii, conturate în cadrul confruntării cu realitățile clinice dar și cu datele din literatură, adesea contradictorii. În eventualitatea că aceste opinii sunt prea "personale" sau prezintă unele fisuri ori o insuficientă argumentare, vom recomanda - având în vedere importanța acestui domeniu de interferență a tuturor ramurilor medicinei cu SP și problemele lui satelite - numele unor autori ale căror lucrări, cu caracter monografic sau de capitol în diverse tratate, figurează în bibliografia acestei cărți: Șt. M. Milcu, V. Predescu, G. Ionescu, Săhleanu și Athanasiu, Văleanu și Daniel, Cucu Ioan, A. Restian - la noi în țară - și Klumbies, Kleinsorge, Karasu și Plutohik, von Uexkull, O. Hill, von Eiff, Klotz, Graham G.D., Kulawik, Creer, Haynal, Staechlin, Luban-Plozza, etc.

Am înfățișat într-un șir de scurte comentarii modul în care concepem termenii de "tulburare psihosomatică", "tulburare somatopsihică", "boală psihosomatică", insistând asupra conturării unui grup de afecțiuni psihosomatice care aparțin mai multor specialități medicale (deși cu precădere medicinei interne), nu cu intenția de a subscrie la apariția unei noi microsPECIALITĂȚI (gen cardiologie, nefrologie, etc.) în cadrul medicinei interne ci mai mult în scopul impunerii ca metodă generală de investigare a omului bolnav, abordarea psihosomatică. Aceasta - pe lângă reumanizarea relației dintre medic și bolnavi - permite decelarea unor simptome psihosomatice, altfel greu interpretabile în afara considerării substratului lor psihogen, și dificil de tratat în cazul etichetării lor "ad litteram" ca simptome pur somatice.

Implicațiile psihoterapeutice, în cadrul acestui mod de abordare a bolnavului, sunt greu de minimalizat iar o pregătire a medicului, cuprinzând noțiuni de bază despre simptomatologia și tratamentele curente în nevroze, ar permite economisirea de timp pentru medic și bolnav, iar acesta din urmă nu ar mai fi plimbat de la un specialist la altul.

Nutrim speranța că acest capitol al BPS reprezintă o problemă "de etapă", viitorul științelor medicale vizând o abordare psihosomatică (implicit evitarea intricării factorului iatrogen), capabilă să țină cont, în orice afecțiune de rolul oricât de mic (dar favorizant) al traumelor psihice în geneza oricărei boli, având în vedere că determinanții psihologici sunt cofactori, integrați cu factorii genetici, constituționali, nutriționali, de patologie biochimică - de organ sau de intervenție - într-o acțiune complexă asupra organismului uman. Un exemplu al modului cum concepem o astfel de abordare în cadrul examinării bolnavului este înfățișat în tabelele 12, 13, 14 și 15.

Tabelul 12. Obiectivele implicate de examinarea bolnavului prin prisma C.P.S.

- Ambianță:** 1. Eliminarea factorilor generatori de S.P. (dependenți de medic)
2. Crearea unei atmosfere de confort psihic (liniștire, relaxare)
- Diagnostic:** 3. Înregistrarea reacțiilor și atitudinilor bolnavului (inclusiv relatarea simptomelor).
4. Stabilirea (aprox. și provizorie) a tipului de personalitate a bolnavului
5. Analiza contextului - biografic
- fiziologic al bolnavului
6. Ierarhizarea implicării factorului psihic în geneza simptomelor

Psihoterapie simplă

(suportivă): 7. Inițierea sau aplicarea ei pe parcursul examinării

Tabelul 13. Anamneza bolnavului prin prisma concepției psihosomatice

Conduita de întâmplare anti-stres

- Climat relaxare (factori perturbatori)
- Asigurări (încurajări) - verbale
- non-verbale
- Anamneza liberă
Ulterior centrată pe simptome relevante
- Medic optimist (iatrogenizare)

Aprecierea implicării etiologice a stresului

- Este un pacient stresat?
- acut - cauza consultației (consult „la cald”)
- cronic - consult „la rece”
- Este un bolnav afectat de S.P?
Conduită: 1. Axarea direct pe context stresant
2. Examen medical „clasic” + evaluarea SP ~ trigger

Evaluarea psihologică a bolnavului:

A. intelectual ±

statut social ±

- afectiv: - labil
- anxios
 - depresiv/hipomaniacal
 - optimist-pesimist

B. comportament/atitudini

- 1) Față de doctor: - cooperant ±
- permeabil (la argumentele medicului)
- 2) Față de profesie: tip A sau B

- 3) Tip relațional: - rigid/flexibil
- obsesional
- histrionic
- schizoid

A+B Ab initio + pe parcursul anamnezei

C. Motivație - aspirații

Nivel - aspirații
- posibilități

Domină motive biologice?
sociale?

Cele 3 nevoi psihologice fundamentale (după Linton):

- Afiliere
- Securitate pe termen lung
- Noutate

D. Factori de risc psihocomportamentali

1. Fumat
2. Alcool
3. Sedentarism
4. Supraalimentație
5. Droguri

C+D la sfârșitul anamnezei (+5)

Context existențial stresant

1. Actual relevant direct de Pt

desprins din: - Reculul inserției sociale (familie, prieteni, asociații, etc.)

- stabilitate
- conflicte

- Venit

- Nivel - aspirații
- posibilități

- Probleme sexuale

2. Biografie

- Copilărie - „fericită”
- obișnuită
- traume marcante
- Evenimente majore („Life changes”)
- Eșecuri în viața intimă - sentimentală
- sexuală
- Internări (consultări) pentru boli psihice

Ierarhizarea intervenției factorului psihic în declanșarea manifestărilor clinice subiective și obiective

1. Exclusiv

- aparentă (locus minoris resistentiae)

formele psihogene

- frecventă în antecedente?

2. Alternativ cu ceilalți factori specifici bolii

3. Sumative cel mai des

- Ponderea participării S.P.: - minimă
 - moderată
 - importantă

Rolul PTS (apelul la psiholog)

Tabelul 14. Examenul obiectiv și investigațiile paraclinice

- Examenul obiectiv:** Aceeași conduită = înțelegere
 = încurajare
 = captarea încrederii
 + Observarea reacțiilor bolnavului

Investigații paraclinice

- limitarea- durerii și disconfortului
 - riscurilor (unor radiații)
- ATENȚIE LA BOALA IATROGENĂ (afirmații, gesturi, răspunsuri evazive etc.).

Tabelul 15. Psihoterapia suportivă (PTS)

A. Anamneza

- cadrul de instituire - Medic
 - Timp (≅ 6')
- Tipul - analitic
 - tehnicist
 - al omni practicianului
- Conduita medicului:
 - „atent” - înregistrează atitudinile bolnavului
 - apropiat
 - optimist
 - Gradul comunicării

- B. Prescrierea analizelor: - în acord cu bolnavul (dacă sunt necesare!)
 - argumentație în caz de refuz (iatrogenizare)

C. Prescrierea tratamentului:

- încredere, optimism
- utilizarea efectului Placebo
- asigurarea premiselor complianței

În măsura în care modelul de investigare și tratare a BPS va deveni o chestiune de rutină, este posibil ca acest capitol de patologie (cum considerăm noi bolile psihosomatice) să se dezagreze ori să se extindă, până la confundarea sa cu aproape întreaga patologie. În acel moment concepția psihosomatică se va fi răspândit suficient spre a putea fi ajuns în conștiința fiecărui medic iar beneficiile aduse de ea vor fi îmbogățit în mod spectaculos și alte științe precum psihologia, sociologia ori pedagogia.

* *
 *

În mod necesar abordarea bolnavului prin prisma CPS creează premisele pentru fructificarea elementelor psihologice ale actului medical în cadrul psihoterapiei de susținere, așa cum rezultă și din tabelul 15, fapt ce potențează uneori în mod spectacular efectele medicației sau al celorlalte mijloace terapeutice, uneori putându-se vindeca pacientul exclusiv prin mijloace psihologice.

Capitolul 9

RELAȚIA INTERPERSONALĂ DINTRE MEDIC ȘI PACIENT

A. Cadrul psihosocial de constituire

1. CEI DOI POLI AI RELAȚIEI

Relația interpersonală dintre medic și pacient (RIP-Dr-Pt) apare ca un fenomen inerent practicării profesiei medicale, în cadrul căreia dezvoltarea tumultuoasă a procedurilor paraclinice - incluzând apelul la metode paraclinice, computerizate, matematice, tot mai sofisticate - nu a reușit încă (și sperăm să nu reușească niciodată!) să înlocuiască firescul contact dintre medic și omul bolnav.

Mai mult, această scientizare a medicinei a contribuit în ultimele două decenii la crearea unui adevărat *ecran între medic și pacient*, dincolo de care acesta din urmă întreține fantomatice amenințări, sporindu-i anxietatea și creând posibilități vaste pentru o "multilateral dezvoltată" iatrogenizare (potențată în mod paradoxal și de unele erori comise prin și în numele Educației Sanitare).

În scopul reabilitării acestei relații, în lumea medicală au apărut atitudini ferme de *condamnare a alienării bolnavului de suportul său afectiv și moral*, capabil să limiteze haloul de neliniști și disperare care acompaniază orice boală cu evoluție mai mult sau mai puțin severă.

Aceste atitudini s-au concretizat și în planul practic al studierii unor caracteristici de ordin psihologic, în primul rând ale RIP-Dr-Pt în scopul optimizării acestei posibilități, cu multiple valențe de comunicare între cei doi protagoniști ai actului medical, mergând de la schimbul de informație și până la oferirea pentru omul suferind a unui suport afectiv și moral, ambele având consecințe benefice în procesul însănătoșirii.

Ca orice relație interpersonală duală, RIP-Dr-Pt, având drept protagoniști bolnavul care solicită ajutor calificat și medicul care este în măsură să acorde acest ajutor, în vederea rezolvării unei probleme care interesează, la modul general, întreaga societate - se desfășoară, prioritar, după Piaget, în **trei planuri fundamentale**: intelectual (predominant informațional), afectiv și moral.

Atât medicul, cât și pacientul, posedă fiecare câte un **statut social** ("colecție de drepturi și obligații" - Linton în "The Study of Man" (1936), sau "ansamblul comportamentelor la care cineva se poate aștepta legitim din partea altora" - J. Stoezel, 1963). Statutul social se realizează prin intermediul rolului social - "aspectul dinamic al statutului", cf. Linton, care îl consideră ca fiind o "modalitate de punere în vigoare a

drepturilor și îndatoririlor conferite de statutul social al indivizilor"; după Stoetzel, **rolul social** reprezintă un "ansamblu de comportamente pe care alții îl așteaptă legitim de la o persoană, în virtutea unui anume statut social al persoanei respective".

Aceste elemente fundamentale ale RIP-Dr-Pt vor fi analizate inițial la nivelul asistenței medicale în ambulatoriu - ca nivel general - și ulterior la nivelul altor eșaloane, în primul rând cel spitalicesc.

Avem în vedere în primul rând faptul că acest capitol fundamental de psihologie medicală, studiat în anul premergător intrării studenților în clinică, reprezintă un ansamblu de noțiuni și strategii practice emergente - adesea însușite "la întâmplare", "după ureche" sau aplicate, pur și simplu, intuitiv de către corpul medical din țara noastră. (În țările occidentale Psihologia Medicală figurează constant în programa de învățământ, la noi acest loc a fost ocupat timp de decenii de "învățătura" marxist-leninistă).

În al doilea rând, legat de argumentul de mai sus, avem în vedere că, de la primele contacte cu bolnavul, fie și în **calitate de student stagiar, viitorul medic trebuie să-și formeze modalități de abordare** - diferențiate și cu implicații psihoterapeutice benefice - a omului bolnav, dispunând de registre de evaluare și acțiune variate, chiar dacă responsabilitatea terapeutică - ce conferă valențe de suplimentare acestei abordări - nu este încă (anii III-IV) un apanaj al studentului la debutul anilor clinici.

În același timp, trebuie subliniat faptul că noțiunile acestui important capitol se constituie doar într-un nucleu de cunoștințe, capabil de a fi amplificat prin experiența practică viitoare (chiar și după mulți ani de la absolvire), ca și prin sfaturile - purtând amprenta unor valoroase cariere profesionale - primite de la un prestigios corp didactic (reamintim axioma care afirmă că **marii clinicieni au fost și eminenți psihologi**).

Beneficiar al unei cunoașteri nuanțate - vizând apropierea medicului de omul bolnav, implicând și înțelegerea unor probleme ale acestuia, altele decât cele medicale - va fi **bolnavul al cărui psihic este subminat** atât de suferința somatică (sau psihică, în cazul nevrozelor sau altor boli psihice), cât și de implicațiile socioprofesionale ale bolii. Acest impas îi creează bolnavului nevoia (dar și disponibilități) de a fi abordat, într-un mod comprehensiv, adesea prin intermediul unei regizări pline de tact din partea medicului a unor detalii aparent minore menite să-l înarmeze cu mijloace psihologice capabile să-i permită depășirea multiplelor obstacole create de boală (inclusiv **ruperea cercului vicios somato-psihosomatic**).

Chiar în acest moment, al generalităților privind RIP-Dr-Pt, subliniem faptul că - dacă **o abordare optimă a bolnavului presupune și crearea unor relații intelectuale eficiente**, concretizate în primul rând în acuratețea anamnezei - **în studierea acestui capitol ne vom centra pe relațiile afective** deoarece ele sunt cel mai mult implicate în evoluția favorabilă a bolii (determinată pe cale nemedicamentoasă, în plan psihoterapeutic), influențând în mod cert și celalalte două tipuri de RIP (intelectuale și morale).

2. BOLNAVUL FAȚĂ ÎN FAȚĂ CU BOALA ȘI CU MEDICUL

Trebuie făcută din start o diferență între cei doi participanți la RIP-Dr-Pt.

Spre deosebire de medic, aflat în general în situația unui om sănătos, bolnavul, înainte de a se decide să apeleze la un consult medical, este deja **confruntat cu o nouă problemă existențială, cu boala, desigur nu orice fel de boală** (de exemplu nu intră în discuție unele îmbolnăviri acute ușoare care se pretează la un autotratament: plăgi reduse,

epistaxis-uri, arsuri superficiale pe suprafețe mici, o traheo-bronșită afebrilă cu tuse moderată și pasageră, etc.) ci **o boală ale cărei simptome incomodează în mod vădit individul**, atât ca disconfort fizic și psihic, cât și ca un **obstacol ivit - cel mai adesea pe neașteptate - în desfășurarea normală a vieții bolnavului**.

Deși au fost studiate la începutul cursului de Psihologie Medicală, conceptele de sănătate și boală necesită o reevaluare în contextul analizării unei RIP-Dr-Pt, instituită chiar și în cazurile unor îmbolnăviri ușoare - fără a poseda premisele unei stresări brutale și/sau îndelungate a bolnavului. Bolile ușoare implică, cel mult, o relație extrem de superficială, pasageră și lipsită de perspectivă psihoterapeutică.

2.1. Sănătatea și boala în planul subiectivității bolnavului

Nici astăzi nu sunt unanim admise diferitele definiții care se dau acestor două stări adeseori greu de delimitat ale organismului uman (definiția OMS asupra "sănătății" sună laconic; "o bunăstare fizică, psihică și socială").

Întrucât am avut prilejul să reflectăm adesea la această problemă, având de rezolvat în unele situații cazuri care, de fapt, nu erau de domeniul patologicului - dar alteori am decelat întâmplător semnele unei boli pe care pacientul o ignora cu desăvârșire - vom încerca să ne expunem o opinie mai nuanțată în această privință. Astfel, vom relua ideea de mai sus - spre susținerea unei definiții mai adecvate, în intenție, a bolii - că există nenumărate îmbolnăviri ușoare compatibile cu o bunăstare fizică, psihică și socială, având evoluție cronică (scolioze ușoare, veruci vulgare, miopii ușoare unilaterale, unele dismenoree fruste, faringite cronice etc.) și determinând numai întâmplător pe bolnavii respectivi să se adreseze unui medic generalist ori specialist. În astfel de cazuri, tratamentul indicat este fie ineficace (din lipsă de remediu a multora dintre afecțiunile citate), fie paleativ și bolnavul rămâne un "cronic" sau "un caz nerezolvat", dar poate să-și desfășoare o activitate fizică și profesională absolut normale, concomitent cu o bună stare psihică și o încadrare socială normală, uitând să se mai considere în "situația de bolnav".

Din acest motiv, considerăm că, din punct de vedere al răsunetului psihologic, **noțiunea de "boală" ar trebui aplicată acestor abateri statistice de la normal (pe plan morfo-fiziologic și psihic) care, fie că alterează capacitatea omului (văzută în dublă ipostază: fizică și psihică) de a activa în planul vieții sale personale, ori în cel profesional sau social, fie că includ, prin potențialul lor evolutiv, primejdia unei astfel de alterări**.

Desigur că o astfel de restrângere a sferei noțiunii de boală obligă la redefinirea acelor abateri patologice de la normal tolerate perfect în anumite condiții (cum ar fi lipsa contactului cu unii factori de risc agravant), ca și sublinierea faptului că un test pozitiv pentru SIDA sau decelarea ocazională a unor valori crescute ale tensiunii arteriale - dar perfect tolerate - la un examen medical de rutină (exemplu: angajare) pot constitui veritabile indicii ale existenței unor boli care - chiar în lipsa unor ecouri în planul subiectivității individului - îl condamnă pe acesta fie la moarte, fie la o existență amenințată de complicații invalidante.

În acest sens, de disconfort fizic sau psihic - deja existent sau iminent (dar conștientizat de către individ) - cu implicații și asupra inserției sociale, boala devine obiect de studiu pentru psihologi, iar purtătorul ei capătă, justificat - în opinia noastră - atribu-

tul de "bolnav" (ce importanță ar avea pentru un individ faptul că prezintă un catar nazal ușor și generând un disconfort minim, sau că are o verucă vulgară discret implantată, asimptomatică?).

2.2. Modificări de esență ale personalității omului bolnav

Analiza efectuată într-un capitol anterior, legată de răsunetul bolii asupra personalității bolnavului, ne obligă la prezentarea unor repere principale. Trebuie pornit de la faptul că recunoașterea socială a bolii - apreciată în sensul definiției noastre - prezintă multe aspecte distincte de la popor la popor, conformate unor mentalități modelate de factori socio-culturali și chiar economici, dar - indiferent de gradul de deosebiri - **"boala este unanim considerată ca o nenorocire pentru individ sau grupul social și pune problema șanseii"** (Stoetzel), atât sub raportul "alegerii" celui în cauză, cât și sub raportul perspectivei de salvare.

Același autor conchide asupra faptului că "boala este un rău și aduce suferință; ea se acompaniază de un cortegiu de anxietate".

Barker, analizând situația de bolnav, găsește **cinci trăsături esențiale cu repercusiuni asupra personalității bolnavului:**

1. **Situația marginală** (între lumea sănătății și cea a bolii, negând când una, când cealaltă) ce-l face instabil, dominat de stări conflictuale.

2. Situația nouă - starea de **primejdie** care planează la orizontul bolnavului îl face pe acesta să **apeleze la tehnici protectoare spre a face față pericolului situației**, fapt ce se traduce uneori prin euforie, și - mai mereu - prin sugestibilitate crescută.

3. Restrângerea orizontului (de preocupări, de ambianță).

4. Egocentrismul.

Aceste ultime două trăsături sunt, de fapt, o consecință pe plan personal a situației noi, marginale.

5. Perspectiva temporală îndelungată a bolii - duce la sporirea **anxietății de bază**, și potențează acțiunea factorilor 3 și 4.

În această situație de bolnav (apreciată fie just, fie eronat), bolnavul apelează la instituția medicală în virtutea unui statut social dobândit, cu caracter temporar sau permanent.

2.3. Statutul social al bolnavului

Întrucât îmbolnăvirea unui individ produce o serie de perturbări ce se propagă în lanț în mediul familial și profesional al bolnavului, micro- și macrogrupul de care aparține acesta stabilesc o serie de norme reglementate sau nu juridic, ce impun atât o conformare din partea bolnavului, cât și a grupurilor sale sociale de apartenență.

Parsons enumeră 4 caracteristici de bază privind drepturile și obligațiile (statutul) bolnavului (T. Parsons - The social system. Free Press, New York 1951).

2.3.1. Scutirea de responsabilități

Reprezintă abdicarea de la orice responsabilitate de ordin profesional, social și familial. Dacă individul nu se vindecă, această scutire devine o acceptare definitivă, un drept.

2.3.2. Dreptul la ajutor

Având acest drept, bolnavul poate primi sprijin din partea acelor membri valizi ai societății, care instituționalizează ajutorul acordat acelor bolnavi.

Concluzionând asupra acestor prime două "drepturi" ale bolnavului, trebuie spus că, în general, bolnavul care se prevalează de ele, încearcă, totuși, o atingere a personalității ce se poate chiar transforma într-un veritabil "complex de inferioritate", al cărui grad variază în funcție de nenumărați factori, între care personalitatea bolnavului și factorii sociali sunt cei mai importanți. Aici putem vedea de fapt cum statutul este pus în mișcare, în funcție de factorii enumerați mai sus, sub forma rolului pe care și-l asumă bolnavul, rol ce poate oscila între tendința la exagerarea acestor drepturi (bolnavi care se prevalează de situația lor de a obține drepturi, uneori depășind normele admise), și cei care aproape resping aceste drepturi, considerându-se realmente înjosiți de acceptarea lor.

2.3.3. Obligația pentru bolnav de a considera această stare ca fiind indezirabilă și de cooperare în scopul vindecării sale

Apare ca firească, date fiind demnitatea umană dar și exigențele societății. Totuși, există abateri de la această normă, fie în sensul exagerării (bolnavi care resping - din exces de zel profesional sau altruism familial - scutirea de responsabilități, continuându-și activitatea și întârziind prezentarea la medic), fie al diminuării ei (bolnavi abuzând de concedii medicale, sanatorizări sau terorizându-și familia etc.).

2.3.4. Obligația pentru bolnav de a cere ajutor competent pentru vindecare

În raport cu celelalte drepturi și îndatoriri ale bolnavului, această obligație este cel mai adesea îndeplinită într-un mod impropriu, ce depinde în mai mare măsură de personalitatea sa dar și de condițiile concrete de existență. Astfel **timizii, persoanele agrenate într-o activitate** considerată de ei ca extrem de importantă, dar și **oligofrenii**, vor apela mai greu (indecis și cu întârziere) la ajutorul instituțiilor medicale. În schimb, **persoanele isterice, ipohondre**, ca și destul de largă categorie a **bolnavilor "colecționari de consultații"** (pentru aceeași boală) la mai mulți medici (în condițiile asistenței medicale complet gratuite din fostele țări socialiste) vor efectua un adevărat consum de asistență medicală (cronofag și costisitor în planul investigațiilor de laborator etc.).

2.4. Exigențele și "pretențiile" pacientului

Înainte de a studia obligațiile profesionale, inclusiv morale ale corpului medical - este util să continuăm subcapitolul consacrat bolnavului, cu analiza altor "trăsături de rol" ale acestuia derivate din statutul său social și diferite de cele înfățișate anterior ca "abateri" extreme de la obligațiile sale de bolnav.

Fundamental apare faptul că - așa cum afirmă A. Percek - "fiecare ființă care suferă de ceva din punct de vedere al patologiei, își conferă cu de la sine putere prerogativele unicatului. Fiecare vorbește convins despre "gripa sa", despre "pneumonia sa", despre "ulcerul său". Această nuanță de personalizare este imprimată nu atât de boala în sine, cât de răsunetul ei psihologic" ("Mundus medicamenti", 1981).

În această trăire a bolii "unicat", bolnavul reflectă cadrul psihologic familial și social, ca și traiectoria de moment a evoluției sale în care l-a surprins apariția bolii, toate aceste elemente de context psihosocial, fiind adăugate celor derivând din structura personalității sale, ca și din eventuale experiențe ale unor îmbolnăviri anterioare, ori din posedarea unei așa-zise "culturi medicale" (și aceasta de o diversitate largă, atât cantitativă, cât și calitativă - a se vedea "folclorul medical").

Cu această amprentă personală, asupra unei boli care și ea se abate deseori de la "boala standard" (descrisă în manuale), ca și cu un mod de gândire dominat de "temeritate și neînțelegere", "**la discreția unor prejudecăți, la discreția ficțiunii, prin definiție morbidă**" (A. Percek, ibidem) - bolnavul se prezintă în fața medicului cu un conglomerat de probleme, având un centru reprezentat de acuzele referitoare la boală și un halou variat de atitudini și expresii emoționale, unele distorsionând, mai mult sau mai puțin, conținutul informațional al mesajului legat de boala sa (Iamandescu, 1991).

În plan strict atitudinal, dar influențat desigur de comportamentele cognitive și afective ale personalității sale, bolnavul posedă **exigențe legitime** privind cel puțin misiunea medicului de a-l vindeca, acceptând în schimb să se supună autorității profesionale medicale (comunicarea simptomelor, efectuarea examenului fizic și a investigațiilor paraclinice solicitate de medic, ca și aplicarea indicațiilor terapeutice medicamentoase ori chirurgicale).

Exigențele pacientului privesc atât elementele de statut, cât și trăsăturile de rol ale medicului, așa cum se va vedea la capitolul respectiv.

Pe lângă aceste exigențe, repetăm legitime, unii bolnavi mai au și o serie de "**pretenții**", pe care le vom sistematiza după cum urmează:

- unii bolnavi urmăresc **preluarea necritică de către medic** a unor termeni medicali improprii, aplicați acuzelor bolnavului, ca și a prezumpțiilor diagnostice pe care însuși bolnavul (sau altă persoană căreia acesta s-a destăinuit) le-a formulat, accentuând în mod intenționat elemente de anamneză sau chiar de examen fizic (de exemplu, la auscultația pulmonară - care trebuie efectuată conform unor reguli precis codificate - bolnavul insistă "aici mă doare, vă rog puneți aici urechea").

Sigur, soluția în astfel de cazuri este atenționarea fermă - dar lămurind bolnavul, eventual cu puțin umor - că nu este în avantajul său să-și pună singur diagnosticul, "cu mâna medicului";

- lărga subiectivitate a unor acuze la situații în care **bolnavul este nemulțumit de faptul că medicul nu pare convins de gravitatea bolii sale** (una din soluții ar fi diminuarea anxietății bolnavului printr-o aprobare convențională a existenței de netăgăduit și a ecoului subiectiv al simptomelor respective, concomitent cu interpretarea acestora în perspectiva favorabilă a unui substrat lipsit de atributele unei boli grave și pasibile de o diminuare rapidă, spontană sau prin tratament; extrem de rar să se promită dispariția lor totală, deoarece, la orice recidivă, creditul medicului va fi pus sub semnul îndoielii);

- "**obligarea**" medicului să-i "**respecte**" bolnavului o serie de **tabu-uri** (exemplu: fumatul, consumul de alcool, abateri de la regimul dietetic), solicitându-se, **în schimb, medicamente** care să realizeze vindecare fără a se corecta comportamentul inductor - în parte - al bolii;

- **pretențiile de a se face investigații complexe**, costisitoare (de exemplu, ecografii) sau chiar riscante (urografii, grevate de riscul accidentelor alergice grave la substanța de contrast radioopacă);

- "**consumul medical**" de care s-a mai amintit (bolnavii care consultă mai mulți medici pentru aceeași boală) cu exemplul acelor **bolnavi "comozi" care solicită "salvarea" pentru afecțiuni ușoare** sau încarcă prestațiile camerelor de gardă ale spitalelor pentru simple consultații, ei nereprezentând, în ambele cazuri, urgențe medico-chirurgicale;

- **consumul de timp al medicului** este realizat de unii bolnavi cu curențe educaționale (în genere, însă - indiferent de educație - egocentrice și/sau ipohondrice), care **prelungesc abuziv** timpul necesar consultației, prin **descreri luxuriante** asupra unor simptome minore, și prin **relatări colaterale** problemelor medicale, adeseori invecivând medicul ca fiind "grăbit", "nervos", "lipsit de înțelegere" în legătură cu suferința lor.

De menționat că în aceste cazuri - unele atrăgând atenția medicului avizat și cu înțelegere a bolnavului asupra unor dificultăți în plan psihologic ale acestuia - faptul că se ajunge la "atributele" menționate poate dezvălui și anumite inabilități din partea medicului, privind modul său de abordare a unor astfel de bolnavi.

2.5. Cerințe de ordin relațional implicate de principalele tipuri de personalitate a pacienților

Mulți bolnavi nevrotici sau psihopați atinși de o boală somatică gravă necesită o abordare din partea medicului, potrivit trăsăturii lor dominante (în sensul "personalităților accentuate" ale lui Leonhard).

Astfel, după **Pomerleau**, cerințele acestor tipuri de bolnavi se exprimă după cum urmează:

- **anxioșii, fobicii** au nevoie de un personaj care să le inspire securitate, nevoile lor de dependență fiind satisfăcute prin o atitudine **directivă și securizantă**;

- **obsesionalul** cere **explicații amănunțite** din necesitatea sa intelectuală de a se asigura pe calea raționamentului migălos;

- **paranoidul** are nevoie de o relație de încredere și onestitate;

- **depresivul** resimte o alinare pasageră, dacă este **lăsat să-și expună suferințele sale**, deoarece el prezintă un sentiment de **culpabilitate**, în virtutea căruia percepe orice intervenție a celor din jur, ca pe o pedeapsă;

- **firea demonstrativă**, conform observațiilor noastre, necesită de asemenea o **libertate în expunerea sentimentelor**, și de aceea, medicul trebuie să-și pună în joc multă răbdare și tact, într-un balans continuu între comprehensiune și **reprimare hotărâtă a "văicărelilor"**, când ele sunt excesive.

2.6. Idealizarea medicului

În final, vom aminti de un alt grup de pretenții ale bolnavilor tinzând să idealizeze persoana medicului, obligându-l pe acesta "să mimeze", cel puțin posturile în care îl văd pacienții săi, mai totdeauna, trezindu-i ambiția autoperfecționării.

Astfel, Schule (citat de Sahleanu și Athanasie) consideră că o parte din pacienți **văd în medic: "magicianul, salvatorul, eliberatorul, artistul"**. Referitor la pregătirea sa, bolnavii pretind că medicul să fie "**un erudit, un înțelept**"; iar în cadrul atitudinilor sale relaționale "**un moralist, un predicator, un apostol**", dar și "**un tată, un frate, un camarad, un ajutor, o persoană de încredere, un partener**".

Se observă tendința de a se depăși cadrul strict tehnic al relației medic-pacient (nivelul său pur intelectual), în virtutea trăsăturilor imprimabile de boala pacientului: dependență, sugestibilitate etc., dar și de faptul că elemente de ordin psihosocial se întretes, adesea greu delimitabil, cu cele de ordin patologic propriu-zise.

De-a lungul timpului imaginea medicului a fost aceea a unui Saman apt să alunge spiritele rele din corpul bolnavului, a unui preot (concepția sacerdotală), capabil să coboare asupra bolnavului harul Domnului (sinonim cu vindecarea) dar și să îndrume bolnavul în legătură cu o serie de probleme de viață (conjugale, de educație, etc.).

Jeammet și col. consideră aceste două imagini, anterioare celei prezente a medicului, drept sursă a unei cereri iraționale adresată medicului, referitor la puterea sa de vindecare.

3. MEDICUL - ACTOR ȘI REGIZOR AL RELAȚIEI INTERPERSONALE CU PACIENTUL

3.1. Statutul medicului față în față cu reglementările sociale și "așteptările" bolnavilor

Cel care intervine de cele mai multe ori în acordarea ajutorului merit să vindece boala este medicul (uneori, mai ales în psihiatrie, și psihologul).

Ca persoană, el poate avea o multitudine de trăsături comune cu bolnavii pe care-i tratează sau cu restul oamenilor sănătoși, dar ca medic-depozitar al unei științe însărcinate cu vindecarea bolii - el exercită o funcție socială a cărei îndeplinire pretinde satisfacerea unor exigențe sociale reglementate.

După **Laignel-Lavastine**, medicina nu este o știință ci o instituție în interiorul societății însărcinată cu vindecarea bolnavilor.

Medicul apare într-o **triplă ipostază** de om care:

- alină, înțelege suferința;
- vindecă boala;
- salvează (uneori) viața bolnavului.

Datorită apariției și diferențierii specialităților medicale, astăzi s-a dihotomizat medicina curativă în două tabere: aceea a omnipracticienilor (a căror poziție a fost în ultimele două decenii repusă în drepturi de către OMS) și aceea a specialiștilor.

Sondajele psiho-sociologice au stabilit că în rândurile marelui public există astăzi două imagini corespunzătoare acestor tipuri de medici: imaginea doctorului **care îngrijește** - acesta fiind omnipracticianul, medicul de familie, medicul generalist - și imaginea doctorului care **vindecă** (putând face chiar minuni), adică medicul specialist.

Această opinie de masă, analizată de **Stoetzel**, în Franța, este în mare măsură valabilă și la noi.

Dintre **calitățile cerute** de public medicului putem grupa:

- însușiri **intelectuale**: exactitatea diagnosticului, cunoștințe profesionale, diagnostic instantaneu, "fieri";
- însușiri **morale**: conștiința profesională, abnegație, dezinteres (dar nu față de soarta bolnavului);
- **calități relaționale**: sinceritate, cordialitate, autoritate, timp consacrat bolnavilor.

După **Parsons**, medicul trebuie să prezinte următoarele trăsături definitorii pentru statutul său social:

3.1.1. Competența tehnică

Aceasta trebuie probată prin examene și concursuri foarte ritualizate, așa încât instituția medicală să poată aduce garanții bolnavilor, neștiutori prin definiție.

"Titlul" este o condiție sine qua non și - fără a-l poseda - nici un om, **oricât de înzestrat ar fi cu calități de terapeut (vezi cazul Pasteur) nu are dreptul de a acorda asistență medicală.**

În zilele noastre, competența tehnică rezidă și în volumul sporit de informații de specialitate pe care un medic este obligat să îl acumuleze.

Melloni consideră că un atribut esențial al competenței profesionale a oricărui medic, dar în special a medicului generalist (omnipracticianului), trebuie să-l constituie "a fi minim competent în maximum de domenii" (deci **un minim de cunoștințe în cât mai multe domenii ale medicinei**), fapt ce permite o judicioasă discernere a ceea ce poate păstra pentru sine spre rezolvare terapeutică de ceea ce este obligatoriu să trimită la alte nivele ale asistenței medicale, neinsistând în a trata boli a căror natură sau stadii evolutive reclamă competența unor specialiști.

Oscilația medicului între aceste două extreme ale asumării responsabilității profesionale poate genera, în planul afectiv și moral al RIP-Dr-Pt, o serie de situații speciale, adesea conflictuale (de exemplu bolnavul atașat excesiv de medicul curant poate fi contrariat de inițiativa acestuia din urmă de a-l încredința în mâinile altui medic și, invers, un bolnav-nemulțumit de rezultatele tratamentului indicat de către generalist, este exasperat de "temporizarea" sa, așteptând nerăbdător trimiterea sa la specialist, sau fiind constrâns să aplice din propria sa inițiativă această măsură, ce conduce automat la ruperea RIP).

În cadrul competenței tehnice profesionale, un interes deosebit îl prezintă pentru pacient (adesea mai mult decât pentru medic, deși ele sunt cu adevărat obligatorii), **o serie de noțiuni nemedicale, dar legate de implicațiile socio-administrative** (drepturi materiale, pensii etc.) **sau profesionale** (protecție față de noxe, eventuală pensionare) etc.

Totodată, unele eșecuri ale medicinei înlesnesc apariția unor așa numiți "vindecători", a căror eficiență, probată într-o serie de cazuri are la bază în primul rând efectul Placebo, și a căror ineficiență în cazurile grave privează bolnavul de îngrijirea de specialitate. Reacția corpului medical față de acești "impostori" este cel mai adesea vehementă și fără drept de replică, neținându-se cont de posibilitatea atragerii într-o colaborare benefică a acelor persoane bine intenționate care, posedând unele calități naturale, de ordin parapsihologic, sau descoperind remedii cu proprietăți farmacologice reale, ar putea constitui surse capabile să aducă interesante contribuții la îmbogățirea arsenalului terapeutic al medicinei.

3.1.2. Universalism

Toți oamenii bolnavi trebuie să aibă aceleași drepturi de a fi îngrijiți de medic, indiferent de poziția lor socială.

O excepție de la această regulă o reprezintă "medicina de campanie" (de front) în cadrul căreia asistența medicală se acordă cu prioritate gradelor superioare.

De asemenea, există presiuni sociale privind o îngrijire preferențială a unor bolnavi cu poziții socio-profesionale înalte, care pot să abată medicul de la îndeplinirea obligației sale de a considera bolnavul din fața sa numai în funcție de natura și gravitatea bolii sale. O încălcare legală a "universalismului" în acordarea asistenței medicale o permite oficial societatea prin constituirea cabinetelor și chiar a clinicilor particulare.

3.1.3 Specificitatea funcțională

Medicul acționează asupra corpului cu diferite mijloace (injecții, sonde, etc.) sau asupra sufletului (primind confidențe inavuabile), ceea ce constituie specificul "tehnic" al profesiei medicale. Prin aceasta el pătrunde în intimitatea fizică și psihică a bolnavului.

Dreptul medicului asupra intimității unei persoane nu trebuie să depășească limitele domeniului medical. Reglementarea socială a acestei delimitări se exprimă lapidar în formula "în afara relației noastre doctor-bolnav, nu există nimic altceva". Ea îl ferește pe medic de riscul de a cădea într-o rețea de nenumărate relații personale, de inevitabilitatea unor suspiciuni și contribuie la asigurarea libertății sale personale, necesară în exercitarea profesiei. Deși nu este menționată explicit, dată fiind eventuala ei includere între rolurile medicului, **autoritatea profesională** a acestuia apare mai degrabă ca un element de statut legat de această "specificitate funcțională" și "alimentată" de competența tehnică de care s-a vorbit. Rolul ei este fundamental în desfășurarea actului medical și nerespectarea ei poate duce la încetarea RIP-Dr-Pt, deși reluarea acesteia - la rugămintea pacientului - este posibilă (și chiar obligatorie din partea medicului, în cazul urgențelor).

3.1.4. Neutralitatea afectivă

Dacă este adevărat că se nasc relații de prietenie între medic și bolnav, că medicul este asemuit cu un "frate", "un prieten" sau chiar "părinte" al bolnavului, tot atât de adevărat este că există anumite limite, care împiedică pe medic să se apropie prea mult de bolnav și să devină intim cu acesta, relație care ar împieta asupra bunului mers al sarcinii sale profesionale. Cel mai edificator exemplu în această privință îl constituie încredințarea rudelor foarte apropiate ale unui medic (soție, copii, părinți) tratamentului altor confrăți (mai ales în cazul intervențiilor chirurgicale).

După Parsons, există o distincție netă între un medic și un părinte al bolnavului, deoarece medicul nu judecă și nu condamnă pacientul pentru actele acestuia (desigur dacă aceasta nu are legătură cu tratamentul prescris), medicul nu-și pedepsește bolnavul, indiferent despre ce culpă este vorba și - așa cum s-a arătat - nu admite bolnavului să devină intim cu el. Ca o corecție la considerațiile lui Parsons, putem fi de acord cu acei practicieni care condamnă ferm abaterile de la dietă sau prescripțiile terapeutice ale unor bolnavi care - fie că sfidează autoritatea medicală, fie din slăbiciune - nu își aduc partea lor de contribuție la procesul vindecării, la care - în opinia noastră - iau parte trei elemente de bază: medicul, pacientul și "natura" (inclusiv "providența") conform adagiului "Medicus curat, natura sanat".

În concluzie, medicul trebuie să fie neutru din punct de vedere afectiv față de bolnavul pe care îl îngrijește, deoarece acesta fie că îl iubește sau nu, el așteaptă de la medic să fie vindecat de boala sa.

Fenomenul de "transfer" evidențiat de psihanaliză, există în orice relație medicală; doctorul asistă la spectacole dramatice, dar el nu trebuie să fie bulversat de ele.

Nu întâmplător, studiul practic al anatomiei (și al medicinei) începe cu disecția, care în afara faptului că este o metodă de studiu, mai are și valoarea unui rit simbolic, menit să-l degajeze afectiv pe viitorul medic.

3.1.5. Dezinteresul și altruismul

Parsons, făcând o paralelă între afaceri și "profesiunile liberale" (între care, în prezent, și la noi începe să se situeze medicina) arată că ambele au ca scop final reușita, dar orientarea valorilor se face diferit: spre sine în afaceri, spre alții în profesia medicală.

Autorul consideră că, **alături de profesia ecleziastică**, medicina este o profesie în care profitul este cel mai puțin căutat. Aici s-au putea include și obligația medicului ca - indiferent de specialitate - să acorde ajutorul "de urgență" în caz de accidente calamității etc.

Indiferent de aceste considerații și de aderența lor la realitate, dezinteresul și altruismul - deși aparent vin în opoziție cu neutralitatea afectivă, cu specificitatea funcțională și cu atitudinea universală - sunt absolut necesare spre a fi captată încrederea bolnavului care este un element esențial în tratament, fără ea nefiind posibilă psihoterapia.

3.1.6. Obligația pentru medic de obținere a consimțământului bolnavului

Acest element de statut, pe care îl propunem (deși unii l-ar putea considera că este cuprinsă în specificitatea funcțională sau că depinde de rolul social al medicului) stipulează ca obligatorie obținerea consimțământului celui bolnav (sau în cazuri extreme a familiei acestuia), în legătură cu aplicarea unor procedee diagnostice (de exemplu: puncții, urografii, sondaje etc.) sau terapeutice (de regulă chirurgicale, dar și medicamentoase agresive-citostatice, de exemplu).

Considerăm necesară includerea în statutul social al medicului a acestui atribut de deontologie profesională, spre a-i reliefa caracterul de obligativitate, care nu este suficient accentuat în cazul rolului, ce presupune o anume libertate a deciziilor.

Această datorie a medicului este condiționată în mod exclusiv de **libertatea bolnavului conștient** (fac excepție bolnavii mintali, sinucigașii, răniții și accidentații care-și pierd cunoștința etc. - în care caz medicul nu are posibilitatea sau timpul necesar spre a solicita consimțământul pacientului pentru ceea ce trebuie să întreprindă din punct de vedere tehnico-profesional).

Opusă acestor situații "de forță majoră" este tendința unor medici de a smulge consimțământul unor bolnavi - cu discernământ redus ori slăbiți de boală - pentru practicarea unor **investigații sau intervenții terapeutice foarte riscante** pentru bolnav, dar cu un beneficiu modest sau chiar îndoielnic ("riscuri inutile").

B. Conflicte de rol în cadrul Rip-Dr-Pt și soluții posibile

1. REZISTENȚA "PSIHOLOGICĂ" A UNOR PACIENȚI FAȚĂ DE AUTORITATEA MEDICULUI

Înainte de a se prezenta la medic și de a se abandona autorității acestuia, bolnavul posedă în general o serie de prejudecăți referitoare la cel cărui îi va încredința sănătatea sa.

Dintre elementele de statut social al medicului, autoritatea sa cvasitotală (maximă față de bolnavii supuși intervenției chirurgicale) este elementul cel mai supunător unor interpretări tendențioase din partea "profanilor". În plus, eficiența activității sale - ca și autoritatea medicului - vizând vindecarea pacientului, este apreciată de societate într-un mod strict dependent de nivelul de civilizație. Calitățile morale sunt perene, dar totuși subtilitățile de analiză la sfârșit de secol XX le depășesc pe cele din secolul XVIII, de exemplu, când Voltaire afirma că de la medic se așteaptă în fiecare zi - minuni.

Toate aceste elemente de apreciere, în ultimă instanță, a valorii profesionale dar și morale a medicului - statuate la modul general, dar însușite la modul particular de către bolnav (modelate sau pur și simplu înlocuite cu altele, în cazul experienței unor boli anterioare) îl fac pe acesta din urmă să posede fie o încredere nejustificată, în cazul unor posibilități limitate de intervenție favorabilă (boli grave, momente depășite de prezentare a bolnavului etc.) din partea medicului, fie o neîncredere sau chiar o adversitate pe care agresivitatea generată de boală le fac să îngreuneze activitatea medicală, în plan strict profesional, și să perturbe relațiile afective, uneori chiar pe cele de ordin moral, dintre cei doi membri ai RIP-Dr-Pt.

Într-un paragraf precedent, ne-am preocupat de prima categorie de "prejudecăți" ale bolnavului - cu tentă favorabilă medicului.

În cele ce urmează, vom analiza pe cele cu rol nociv asupra RIP-Dr-Pt care impietează negativ - în ultimă instanță și printr-un efect bumerang - asupra înseși șanseii de ameliorare a sănătății bolnavului.

1.1. Ambivalența afectivă a bolnavului - rezultat neprevăzut al parcurgerii etapelor vindecării - în cadrul RIP instituită pentru vindecarea unei boli de gravitate medie

În cazul unei clasice relații terapeutice, soldate cu vindecarea (de exemplu o pneumonie acută), există situații în care bolnavul parcurge, chiar și în prezent, celebra secvență de gravuri medievale despre care amintesc Sahleanu și Athanasiu: la **debutul** bolii (cu alterarea severă a stării generale), ei văd în medic pe Christos, în perioada **convalescenței** - ca pe un înger, **după vindecare** - ca pe un simplu om, iar când medicul își solicită onorariul - ca pe diavol. În sufletul bolnavului, apare o stare de ambivalență afectivă, rezultat al recunoștinței (mai mult sau mai puțin păstrată), și al unor stări afective opuse, de ingratitudine, complex structurate (resentiment mergând până la ură, în unele cazuri, amestecat cu invidie, dar și cu sentimente de culpabilitate). Desigur că în cadrul medicinei practicate în socialism, a patra postură era inexistentă sub raportul legislației sanitare, încât nu toți bolnavii ajungeau să vadă în medic "un diavol", dar este aproape sigur că marea majoritate își fixau cea de-a treia imagine de "simplu muritor", fapt ce văduvea figura medicului de aura meritată a primelor două imagini, mai apropiate de ceea ce practicanții nobilei profesiuni o merită într-o proporție impresionantă.

În contextul actual al medicinei - în care, fie privatizarea, fie sistemul asigurărilor sociale, vor tinde să generalizeze o retribuție individualizată a medicului - poate să apară surprinzător că autorul gravurilor menționate a obiectivat o psihologie a pacientului ce nu s-a modificat considerabil de-a lungul timpului.

Este lesne de observat că mulți oameni, unii dintr-un orgoliu nemăsurat, alții din meschine considerații care depășesc planul material-vulgar al orgoliului, dar cei mai mulți ca o răbufnire față de starea de dependență și de privațiuni la care au fost supuși pe durata bolii, ca să nu mai vorbim de cei cărora ajutorul medicului nu le-a fost de nici un folos - îi întorc acestuia spatele sau păstrează o serie de resentimente, unele dintre ele mergând până la contestarea valorii profesionale a medicului (negându-i meritele și exagerând defectele - ambele reale) sau chiar defăimarea lui (act de care nu au fost scutiți nici unii scriitori, în frunte cu Molière).

Desigur că - de la executarea medicilor la moartea regilor îngrijii de ei (din antichitate), continuând cu spectacolele medievale cu șarje grotești la adresa medicilor (une-

ori "gratulați" cu epitetul de "măgar" - cf. G. Ughetti), și până în zilele noastre, când medicii ocupă un loc înalt în ierarhia socio-profesională - această latură a resentimentului față de medic (păstrând proporțiile, bolnavul fiind aidoma unui animal îmblânzit, față de dresor) se păstrează, fie disimulată cu grijă în preconștientul bolnavului, fie sedimentată, involuntar, în inconștient. Ea se volatilizează în momentul declanșării bolii și al apelului la medic, urmând să apară facultativ, în caz de vindecare, și de regulă (deși nu la toți bolnavii), în caz de eșec terapeutic, fie și parțial.

Este evident că un medic - ce ține cont de astfel de eventualități și acționează cu competență profesională și în spiritul unor imperative etice superioare, vizând altruismul - va ști să-și acumuleze "capital afectiv" în primele două etape, căutând la sfârșitul bolii (sau a unei serii de întrevederi cu bolnavul) să-l avertizeze pe acesta asupra unor factori de risc capabili să genereze recidive care sunt posibile și spontan (dar să fie prevenit bolnavul!). Medicul va încerca să-și prelungească influența benefică asupra celui pe care l-a vindecat, prin consilierea lui - asupra unor modalități comportamentale menite să-i diminueze apariția stresurilor psihice în mediul socio-profesional (colaborând, la nevoie, și cu familia bolnavului).

Este, de asemenea, important ca medicul să nu-și impună autoritatea privind restricțiile impuse pacientului datorită bolii, într-un **mod tiranic**, permițând - cum recomandă **Balint** - mici abateri de la regim, ca o expresie a unor "supape afective" menite să împiedice proiecția asupra sa a nemulțumirii și agresivității bolnavului generate de boală.

1.2. Refuzul sau incapacitatea de comunicare a unor bolnavi și, implicit, de acceptare a autorității medicului

Dacă în prima categorie de situații se oglindește rezistența psihologică a bolnavului la "comanda medicului", generând și reacția socială - sedimentată în prejudecăți - la autoritatea și eficiența medicului, în această a doua grupă vom include pe acci bolnavi care, în mod conștient, se sustrag de la obligația lor de a-și pune toate capacitățile (comunicarea tuturor datelor pe care le posedă despre boală - o colaborare binevoitoare și respectuoasă) la dispoziție medicului, abordând RIP de pe o poziție dificil de corectat.

Astfel vom distinge:

a) **Bolnavii - examinatori ai medicului**, recrutați din rândul pacienților cu boli cronice, "antrenați" prin șederea în spitale și consultarea a numeroși medici. Față de aceștia, medicul trebuie să manifeste răbdare, atenție maximă la fiecare răspuns și să încerce "din start" să sugereze intenția de a-i aborda într-un mod extrem de riguros, "nepolemic" cu confrății antecesori și mimând un optimism discret, chiar dacă de la prima vedere - diagnosticul se configurează descurajant, existând însă cel puțin o șansă a unei psihoterapii, cu efecte paleative, dar oricum benefice.

b) **Bolnavii care solicită consultul sau internarea, nu pentru valoarea propriuzisă a medicului, ci pentru posibilitățile pe care le are aceasta de a le face investigații de înaltă tehnicitate și de a le aplica o medicație inaccesibilă în alte unități sanitare.** Are loc un proces de "sacralizare" a tehnicii și a medicamentului (**Păunescu-Podeanu**).

În aceste situații, deplasarea suportului psihologic în afara medicului (spre "substitutele" lui menționate) poate fi contracarată destul de ușor, prin susținerea importanței

investigațiilor și tratamentului - în cazul unui diagnostic și a unor perspective evolutive favorabile - și, invers, diminuarea valorii lor în cazul în care "verdictul" este nefavorabil (situație în care se va pedala pe o psihoterapie suportivă de lungă durată).

c) Încercarea de inducere în eroare a medicului de către pacienții **interesați de obținerea unor înlesniri** (concedii medicale, pensionări etc.) - prin **exagerarea unor acuze subiective** (cefalee, amețeli etc.) și chiar **mimarea unor simptome obiective** (tuse, poziții an-talgice) - trebuie accentuat faptul că astfel de cazuri nu sunt atât de frecvente, fapt care ne face ca în situații de dubiu, în ciuda unor investigații minuțioase - să opinăm, că mai degrabă să fie "păcălit" medicul, decât să nu fie crezut un bolnav, fie el și "dubios".

d) Bolnavii cu un **nivel intelectual și statut social ridicat**, "nevoiți" - în situații de urgență - să consulte medici tineri, "neexperimentați", deveniți întâmplător singura șansă de vindecare. Lichidarea eventualelor complexe din partea medicilor în fața acestor pacienți "cu aere de superioritate" poate avea loc rapid, făcându-se uz tocmai de primele elemente de statut (universalism, specificitate tehnică) și adoptându-se o atitudine femă, bi-nevoitoare, dar afirmând nevoia de autoritate profesională.

2. ELEMENTE FUNDAMENTALE DE ROL, NECESARE MEDICULUI ÎN VEDEREA "ACTIVĂRII" STATUTULUI SĂU SOCIAL ȘI REALIZĂRII PREMISELOR UNEI PSIHOTERAPII DE SUSTINERE EFICIENTE

2.1. "Armele" medicului

2.1.1. Respectarea drepturilor și obligațiilor implicate de statutul social

a) Dintre elementele de statut social al medicului, competența tehnică se delimitează ca fiind prioritară din punct de vedere al eficienței actului medical, dobândirea ei constituind prilejul a nenumărate trăsături de rol, implicând modul de pregătire și consolidare a cunoștințelor profesionale în timpul facultății și, ulterior, după terminarea ei ("medicul rămâne student toată viața"), ca și modul de aplicare, extrem de variabil, în practică a noțiunilor teoretice.

Ca exemplu privind complexitatea instruirii profesionale a medicului, simbolul unui singur cuvânt, scris în tratate, este tradus printr-o complexă înlănțuire de acuze subiective și obiective - cu nuanțe mereu altele - din partea bolnavului (încercați să "vedeți cu ochii minții" un bolnav care să întruchieze cuvântul "depresie" sau "hepatomegalie"®).

Relațiile intelectuale cu bolnavul au la bază în mod precumpănitor transpunerea în rol a competenței tehnice a medicului.

b) Toate celelalte elemente de statut social pot fi rezumate sub genericul de "**corectitudine profesională**" și se exprimă printr-o gamă largă de atitudini impuse și încurajate de societate, care trebuie considerate de bolnav ca "subînțelese" (uneori fiind mai greu pentru medic să le respecte, în fața unor bolnavi cu un comportament "dificil" sau agresiv).

2.1.2. Disponibilități de comunicare cu bolnavul

Respectarea strictă a statutului profesional nu implică existența unui medic rigid, "uniformizat", ci, din contră, acesta însușește (transpunere în rol) elementele de statut într-o manieră care poate să-i ofere unicitate (deși nu întotdeauna; a se vedea "medicii-sablon").

În afara "activării conștiințioase" a statutului, dar legată și de aceasta, medicul trebuie să dispună și de disponibilități (naturale sau formate) de comunicare optimă cu pacientul.

a) În plan intelectual:

Adeseori bolnavul este incapabil de a transmite un mesaj suficient din punct de vedere informațional despre boala sa, fie din cauză că este inhibat (blocat) afectiv, fie că se exprimă într-un mod inadecvat. Această inadecvare poate să rezulte - la rândul ei - dintr-o exprimare greoaie (proprie unui nivel intelectual redus, ori unor particularități constituționale ori dobândite ale personalității lor: flegmatici, depresivi), ori utilizând un jargon neinteligibil de termeni medicali locoregionali ("îmi mere bura" - pentru diaree; "țâfnă" - pentru wheezing; "străfig" - pentru strănut; "dor" - pentru durere), ori "deformați" ("început de ulcer", "bronșită pulmonară"); - e necesară **vigilența asupra termenilor tehnici vehiculați de bolnav!**

Pe lângă răbdare, medicul trebuie să posede suficient interes pentru găsirea celor mai bune **soluții de a obține de la pacient maxim de informație**, legată în primul rând de simptomele și evoluția bolii.

b) În plan afectiv:

b.1. Calități empatică

Empatia este o noțiune care presupune existența unor disponibilități cognitive și mai ales afective din partea subiectului de a se transpune în viața altei persoane, de a "simți" ca acesta, "de a trăi viața afectivă a altuia" (Popescu-Neveanu).

Guilford vorbește de o "abilitate empatică" - "în virtutea căreia o persoană identifică și prezice dispozițiile și actele psihice ale unei alte persoane" (citată din Popescu-Neveanu).

Caracterele generale ale empatiei, sintetizate după **Stroe Marcus**, sunt următoarele:

- au la bază procese cognitive, afective și organice;
- se manifestă ca o conduită participativă (la relația interpersonală conștientă, dar și inconștientă - "fără a-și da seama"), aparentă sau inaparentă;
- efectul practic este facilitarea unui act de comunicare interumană (în primul rând, prin identificarea afectivă cu acea persoană).

Pentru medic, este importantă această capacitate de a se transpune în situația bolnavului (popular: "a se pune în pielea altuia") spre a-i înțelege preocupările (dar și neliniștea) și de a rezona afectiv cu acesta. O astfel de abilitate empatică (având o bază constituțională, dar putând fi indusă prin exercițiu, ca și interpretarea unui rol de către cineva care nu este actor), trebuie diferențiată de **simpatie**, care semnifică o participare (alături de el) la stările afective ale altcuiva (și nu de pe aceeași poziție cu el), și de **identificare** (nivelul maxim de transpunere în situația și coordonatele de bază ale altei persoane).

Această diferență constă într-o atitudine față de bolnav, în virtutea căreia medicul trebuie să-și angajeze o parte a Ego-ului în procesul empatic ("introduc persoana în mine și mă identific cu ea"), în timp ce altă parte "menține distanța și supraveghează" (sinteză făcută de Săhleanu și Athanasie, după Musta).

Acești autori conchid asupra faptului că - după cum la simpatia medicului pentru pacient, acesta răspunde cu încredere (**Nurnberg**) - tot așa se efectuează "**un dublu transfer psihologic**": medicul înglobează în sine suferința bolnavului, iar el transferă acestuia voința de a se vindeca.

b.2. Optimism și bună dispoziție

Aidoma unui actor care-și joacă rolul - indiferent de eventualitatea unor neplăceri survenite în viața personală - medicul trebuie să emane **bună dispoziție, încredere în armele sale** pe care le pune la dispoziția pacientului și un **optimism constant** într-o evo-

luție favorabilă bolii (desigur cu corecțiile de rigoare pentru cazurile "disperate" când acest optimism se reduce doar la speranța unei infime ameliorări a stării bolnavului sau la prelungiri ale duratei de supraviețuire). Întrucât **conflictul de roluri dintre optimism și necesitatea** de a spune uncori chiar și **adevăruri neplăcute** este complex și va fi analizat într-un capitol separat, vom sublinia în acest cadru următoarele aspecte:

- majoritatea îmbolnăvirilor ca și cele cca. 40 % din situațiile de prezentare la consult a unor bolnavi cu tulburări neuro-vegetative (consecința unor stresuri psihice frecvente) beneficiază de reversibilitate terapeutică, accelerată și de credința bolnavului în vindecare, motiv pentru care optimismul medicului este un element catalizator favorabil;

- buna dispoziție indusă bolnavului de optimismul medicului nu-l obligă pe acesta din urmă la o atitudine forțată neconformă cu temperamentul său, el fiind un element facultativ, menit să sporească confortul psihic al bolnavului și trebuind abolit în momentele de real impas pe care însuși bolnavul le sesizează.

c) În plan atitudinal:

Un medic bun trebuie să-și adapteze registrul atitudinal în cadrul RIP-Dr-Pt în funcție de tipologia bolnavului și particularitățile bolii, fiind posibile - și mai frecvent întâlnite - **după Balint** - următoarele atitudini:

- **"tutore autoritar"** - pretinde o ascultare necondiționată din partea bolnavului, fără a-i da acestuia explicații asupra bolii (în cazuri de "urgente" medico-chirurgicale reprezintă o conduită "de necesitate");

- **"mentor"** - adoptată în general în afecțiunile cronice sau în care este necesară o profilaxie a recidivelor și la bolnavii cooperanți;

- **"savant detașat"** - care lasă pacientului libertatea alegerii uneia dintre variantele terapeutice după ce a analizat avantajele și dezavantajele fiecăreia. Este utilă a fi adoptată în cazul pacienților cu un nivel intelectual ridicat și tendințe ipohondrice sau celor care vin cu "prejudecăți terapeutice";

- **"bun părinte protector"** - care caută să-l ferească pe pacient de o serie de noutăți neplăcute în evoluția bolii și să-l menajeze de acele responsabilități greu tolerate;

- **"avocat al adevărului înainte de toate"** - la polul opus descris tipului anterior, este acel medic a cărui concepție implică necesitatea de a spulbera îndoielile bolnavilor (cu rol cert stresant) prin comunicarea adevărilor neplăcute, în speranța că beneficiul afectiv al bolnavului va fi mai mare după depășirea "șocului adevărului" și adoptarea unor noi măsuri (terapeutice sau de extindere a explorărilor) de restabilire a securității emoționale a pacientului.

Freud considera pentru medicul psihanalist rolul de **"oglină"** care permite pacientului să se cunoască singur (intervensiunile psihanalistului fiind minime, de pe poziția unei "neutralități binevoitoare").

2.1.3. Prestigiul profesional și social al medicului

Nu trebuie neglijat faptul că, atunci când există posibilitatea de a-și alege medicul, majoritatea bolnavilor apelează la medici cu un bun prestigiu profesional, mai rar social (există și bolnavi cu un statut intelectual mediu sau mai redus care, în schimb, se mândresc cu faptul că ei sunt tratați de către însuși "directorul spitalului" sau de către medicul X care este "deputat"). Totuși nu se poate stabili o regulă care să indice incompatibilitatea dintre o funcție administrativă și cea de medic, chiar dacă se creează un conflict de roluri între ele pe care cei mai capabili și echilibrați îl rezolvă în favoarea bolnavului.

Medicul de orice specialitate este interesat în mod firesc să-și clădească un prestigiu profesional și social, pe care-l dobândește treptat - pe neobservate - în cursul activității sale și pe care i-l pot proba pacienții tratați și "rezolvați" favorabil (adesea vindecați).

A face apel la astfel de rezultate favorabile în cazuri asemănătoare cu cele ale pacienților pe care-i are de tratat nu este o abdicare de la modestie, ci un element capabil să crească încrederea și optimismul pacientului, putând fi implicat și în efectul Placebo al medicamentului ("Prestige suggestion").

Nu trebuie confundată cu șarlatania reclama decentă făcută unui specialist reputat dar regulile deontologiei medicale - inclusiv inevitabilitatea unei "concurențe" dintre specialiștii în același domeniu - obligă pe medicul la care se prezintă un anumit pacient să amâne orice fel de aluzii la succesele sale profesionale până ce opțiunea pacientului s-a fixat asupra sa, astfel încât - abia din acest moment - prestigiul medical poate fi introdus ca element "de sugestie" în ecuația psihoterapeutică.

Referitor la natura prestigiului medical trebuie subliniat că el nu este sinonim cu competența tehnică, existând situații când calitățile relaționale ale unui medic pot atrage mai mult pacienții (ca de exemplu în obstetrică, în psihiatrie, etc.). Important este că, odată dobândit, acest prestigiu obligă pe medic la eforturi suplimentare spre a nu-l diminua prin "insuccese" profesionale, fapt care poate fi exploatat în beneficiul bolnavului, având un rol favorabil chiar "din startul" RIP-Dr-Pt.

2.2. Problemele adevărului și secretului profesional în cadrul dialogului dintre medic și pacient

2.2.1. Adevăr și neadevăr despre boală

Este tot o problemă de rol dat implicând relații multilaterale cu etica, filosofia și chiar cu domeniul medicinei legale. De regulă, **bolnavul trebuie protejat de "adevăruri neplăcute"** legate de evoluția și prognosticul bolii dar și de evenimente din afara acestora, existând situații când dezvăluirea lor brutală poate antrena agravarea stării bolnavului (mergând până la decese).

Se cunosc cazuri de bolnavi cardiaci (ignorați sau nu) care au decedat pe loc sau la câteva ore după ce li s-a pus în vedere - în anii '80 - să evacueze în 24 de ore locuința care urma să fie demolată.

De asemenea, există studii în urmă cu un deceniu, în care se dovedea că durata de supraviețuire a unor bolnavi neoplazici este cu 6 luni mai mare la cei care nu-și cunosc diagnosticul decât la acei care l-au aflat, ambele loturi având forme identice privind localizarea și stadiul de evolutivitate al bolii.

Toate aceste considerații tind să absolve pe medic de culpa **ascunderii adevărului într-o serie de momente ale dialogului său cu bolnavul**. Considerăm că diplomația medicului poate transla problema dezvăluirii treptate a adevărului într-o altă formulă, aceea a **omisiei** lui, ori a **amânării** "momentului adevărului".

Enumerăm aici câteva tipuri de circumstanțe în care "minciunile convenționale" sunt admise:

- situațiile de urgență amenințând viața sau securitatea bolnavului (de exemplu: infarct miocardic la debut; iminența unei amputații etc.) în care frecvent se folosesc "diag-

nostice atenuate" (după termenul lui Debray), urmând să dezvăluie într-o a doua etapă adevărul;

- situațiile frecvent întâlnite de **agravări pasagere** ale evoluției bolii (de exemplu o infecție care nu răspunde la antibiotic - uneori amenințând viața bolnavului, ca în cazul unei septicemii - medicul nu trebuie să dezvăluie veritabilul împas în care se găsește, dată fiind speranța lui justificată în eficiența unui alt antibiotic deși "cu semn de întrebare"); bolnavul nu trebuie să observe acest "moment de cumpănă";

- apariția bruscă a unor simptome sau indicii paraclinice cu **prognostic rezervat** (de exemplu extrasistole ventriculare la mobilizarea bolnavului după infarct) nu trebuie comunicată imediat bolnavului a cărui evoluție ulterioară până în momentul materializării acestei amenințări poate fi cvasinormală din punct de vedere psihic și fizic. Într-un astfel de caz trebuie anunțată familia, iar bolnavul trebuie informat numai asupra unor modificări temporare ale regimului său de viață (reluarea repausului la pat în cazul menționat) și terapeutic justificându-i-se aceste măsuri prin explicații "inofensive" sau sub o formă glumeată, ca de exemplu "graba strică treaba". În cazul menționat al extrasistolelor ventriculare ± crize anginoase după cicatrizarea infarctului, din punct de vedere statistic, bolnavul are un important risc letal în următorii 5 ani dar - tot conform statisticii - acel bolnav se poate afla în "eșantionul" supraviețuitorilor. Influența psihicului asupra apariției extrasistolelor ventriculare fiind bine demonstrată, este normal ca bolnavul să nu fie descurajat în momentul apariției tulburărilor respective, referitor la prognosticul lor, ci doar instruit cum trebuie să le evite;

- liniștirea prin aceași "atenuare" a diagnosticului a bolnavilor care, din alte surse - eventual chiar din literatură - au aflat diagnosticul bolii grave de care suferă sau **prognosticul înfaust** al unei boli recent diagnosticate cu o evoluție necontrolată de tratament. În fața evidenței medicul trebuie să apeleze la adevăruri - cu posibilitatea rară de a fi valabile în cazul bolnavului respectiv: „diagnosticul poate fi eronat” (se "dă vina" pe un aparat de laborator etc.), „există posibilitatea unei remisiuni spontane”, evoluția poate fi atenuată sau chiar stopată prin tratament riguros și că există deja cercetări ce pot aduce soluții „de ultimă oră”. Esențial este că medicul - chiar bine intenționat - să nu fie prins în fața unui neadevăr evident pe care l-a susținut ferm și fără "porțiță de scăpare", deoarece - chiar dacă pacientul îl înțelege și îl aprobă în situațiile ulterioare, medicul își va "pierde creditul", bolnavul devenind nesigur (și dezvoltă o anxietate consecutivă) în privința soartei sale;

- în cazul unor **boli cronice, nevindicabile** (insuficiența renală cronică, insuficiența cardiacă etc.) sau în boli cu **corecție chirurgicală obligatorie**, mutilantă, în scopul salvării vieții (exemplu: amputație la sân - neoplasm mamar; amputație de gambă - arterită obliterantă etc.) adevărul nu poate fi omis, el putând fi dezvăluit în etape succesive, obișnuind treptat bolnavul cu ideea gravului prejudiciu pe care i-l aduce boala. Deși Kafka a urmărit alte semnificații în romanul său "Procesul", intrarea în tot mai complexul păienjenis al unor amenințări - până atunci inimaginabile, referitoare la propria persoană - ca și speranțele ce acompaniază fiecare nou demers de "desprindere", fac din eroul romanului un personaj aflat într-o situație izomorfă cu cea pe care o trăiește bolnavul amenințat de perspectiva morții, "purta cu vorba" dar și cu promisiuni de către medic și anturajul familiei - încunoștiințate asupra tragicului adevăr.

Asupra obligativității de a se spune adevărul bolnavului despre boala sa, chiar gravă, există reglementări legale în țara noastră doar în privința bolilor contagioase, inclusiv venerice.

În privința cancerului - deși în alte țări există legi care obligă medicul să dezvăluie diagnosticul, în scopul de a da posibilitatea bolnavului să-și reglementeze problemele de succesiune în afaceri, în probleme de avere etc. - la noi în țară încă nu există o astfel de reglementare, problema rămânând la latitudinea medicului. Acesta - într-o primă etapă - încearcă să ascundă suspiciunea diagnosticului (formule de tipul: "cariokineza", "proces proliferativ", "tumoră de natură neidentificată" etc. menite să înșele pe cei ce nu cunosc în amănunt termenii medicali, mascând ideea de cancer) iar după confirmarea diagnosticului (pe care îl încredințează familiei), "trage de timp", încercând să întrețină un moral ridicat bolnavului - care ajunge să bănuiască dar nu are certitudinea diagnosticului - concomitent cu efectuarea riguroasă a tuturor demersurilor ce îi oferă chiar și o șansă ipotetică.

În ultimii ani, după modelul unor țări occidentale (SUA și Suedia, nu și Franța) unii medici oncologi - mai ales în fața unor bolnavi echilibrați emoțional și cu un Ego puternic - spun bolnavului adevărul direct în față - dar, tot mai mult, își fac simțit rolul de "amortizare" a unei firești anxietăți și mai ales a depresiei - apărute în astfel de cazuri - psihologii încadrați în clinicile de profil.

Până la reglementări viitoare este **bine să se acționeze diferențiat în astfel de situații** cu semnificație largă etico-filosofică dar și cu implicații mai "pământești" (unele stringente), avându-se în vedere, cu bună credință din partea medicului, exclusiv beneficiul bolnavului și al familiei sale, al cărui echilibru sufletec (și material, uneori) devine instabil în perspectiva morții bolnavului.

2.2.2. Secretul profesional - utilitatea lui pentru bolnav, familie și societate

Obligația cuprinsă în statutul social al medicului, chiar dacă Parsons nu o menționează expres poate deriva din specificitatea profesională prin aceea că nu trebuie să fie utilizate în defavoarea bolnavului datele despre corpul și psihicul său pe care - numai cu permisiunea pacientului! - le obține medicul în urma consultului și a efectuării investigațiilor paraclinice.

Chiar în boli cu declarare obligatorie (ex. anumite boli venerice) datorită pericolului de contagiune se pot evita cu tact din partea medicului anumite drame conjugale, dacă acest secret profesional este păstrat, pe cât posibil.

Se întâmplă adesea ca în situații mult mai ușoare (dar și mult mai frecvente), ca de exemplu diagnosticul întâmplător al unei vaginite tricomoniace sau candidozice, să ridice problema obligatorie a tratării partenerului.

Evitarea unor conflicte conjugale serioase, referitoare la marea probabilitate a adulterului a unuia dintre cei doi membri ai cuplului, se poate face păstrând parțial secretul profesional și comunicând partenerului doar necesitatea administrării tratamentului vizând profilaxia reinfecției, nu și cauza reală a îmbolnăvirii soției (în cazul că ea a mărturisit medicului sursa sa de contagiune, ce va fi și aceasta abordată). Referitor la posibila cauză a îmbolnăvirii, medicul va încerca să lămurească partenerul cu argumentul posibilei contaminări în alte condiții plauzibile (ștrand, grup sanitar comun, în întreprindere sau spital - pentru tricomoniază sau tratament anterior cu antibiotice - pentru candidoză etc.). În caz că aparențele indică pe soț drept posibil "vinovat", se lămurește bolnava, în același

sens de evitare a considerării contaminării partenerului ca urmare a unei legături extra-conjugale.

Desigur că orice expertiză medico-legală, solicitată medicului de cei în drept, îl dezleagă pe acesta de obligativitatea secretului profesional.

În schimb familia bolnavului care are dreptul să cunoască aproape în orice moment adevărul despre bolnav este bine să fie avertizată prin dezvăluirea secretului profesional în cazul bolilor în care viața bolnavului este amenințată așa cum s-a arătat mai sus, dar să nu se abuzeze în acest sens, mai ales față de acei membri ai familiei cărora stresul pricinuit de adevărul tragic despre bolnav ar putea să aibă un efect nefast.

Capitolul 10

DINAMICA DESFĂȘURĂRII RELĂȚIEI DINTRE MEDIC ȘI PACIENT (RIP-DR-PT)

1. "OFERTELE BOLNAVULUI" (BALINT)

Prezentarea bolnavului la medic - în afara situațiilor de forță majoră când este adus de către alte persoane - se face în urma opțiunii personale, după ce - fie că a acceptat ideea de boală, fie că a considerat-o probabilă - pacientul simte nevoia unui ajutor din partea celui desemnat prin statutul său social să i-l acorde.

"Intrarea în rol", condiționată de dreptul la asistență medicală, se face în virtutea unor așteptări dar și propuneri din partea bolnavului pe care Balint le-a sistematizat, sub forma "oferțelor bolnavului", astfel:

a) - **Bolnavul așteaptă ca medicul să-i confirme propriile explicații asupra simptomelor** pe care le prezintă (categorie de bolnavi, fie instruiți corespunzător unei culturi medicale primită în baza bunului simț, fie cu o experiență anterioară a bolilor și având impresia de "cunoscători", fie cu deviații ale personalității - de regulă obsesivi - care îi obligă să-și analizeze în amănunt cele mai mici simptome, încercând să le acorde o explicație pe baza unor noțiuni adesea simpliste și ajungând la "sofisme" diagnostice).

b) - **Bolnavul așteaptă de la medic ca acesta să-i risipească misterul asupra unor tulburări** cărora el nu le găsește explicația (și nici nu se frământă prea mult, considerând că nu este de competența sa).

Întâlnim în această categorie, de regulă, persoane echilibrate, dar și dintre cele care nu-și "fac timp pentru boală" însă, în fața evidenței că "ceva nu este în regulă", sunt nevoiți să apeleze la medic.

c) - **Bolnavul simte o adevărată plăcere să-și etaleze "suferința" descriind cu lux de amănunte simptome minore, lipsite de gravitate.** Este cazul celor cu personalitate isterică sau ipohondriacă, dar - uneori - în spatele acestor acuze stau și drame existențiale care împing bolnavii respectivi să "evadeze în boală".

2. MODALITĂȚI DE ABORDARE A BOLNAVILOR ÎN PRACTICA MEDICALĂ CURENTĂ NEPSIHIATRICALĂ DE AMBULATOR

Nu există șabloane privind modul în care se pot aborda bolnavii cu variate afecțiuni patologice (de regulă, diagnosticul bolii se conturează spre sfârșitul întrevederii cu medicul, uneori după mai multe săptămâni de investigații), mai ales că avem de-a face cu

instituirea unei relații "care pune în față două psihologii diferite" (Săhleanu-Athanasiu) și suntem adesea confrunțați cu extreme de variate "modelări psiho-fizice" ale bolnavului de către înseși procesele patologice care urmează a fi analizate.

Întrucât consultul psihiatric are o serie de reguli ce vor fi însușite în cadrul mai restrâns al specialității respective, vom alege spre exemplificare metodele de abordare utilizate în practica medicală de ambulator deoarece este vorba, în mare, de aceleași modalități de abordare a bolnavului ca și în etapa inițială de prezentare a bolnavului la spital. Înainte de prezentarea lor este bine să încercăm să creăm bolnavului o ambianță lipsită de atributele stresului (vezi tabelul nr. 13).

Prima întrevvedere cu bolnavul este adesea hotărâtoare în ceea ce privește stabilirea unei relații interpersonale optimale - în primul rând în plan afectiv - capabilă să facă ulterior sau chiar de la debut - accesibilă o psihoterapie eficace.

B.P. Schneider distinge trei situații-tip în care are loc stabilirea contactului între medic și bolnavul prezentat în ambulator:

2.1. Relația științifică a "medicului-tehnician" cu "bolnavul-obiect"

Este stabilită cu precădere de către medicul specialist cu bolnavii purtători ai unei **afecțiuni bine localizate**: traumatologie, ORL, oftalmologie, mică chirurgie, ginecologie (avem totuși rezerve în ceea ce privește încadrarea afecțiunilor chirurgicale și ginecologice la acest capitol, consacrat unor relații considerate ca ocazionând un contact doar "de suprafață" cu bolnavul; poate fi inclus aici doar examenul ginecologic rutinier efectuat preventiv de femeile ce depășesc 40 de ani). Mentalitatea bolnavului este comparată de către Schneider cu aceea a unui proprietar auto, venit la garaj să-și repare defecțiunea unei piese a mașinii. Luarea de contact între medic și bolnav este foarte promptă și atenția medicului se focalizează rapid asupra organului bolnav, obiectul destinat reparației. În acest context situațional, se constată o "**reprimare**" a oricărei mișcări emoționale, atât din partea medicului, cât și a pacientului. Dialogul se rezumă strict la simptomatologia bolnavului și de multe ori medicul întrerupe pe bolnav în momentul când relatarea simptomatologiei devine stufoasă, ori când se intercalează în discuție probleme ce nu au nici o legătură cu boala.

Schneider consideră că acest mod de a proceda este foarte adecvat atunci când boala intervine într-o fază echilibrată a existenței bolnavului. Noi adăugăm și bolile având un caracter pasager și generând un disconfort minim, excluzând însă din acest cadru bolile cronice, fie ele și de ORL. Avem rezerve, de asemenea, și pentru cazurile când boala - deși precis diagnosticată și implicând un tratament cu reușită sigură - obligă bolnavul la o serie de privațiuni de toate ordinele, ce se repercută într-o măsură importantă asupra personalității sale (exemplu: fractură de col femural, operațiile de adenom de prostată, etc.). De asemenea, bolnavii cu afecțiuni aparent rezolvabile de o manieră tehnicistă, dar care prezintă și tulburări emoționale pregnante, trebuie abordați conform modelelor ce vor fi expuse mai jos (tipul psihanalitic sau al omnipracticianului).

După cum se va vedea, Schneider este exponentul unei opinii de largă circulație în psihosomatica din ultimii ani, potrivit căreia simptomele vagi, cu caracter funcțional, ar fi expresia unor tulburări psihosomatice (ca ecou la unele traume psihogene, încorporate sub o formă somatică) și ele ar beneficia în cea mai mare măsură de psihoterapia suportivă, aplicabilă, practic, în orice tentativă de vindecare a bolnavului. Dacă în favoarea acestei opinii vine și aprecierea unor sondaje recente, privind pe cei 30-40 % din bolnavii

examinați în ambulator ca fiind sub acțiunea unui stres psihic cronic, și, deci, neîncadrabili în entități nosologice somatice sau psihice, acest punct de vedere justifică o abordare psihosomatică a bolnavului, dar nu dispensează medicul de o serie de investigații menite să excludă, înainte de afirmarea unei etiologii psihogene, o cauză organică a simptomelor prezentate de astfel de bolnavi.

2.2. Modelul psihanalitic

Este net diferit de cel precedent. medicul intervine foarte puțin, de multe ori monosilabic, lăsând pe bolnav să-și relateze cu lux de amănunte "suferința" și să alunece la problemele de ordin personal, care îl frământă cel mai mult în acele momente.

Medicul poate sugera sau încuraja bolnavul ajuns pe panta unor mărturisiri a căror povară îi creează o stare de tensiune intrapsihică uneori de nesuportat.

Modelul acesta psihanalitic (a nu se confunda cu tehnicile psihanalitice) furnizează bolnavului **posibilitatea unui catharsis emoțional** și dezvoltă medicului o parte din frământările omului bolnav, favorizând astfel instituirea unei psihoterapii adecvate, vizând securizarea emoțională a pacientului și eventuale corectări ale unor deprinderi nocive ale acestuia (factori psihocomportamentali de risc + deprinderi "induse").

Latura pozitivă a acestui model o constituie și faptul că el poate fi completat cu primul model: după ce într-o primă perioadă a discuției, bolnavul a fost lăsat să-și expună liber simptomele, medicul poate să-i adreseze întrebări strict referitoare la simptomatologie și ajunge să obțină informațiile dorite.

Dacă medicul ar fi procedat de la început în maniera "tehnicizantă", bolnavul și-ar fi blocat exprimarea conflictelor vieții sale interioare.

2.3. Modelul generalistului (al omnipracticianului)

Este considerat o chintesență a primelor două modele și se bazează pe o anumită suplețe și perspicacitate în intuirea, încă de la debutul dialogului, a naturii afecțiunii și chiar a tipologiei psihice a pacientului respectiv.

În situația în care între acuzele bolnavului predomină cele obicive iar bolnavul prezintă o marcată stabilitate emoțională, se impune folosirea cu precădere a modelului "tehnic", care conduce la rezultate excelente.

Dacă însă pe primul plan sunt acuze vagi, tulburări funcționale multiple, se aplică "modelul psihanalitic", dar într-o formă mai activă, implicând și o participare a medicului în discuție, cu întrebări referitoare atât la acuzele somatice, cât și la aspectele din viața bolnavului pe care acesta le-a adus în discuție fără a le clarifica.

În esență acest model al generalistului constă într-o ascultare atentă și nediscriminatorie a tot ceea ce bolnavul simte nevoia să înfățișeze, urmată apoi de centrare din partea terapeutului pe simptomatologia propriu-zisă și - facultativ, în special în bolile psihosomatice, sau cu o largă componentă psihică în etiopatogenie - pe situația emoțională conflictuală a bolnavului.

Acest model nu este de fapt un model substanțial diferit de primele două, ci o îmbinare a acestora care sunt, într-adevăr, două modalități diametral opuse de abordare a bolnavului.

Opinăm în baza practicii personale - indiferent de natura afecțiunii sau de tipul psihologic al bolnavului - pentru un model foarte apropiat de cel "al generalistului", cu

menținea că, și în afecțiunile strict localizate sau în măsură să solicite modul "tehnicist" de abordare, să nu se renunțe la o ascultare atentă a bolnavului, lăsându-i acestuia impresia că poate spune ce dorește; ulterior întrebările medicului îl direcționează spre simptomatologia de bază.

În acest fel, se favorizează o descărcare a anxietății încorporate și se creează pacientului o stare de confort psihic, anulându-i-se tensiunea psihică generată de constrângerea de a trebui să spună numai o parte din ceea ce simțea nevoia să exprime.

În plus, există posibilitatea ca bolnavul cu acuze minime actuale să fie purtătorul unor boli psihosomatice, în stadiul de acalmie clinică, dar pasibile de o acutizare în orice moment și, mai ales, condiționate de un context psihosocial nociv.

2.4. Particularități de ordin conjunctural al RIP-Dr-Pt (cazul pacienților agitați, necooperanți, agresivi)

a. Cadrul de apariție

Destul de des, medicul este obligat să stabilească o relație interpersonală, fie ea și sumară, cu bolnavi care nu solicită din proprie inițiativă consultul medical.

Cererea de intervenție este făcută de anturaj, care poate fi agresat de către unul dintre bolnavii aparținând celor **4 categorii** enumerate de către **Baron și colab. (1991)**:

- alcoolicul violent, în stare de intoxicație acută (inclusiv delirium tremens);
- psihoticul, capabil de acte suicidare sau, din contră, de acte agresive față de cei din jur;
- toxicomanul, în lipsă de drog, solicitând violent "injecția";
- pacienții "încinși" de un conflict violent (exemplu: conjugal), ajunși într-o stare de violență extremă (singurii permeabili la o influență "rațională" din partea anturajului, dar posibil de "extras" din rândul celorlalte trei categorii menționate cu care - în lipsa unor noțiuni de specialitate - pot fi confundați).

După aceiași autori, medicul are de rezolvat **trei tipuri de probleme**:

- tulburări de comportament ale pacientului (vizând scăderea agresivității și limitarea sau stoparea actelor violente);
- suferința pacientului (constituind, de fapt, sursa agitației sale);
- perturbarea ordinii publice și/sau familiale.

De regulă, medicul chemat într-o astfel de situație colaborează cu anturajul ± poliția ± sectorul psihiatric, iar în unele țări, având un regulament de asistare a urgențelor, chiar și cu pompierii.

b. Principii și posibilități de conduită

Prima tentativă în fața unui pacient agitat este aceea de a stabili un contact verbal cu acesta (dacă pacientul este conștient). În caz de refuz brutal sau de comportament delirant al bolnavului, se culeg informații de la anturaj (familie, vecini, etc. inclusiv poliția sosită mai devreme la fața locului).

Trebuie avut în vedere și faptul că, adesea, anturajul are un rol declanșant sau agravant al episodului de agitație psihomotorie a bolnavului.

În urma stabilirii unui contact verbal cu bolnavul (posibil și la unii bolnavi aflați într-o criză de panică scurtă sau de isterie, sau la cei virulenți cu discernământ, totuși, păstrat), sau după primirea informațiilor de la anturajul bolnavului, Baron și colaboratorii sugerează existența a două posibilități de acțiune din partea medicului:

- păstrarea bolnavului sub autoritatea sa, situație în care bolnavul este ușor calmat prin însuși examenul clinic - capabil să furnizeze, în același timp, și o serie de date utile diagnosticului (de exemplu într-un sindrom meningian, cu păstrarea cunoștinței bolnavului) - și printr-un comportament securizant din partea medicului; în acest caz, se poate recurge și la o medicație anxiolitică injectabilă;

- timiterăa bolnavului la un alt eșalon al asistenței medicale (de exemplu într-un serviciu de psihiatrie).

În oricare din cele două decizii ale sale, medicul trebuie să evalueze concomitent, atât riscurile prezente și viitoare pentru bolnav, cât și pentru cei din jurul său (exemplu, un schizofren poate lua pe oricare ins din jurul său drept o persoană pe care, în delirul său, trebuie să o suprime, din diferite motive).

În concluzie, RIP în astfel de situații este adesea formală, "pur tehnică" (cazurile cu pacienți incoștienți sau deliranți), dar există și situații în care medicul se comportă cu bolnavul de o manieră (autoritate, tact, înțelegere, căldură sufletească) capabilă să dezamorseze situația explozivă creată.

2.5. Modificări temporare sau definitive "de distribuție" în cadrul RIP-Dr-Pt

La acest punct, avem în vedere exclusiv schimbarea medicului de către pacient (și nu abandonarea pacienților de către medic, lucru de neconceput!), din motive obiective sau subiective, și având un caracter temporar sau definitiv.

Distingem mai multe situații, în funcție de cel care decide o astfel de schimbare:

a) Din partea medicului

Dacă acesta este generalist, va apela la un medic specialist (ca și diverșii specialiști între ei), în următoarele circumstanțe:

1. Preluarea totală în tratament de către specialist (cazuri de boli grave ce necesită internări repetate și tratamente de înaltă specificitate), caz în care se nuanțează - de către medicul curant - atitudinea din momentul despărțirii (sugerându-i-se pacientului posibilitatea revenirii, în caz de nevoie, inclusiv în cazul unor noi îmbolnăviri nelegate de specialitatea medicului căruia îi este încredințat).

2. Preluarea temporară în tratament (ca de exemplu, o operație cu posibila vindecare totală), bolnavul revenind ulterior la medicul său curant.

3. Cererea unui aviz din partea specialistului pentru anumite tratamente sau investigații (de exemplu: un generalist sau un chirurg se adresează medicului alergolog, în legătură cu necesitatea prevenirii unor reacții alergice la medicamente, inclusiv înaintea unei operații), situație care, în unele cazuri, se poate rezolva printr-un contact sumar al pacientului cu medicul specialist. Melloni insistă asupra obligației din partea medicului curant de "a înarma" bolnavul cu o scrisoare către specialist în care să se menționeze succint datele bolii și problema la care dorește răspunsul specialistului. În afară de o bună impresie pe care medicul curant i-o face acestuia din urmă, un câștig mult mai important în plan relațional îl constituie scăderea anxietății pacientului, în condițiile posedării "scrisorii magice"; altfel bolnavul ar fi fost obligat să reia de la capăt șirul emoțiilor, până la stabilirea unui contact securizant cu medicul specialist.

b) Din partea pacientului

1. Solicitarea de analize "speciale", accesibile numai prin recurgerea la un consult de specialitate

Este rezultatul, cel mai adesea, al influenței anturajului (familie, prieteni, etc.) care posedă "experiența benefică" a unor astfel de consulturi. Destul de des, este și o inițiativă a pacientului, vădind un grad important de neîncredere în medicul său curant sau o personalitate rigidă, greu accesibilă la argumente raționale.

2. Consultul altor specialiști, fără încuviințarea prealabilă a medicului curant

Aceleași motive stau la baza acestei decizii, dar bolnavul dă dovadă de mai multă hotărâre, ca și de o lipsă de sinceritate (eventual lipsă și de fair-play).

3. Ruperea definitivă a relației cu medicul curant și îndreptarea bolnavului în două direcții posibile (la un alt medic curant, sau la specialistul necesar bolii actuale, ulterior urmând să-și aleagă un alt medic curant).

Acest din urmă caz poate reprezenta **consecința maximă a unor carențe existente la medicul curant:**

- **la nivelul comunicării** (aptitudini relaționale insuficiente sau inadecvate ale medicului, dar și eventualitatea unui bolnav dificil);

- **la nivelul competenței medicale**, dar și al unor trăsături decizionale cu tentă etică, așa cum se pot deduce ele din caracterizarea pe care o face Melloni (citând și opiniile lui Laplantin).

Trăsăturile ideale profesionale ale unui medic curant enumerate de Melloni sunt:

- **eficiența în îngrijirea patologiei curente**, indicarea metodelor de laborator și în depistarea bolilor rare, etc.;

- **apelul la specialist** numai în probleme care îl depășesc (nu pentru toate bolile ce se încadrează într-o specialitate anume și sunt într-o formă clinică și un stadiu evolutiv accesibile competenței sale);

- **cunoașterea propriilor limite**: de exemplu - renunțarea la excesul de zel care poate conduce la asumarea, de unul singur, a tratării unei tumori maligne, a unei schizofrenii, sau a unui astm bronșic alergic, etc.;

- **capacitatea de a armoniza** (inclusiv de a surprinde incompatibilitățile farmacodinamice sau ale efectelor secundare) în **tratamentele mai multor specialiști** consultați (exemplu, tratamentul hipertiroidismului la un astmatic cu ulcer și HTA asociate), situație întâlnită destul de des în practica noastră.

c) Modalități de reluare a RIP, după consultul specialistului

Cel mai adesea, bolnavul vine la medicul său curant cu o rețetă ce i-a fost înmănată de specialist.

În fața acestei situații, medicul curant generalist (sau specialistul care a solicitat consultul altui specialist) trebuie să aibă în vedere câteva principii de conduită;

- să asigure o **explicare clară** (atenție la iatrogenizare sau la comunicarea unui prognostic infaust, mai ales în cazurile cu incertitudini diagnostice) a mesajului transmis, de regulă, într-un limbaj medical inaccesibil pacientului;

- să **concretizeze** prescripțiile specialistului sub aspectul indicațiilor igienico-dietetice, și al eventualelor incompatibilități medicamentoase (adesea sesizate de către însuși pacientul) între cele prescrise pentru boala pentru care a fost consultat medicul specialist de către pacient, și mai vechile sau mai noile boli asociate ale acestuia, cunoscute numai de către medicul său curant;

- **să-și încurajeze cu tact** pacientul, aflat într-o nouă situație de evaluare a implicațiilor unei boli sau al unui nou stadiu (inclusiv complicații) al bolii pentru care a fost necesar consultul respectiv.

În esență, după Melloni, medicul curant "adaptează, explică și completează tratamentul" prescris de specialist, atribuții care considerăm necesar a fi exercitate concomitent cu o atitudine de liniștire a bolnavului și reprimare a unor noi angoase stârnite de acest moment de "tulburare a apelor".

d) Circuitul specialiștilor

În medicina modernă, cu supraspecializări multiple, și cu o pondere majoră a sectorului privat (cabinete, clinici particulare), este frecvent răspândită practica îndrumării (uneori a "plimbării") bolnavului de la un specialist la altul.

Cel mai adesea primul impuls îl constituie solicitarea unui consult de specialitate din partea medicului generalist. Din acest moment, bolnavul mai poate să circule la încă 1... n specialiști, și destul de des, el nu mai revine la medicul său curant, rămânând fixat - din motive obiective sau subiective (a se citi: încredere, simpatie, atașament) la unul dintre specialiștii din acest "circuit" (după formula deja consacrată - Melloni).

Un exemplu din practica personală: o polipoză nazală - pe un teren alergic, cu astm asociat, poate parcurge următorul "traseu": medic generalist → specialist ORL → specialist alergolog → specialist pneumolog, după care bolnavul (având șanse aproximativ egale de beneficiu din partea fiecăruia dintre medici), se stabilește la unul dintre medici, păstrând însă frecvent relația cu ceilalți, rămânând sub autoritatea medicului devenit curant după deschiderea acestui circuit.

După cum s-a arătat, criteriile esențiale ale acestei alegeri sunt reprezentate, atât de competența, suplețea gândirii și atitudinii, cât și de căldura umană, optimismul și disponibilitatea pentru pacient - dovedite de medic.

2.6. Trăsături de rol ale medicului cu implicații în abordarea prioritar psihosomatică a bolnavilor

Ținând seama de **repetabilitatea întâlnirilor** dintre medic și bolnav, abordarea psihosomatică a oricărui nou bolnav înlesnește o cunoaștere globală a problematicei acestuia, ce se constituie într-o bază extrem de utilă pentru viitoarele contacte în cadrul RIP.

a) Pentru medicul generalist

Conform unor statistici din 1987 din Franța (**Butler**), dacă 84 % din bolnavi recurg pentru prima dată la un medic generalist (omnipractician), pe o durată de minimum 10 ani ei se mențin într-o proporție de 45 % sub îndrumarea și tratamentul aceluiași medic generalist, fapt ce atestă valabilitatea acestei formule de asistență medicală (având în vedere și situații obiective: boli chirurgicale, de gravitate extremă, necesitând spitalizarea, etc. ce scad din primul procent cca. jumătate din bolnavi).

În această situație de "conviețuire terapeutică" de lungă durată, medicul generalist prezintă, ca atu-uri care îi permit accesul la biografia și intimitățile bolnavului, o serie de funcții specifice, sistematizate de UNAFORMEC (cit. de Wainstein și colaboratorii în 1992) după cum urmează:

- **preluarea globală a bolnavului** (inclusiv a problemelor sale de ordin profesional, privind mediul familial etc., ca și a problemelor generate de coexistența altor boli);

- **continuitatea îngrijirilor medicale**, se referă la faptul că - după o statistică efectuată în 1991 de Barbond și colaboratorii - medicul generalist supraveghează în 30 % din cazuri, problemele medicale deja cunoscute, în 10 % din cazuri reia bolnavul după efectuarea de către acesta a unor analize sau consulturi medicale, și în alte 15 % efectuează acte de profilaxie (vaccinări etc.);

- **coordonarea îngrijirilor medicale** (în cazurile unor bolnavi cu mai multe boli asociate al căror tratament - uncori indicat de specialist - trebuie să țină cont de interacțiunile și contraindicațiile reciproce ale medicației prescrise);

- **acordarea primului ajutor** aceluiași bolnav, în chiar cazurile ce reclamă recursul la specialist sau spitalizare (fracturi, infarct miocardic, etc.).

Toate aceste "funcții specifice" ale medicului generalist, derivând din "competența tehnică" (Parsons) nu pot omite relația în plan afectiv ce se stabilește cu bolnavul și, odată cu ea, acordarea unui interes special - de către medic - unor probleme de viață cu impact asupra psihicului bolnavului și, consecutiv, asupra sănătății acestuia.

b) Pentru medicul specialist

Dintre atribuțiile profesionale menționate în dreptul medicului generalist, în afara recursului la primul ajutor, toate celelalte pot fi îndeplinite și de către medicul specialist, în special în cazurile unei boli cu evoluție îndelungată și/sau cu o poziție dominantă (de competența specialistului) între celelalte boli asociate.

Prezintă o mare importanță, ca și în cazul omni practicianului, păstrarea unei relații strânse cu familia bolnavului, ca și evaluarea mediului profesional al bolnavului cu o centrare a interesului atât pe eventualele noxe profesionale, cât și pe acele probleme de ordin psihologic (conflicte interpersonale și caracterul penibil, generator de insatisfacții al muncii prestate) cu impact psihosomatic major (de exemplu, revenirea într-un mediu stresant după supraviețuirea unui infarct miocardic).

2.7. Abordarea psihosomatică a bolnavului

Pornind de la considerațiile de mai sus, ca și de la impactul psihosomatic al nenumăratelor stări conflictuale cotidiene, considerăm utilă favorizarea unui "catharsis emoțional" (așa cum s-a arătat la modelul psihanalitic) în cadrul oricărei relații terapeutice interpersonale dintre medic și bolnav.

Premizele și perspectivele abordării psihosomatice a bolnavilor au fost sintetizate în tabelele 8 și 12.

În adoptarea unei astfel de modalități de relaționare cu bolnavul ne-am inspirat după **metoda lui Raoul Kourilsky** - denumită de autor "**abordarea psihosomatică**", încercând să păstrăm în permanență "legătura" cu acuzele nemărturisite ale bolnavului (trădând o componentă afectivă importantă "investită" în simptomele relatate), și încercând să chestionăm în mod expres bolnavul, în diferite momente ale dialogului sau spre sfârșitul acestuia (dacă până atunci însuși bolnavul nu le-a relevat), asupra unor eventuale corelații cu evenimente stresante, în special în cazurile care nu au la bază o declanșare pur accidentală a bolii.

În orice caz, este bine ca **la orice bolnav, chiar cu o simptomatologie clară și abordabilă conform modelului tehnic, să se tatoneze cu discreție biografia bolnavului** pentru a se decela repere pentru o viitoare psihoterapie, vizând atât vindecarea (dacă boala se anunță îndelungată) cât și eventualele posibilități de combatere a unor factori de risc pentru instalarea recidivelor.

Strategia noastră de abordare psihosomatică a bolnavului a fost înfățișată în tabelele nr. 12, 13, 14 și 15.

Argumentele înfățișate ne îndreptățesc să considerăm abordarea psihosomatică ca pe o modalitate de abordare a bolnavului într-un mod reunind atât atributele metodei de abordare de tip psihanalitic, cât și ale celei de tip tehnicist, dar cercetând în mod constant biografia și deprinderile bolnavului, indiferent de natura bolii acestuia. În această optică metoda de abordare psihosomatică este aplicabilă, practic, tuturor domeniilor patologiei interne și chirurgicale.

2.8. „Funcția apostolică a medicului” (Balint)

Constă în rezolvarea unor probleme cu largi implicații psihologice (de exemplu, prescrierea de anticoncepționale, recomandarea unui concediu medical, o boală incurabilă, un copil cu tulburări comportamentale, etc.) în conformitate cu personalitatea și valorile de referință ale medicului care - de cele mai multe ori - va răspunde acestor probleme „re-curgând la bunul simț” propriu (Jeammet și col.).

3. TIPURI DE GREȘELI MAI FRECVENT ÎNTÂLNITE ÎN CURSUL INSTITUIRII ȘI DESFĂȘURĂRII RIP-DR-PT

3.1. Atitudini exterioare

Primul element pe care îl observă bolnavul în momentul stabilirii relației sale cu medicul curant este pur exterior, legat fiind de aspectul fizic și atitudinea "de primire" a acestuia.

Distingem următoarele trăsături atitudinale din partea medicului cu impact negativ asupra psihicului bolnavului (nu rareori "blocându-l" pe acesta sau diminuându-i încrederea în medic):

- grabă, nerăbdare, enervare, atenție fluctuantă cu "pauze de înregistrare" a "acuzelor" relatate de către bolnav (face o bună impresie medicul care notează riguros sau "punctează" cele spuse de către bolnav). Să ne reamintim că "a ști să ascuți" este o calitate de bază a oricărui medic angajat într-o relație terapeutică;

- oboseală, plictisală, mimică mohorâtă - sugerează bolnavului o capacitate mai redusă de "angajare în efort" din partea medicului;

- răceală, "atitudine distantă" (uneori chiar tendință la persiflare) - generează o atitudine de ostilitate (sau crește o agresivitate deja prezentă) la bolnav;

- tonul ridicat, "răstit" al vocii medicului are același efect de blocare (cu sporirea agresivității) a bolnavului.

3.2. Informarea inadecvată printr-o utilizare defectuoasă a datelor furnizate de pacient despre boala sa

Reprezintă una dintre cauzele fundamentale ale unui diagnostic eronat. Ea are la bază două defecte atitudinale din partea medicului, diametral opuse, în funcție de una dintre dominantele caracteriale ale acestuia cu exprimare în conduita față de bolnav:

3.2.1. Preluarea necritică a informațiilor furnizate de bolnav

Sunt "crezuți" toți termenii tehnici medicali furnizați de către pacient ("am o bronșită", "mă supără rinichii" etc.) a căror analiză riguroasă (inclusiv indemnul adresat bolnavului să-și descrie cu propriile cuvinte suferința sa) ar putea releva inadvertențe adesea capabile să îndrume diagnosticul la distanță considerabilă de realitate. De regulă, în astfel de situații, medicul neadecvat riscă să "parafeze" cu girul său profesional diagnosticul pe care bolnavul i-l sugerează cu vizibilă dorință, deși neconștientizată, de a i se confirma ipotezele sale. De asemenea, preluarea "automată" a unor diagnostice puse de către alți confrăți, fie și somități în materie - care pot și ei să greșească - reprezintă o altă posibilitate de eroare diagnostică.

3.2.2. Sugestionarea bolnavului asupra unor simptome neclare ale acestuia

Sunt dese cazurile în care bolnavul ezită asupra caracterului simptomelor sale, neavând nici o percepție clară a acestora, sau nefiind capabil să se exprime cu precizie.

În astfel de situații mulți medici - în loc să aștepte cu răbdare, corectând eventual termenii imprecizi sau deformați ai bolnavului - îi sugerează acestuia un șir de trăsături definitorii pentru un simptom sau chiar diagnostic (exemplu: descrierea unei crize anginoase, în cazul unei dureri precordiale neprecizate), fapt ce - având în vedere sugestibilitatea crescută a bolnavului și tendința lui spre complezență, implicit de a "aproba" totul - îl face pe acesta să confirme și astfel apare un diagnostic eronat (cel mai fecvent, astfel de situații apar când medicul este grăbit sau prea sigur de sine, iar pacientul este fie cu un discernământ mai redus, fie "blocat" emoțional, căutând să elimine cât mai repede incertitudinile). Există și pacienți care vor prelua descrierea simptomelor respective și o vor "servi" cu altă ocazie unui alt medic.

3.3. Răspuns neadecvat la întrebările bolnavului

De regulă, orice întrebare din partea bolnavului legată de starea sănătății sale conține o încărcătură emoțională îndreptățită de cantitatea de speranță investită în ea. Din acest motiv se pune problema unui răspuns care să tindă spre adevăr dar care, în același timp, să perturbe cât mai puțin starea psihică a bolnavului. Pentru medic apar conflicte de rol extrem de dificil de rezolvat, fapt ce explică nenumăratele situații în care se comit greșeli (este vorba, desigur, de "adevărurile neplăcute"), fie prin exces de menajare a bolnavului, care ajunge să "ghicească" pe viitor noile stratageme asigurătoare ale medicului, fie prin brutalitatea dezvăluirii unei semnificații amenințând integritatea sau chiar viața aceluși bolnav.

Am văzut anterior că Delay opinează pentru "adevărurile atenuate", în opinia noastră putându-se ajunge la acestea pe două căi:

- dezvăluirea lor "în etape";
- utilizarea "adevărurilor parțiale" (prin omisiunea acelor elemente cu semnificații nocive).

Important este ca răspunsurile medicului să fie univoce, neezitante și - chiar în cazul în care, pentru binele bolnavului, medicul este obligat să ascundă adevărul - familia bolnavului să fie avertizată.

Există o motivație, în afara intenției de a menaja bolnavul de efectele unui stres psihic dezastruos pentru evoluția bolii - constând în posibilitatea, fie ea infimă, a unor date eronate clinice sau de laborator sau a interpretării lor excesiv de defetist ca și de speranța multor medici în răspunsuri terapeutice neașteptate, aparent miraculoase.

Să nu se omită la acest subcapitol bolnavii care vor cu adevărat "să fie mințiți", fiind terorizați de teama unei boli grave sau a unui prognostic nefavorabil, oferind prilej medicului să-i încurajeze în direcția negării primejdiei dar utilizând demersurile necesare clarificării situației bolnavilor respectivi, fără a intra în conflict de rol.

Oricum, în cazul apropierii "momentului adevărului" care nu mai poate fi ascuns, bolnavul trebuie pregătit psihologic pentru aceasta.

În încheiere, trebuie menționat faptul că informarea bolnavilor trebuie totuși să pornească de la necesitatea dezvăluirii adevărului (pentru toate cazurile, exceptând numai situațiile de excepție - funcție de gravitatea bolii și de perspectivele ei dar și de personalitatea bolnavului și o serie de circumstanțe în care acesta se află) și că un bolnav care surpinde pe medic asupra unui neadevăr își pierde o bună parte din încrederea în acesta, fapt care îi crează, pe viitor bolnavului respectiv o anxietate legată de incertitudinea asupra veridicității informațiilor referitoare la sănătatea sa, primite de la respectivul medic. În consecință, relația psihoterapeutică va fi și ea "erodată".

3.4. Exces sau lipsă de autoritate față de bolnav

Autoritatea medicului, clădită pe specificul profesiei dar și pe prestigiul său personal (de ordin tehnic și relațional) constituie un element cheie în procesul vindecării bolnavului.

Un exces de autoritate blochează procesul comunicării nu numai în plan emoțional, ci și intelectual, iar **o lipsă de autoritate din partea medicului - printr-o excesivă libertate acordată acestuia sau apropiere de acesta - compromite șansa unor investigații și unei terapii riguroase**, bolnavul devenind pradă unei puternice anxietăți în momentele de impas pe care, paradoxal, este lăsat să și le înfrunte singur (autoritatea medicului constituie în fapt o pavăză interpusă de acesta între bolnav și avatarurile bolii).

Dimensiunea autorității medicului poate comporta variații de la pacient la pacient și adesea la un același pacient.

Astfel, în momentele de severitate a bolii (exemplu: faza acută a unui infarct miocardic) bolnavul este îndrumat cu autoritate fermă (liniștindu-l pe cât posibil) asupra unor măsuri terapeutice care nu comportă nici o obiecție din partea bolnavului, în timp ce la externare și mai ales după reluarea activității acestuia, se mai admit mici încălcări ale regimului de viață prescris (idem în cazul unui puseu ulceros și apoi între pusee).

Balint a denumit aceste abateri ale medicului de la rigiditatea prescripțiilor sale ca fiind "mici gratificații" acordate bolnavului.

Nu se poate admite confuzia între autoritatea medicului și gradul de dependență al bolnavului, fiind cunoscut că adesea bolnavul este mai dependent de medicii mai puțin "tiranici" și - din acest motiv - încearcă să evite terapeuții autoritari.

3.5. Angrenarea în situații conflictuale generate din vina medicului ori a pacientului

Deși, la modul cel puțin ideal, RIP-Dr-Pt este concepută pe baza unei conlucrări animate de cele mai bune intenții de ambele părți, există - din păcate, nu arareori - abateri de la regulă, din vina ambilor parteneri.

3.5.1. Premisele unor stări conflictuale din vina bolnavului

a. Agresivitatea și dominanța afectelor - ca trăsături psihologice de bază generate de boală - pot contribui, alături de lipsa de educație ori de cenzură, la reacții deplasate ale bolnavilor, care devin revendicativi, uneori acuzatori, ca să nu mai discutăm despre conflictele cu alți bolnavi, iscate chiar pe culoarele policlinicilor sau spitalelor;

b. Pretențiile bolnavilor de a fi transportați cu autosanitară pentru simple îmbolnăviri (în afara celor considerate urgente) sau de a fi investigați prin metode de laborator greu accesibile și costisitoare, în situații deloc justificate (simptome minore, abordabile prin mijloace clinice) etc. - generează conflicte în cazul că nu sunt îndeplinite de către medic.

Din păcate, mulți bolnavi nevrotici - până la diagnosticarea lor corectă în unități psihiatrice - au un comportament de tipul (a) și/sau (b) susmenționat, obligând la un consum de asistență medicală și mai ales de mijloace de laborator ori medicamente de care ar putea beneficia cei îndreptățiți.

3.5.2. Premisele antrenării medicului în relații conflictuale

a) **Variabile de personalitate:** în special cei cu trăsături empatice insuficient dezvoltate, impulsivi (cu o cenzură scăzută) dar și cei cu o susceptibilitate crescută (inclusiv generată de complexe de inferioritate) legată de aprecierea de către bolnavi a nivelului profesional;

b) **Variațiile conjuncturale,** legate de probleme de viață cu reflectare pregnantă în câmpul conștiinței medicului, generând tendința de proiecție a unor resentimente (anti-patie, ură) asupra unor personaje având trăsături comune cu cei care îi tulbură existența (situație reciproc valabilă și pentru bolnavi).

De asemenea oboseala, somnul insuficient (după gardă, de exemplu), graba generată de aglomerația de consultații pot să contribuie la conflicte cu totul evitabile în condiții normale.

Dacă recursul la jurământul hipocratic obligă medicul să aplaneze aceste conflicte chiar cu prețul "capitulării", trebuie avute în vedere circumstanțele care pot scuza atitudinile bolnavului: gradul de discernământ scăzut (exemplu: precomă hepatică sau uremică) și gravitatea bolii acestuia (exemplu: un puseu hipertensiv sever).

O situație extrem de dificilă cu multe variante de rezolvare este cea generată de bolnavii cu intoxicație alcoolică acută, ca să nu mai discutăm de consumatorii de droguri.

3.6. Subaprecierea bolnavilor dificili cu un coeficient ridicat de psihogenie

Întrucât este de domeniul evidenței că cca 40 % din consultații sunt acordate pentru acuze aparent somatice apărute într-un context psihogen (deci, în realitate, tulburări psi-

hosomatice - Negoită), își găsește loc tot mai mult, în mentalitatea medicilor, ideea că astfel de bolnavi trebuie să fie trimiși la psihiatrie sau tratați pentru "nevroze" de către înșiși medicii curanți, pornindu-se de la modul de expunere a pacientului, amănunțită, polimorfă ("colorată"), a unor acuze minore.

În astfel de cazuri este bine să se "pedeze" pe modul tehnicist de abordare spre a se surprinde eventuale simptome relevante pentru un diagnostic de boală somatică (sau psihosomatică), fapt ce obligă la "păstrarea" bolnavilor respectivi și "schimbarea de registru" a abordărilor, prin metoda de tip psihanalitic sau desemnată de noi sub numele de abordare psihosomatică.

Acești bolnavi "dificili" obligă de la început la o anumită prudență a abordării lor sub aspectul de autoritate, atitudine, și - mai ales - al informării despre boală.

3.7. Polipragmazia - ca expresie a cedării medicului la insistențele bolnavului

Abuzul de medicamente are drept rădăcini - în ceea ce privește indicațiile medicului - lipsa de curaj terapeutic (sau de pregătire ori experiență) a acestuia, ca și, invers, un "entuziasm terapeutic" aliat cu o "naivitate terapeutică" generată de prea mare încredere în efectul medicamentelor. Și mai puțin scuizabilă apare polipragmazia, ca rezultat al aliajului dintre o anumită competență a medicului și insistențele adesea supărătoare ale bolnavului care preferă să-și trateze 10 simptome cu 10 medicamente, în loc să utilizeze 2-3 medicamente vizând cauza bolii (etiologia) și principalele mecanisme de îmbolnăvire (verigi patologice).

În orice caz, în fața unor bolnavi care pot fi "șocați" de un refuz din partea medicului, acesta este îndreptățit să încerce să aplice "do something attitude", adică să prescrie o medicație inofensivă (vitamine, de exemplu) sau să recurgă și la alte mijloace terapeutice nemedicamentoase (fizioterapie, ceaiuri), concentrând în ele o serie de efecte sugestive și vizând inducerea asupra acestor bolnavi a unui efect Placebo.

3.8. Greșeli comise de către medici în cazul tratării unor confrăți

Destul de des, se întâmplă ca RIP-Dr-Pt să nu se desfășoare optim când pacientul este un alt medic și rezultatul acestei disfuncții este negativ, în ceea ce privește sănătatea bolnavului. Cauzele țin în primul rând de "bolnav", atunci când el nu recunoaște, nici măcar formal, asigurările date de colegul său terapeut, datorită faptului că "medicul știe mai bine decât oricine, că, în materie de boală, nimic nu este patognomic, și că paleta posibilităților evolutive ale bolii este, practic, "infinită" (Percek A. - "Medice, cura te ipsum" - 1990). Desigur că o astfel de lipsă de încredere în terapeut generează și o carență de autoritate.

În cealaltă capăt al relației, terapeutul tinde adesea să examineze superficial pe colegul său, ori o face de complezență (A. Percek - ibidem). Motive există și pentru o astfel de atitudine, ținând de încrederea terapeutului în cunoștințele profesionale ale "pacientului-doctor" și în faptul că acesta din urmă poate prelua personal o serie de elemente terapeutice.

Dorim foarte mult să accentuăm o opinie proprie, edificată în urma unei experiențe largi în acest domeniu, datorită apelului frecvent al multor medici la consultațiile de

alergologie. Această opinie încearcă să convingă, în primul rând pe medicul-pacient, că o relație terapeutică stabilită cu colegul său, la care a apelat, trebuie să se întemeieze pe aceleași baze ca și cea cu "bolnavul-laic". În primul rând, este necesar ca ea să aibă loc într-un cadru temporo-spațial obișnuit (nu pe culoarele ori în saloanele de spital, sau cabinetul de consultații, când - între două consultații, sau, și mai grav, întrerupând consultația acordată unui alt bolnav - medicul-bolnav încearcă să-i "fure" o consultație colegului său care devine terapeut), iar, în al doilea rând, autoritatea diagnostică și, mai ales, terapeutică a acestui medic investit cu încrederea medicului-pacient trebuie respectată pe toată durata relației (sunt contraindicate frecvențele fluctuații de la un medic la altul).

Respectându-se aceste condiții fundamentale RIP-Dr-Pt devine optimală și prin aceea că informațiile despre boală sunt furnizate cu acuratețe de către medicul-pacient.

4. PROBLEME DE ETICĂ MEDICALĂ APĂRUTE ÎN DESFĂȘURAREA RELAȚIEI INTERPERSONALE DINTRE MEDIC ȘI PACIENT

4.1. Istoric și preocupări ale eticii medicale

În decursul timpului etica (morală) medicală a avut la bază rădăcini filosofice și religioase, în funcție de care și specificul medicinei societăților de apartenență a prezentat o serie de particularități (de nuanță, nu și de esență) în planul relațiilor dintre medic și bolnav.

David de Grazia (1986) menționează că această variabilitate a tratării problemelor eticii medicale a încetat în urma devenirii sale domeniu de interes academic dar și profesional între anii 1960 și 1970. Această concentrare spre un consens valabil pentru întreaga medicină contemporană a fost grăbită, conform stresului solicitat, de o serie de probleme medico-legale cu rezonanță filosofică precum: abuzurile asupra ființei umane (experiențele odioase din lagărele naziste), transplantul de organe, tehnologia recombinării ADN etc. iar în prezent o problemă încă în dezbatere o constituie raportul dintre deciziile terapeutice și afectarea indicilor de calitate a vieții, incluzându-se în acest vast domeniu, după opinia noastră, și mult dezbătuta problemă a eutanasierei.

Vom analiza în cele ce urmează principalele atitudini etice în cadrul RIP-Dr-Pt

4.2. Principii deontologice cu aplicabilitate în medicină

Practica medicală a validat ca fiind cele mai apropiate de specificul profesiei medicale principiile deontologice (deonto = necesitate, datoric - lb. greacă) elaborate de Kant:

- Un act este demn de apreciat numai dacă este făcut în scopul îndeplinirii datoriei, neținând seama de consecințele posibile (de exemplu, un medic care asistă până la capăt un bolnav fără nici o șansă de supraviețuire).

- Actul respectiv devine o datoric pentru individ numai în cazul în care el este cerut (și acoperit) de o regulă (normă) universal valabilă și prin urmare rațională (de exemplu, ținerea unei promisiuni devine obligatorie deoarece - în cazul nerespectării ei - se creează precedente care vor destrăma eșafodajul înțelegerilor stă la baza funcționării societății).

4.3. Situații problematice deontologice în cadrul RIP dintre medic și pacient

În completarea principiilor deja menționate, vom înfățișa câteva situații frecvent întâlnite în practica RIP-Dr-Pt și care pun o serie de probleme de ordin etic medicului (în primul rând) dar și pacientului.

4.3.1. Pacientul dorește să i se respecte autonomia

De regulă, cei cu un nivel intelectual și cu un statut social ridicat sunt adeseori în măsură să-și exprime fie neîncrederea, fie dezacordul cu privire la unele investigații medicale (de exemplu, urografia, cu riscuri majore) sau chiar chirurgicale (o laparotomie exploratoare, etc.), ca să nu mai vorbim de unele terapii agresive (chimioterapia în neoplasme, de ex.).

Soluția, fără echivoc în astfel de cazuri - este dată de informarea judicioasă, completă a pacientului și de luarea deciziilor împreună cu medicul.

4.3.2. Pacientul preferă modelul paternalist de tratament

Frecvent întâlnit la bolnavii psihici gravi dar și la unii bolnavi somatici, cu un statut socio-profesional mai scăzut (există însă și intelectuali cu structuri fobice care intră și ei în categoria adepților parternalismului), acest mod de relaționare terapeutică presupune o încredințare totală în mâinile medicului a tuturor problemelor bolii de care esuferă, inclusiv luarea deciziilor.

După De Grazia există două grade la paternalism în cazul bolnavilor psihici, în funcție de „competență” acestora, ridicată (știu că sunt bolnavi dar nu acceptă tratamentul de spital sau cazul (sinucigașilor lucizi”) sau scăzută ori dispărută (bolnavii psihici în cursul episoadelor delirante, inclusiv cei cu înclinații sinucidale).

Etica medicală este în marea ei majoritate subordonată principiilor conținute în vestitul jurământ al lui Hippocrat.

Fără a mai insista asupra altor elemente fundamentale de etică - având implicații în practica medicală - specifice unor concepții hinduse, confucianiste, taoriste, islamice, iudeo-creștine sau a diferitelor sisteme filosofice din Grecia Antică sau occidentale se cuvine să accentuăm - după prezentarea principiilor kantiene - asupra următoarelor aspecte:

1. - autonomia pacientului, incluzând dreptul acestuia de a-și alege medicul dar și de a refuza unele investigații sau tratamente considerate (chiar dacă eronat) ca fiindu-i nocive;
2. - datoric medicului de a pune beneficiul pacientului deasupra oricărui alt țel;
3. - datoric medicului față de societate, mult mai complexă decât îndeplinirea simplă a datoriciei sale față de pacient;
4. - preservarea sănătății prin respingerea superstițiilor și tratamentelor iraționale dar și a unor restricții terapeutice excesive (din ignoranță medicală!);
5. - păstrarea vieții cu orice preț (dogmă ortodoxă venind în conflict cu dreptul la avort și cu noile principii presupuse pentru admiterea eutanasierei);
5. - păstrarea secretului medical (inclusiv testele pozitive pentru SIDA, spitalizarea psihiatrică involuntară etc.), cu anumite excepții;
7. - obligația medicului de a-și informa pacientul despre riscurile investigațiilor sau tratamentelor prescrise dar și despre pronosticul letal (dacă acesta i-o cere imperios în situa-

ția în care - fie că pacientului îi permite sănătatea să suporte acest adevăr - fie că timpul și problemele anexe presează pacientul să-și reglementeze problemele de succesiune);

8. - principiul terapeutic „primum non nocere, deinde salutare”, punând în fața terapeutului problema morală a protejării bolnavului de riscurile medicamentului (sau altui agent terapeutic) înaintea unei sperate - dar incerte sau tardive - acțiuni terapeutice.

4.3.3. Bolnavi care refuză tratamentul medical

Conform unor recente reglementări juridice (în SUA - după De Grazia) bolnavul conștient (și informat) are dreptul să refuze intervenția medicului chiar dacă acest refuz poate conduce la moartea sa.

În mod frecvent însă avem de-a face cu două situații curente de refuz al tratamentului medical:

a. bolnavi psihici agresivi și fără discernământ: se intervine cu forța spre a proteja colectivitatea;

b. bolnavi somatici „competenți” cu discernământ: se încearcă a fi convinși, se dau informații suplimentare, se intervine asupra celorlalți membri ai familiei bolnavului, iar - în caz de eșec - se impune RIP.

Adecea refuzul provine dintr-o aversiune extremă a acestor bolnavi față de autoritate și, inclusiv, față de medic, constituind o trăsătură de personalitate a acestor bolnavi (uneori au și o satisfacție narcisistă legată de boala lor) (Wise).

Sublinierea inconvenientelor vieții de spital în fața unor astfel de bolnavi constituie o eroare care îi depărtează și mai mult de îngrijirile medicale necesare.

4.3.4. Bolnavi cu dureri cronice intense

Medicul trebuie să nu cedeze ispitei de a administra o medicație cu potențial de instalare a dependenței (stupefiante, de ex.) decât după ce a depistat toată gama unei medicații analgetice competente alese și dozate, având și o medicație antidepresivă (ex. amitriptilina) cu efect potențator analgezic.

Se previne astfel sporirea numărului narcomanilor recrutați dintre astfel de bolnavi în cazul în care - din comoditate sau din ignoranță, ambele fiind curențe de etică - medicul îi tratează facil cu o medicație „narcotică” (Wise).

Capitolul 11

PSIHOTERAPIA SUPORTIVĂ

I. BAZE PSIHLOGICE

A. Psihoterapia suportivă ca adjuvant al terapiei medicamentoase

Asistența medicală acordată bolnavilor ambulatori, atât în cadrul dispensarului de medicină generală cât și în cadrul policlinicii ridică unele probleme de ordin psihologic a căror strânsă legătură cu desfășurarea procesului terapeutic impune o discuție preliminară despre răsunetul bolii asupra psihicului și modului de viață a omului bolnav, despre relația lui, devenită necesară, cu medicul curant, ca și despre complexul de factori biologic-sociali sau de altă natură care influențează dialogul dintre medic și bolnav, dialog ce conține implicită în mod obligatoriu premiza psihoterapiei. Aceasta constituie un aliat de nădejde în mâinile medicului dispus - prin natura sa intelectual-afectivă și în virtutea unei experiențe bogate profesionale - să depășească limitele impuse de o abordare exclusiv „tehnicizată” a omului bolnav și este în forma ei cea mai simplă, accesibilă oricărui medic practician, în încurajarea continuă a omului suferind, oferindu-i acestuia un veritabil suport în plan sufletesc (de aici termenul de psihoterapie suportivă).

Așa după cum remarcă POMERLEAU - "dacă prin medicamentele sale doctorul acționează asupra bolii, prin atitudinile sale el acționează asupra bolnavului. Dialogul verbal este vehiculat de un dialog non-verbal, acela al atitudinilor, corespunzând personalității fiecăruia dintre cei doi parteneri ai cuplului medic-bolnav".

Problematika utilizării psihoterapiei își are rădăcinile în vremurile de pionierat ale practicii medicale, unul dintre precursorii psihoterapiei fiind venerabilul Hippocrat. În zilele noastre se consideră necesar, în primul rând, să se contureze acea imagine lăuntrică a omului bolnav pe care uneori ochiul medicului o întrezărește dincolo de datele obținute prin tehnicile examinării, dar pe care - din considerente dintre cele mai variate, foarte multe fiind însă obiective - nu o leagă la modul causal sau interferențial de boala asupra căreia, prin educația sa medicală, el își concentrează în principal întreaga sa atenție.

Considerând că rolul psihoterapiei suportive ca adjuvant al terapiei medicamentoase este de necontestat, se cuvin reliefate, în al doilea rând, o serie de particularități în cadrul cărora se instituie relația interpersonală specifică profesiunii medicale și în care medicul curant se angajează cu bolnavul său într-un dialog mai mult sau mai puțin conștientizat de către ambii parteneri, dar a cărui natură, diferită de cea a realizării actului terapeutic

propriu-zis, este în măsură să realizeze o completare a acestuia. Desigur că este de dorit ca această conștientizare de către medic a unor aspecte ale relației interpersonale - ce fac posibilă și optimizabilă psihoterapia - să amplifice într-o măsură importantă acea facultativă disponibilitate pe care terapeutul o are într-un mod oarecum spontan, dar nediferențiat, pentru înțelegerea și rezolvarea unor dificultăți de ordin psihic pe care le trăiește bolnavul din fața sa. Chiar dacă, în virtutea experienței sale profesionale sau a unor înclinații de natură strict subiectivă, un medic devine receptiv și încearcă să aline și suferințele de ordin emoțional care acompaniază de regulă boala pacientului său - cunoașterea de o manieră riguroasă a acestor suferințe, plasarea lor în contextul existenței de zi cu zi a bolnavului, raportarea lor la boala pentru care acesta se înfățișează la consultație, precum și deprinderea unor modalități de rezolvare a lor în cadrul dialogului stabilit cu bolnavul - pe acest canal al unor relații de tip preponderent afectiv și moral - vor conduce într-un mod absolut sigur la excelente rezultate terapeutice.

Această precizare ce se cuvine a fi făcută pentru înțelegerea bazelor psihologice și implicit locului psihoterapiei în cadrul arsenalului terapeutic ar putea fi utilă medicului într-o dublă ipostază, aparent contradictorie: aceea strict științifică, reconsiderând cu argumente "tehnice" o armă valoroasă în lupta pentru vindecare - arma psihologică și cea "artistică" legată de latura umanistă a profesiunii medicale.

În al treilea rând este de dorit (și posibil!) ca în această perspectivă a psihoterapiei suportive să se contureze un domeniu cu implicații depășind sfera medicală, acela al reechilibrării personalității omului bolnav, în scopul reîncadrării optime în angrenajul vieții sociale, din care a fost smuls de către boală.

Având la bază literatura psihologică și medicală referitoare la problematica pusă în discuție, ca și modesta noastră experiență personală în practicarea medicinei interne, generale și alergologiei, vom încerca să înfățișăm o serie de considerații a căror finalitate expresă o constituie impunerea în atenția tuturor medicilor a psihoterapiei individuale de susținere sau suportive (PTS), ca un element terapeutic impus de coexistența unei reacții inerente a psihicului omului bolnav la boala de care suferă și întemeiat pe o serie de circumstanțe de ordin psiho-social în care se instituie relația interpersonală dintre medic și bolnav.

Cât privește mijloacele propriu-zise de realizare a PTS, ele derivă nemijlocit din cunoașterea elementelor referitoare la personalitatea bolnavului și la cadrul relației sale cu medicul și sunt - în același timp - nuanțate de o serie de "factori de conjunctură" a căror sesizare va fi făcută mult mai ușor de către medicul avizat în problematica ce va face obiectul lucrării de față.

B. Ponderea în cadrul actului medical

De la bun început trebuie să accentuăm asupra faptului că ponderea psihoterapiei în ansamblul unei terapii complexe variază în funcție de numeroși parametri, după cum urmează:

a) Profilul asistenței medicale

a.1. Asistența medicală ambulatorie

Indiferent de specialitatea medicului care o acordă prezintă însă câteva caractere comune pentru acest cadru de policlinică și dispensar în care se instituie relația dintre medic și bolnav:

1. Contactul direct dintre medic și bolnav (în spital acest contact poate fi mediat de către interni, externi, asistente).

2. Contactul discontinuu al acestor întrevederi - obligând la maximum de concentrare din partea bolnavului în redarea aspectelor suferințelor sale, iar din partea medicului în cadrul prescripțiilor terapeutice, dar cu inerente omisiuni de ambele părți.

3. Caracterul repetat al întrevederilor dintre medic și bolnavii cronici, favorizând apropierea reciprocă și reclamând pedalarea mai accentuată din partea medicului pe latura psihoterapeutică.

a.2. Asistența medicală spitalicească

1. Contact repetat (dar pe termen scurt!), controlat (de medic dar și de bolnav), prelungit, amplificat de factori conjuncturali (vizită în saloane, urgențe, acuze noi apărute brusc etc.).

2. Elemente suplimentare cu rol psihotrop (asistente, studenți, medici stagiați etc.), inclusiv mijloace diagnostice și terapeutice impresionând bolnavul.

3. Presiunea grupului (ceilalți bolnavi din salon), cu rol facilitator sau, din contră distructiv al influenței psihoterapeutice a medicului.

b) Natura bolii

La rândul lor bolile de care suferă cei în cauză influențează și ele RIP dintre medic și pacient.

1. După cum am subliniat și mai sus, există o primă diferențiere între bolile acute și cele cronice, acestea din urmă reclamând mai intens P.T. (dar și cele acute cu un grad important de disconfort și cu evoluție severă).

2. Specificul acuzelor prezentate de bolnav, indiferent de specialistul consultant - acele acuze funcționale, de multe ori de natură psihogenă beneficiază în mod optim de PTS adecvată.

3. Bolile a căror rezolvare nu necesită decât o simplă și/sau rapidă intervenție medicală (în special în sfera O.R.L., mică chirurgie, stomatologie, etc.) beneficiază mai puțin de P.T. decât cele a căror evoluție, chiar discontinuă (în pusee recidivante) este mai îndelungată.

În cele ce urmează vom încerca să prezentăm o serie de considerații făcute cu precădere asupra unor cazuri din domeniul medicinei interne care formează marea majoritate a bolilor tratate într-un dispensar de medicină generală, iar dintre acestea bolile cronice vor fi reliefate prioritar.

II. RĂSUNETUL BOLII ASUPRA PSIHICULUI OMULUI BOLNAV - PREMISĂ PENTRU INSTITUIREA PSIHOTERAPIEI

A. Sănătatea și boala - redefinire de concept

Este cunoscut impasul în care ne aflăm în momentul în care suntem puși să dăm o definiție a bolii, așa cum s-a arătat într-un capitol anterior.

Dacă privim boala ca expresie a unei amenințări sau chiar a unei ruperi efective a echilibrului biologic și psihologic dintre organism și mediul său ambiant (care este nu numai biologic ci și social), vom putea avea cel puțin o imagine corespunzătoare unei orientări terapeutice îndreptate în sensul restabilirii aceluși echilibru dinamic prin care se poate desemna, ca o definiție succintă, starea de sănătate.

Considerând diferitele abateri de la starea de sănătate în plan statistic, vom avea - în cazul depășirii unui anumit prag - noțiunea de boală în general, nu perfect, dar acceptabil superpozabilă abaterilor individuale prezentate de diferiți oameni, dintre care numai o parte - marca majoritate, dar nu toți - vor putea fi considerați bolnavi datorită abaterilor respective.

Data fiind capacitatea extraordinară a organismului animal și a celui uman, în special, de a-și menține în cadrul unor limite optime diferite "parametri funcționali", inclusiv aceia mai puțin luați în considerație, ai psihicului, vom putea vorbi de boală încă din momentul în care apare o modificare a unuia sau a mai multor parametri, chiar dacă modificările adaptative cu caracter compensator vor continua să mențină neschimbat echilibrul dintre organism și mediul său înconjurător.

În această perspectivă vom încerca să dăm o definiție personală a bolii, ca fiind totalitatea acelor abateri statistice de la normal (apreciate atât din punct de vedere somatic cât și psihic și social), abateri care, fie că alterează capacitatea omului de a activa în planul vieții sale personale, profesionale ori sociale (capacitatea văzută în dublă ipostază: fizică și psihică), fie că reprezintă (conțin), prin potențialul lor evolutiv, primejdia unei astfel de alterări. Desigur că o mare importanță prezintă și durata și caracterul evolutiv a bolii. Astfel există o demarcație uneori foarte netă între bolile acute și cele cronice, între boli cu mers reversibil și cele progresive, ireversibile. Aceste deosebiri își pun amprenta și asupra bolnavilor.

Recunoașterea socială a bolii prezintă multe aspecte distincte de la popor la popor, conformate unor mentalități modelate de factori socio-culturali și chiar economici. La unele triburi înapoiate viermii intestinali sunt considerați ca "necesar pentru digestie", cei ce nu sunt purtători de viermi intestinali sunt "bolnavi" (observație cit. de Stoetzel). În acest context o aceeași stare apare la unele popoare ca boală, iar la altele ca sănătate.

Referitor la imaginea despre corp a diferitelor popoare, același autor remarcă la anglo-saxoni faptul că aceștia văd în corp ceva asemănător unei mașini în stare de funcționare (cât timp este sănătos) sau "în pană" (cu care este echivalentă boala), iar la popoarele latine că imaginea pe care indivizii și-o fac despre corp este cea a unui animal de care persoana se servește în exterior și pe care-l menajează spre a-l putea folosi cât mai bine. Indiferent de gradul de deosebire - boala este unanim considerată ca - "o nenorocire pentru individ sau grupul social și pune problema șanseii atât sub raportul alegerii" (preferinței) celui în cauză, cât și sub raportul perspectivei de salvare. (Stoetzel)

B. Ce așteaptă bolnavul de la medicul care îl îngrijește?

În general oamenii se împacă greu cu ideea că au devenit bolnavi. De aceea, în fața unor simptome de indispoziție fizică (în special) sau psihică, omul nu se gândește imediat la boală sau - dacă se gândește - are tendința de a respinge această idee pentru simplul fapt că - obiectiv - "boala este un rău și aduce suferință, ea se acompaniază de un cortegiu de anxietate" (Stoetzel).

Rezumând cauzele care fac să se manifeste aproape la fiecare bolnav o rezistență în fața bolii, se cuvine să analizăm:

a) rezistența la propria noastră slăbiciune (mai dezvoltată la cei cu înalte reponsabilități profesionale sau sociale);

b) teama de a fi bolnav de o boală gravă;

c) rezistența la autoritatea medicului și la exigențele tratamentului (aici fiind de fapt o atitudine ambivalentă față de medic, în faza ce precede acceptarea bolii, fapt care este foarte fin nuanțat de către Baker într-un studiu care înfățișează lupta dintre tentația pentru bolnav de a se adresa medicului și temerile care îl rețin (un timp mai mult sau mai puțin lung, după caz).

Guy Clement rezumă atribuțiile profesionale - purtând și însemnele unei veritabile arte - ale medicului: arta de a asculta, de a vorbi, de a prescrie și de a alina.

Același autor pune la baza instituirii RIP dintre medic și pacient cele trei întrebări kantiene ce rezumă interesul cunoașterii, anume: "ce pot să știu? ce trebuie să fac? cât îmi este permis să sper?" Prin răspunsul pe care îl dă acestor întrebări medicul devine, în același timp, întruchiparea unui mit, a cărui definiție - conținută în Dictionnaire Petit Robert 1, p. 1251 din 1990 - este: "imaginea simplificată, adesea iluzorie, pe care grupele umane o elaborează sau o acceptă în legătură cu un fapt și care joacă un rol important în comportamentul și aprecierea lor".

Rădăcinile mitice ale medicului, desprins din vechii vrăjitori ai triburilor preistorice sau marii preoți ai antichității, ba chiar zeificați (Apollo, Aesculap etc.) persistă în zilele noastre în comportamentul bolnavului la întâlnirea cu cel care este desemnat de societate să-i risipească neliniștile existențiale - dar și suferințele fizice și psihice - legate de boala sa.

Ele oferă medicului o inestimabilă șansă de a întinde o punte către pacient, permițând o comuniune optimă, menită să amortizeze asperitățile relației tehnice inerente profesiei medicale dar și să înlesnească un transfer de mesaje verbale și non verbale, vehiculând tot ceea ce poate să constituie elementele unei psihoterapii simple, de îmbărbătare și de susținere a moralului omului aflat în suferință.

Medicul răspunde la prima întrebare kantiană, prin studiu și prin tentativa de a echilibra cunoștințele sale științifice, cu sensibilitatea sa (G. Clément) iar la următoarele două mult mai tranșant: să-și exercite autoritatea (efectul magic și asociat) și - ceea ce este esențial - să dea o speranță bolnavului atât în ce privește vindecarea, cât mai ales în alinarea suferinței.

Pentru bolnav, răspunsurile la cele trei întrebări kantiene sunt influențate de modul în care le răspunde medicul - acesta din urmă conservându-și astfel, mai mult sau mai puțin, imaginea sa mitică - de unde și impactul diferit de la medic la medic al psihoterapiei de susținere a bolnavului.

În esență, însă - după același autor, Guy Clément - bolnavul primește răspunsuri oarecum simetrice cu cele pe care le-a dat medicul, după cum urmează:

- ce posibilități are de a cunoaște imaginea reală a propriului corp și părților acestuia aflate în suferință? (adesea este atribuită unui organ o suferință având o altă cauză; de ex. durerile în hipocondrul drept sunt interpretate ca având drept cauză ficatul și nu colecistul, deși în realitate este invers răspunsul este dat conform posibilităților sale de înțelegere);

- ce poate face pacientul, alegându-și drept interlocutor medicul? Să asocieze efectul biomedical - mitului Științei iar psihoterapia - mitului Atotputerniciei;

- ce poate spera pacientul? Nu în nemurire, ci doar în alinarea suferinței și în vindecare.

Mitul speranței în nemurire reprezintă, în cazul concret al îmbolnăvirilor grave cu prognostic fatal (ca de exemplu cancerul), speranța vindecării acelor boli chiar într-o etapă când ele sunt considerate incurabile.

III. PSIHOTERAPIA - CADRU NOȚIONAL, FORME ȘI DOMENII PRIORITARE DE APLICAȚIE

A. Noțiunea de psihoterapie

Psihoterapia (PT) se traduce strict etimologic, pornind de la cuvintele *psychè* și *therapeuin*, ca fiind "tratament prin suflet". Grasset o definește ca "tratamentul bolii prin mijloace psihice".

Originea acestui mod de a trata bolnavii trebuie căutată în existența unor boli, cel mai adesea pe plan mintal (dar uneori destul de frecvent și pe plan fizic), în care tratamentul fizic este fie insuficient, fie inadecvat sau - pur și simplu - inutil (boală "incurabilă").

Încă din cele mai vechi timpuri tratamentul bolii a constat preponderent în apelul la forțe magice care să salveze omul bolnav, aceasta derivând din neputința mijloacelor fizice, dar - treptat - pe măsura progresului artei medicale, aceste practici au cedat locul folosirii tot mai ferme a unor agenți chimici și fizici, adică medicamentelor și celorlalte procese adiționale: regim dietetic, fizioterapie etc.

S-a ajuns în zilele noastre la cultul medicamentului în special, dar și al altor forme de terapie: fizică (balneoterapie, fizioterapie în genere etc.), homeopatie, acupunctură etc. care însă și-au probat în atâtea rânduri limitele și - cum nu mai putem recurge la apelul unor forțe miraculoase, această disponibilitate psihică a pacientului - de a accepta un ajutor simbolic de esență irațională, dar capabil să-i satisfacă nevoia de a fi încurajat simbolic - este exploatată de medic, care, însă, nu trebuie să recurgă simplist la încurajări ori asigurări factive.

De fapt, psihoterapia izvorăște inevitabil în cadrul relației interpersonale ce se naște între medic și pacient, acolo unde scopul este comun: vindecarea (ameliorarea) bolii și unde terapeutul consimte ca, în virtutea rolului său social (ale cărui trăsături le-am reprodus după Parsons), să-și pună în joc atât disponibilitățile sale intelectuale cât și afective în slujba scopului fixat.

Tot aici trebuie subliniat faptul că este complet eronată o segregare între însușirile de ordin intelectual ale medicului, ca fiind suportul stabilirii unui diagnostic și a unei terapii corecte, și cele de ordin afectiv ca fiind premisele unei psihoterapii eficiente.

O psihoterapie corectă presupune și însușiri intelectuale adecvate în scopul realizării unei comprehensiuni a bolnavului, prin plasarea lui într-un context psihologic real.

G. Ionescu (1990) definește dintr-o perspectivă descriptiv-comprehensivă PT ca pe o formă de tratament psihologic, structurat în tehnici și metode, aplicate în mod deliberat, în grup sau individualizat, de către un terapeut specializat:

- omului sănătos, aflat în dificultate (îi conferă confort moral și mai bună sănătate);
- celui cu dificultăți de relaționare (îl ajută spre o mai bună integrare);
- celui suferind somatic (îi alină suferința);
- celui alienat (îi dezvoltă capacitatea de orientare în viață și de resocializare).

Acea ușurare a suferinței pe care o încearcă bolnavul în situația în care vine în contact cu o persoană, înzestrată cu puterea (sau arta) de a vindeca, stă la baza utilizării tot mai extinse a psihoterapiei, ca și faptul că bolile somatice se acompaniază de suferințe importante de ordin psihic, care și ele, la rândul lor, pot fi influențate de simpla prezență și atitudine adecvată a terapeutului.

În bolile psihice, unde suferința se manifestă primordial pe plan mintal, medicamentul poate fi uneori înlocuit, dar întotdeauna trebuie să fie completat de o intervenție corectă din partea terapeutului, care să utilizeze din plin mijloacele de ordin psihic - cum ar fi sugestia verbală, manifestarea unei înțelegeri binevoitoare sau, din contra, a unei reprobări blânde etc. - sau mijloace (tehnici) speciale. Concomitent, însă, practica medicală a scos treptat în lumină faptul că "terapia prin cuvânt" (cum numește psihoterapia Deshaies), are un rol tot mai important și într-o serie de afecțiuni somatice, mai ales acelea care prezintă anumite caracteristici ce le fac accesibile psihoterapiei.

B. Domenii prioritare de aplicație

Concepând psihoterapia ca fiind - după definiția dată de Camus și Pagnez - "un ansamblu de mijloace prin care acționăm asupra spiritului sau corpului bolnavului prin intermediul spiritului", vom încerca o enumerare într-o încercare personală de sistematizare a acestor caracteristici care fac ca unele boli să beneficieze prioritar de psihoterapie.

- 1) Bolile psihice (psihogeniile, în primul rând): nevroze, psihoze reactive;
- 2) Bolile psihosomatice: ulcerul gastro-duodenal, rectocolita ulcerohemoragică, hipertensiunea arterială, boala ischemică a inimii (în special), astmul bronșic, unele dermatoze alergice etc.;
- 3) Suferințe somatice cu larg ecou asupra psihicului bolnavului, fie prin intensitatea lor, fie prin labilitatea psihicului acestuia (de exemplu, unele afecțiuni dermatologice, unele nevralgii rebele etc.);
- 4) Boli de lungă durată cu evoluție cronică invalidantă sau, pur și simplu, generatoare ale unor consecințe negative de ordin familial, social, profesional etc.;
- 5) Boli incurabile cu prognostic fatal;
- 6) Boli iatrogene;
- 7) Boli rezolvabile chirurgical (aici un capitol special l-ar constitui psihoterapia celor ce urmează să fie sau au fost supuși unor intervenții chirurgicale).

O indicație maximă o au bolile de gravitate minimă supradimensionată de către bolnavi dar și acelea cu potențial evolutiv sever (surprinse la debutul lor oligosimptomatic).

De fapt, aceste caracteristici mai sus înfățișate nu arată decât posibilitățile, adesea foarte mari, pe care le are psihoterapia în ameliorarea sau vindecarea unora din bolile respective fiindcă, în fond, ea trebuie instituită - indiferent de ponderea pe care o ocupă față de medicație - în orice stare patologică, ca reprezentând o posibilitate eficientă de a oferi un reechilibrant afectiv și moral personalității bolnavului, bulversate de către boală.

C. Clasificarea formelor de psihoterapie

Diferențierea tehnicilor psihoterapice - în strânsă dependență cu implicarea a nenumărate verigi patogenice de natură psihică în determinismul bolii sau, ca încercare de remediu a unor simptome psihice, fie ele primare, fie în cadrul unor boli somatice - a necesitat nuanțarea interrelației bolnav-terapeut în funcție de cadrul, caracteristicile și scopurile exprese ale metodelor psihoterapeutice.

Pentru o conturare cât mai adecvată a cadrului de aplicație a P.T.I.S., va trebui să o situăm într-una din clasificările formelor de psihoterapie.

Deși actualmente este larg utilizată clasificarea făcută de Delay și Pichot (în PT dialectice, catarctice și bazate pe sugestie), ne-am oprit asupra aceleia efectuate de DESHAIES care distinge două mari grupe:

1) Psihoterapii individuale

- de susținere (suportivă)
- hipnoide: hipnoza, narcoanaliza, efectul sugestiv medicamentos și psihoterapiile de relaxare cu variantele: Schultz, Jacobson, Kretschmer, Aiginger
- existențiale
- analitice: freudiană, adleriană, a lui Jung
- non-directivă a lui Carl Rogers.

2) Psihoterapiile de grup

- tip Slavson (copii și adolescenți)
- psihanaliza colectivă
- psihodrama
- psihoterapia instituțională (ergoterapia, terapia recreațională, forme intermediare).

În cadrul psihoterapiei individuale se stabilesc relații duale și analiza acestora va menționa aceeași orientare, privind cei doi poli ai relației.

În ultimii ani amploarea utilizării diverselor forme și tipuri de psihoterapie, ca și complexitatea unor metode moderne (de exemplu biofeedback de relaxare facială în psihoterapia bolnavilor astmatici), au impus noi clasificări dintre care exemplificăm cu delimitarea radicală a formelor de PT efectuată de G. Ionescu (1990): PT orientate emoțional (afectiv) și intelectual (cognitiv) și cu cea efectuată de către Korasu și Bellak în 1980: PT dinamice, comportamentale și experiențiale.

IV. FORME DE PSIHOTERAPIE SUPORTIVĂ

A. Caracteristici de bază ale psihoterapiei suportive

Recunoscând necesitatea obiectivă și subiectivă a psihoterapiei (PT) vom căuta în acest capitol să analizăm elementele de deformare a psihoterapiei de susținere (P.T.S.) nu înainte de a contura noțiuni de bază ce se cer vehiculate de-a lungul expunerii, întrucât există numeroase accepții date în literatură acestor termeni.

Pornind de la cele afirmate de Alexander și Freuch că atunci "când cineva se străduiește să încurajeze un amic descurajat, să calmeze un copil în panică, să ajute altcuiva să depășească o experiență neplăcută, practică într-un sens P.T., prin aceea că el încearcă prin mijloace psihologice să restaureze echilibrul emoțional perturbat la un alt individ" - putem să constatăm, așa cum o fac Bequart și Muldworf, că "în cursul acestui schimb intersubiectiv, afectivitatea subiectului se găsește pusă în mișcare, situația psihoterapeutică fiind un mediu de cultură pentru reacțiile afective și emoționale ale subiectului".

Finalitatea acestei PT o constituie - după afirmația lui Wolberg - o întărire a mecanismelor de apărare existente, refacerea mecanismelor adaptative "tulburate de boală".

Psihoterapia individuală de susținere sau psihoterapia suportivă (PTS) constituie o psihoterapie de suprafață, "invigorativă" (de "îmbărbătare") aplicată de către un terapeut ce trebuie să manifeste o fixație afectivă față de bolnav, caracterizată de Deshaies în expresia: "o ureche mare, atentă și răbdătoare și o limbă scurtă, prudentă".

Bolnavul știe că va fi suportat de medic, nu judecat sau condamnat, așa încât are loc o descărcare emoțională (un catharsis) concomitent cu o cerere imperioasă de liniștire și siguranță.

Deci, în mare, psihoterapia suportivă (PTS) constă într-o perpetuă încurajare a bolnavului, în paralel cu favorizarea unei descărcări emoționale a acestuia, capabilă să-i procure o diminuare a anxietății și urmărind asigurarea tuturor condițiilor pentru instituirea unui tratament eficient. Ea tinde în același timp și la o reechilibrare a personalității bolnavului și constituie astfel un factor adjuvant - uneori cu rol hotărâtor - în vindecare. Rodin (cit. de Ionescu - 1990) consideră că PTS contribuie la reducerea trăirii de către bolnav a stării de boală și a conduitelor sale maladaptative.

↗ Mijloacele prin care se realizează aceste obiective sunt, de fapt, forme ale P.T.S. în clasificarea făcută de către Hinsie și Campbell și anume: îndrumarea (guidance), persuasiunea (introdusă de Diethelm), încurajarea (reassurance), catharsis-ul, presiunea și coerciția, desensibilizarea (desensitization), exteriorizarea intereselor și manipulara mediului.

Conform psihanalizatorilor, această psihoterapie ar avea rolul de a furniza bolnavului (din partea medicului) satisfacții narciste într-o serie de împrejurări dificile ca: reacții catastrofice ale nevrozelor, crizele de adolescență sau de meno-andropauză, ca și în situațiile de panică și disperare ce acompaniază bolile mai grave.

Pentru bolnavul cronic această legătură stabilă cu medicul contribuie la o mai mare siguranță în momentul crizelor și la menținerea aplicării tratamentului medicamentos.

Câmpul de aplicație al acestei metode este constituit nu numai de stările, frecvent întâlnite, de stres cronic sau acut (neancorate încă în patologie), ci și de absolut toate afecțiunile patologice, în toate aceste cazuri metoda acționează ca o "psihoterapie prin legătură" (simpla prezență a medicului și redactarea rețetei acționează în sensul sporirii securității bolnavului), oferind posibilitatea celui bolnav de a-și exprima suferința sa și de a avea cel puțin impresia că este înțeles de medic.

↗ Limitele dintre PTS și unele forme de psihoterapie (de exemplu PT sugestive) sunt destul de greu de trasat, deoarece PTS include și multe elemente ținând de sugestibilitatea crescută a bolnavului, dar demarcația netă o face criteriul gradului de conștiință a bolnavului, caracterizată în PTS ca fiind la nivel maximal.

Din activitatea noastră practică am putut constata faptul că aproape de ficcare dată a fost necesară lărgirea limitelor psihoterapiei suportive, apelând la elemente care în clasificarea lui Deshaies țin de domeniile psihoterapiilor hipnoide, dar care - în ciuda apartenenței lor, mai mult de ordin didactic - pot fi incluse și în cadrul PTS. În plus, deși este considerată ca o terapie care lasă în umbră problemele etiologice bolii și ale personalității bolnavului (Ionescu - 1990) considerăm că PTS poate fi extinsă prin explicarea cauzelor și mecanismelor bolii respective ca și printr-o evaluare globală - de către medic - a tipului de personalitate a pacientului.

Este vorba de efectul sugestiv medicamentos (placebo), efect pe care majoritatea medicilor îl folosesc atunci când încearcă să inducă bolnavului o stare de încredere totală în reușita atribuibilă unei puteri obiective pe care o posedă medicamentul. La baza efectului stă un fenomen de transfer, și anume medicul este proiectat de către bolnav în medicament.

În cercetări medii, efectul placebo s-a arătat a fi mai pronunțat în funcție de natura bolii (în nevrozele anxioase mai mult decât în cele obsesivo-fobice) și în funcție de

simptom (o cefalee simplă este mai ușor influențată decât o migrenă). De asemenea personalitatea bolnavului, cât și calea de administrare (în special injecțiile) sporesc acest efect.

Referitor la potențarea prin PTS a efectului medicamentos se cuvine reliefaarea valorii unei asocieri posibile între terapia medicamentoasă și „terapia prin cuvânt”.

B. Caracteristicile relației interpersonale medic-bolnav și rolul lor în instituirea psihoterapiei suportive

Relația interpersonală medic-bolnav constituie un suport al psihoterapiei individuale de susținere.

Având la bază existența unui apel la ajutor efectuat de către bolnav (sub formele anterior arătate) precum și disponibilitatea terapeutului de a utiliza propriul său psihic, ca și psihicul bolnavului, ca mijloace terapeutice - psihoterapia suportivă presupune o varietate de trăsături ale relațiilor interpersonale între medic și bolnav, dar și existența unor puncte comune oricărui proces psihoterapic.

Aplicarea PTS constituie o obligație morală pentru orice medic, deoarece, indiferent dacă el are sau nu în vedere acest fapt - în virtutea relației terapeutice stabilită automat între el și pacient - acesta din urmă va recepționa în favoarea sau în defavoarea sănătății sale orice variație atitudinală a terapeutului.

În această perspectivă deontologică studiul relației interpersonale medic-bolnav poate furniza date psihologice interesante, ce pot fi valorificate la maxim prin îmbinarea lor cu datele tehnice medicale, mereu în reînnoire. Autorul francez M. DESHAIES stabilește următoarele caracteristici ale relației psihoterapice:

1. PSIHOTERAPIA ESTE O TERAPEUTICĂ RELAȚIONALĂ

Aceste relații instituite în cadrul terapiei corespund unor condiții speciale (bolnavul în fața terapeutului, la care face apel) și unui scop definit: ameliorarea sau vindecarea bolii.

2. RELAȚIA ESTE PREPONDERENT DE NATURĂ VERBALĂ ("TERAPIA PRIN CUVÂNT")

Așa se întâmplă în majoritatea bolilor psihice și în absolut toate bolile somatice.

Totuși, pot exista și alte forme ale relației exprimând un conținut sau o expresie non verbală (fizionomie, gestică) sau picturală.

3. COEXISTENȚA TERAPEUTICĂ

În unele cazuri (în special în psihoterapia bolilor psihice) are loc trăirea împreună a unei anumite experiențe sau situații a bolnavului de către medic sau chiar de către ceilalți bolnavi (în psihoterapia de grup).

4. STRUCTURA RELAȚIILOR PSIHOTERAPICE

Cea mai răspândită este relația duală: medic-bolnav.

Relațiile plurale pot avea loc în cadrul psihoterapiei de grup între medic și fiecare bolnav și - în același timp - între diferiții bolnavi (această din urmă situație este facultativă).

5. STAREA DE DEPENDENȚĂ A BOLNAVULUI

În afară de cazul patent al pierderii a înseși autonomiei persoanei, cum este cazul în psihoterapia prin hipnoză, toate celelalte tehnici psihoterapice se caracterizează totuși printr-o dependență mai mult sau mai puțin marcată a subiectului față de terapeut atât ca individ, cât și față de însăși situația relațională.

S-a arătat, cu ocazia studierii particularităților personalității omului bolnav, care sunt cauzele (de ordin afectiv în primul rând) care duc la această dependență a bolnavului și la comportamentul regresiv, cu pronunțată tentă infantilă ce constituie corolarul unui șir de "mutații" produse în interiorul personalității de către procesul morbid.

Tot așa cum față de anturaj bolnavul manifestă o ambivalență afectivă - la fel și față de terapeut, mai ales în cazul bolilor psihice sau al psihoterapiei analitice, această dependență poate să genereze o reacție de respingere sau agresivitate, de cele mai multe ori menținută în stare latentă.

6. RELAȚIA PSIHOTERAPICĂ - MIJLOC DE REECHILIBRARE A PERSONALITĂȚII BOLNAVULUI

Acest paragraf tinde să sintetizeze trăsăturile mai sus enunțate, pornind de la faptul că în psihoterapie efortul terapeutului este acela de a centra asupra bolnavului acțiunile sale țintind reechilibrarea personalității acestuia, acțiuni ce se exercită asupra unor structuri modificate de tipul:

- structurilor rigide sau automate;
- dezechilibrelor interne;
- dezadaptărilor în raport cu mediul.

Relația interpersonală în cadrul psihoterapiei, stabilind o poziție mai mult sau mai puțin fixă și cu un rol bine desemnat a fiecăruia dintre cei doi poli ai săi, obligă pe bolnav să reflecteze mai mult asupra lui însuși (fapt nerealizat în mod obișnuit, din lipsă de timp sau datorită comodității).

În acest context "faptul de a avea nevoie de un altul" revine în fond la un fel de "homeoterapie simbolică - ca formă de "tratament a omului prin om" - conchide M. Deshaies care sintetizează rolul acestei relații ca fiind "un fel de exercițiu de a învăța despre sine însuși".

În ultimele două decenii se pune un accent tot mai apăsător pe tentativele de modificare (transformare în tip B) a tipului psihocomportamental A, acest din urmă tip având un mare risc de recidivă sau complicații severe la bolnavii care au suferit un infarct miocardic recent. Dificultatea inducerii unor transformări ale stilului de viață nu poate fi depășită decât cu ajutorul "startului", deja luat de către bolnav, în cursul primelor săptămâni de internare, prin utilizarea unei PTS eficiente.

V. UNELE PROBLEME DE ORDIN PRACTIC PRIVIND INSTITUIREA ȘI CONȚINUTUL PTS

A. Premise de ordin psihologic ale participării medicului la actul psihoterapeutic

După cum am văzut, premisele instituirii relației psihoterapice sunt constituite, pe de o parte, de modificările ivite în sfera sănătății și personalității bolnavului - cărora societatea le face față prin instituționalizarea unui ajutor întruchipat în medic - iar, pe de altă parte, de către însuși procesul terapeutic necesitând "per se" o interrelație personală. De-a lungul practicii medicale au fost acumulate argumente pledând în favoarea extinderii acelei simple "luări de contact" inițiale, spre a se ajunge astăzi la un ansamblu de tehnici destul de complicate, pe care unii le numesc totuși "artă" dar care, în ultimă instanță, completează sau chiar înlocuiesc tratamentul medicamentos.

Toate aceste trăsături ale personalității bolnavului, ca și calitățile ce se cer medicului chemat să-i trateze boala, au fost analizate în paragrafele precedente.

La fel au fost arătate circumstanțele în care instituirea psihoterapiei devine un deziderat major.

B. Aspecte de ordin practic ale PTS

Caracteristicile personalității celor doi poli ai relației PTS desprinse din literatură ca și din experiența personală de aplicare sistematică a psihoterapiei suportive în soluționarea problemelor de asistență medicală curentă, au conturat obiective și, în același timp, mijloace de rezolvare privind abordarea relației psihoterapice.

Vom căuta să facem o enumerare, ce este departe de a epuiza mulțimea de posibilități, dar care poate totuși constitui o imagine orientativă pentru practica medicală sau psihologică în domeniul vast al psihoterapiei.

1. NECESITATEA EXISTENȚEI UNEI DISPONIBILITĂȚI DIN PARTEA MEDICULUI

Întruchipată într-o ușurință sau capacitate sporită de înțelegere a suferințelor bolnavului, ca și de a simpatiza cu acesta (cuvântul fiind întrebunțat în ambele sensuri: cel obișnuit, ca și sensul de "a simți ca și celălalt"), această capacitate este denumită și alteregocentrică (C. Rogers).

Această caracteristică esențială a terapeutului se bazează pe înclinații naturale, dar ea poate fi indusă voluntar, în mare măsură.

2. ATITUDINEA DE NEUTRALITATE AFECTIVĂ

A fost expusă la "trăsăturile medicului ca rol social", redate din Parsons dar aici aș adăuga că menținerea ei rigidă - chiar dacă se conservă libertatea de acțiune a medicului, inclusiv autoritatea sa - primejduiește reușita tratamentului, atât în cazul bolilor psihosomatice cât și al unor nevroze (de exemplu, depresiile etc.).

3. STAREA DE RECEPTIVITATE ACTIVĂ A TERAPEUTULUI

Atitudinea considerată - tradițional - ca pasivă a terapeutului trebuie să cedeze locul unei atitudini active, chiar dacă, aparent - în virtutea unor reguli ale tehnicii psihoterapice respective nu se manifestă în fața bolnavului.

Referitor la cadrul PTS, Deshaies consideră că este mai degrabă potrivit să vorbim despre o atitudine intervenționistă sub formă de argumentație rațională.

4. NUANȚAREA STĂRII DE DEPENDENȚĂ A BOLNAVULUI

Terapeutul este de multe ori pus în situația de a oscila între autoritate și indulgență față de bolnav.

Dacă este mereu ca o "doică", el riscă să-l mențină pe bolnav în stare de boală și în perspectiva comportamentului regresiv implicat de boală.

Dacă bolnavul este incapabil să-și preia responsabilitatea bolii sale, medicul va fi obligat să-l mențină în această stare de dependență.

Greșelile de "tact" și pierderea autorității medicului pot duce la o deplasare a dependenței bolnavului către drog (de exemplu, la astmatic, "mère cortison" - Kourilsky).

5. "VIGILENȚĂ" LA BOLILE CU FUNCȚIE DE EVAZIUNE

Durkheim arată că boala este un mijloc eficace și comun multor indivizi (în special cu personalitate pitiatică sau astenică) de a scăpa de dificultăți (a nu se confunda cu simularea conștientă!).

Stoetzel caracterizează bolile cu funcție de evaziune astfel:

- simptomele morbide sunt exagerate iar efectele tratamentului sunt minimalizate;
- dispoziția bolnavului este deprimată, pesimistă;
- simptomele sunt adesea schimbătoare.

Personal, am întâlnit această tipologie simptomatică în unele boli, într-adevăr demonstrabile dar a căror vindecare sau ameliorare întârzie să se producă, în ciuda unui tratament intens. Așa sunt, de exemplu, unele cazuri ale angor pectoris intricat, ulcere vechi duodenale, poliartroze activate etc., la care - aplicând psihoterapia individuală de susținere asociată la tratamentul specific acestor boli și unui tranchilizant minor - am obținut remisuni durabile.

Rolul psihoterapeutului în aceste cazuri este acela de a căuta, în spatele acuzelor somatice rebele, acele elemente psihogene cu rol de "spină iritativă" și să încerce să le înlăture prin persuasiune sau chiar folosind terapii analitice (în special în bolile psihosomatice).

6. EFECTUL PLACEBO ȘI INTEGRAREA LUI ÎN CADRUL PSIHOTERAPIEI

Este cunoscut faptul că sugestibilitatea crescută a bolnavilor, în general, îi face pe aceștia să descrie o ameliorare marcată a simptomatologiei morbide atunci când li se administrează presupuse medicamente care - în realitate - conțin substanțe inactive din punct de vedere farmacologic (dar cu aparența de medicament).

Acest efect poate fi utilizat de psihoterapeut atunci când recomandă călduros un

medicament, cu reale calități în combaterea bolii respective, dar al cărui rezultat va fi net augmentat în cazul în care pacientul este convins că are de-a face cu un veritabil remediu, verificat în proporții impresionante în practică.

Deontologia medicală nu condamnă astfel de practici atunci când ele sunt orientate în interesul bolnavului și conduc la o veritabilă ameliorare a stării sale psihice și - uneori - chiar a bolii de bază. Uneori - în scopul reducerii dependenței de un medicament nociv - se utilizează totuși preparate Placebo, susținute de un bogat arsenal psihoterapeutic.

7. REVERSUL PSIHOTERAPIEI - BOALA IATROGENĂ

Adeseori medicul neexperimentat comite o greșeală cu consecințe uneori extrem de neplăcute, în special pentru bolnav.

Astfel, de exemplu, încercând să convingă pe bolnav că boala de care suferă acesta nu este gravă decât prin complicațiile pe care aceasta le poate avea și - răspunzând dorinței bolnavului - îi descrie simptomatologia unor astfel de complicații, de foarte multe ori se poate întâmpla ca bolnavul respectiv să trăiască cu obsesia acestor complicații și să apeleze de nenumărate ori la medic, interpretând fals simptome banale (exemple prezentate la începutul manualului).

În apariția bolii iatrogene, deși etimologia rezervă medicului rolul exclusiv, participă, adesea, și bolnavul într-o măsură importantă. "Autodocumentarea" superficială a bolnavului, lipsită de suportul unei adevărate pregătiri de specialitate, ca și relațiile despre suferințele altor bolnavi cunoscuți, cu care acesta vine în contact, impun medicului psihoterapeut o mare prudență în folosirea diferiților termeni medicali în fața bolnavului. În plus, automedicația crează un risc crescut pentru efectele secundare, uneori severe, ale unor medicamente (chiar uzuale!).

În psihoterapia bolilor psihice, în special a nevrozelor, o atitudine de minimalizare excesivă a bolii, ca și o exagerată autoritate, neglijând personalitatea bolnavului, pot produce agravări ale bolii.

8. EXTINDEREA PSIHOTERAPIEI LA ANTURAJUL BOLNAVULUI

Relația interpersonală medic-bolnav poate fi extinsă și la anturaj - de obicei părinții sau celălalt membru al cuplului conjugal (Reimbault) - atunci când etiologia afecțiunii este psihogenă, legată de atitudini greșite ale anturajului față de bolnav.

La copiii astmatici cu mame hiperprotectoare sau - din contră - rigide, somatizarea micilor bolnavi, cuplată cu efectele curei de altitudine, realizează o ameliorare spectaculoasă de care nu este străin efectul psihologic al "parentectomiei" (denumire dată de Peshkin acestei "ruperi de părinți").

În perioada ce precede reîntoarcerea copilului în familie, este de maximă importanță educarea părinților în spiritul unei atitudini emoționale dar și raționale față de copilul astmatic.

În aceste cazuri este vorba de fapt de tulburări de personalitate ale acestor "bolnavi de gradul I", care au propagat "în lanț", la ceilalți membri ai familiei dezordinile din structura personalității.

9. COMBINAREA PSIHOTERAPIEI CU MEDICAȚIA ANXIOLITICĂ

Mulți autori practică astăzi o psihoterapie conjugată cu medicația, menită să scadă anxietatea crescută a bolnavului, anxietate care face ca abordarea relației psihoterapice să fie foarte dificilă, colaborarea bolnavului fiind formală sau chiar refuzată de către acesta.

O dată scăzut nivelul anxietății se poate institui și relația interpersonală psihoterapeutică (Boucaud).

10. PSIHOTERAPEUTUL - EDUCATOR ȘI PEDAGOG

De obicei, în cazul bolilor somatice psihoterapia tinde să realizeze "o reglare a unei personalități nu prea intens bolnave, în sensul facilitării unei alegeri sau al clarificării unei situații (Deshaies), terapeutului revenindu-i rolul de "a da un ajutor" sau "un sfat psihologic".

Această perspectivă psihagogică angajează terapeutul pe calea formării unei solide culturi generale, bazată nu numai pe ceea ce, clasic, se înțelege prin această noțiune, ci și pe cunoașterea specificului unor profesii cel mai frecvent întâlnite și - desigur - pe studiul psihologiei.

Aplicarea acestor cunoștințe este foarte necesară în abordarea relației psihoterapice, deoarece facilitează captarea încrederii bolnavului, cheazășie certă a eficacității psihoterapiei.

* *
*

După această sumară trecere în revistă a unor date existente în literatură, ca și a unora provenite din practica medicală (medicină generală și internă) despre bazele psihologice ale psihoterapiei în general și unele modalități de aplicare a psihoterapiei individuale de susținere, vom încerca - în chip de concluzie - să insistăm asupra faptului că baza oricărei psihoterapii o constituie înțelegerea problematicii de ordin psihologic a bolnavilor, iar modul de instituire a psihoterapiei individuale de susținere este în bună măsură determinat de un context de factori, între care - pe lângă cei dependenți de personalitatea bolnavului și a medicului curant - un rol important îl joacă și factorii situaționali.

Important este ca orice medic să fie înarmat cu un minim de cunoștințe psihologice și totodată să caute să-și stabilească, în funcție de "ecuația sa personală", un mod propriu cât mai eficient de abordare a bolnavului, în vederea aplicării unei psihoterapii care să țintească cel puțin o reechilibrare a personalității bolnavului, dacă nu chiar un rol de prim ajutor în procesul de vindecare.

C. Modelul izomorf "immunological-like" al lui B. Luban-Plozza de inducție psihoterapeutică la pacient a "anticorpilor" dotați cu proprietăți sanogenetice

În viziunea sa lucrare "Wege zur Monte Verita" (din aprilie 1994), B. Luban-Plozza pornește de la un nou concept, ce trebuie să devină un atribut al medicului: "Cultivarea (promovarea) stării de sănătate", opus aceluia de "reparare (refacere) - cel mai adesea in-

completă - a stării de sănătate", concept devenit desuet, deși el rămâne încă o dominantă a prezentului în dinamica actului medical.

Pe lângă atributele educaționale sanitare propriu-zise (limitarea factorilor de risc sau anularea lor totală), această veritabilă strategie reprezintă "o medicină a problemelor sociale, nu a individului" (ibidem).

Autorul subliniază că medicina actuală, cantonată pe problemele asistenței medicale primare, curative, trebuie să cedeze locul unei medicini care să tindă spre o provocare "agresivă" a unei "sănătăți cronice" a indivizilor colectivității.

Considerând acțiunea stresului psihic drept cauză fundametală a patologiei contemporane (inclusiv cea legată de locul de muncă) și având în vedere, probabil, și stresul generat de apariția bolii (nota noastră), Luban-Plozza vehiculază un limbaj imunologic vorbind despre "anticorpi ai sănătății", "antigenul" fiind reprezentat de către medic (parafrazându-se formula deja notorie a lui Balint, "doctorul ca medicament").

Se ajunge la o formulare analoagă celei a reacției antigen-anticorp, explicată de Luban-Plozza astfel: medicul este antigenul care trebuie să inducă la bolnav (prin atitudinea și informațiile sale n.n.), anticorpi "psihoigienici" (conduite antistres și principii de păstrare a sănătății - n.n.) care să determine - la repetatele reîntâlniri cu medicul" -(o reacție de "provocare a sănătății", adică o "voință din partea bolnavului de a poseda o sănătate durabilă (Gesundheitwillen) sau, mai plastic spus, o "sănătate cronică".

Această concepție dobândește o valoare deosebită într-o epocă în care, în ciuda nivelului de civilizație atins, costurile sănătății constituie adesea probleme greu de soluționat în raport cu ceea ce s-ar putea obține, printr-o exploatare benefică pentru individ - de către medic - a ceea ce Prof. Martinelli a denumit "resursele gratuite ale bolnavului", vizând prin această expresie economistă, de fapt, disponibilitățile reale și încă incomplet utilizate ale bolnavului pentru psihoterapie.

Capitolul 12

ELEMENTE SUGESTIVE ÎN PSIHOTERAPIA SUPTIVĂ APLICATĂ ÎN REȚEAUA DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ NEPSIHICĂ, PREDOMINANT DE MEDICINĂ GENERALĂ

I. INTRODUCERE

Asistăm în ultimele decenii la o ripostă din ce în ce mai energetică pe care latura umanistă "sine qua non" a practicii medicale o dă acelei tehnicizări excesive a mijloacelor de investigație și chiar de terapie, căutând astfel să combată fenomenul de alienare a bolnavului față de suportul reprezentat de relația cu medicul său curant.

Fenomenul ar putea fi privit și din unghiul terapeutului, care și-a ales profesia de medic în virtutea unor afinități adecvate nu numai pentru specificul științelor din programa facultății, ci și pentru un contact direct, nuanțat de infinite subtilități, cu omul bolnav, contact care îl deosebește fundamental de inginerul pus în fața unui motor stricat căruia trebuie să-i stabilească natura defectării și soluțiile tehnice de repunere în funcțiune.

Am putea reduce la una singură nenumăratele deosebiri dintre cele două tipuri de situații, una vizând repunerea omului bolnav în angrenajul social din care a fost smuls de boală și, cealaltă, reintrarea motorului vremelnic defectat în circuitul productiv și anume faptul că natura relației dintre medic și bolnav implică reciprocitate. Unul din aspectele esențiale ale acestei reciprocități prezintă o deosebită importanță pentru terapeut, fiind reprezentat de constatarea că însăși stabilirea unui contact adecvat cu omul bolnav servește în mod cert vindecării acestuia.

Încercând să analizăm conceptul de sugestie, ca noțiune de bază din care derivă "elementele sugestive" ce vor fi analizate în P.T.S., vom recurge aici la definiția dată de Hinsie și Campbeel, vizând aspectul procesual al termenului: "Procesul de influențare a unui individ, astfel încât el să prezinte o acceptare necritică a unei idei, convingeri (credințe) sau a altui proces cognitiv. Această acceptare este tipic exprimată ca o atitudine de credință și/sau o anume acțiune preparatoare pentru îndeplinirea ideii", ea având loc - și aici completăm definiția cu o caracteristică subliniată de Vladimir Gheorghiu - în prezența posibilității pentru subiect de a nu reacționa la stimulul sugestiv, adică alternativa reacției non-sugestibile".

În cadrul acestui capitol vom relua pe canavaua elementelor fundamentale constitutive ale procesului sugestiv - așa cum au fost ele delimitate de Ch. Baudouin - (stimulul sugestiv, sugestibilitate și reacția sugestivă), acele aspecte cu implicații directe în P.T.S.

recurgând la exemplificări axate pe afecțiunile din domeniul medicinei generale. Vom căuta, în același timp, să reliefăm posibilitățile care apar din abila manipulare de către terapeut a elementelor sugestive, de a se optimiza rezultatele acestei redutabile arme psihoterapice.

Elementele sugestive se nasc în cadrul relației interpersonale dintre medic și bolnav, relație duală ce statuează inerent postura de "sugestor" pentru medic și de "receptor" pentru bolnav, deși - ca în orice interacțiune - se poate ca și medicul să sufere o influență sugestivă din partea pacientului său, aspect pe care intenționăm a-l studia cu o altă ocazie.

Întrucât această relație interpersonală, decurgând din însăși practica medicală, constituie un context în care apar și se dezvoltă premisele și actele de înfăptuire ale P.T.S. precum și elementele sugestive care ne interesează - vom consacra un prim capitol analizei celor doi poli - medicul și bolnavul - ai acestei relații, văzuți în ipostaza în care au fost analizați de către psihosociologi, adică într-un context situațional de interacțiune.

II. CONTEXTUL SITUAȚIONAL ÎN CARE SE ÎNFĂPTUIEȘTE PROCESUL SUGESTIV

Trebuie din capul locului subliniat că boala, în afară de aspectele somatic și psihic-reprezentate de manifestările patologice ca atare - are un larg ecou în sfera afectivă a celui bolnav, în primul rând prin însăși trăirea suferinței fizice și, în al doilea rând, prin dezrădăcinarea individului dintr-un angrenaj social complex (familiar, profesional, social-politic etc.) în care poziția ocupată anterior bolii, indiferent de natura ei, îi confera respectivului individ o stabilitate emoțională multumitoare.

Boala, această nouă experiență de viață pe care o înregistrează individul - rupând echilibrul multiplei sale adaptări la mediul variat ce-l înconjoară - induce o serie de modificări la nivelul personalității bolnavului, de o reversibilitate mai mult sau mai puțin totală o dată cu vindecarea, dependentă - însă - și de natura afecțiunii.

Modificările acestea sunt, în esență, dictate de privațiunile impuse de suferința somatică și/sau psihică propriu-zisă, de restrângerea orizontului la preocupări centrate în primul rând pe boala respectivă și de către situația marginală (între lumea bolii, în care trăiește, și cea a sănătății la care aspiră în mod legitim), toate acestea conducând la o retracție a personalității, acompaniată de fenomene regresive în plan afectiv și comportamental și - ceea ce interesează în cazul de față - de o sugestibilitate extremă.

Aceste considerații introductive sunt menite să contureze cadrul psihologic de constituire a relației dintre sugestor (medicul) și receptor (bolnavul), relație oferind elemente de inserție psihoterapiei de susținere - cea mai simplă și uzuală formă de P.T. - să căutăm să întreprindem o analiză a acelor elemente sugestive conținute în stare latentă, ori făcute manifeste în cursul dialogului dintre medic și bolnav.

Referitor la aceste elemente sugestive, terapeutul nutrește intenția - de cele mai multe ori camuflată cu grijă - de a insinua în cadrul procesului cognitiv, ce trebuie acceptat necritic de către bolnav, ideea de ameliorare (până la dispariție) a simptomelor. Această idee trebuie să fie însoțită și de acea asigurare privind caracterul vremelnic al situației de bolnav și depășirea ei o dată cu vindecarea.

Acestea sunt în esență și obiectivele psihoterapiei, a căror realizare va influența din punct de vedere calitativ și al duratei de timp procesul de vindecare pe care, desigur, medicul caută să o realizeze în primul rând prin medicația etiologică, patogenică și simptomatică.

III. ANALIZA CELOR TREI ELEMENTE DE BAZĂ ALE PROCESULUI SUGESTIV ȘI IMPLICAȚIILE LOR ÎN P.T.S.

Dacă privim sugestia ca pe un proces va trebui să avem în vedere trei elemente fundamentale :

1. stimulul sugestiv, inițiator potențial al reacției sugestibile și reprezentat de ideea modificărilor fiziologice și psihologice chemate să se realizeze ("propusă spre acceptare");

2. sugestibilitatea - proprietate a receptorilor de a răspunde la stimulii sugestivi (deci un ansamblu de disponibilități ale subiectului capabile să pună comportamentul sugestiv "în mișcare") (Vl. Gheorghiu);

3. reacția sugestivă sau comportamentul sugestiv - induse de stimulul sugestiv și reprezentând de fapt, finalitatea procesului terapeutic realizat cu ajutorul unor elemente sugestive.

A. Stimulul sugestiv

Pentru analiza stimulului sugestiv în P.T.S. este bine să urmărim distinct cele 3 elemente ale sale: conținutul (mesajul), forma și modul de sugestie, așa cum sunt ele utilizate - mai mult sau mai puțin în cunoștință de cauză - de către terapeut.

1. CONȚINUTUL (MESAJUL) SUGESTIV

1.1. Nivelul de acțiune al stimulului sugestiv

În genere, pentru psihoterapeut, problema mesajului ce trebuie "strecurat" prin armura critică a bolnavului, adică "sugerat", este legată la modul direct de acuzele subiective ale acestuia, ca și de aura psihică mai mult sau mai puțin anxio-depresivă, referitoare la evoluția ulterioară a afecțiunii.

Conținutul sugestiv este transmis în condițiile în care vom reuși să "paralizăm simțul critic al bolnavului" (Binet).

Astfel, considerând mesajul sugestiv ca fiind o replică la ceea ce intuim în legătură cu psihismul subiectului (și aici începe diferențierea medicilor, ca terapeuți) el va căpăta conținuturi de același ordin cu senzațiile, ideile, sentimentele și atitudinile bolnavului.

La nivelul senzațiilor, atât de importante în patologia somatică și psihosomatică, desigur că durerea ca și diferitele impresii senzoriale, echivalente sau asociate (parestezii, arsuri, prurit etc.), pot să persiste multă vreme după dispariția substratului morfo-funcțional (ex. un prurit anal după tratarea cu succes a unei parazitoze) și impun o abilită intervenție de ordin sugestiv din partea medicului spre a grăbi dispariția acestor veritabile condiționări patologice. Mesajul ar putea fi aici vehiculat de întrebări "tendențioase" combinate cu argumentul decisiv - după cum urmează: "Nu-i așa că azi nu mai simți nimic? E și firesc, din moment ce analizele arată absența ouălelor de paraziți!"

Tot în acest mod putem acționa și asupra ideilor bolnavului, în special a acelor privind gravitatea și consecințele bolii, amenințătoare pentru viitorul bolnavului. Vom putea anihila efectul nefast al acestor temeri căutând să-i sugerăm bolnavului idei liniștitoare

(conținutul sugestiv), de o veridicitate altfel îndoielnică în ochii altui bolnav dar vom realiza acest conținut cu argumente raționale (alte componente ale stimulului sugestiv, ținând mai mult de formă și mai ales de modul de sugestie). Împreună cu prestigiul terapeutului aceste argumente vor conduce la acceptarea, în cele din urmă, a mesajului.

Un astfel de exemplu poate fi oferit de P.T.S. efectuată unui pacient în primele ore de la survenirea unui infarct miocardic, când trebuie să-i micșorăm tensiunea emoțională crescută de teama de a fi avut infarct. Prezentarea ferm-liniștitoare, chiar cu denaturări grosolane, a ECG, explicațiile date durerii precordiale (ex. criză de angină prelungită, hernie hiatală neobservată până atunci etc.), exemple referitoare la alți bolnavi vindecați în condiții asemănătoare, argumentând (fals, desigur) că o dată cu dispariția durerii (dată de fapt, de necrozarea terminațiilor senzitive din zona infarctului), criza de angină a trecut, dar că - pentru prevenirea unui infarct, posibil după o astfel de criză anginoasă violentă - este necesar să respecte cel puțin o zi repaus absolut etc. Toate aceste aplicații oferă un suport afectiv însemnat unui bolnav care, de multe ori, suferă infarctul în circumstanțe declanșatoare emoționale. Stresul inițial, amplificat de cel provocat de un accident coronarian atât de grav, poate încheia un cerc vicios cu efecte dezastruoase pentru soarta bolnavului.

Vedem cum, după afirmația lui Stukat, "în comportamentul actual de sugestie mecanismele raționale și iraționale sunt în mod obișnuit întrepătrunse într-o manieră adesea inextricabilă", fapt legat de modul de sugestie.

În fond, ideile se formează în mintea subiectului prin amestecarea argumentelor vorbite și prezentate persuasiv de către sugesor cu altele, având un conținut sugestiv, nevero-simil în alte condiții, dar liniștitor și credibil în situația respectivă. Aceste idei ale subiectului, care sunt congruente cu obiectivele terapeutului inițiază influențe sugestive în ultimă analiză.

Astfel, pentru a realiza obiectivul securizării bolnavului ("reassurance") în afecțiuni grave cu un prognostic rezervat, considerăm că ar fi necesară - pe lângă prestigiul medicului (în general), amplificat și de aureola unor succese terapeutice în cazuri similare - o prezentare persuasivă prin folosirea unor raționamente fără cusur dar de tipul sofismelor, adică pornind de la premise false, al căror adevăr să nu poată fi verificat de către bolnavi. Indiferent la ce concluzie diagnostică sau de alt ordin va ajunge medicul (pornind de la aceste premise voit false), această concluzie va purta girul autenticității prin verificarea de către pacientul inteligent a stringenței logicii folosite de către terapeut. În urma însușirii acestei idei - pe care bolnavul o acceptă mai ușor dacă este rațională - va exista concluzia că nu sunt motive reale de îngrijorare (mesajul sugestiv). Astfel, în ultimă instanță va fi ajutat și medicul în acțiunea lui de întărire a mecanismelor de apărare ale ego-ului subiectului și de evitare a supraadăugării la factori patogeni a unor mecanisme psihosomatice capabile să agraveze evoluția bolii.

Exemplificăm acest tip de limitare a bolnavului în cazul unei incertitudini asupra unui diagnostic foarte grav, la un bărbat de 50 de ani căruia - în prezența unui sindrom dispeptic polimorf - i se decelează o nișă în regiunea antrală a stomacului. Se pune problemă diagnosticul de ulcer, deși posibilitatea unui cancer exulcerat este mai mare în aceste circumstanțe (vârstă, localizare, simptome). Se așteaptă rezultatul probei terapeutice a lui Gutman. Bolnavul posedă un bagaj intelectual menit să-i permită să urmărească în linii mari explicațiile medicale și are, de asemenea, și unele cunoștințe generale în acest domeniu. În această situație teama lui cea mai mare este aceea de a nu avea cancer

gastric. În același timp se cunoaște că timpul de supraviețuire la bolnavii cu aceleași forme de cancer (și pe cât posibil de evaluat, cu aceleași particularități de vârstă, antecedente etc.) este dublu la aceia care ignoră diagnosticul față de cei ce l-au aflat (de exemplu, 1-2 ani față de - 1 an de la evidențierea tumorii). Medicul va căuta, deci, să-l convingă pe bolnav - argumente contra unor rațiuni greu de înlăturat - că nu este vorba de malignitate în cazul respectiv. Cum o va face? În spiritul celor afirmate mai sus, în funcție de particularitățile cazului, ar putea fi construit un silogism de tipul:

- premiza majoră falsă: "orice nișă radiologică arată existența unui ulcer" (nu se precizează că sunt două tipuri de ulcer - benign sau "boală ulceroasă" și malign, de fapt cancer gastric) în timp ce un neoplasm gastric este reprezentat prin alte imagini radiologice (lacună, "semiton", rigiditate segmentară etc.). Se poate chiar arăta bolnavului o altă radiografie de neoplasm gastric cu imagine lacunară în regiunea antro-pilorică sau o radiografie de ulcer gastric benign.

- termenul mediu (a doua premiză): "bolnavul are imaginea gastrică de nișă".

- concluzia: "deci bolnavul are ulcer gastric".

Dacă - după un tratament antiacid (de probă) nișa se micșorează și bolnavul nu are cancer, el a depășit - fără stres major - perioada de incertitudine diagnostică.

Dacă proba Gutman este edificantă pentru diagnosticul de neoplasm, conduita etică a medicului se conformează normelor, încă nestabilite definitiv, analizate la capitolul despre adevărul mărturisit cu duritate sau atenuat din bolile cu un prognostic infast.

1.2. Elementele componente ale stimulului sugestiv

Distingem în exemplul de mai sus câteva elemente ale stimulului sugestiv:

- mesajul - ideea că bolnavul nu are cancer (pledată și rațional, dar și strecurată prin armura critică a subiectului);

- forma predominant verbală, dar și multe elemente non-verbale (de exemplu, clișeele radiologice, "prestige suggestion" etc.);

- modalitățile polimorfe de sugestie: mulțimea de argumente, exemplificări (folosite ca vehicule ale mesajului sau mijloace de întărire ale stimulului) ori relațiile stimulului sugestiv cu contextul - reprezentat în acest caz de o relație duală între un medic, hotărât să imprime o linie benignă diagnosticului și un bolnav cu o sugestibilitate crescută, nu numai prin situația sa nespecifică de bolnav, ci și de primejdia ce se conturează la orizont de a fi suferind de o boală incurabilă.

Trebuie subliniat că în exemplul dat observația noastră se referă la bolnavul de cancer care ignoră adesea boala sa, în contrast cu cancerofobii care ajung rar să facă această boală ce-i obsedează. Există aici o variabilă ce ține tocmai de sugestibilitatea individului.

Încheind acest subcapitol consacrat conținutului (mesajului) stimulului sugestiv, trebuie accentuat faptul că înclinațiile latente, cât și unele opinii, atitudini ale bolnavului referitoare la simptome, ori la modul său de a privi boala - acceptate necritic, tot pe calea unor fenomene sugestive, dar având alt inițiator decât medicul - constituie elemente pe care se pot cupla ideile ce se vor transmite de către terapeut, după cum ele pot parazita mesajul sugestiv, contribuind la apariția "rezistenței sugestive". Un exemplu succint pentru această din urmă ipoteză l-ar putea servi cazul unui fost hepatic având ca sechelă o hiperbilirubinemie posthepatică (Fahr) și care prezintă un sindrom dispeptic precipitat și de factori psihici. Opinia, necritic acceptată de la alți "profani", că - după hepatita epidemică - persistența unor simptome reprezintă cronicizarea este cuplată și cu existența obiec-

tivă a unui subiect (cu bilirubinemia mai crescută) - concomitent cu acuzele digestive - ceea ce terorizează pe bolnav. Chiar și în fața unor probe de laborator atestând normalitatea celulei hepatice și lipsa manifestărilor autoimune, bolnavul respinge orice asigurări date de medic și rățește de la un specialist la altul, întreținând în același timp tulburările funcționale digestive. Aceste tulburări vor dispărea abia după ce - odată cu efectuarea unor analize de mare finete - i se explică bolnavului benignitatea, dar și potențarea psihogenă a tulburărilor sale, după care i se interzic cu fermitate orice alte investigații, paralel cu indicarea unor măsuri privind regimul de viață, dietă și, eventual, administrarea pentru scurt timp a unei medicații anxiolitice.

2. FORMELE DE SUGESTIE

2.1. Sugestia de prestigiu

Din cele discutate anterior s-a putut observa că, deși în P.T.S. predomină forma verbală a stimulului sugestiv, există implicate în procesul sugestiei și o serie de elemente "non-verbale", cum sunt gestica, mimica, atitudinile psihoterapeutului, stimulii direcți din mediu (în cazul bolnavilor internați, însăși ambianța cabinetului de consultare, ori a salonului de spital) și - extrem de importante - situațiile stimul.

Credem că la acest subcapitol al modului de sugestie și - potențial - și al formei non-verbale de sugestie am putea discuta complexul fenomen (care nu este străin de participarea elementelor verbale) de "prestige-suggestion". Unii autori ca Wollberg îl autonomizează, considerându-l ca o formă de PTS în care "terapeutul ocupă o poziție omnipotentă în ochii pacientului, fiind capabil din această cauză să dicteze dispariția simptomelor. Eficacitatea acestei acțiuni ar fi dependența de satisfacerea de către bolnav a nevoilor sale de securitate prin mecanisme arhaice de supunere și identificare cu o autoritate omnipotentă. Acestei autorități atotputernice a terapeutului pacientul îi oferă smerit simptomele sale, ca o parte a supunerii sale.

Indiferent de unele rezerve ce se pot formula față de explicația, cu tentă psihanalitică, dată dispariției bolii prin influența prestigiului terapeutului, credem (alături de Laffitte), că "primul element în situația psihoterapeutică este autoritatea, prestigiul medicului către care se adresează încrederea bolnavului. A calma suferința, a salva vieți sunt funcții sociale, care de-a lungul istoriei au fostacompaniate, mai mult sau mai puțin, de autoritate și prestigiu. Și, pe urmă, încrederea bolnavului merge către un personaj care - în majoritatea cazurilor - a făcut dovada puterii sale, care zilnic îngrijește și ades vindecă sau ameliorează boala" (Laffitte). Am adăuga și faptul că bolnavul are o receptivitate crescută față de o astfel de influență sugestivă prin însăși modificările induse de boală în sfera personalității sale și condensate într-o hipersugestibilitate depășind datele personalității sale anterioare bolii.

Nuanțarea autorității medicului față de bolnav (autoritate ce este totuși distinctă față de prestigiu) este o chestiune dependentă de personalitatea bolnavului, dar și de cea a medicului. Oricum, în bolile cu funcție de evaziune (de obicei sindroame polimorfe, de factură psihosomatică) ca și la pacienții cu personalități demonstrative, un plus de autoritate (fără a forța nota) poate avea efecte benefice.

Trebuie specificat că - deși "Prestige-Suggestion" tinde, aparent, să înglobeze din punct de vedere al elementelor sugestive întreaga P.T.S., în cadrul căruia medicul este în

postura de sugesor - această formă de sugestie nu epuizează totalitatea elementelor sugestive deoarece - alături de elementul "impalpabil" reprezentat de prestigiul medicului - mai există și cel verbal (persuasiunea), cel al dispozițiilor, ideilor preexistente ale bolnavului, proiecția medicului în medicament" (efectul placebo) și așa mai departe, toate cu implicații în autosugestibilitatea bolnavului. Totodată această erijare a terapeutului în "autoritate atotputernică" îl face pe H.Ey să considere (ca și Dubois și Dejerine) că persuasiunea sau P.T. rațională reprezintă o "varietate de metode sugestive". Acest fapt nu trebuie să mire întrucât argumentarea rațională în situația psihoterapeutică este acceptată în virtutea prestige-suggestion-ului, fără epuizarea de către subiect a întregului său potențial critic - discriminativ și deoarece, în fond, conținutul sugestiv referitor la asigurarea bolnavului este, numai rareori, în acord perfect cu realitatea clinică și prognostică.

2.2. Heterosugestie și autosugestie

Problema celeilalte dihotomizări a formelor de sugestie, în hetero- și autosugestie, merită a fi discutată în ceea ce privește unele trăsături ale autosugestiei și necesitatea stringentă pentru o bună P.T., de a împleti abil cele două forme. Dacă heterosugestia presupune existența sursei mesajului sugestiv în afara subiectului, autosugestia este o formă a sugestiei în care sursa ideii se găsește în interiorul individului și reprezintă un aliat de nădejde în mâinile unui psihoterapeut. Dacă unele dispoziții, reprezentări sau idei (inclusiv stimuli verbali în forma imaginată sau murmurată), pot să atingă o intensitate deosebită (și în acest sens pot fi educate, cum a făcut-o printre alții Coué) - ele vor induce efecte sugestive certe, exteriorizate prin modificări funcționale și chiar organice dintre cele mai variate. Poate fi citat un caz relatat de Vasilev despre un tânăr care, luând în mână o insectă dezgustătoare (urechelniță), o aruncă din mână, înainte ca aceasta să-l apuce cu "cleștele" de index și police, pe care, totuși, în momentul următor îi apar niște pete roșii (în absența altor acuze ca durere, înțepătură, arsură). Explicația plauzibilă, dată acestui fenomen, este de dilatare a vaselor sanguine cutanate determinată de reprezentarea, prin autosugestie, a închipuitei mușcăături ca și de spaima resimțită cu această ocazie.

Un alt exemplu, referitor la canalizarea autosugestiei într-un sens favorabil bolnavului este cel ale unui tânăr obez cu aerocolie intensă, acuzând de circa un an precordialgii (înțepături) și extrasistole post-prandiale apărute în poziții de decubit dorsal, acuze ce dispăreau la reluarea ortostatismului sau la mers. Bolnavul, având și un vecin ce suferea de angor pectoris, se considera la rândul său un coronarian patent, dar - după excluderea acestui diagnostic de către medicul său curant - a primit un tratament temporar cu Triferment, absorbante intestinale și tranchilizante. Dispărând aerocolia în timpul tratamentului, acuzele presupuse cardiace nu au mai apărut. Deși, ulterior, nu a mai luat timp de un an nici o medicație iar aerocolia s-a reinstalat (fapt constat de către medic cu ocazia unui nou control), pacientul nu a mai prezentat în decubit postprandial nici precordialgii și nici extrasistole, autosugestionându-se că apariția lor anterioară a fost legată de alți factori cauzali mult mai puțin gravi (împingerea în sus a diafragmului, bascularea inimii etc.).

Din aceste exemple putem deduce două direcții opuse pe care se poate canaliza autosugestia la bolnav. Una dintre consecințe este distructivă, ducând în cele din urmă la boala iatrogenă și având ca stimul sugestiv inițial un enunț lipsit de tact al medicului sau informațiile oferite de numeroase broșuri de educație sanitară - ce nu țin cont de acest revers al informării medicale a populației - precum și o serie de alte opinii preluate ne-

critic de la diverse persoane. Cealaltă consecință este constructivă prin aceea că se pot înșina o gamă întreagă de mesaje sugestive ale terapeutului, menite să se amplifice în această cutie de rezonanță reprezentată de autosugestibilitatea bolnavului.

Un lucru trebuie totuși subliniat referitor la formele de sugestie, anume acela că auto-și heterosugestia colaborează și că stimulul sugestiv se transmite în cele mai dese cazuri de P.T.S.

3. MODURILE DE SUGESTIE

În P.T.S. modul în care se transmite un conținut sugestiv presupune o serie de nuanțe a căror stăpânire depinde, în bună măsură, și de o serie de disponibilități existente la terapeut pentru sugestionarea pacienților săi.

3.1. Intenționalitate

O primă trăsătură a modului de sugestie, cu implicații dintre cele mai importante în natura reacției (efectelor) sugestive, este reprezentată de intenționalitatea sugerării unui anume mesaj, nefiind nevoie de a mai argumenta pentru ce, în fața unui subiect extrem de sugestiv prin însăși postura de bolnav, medicul trebuie să-și cenzureze o serie de elemente verbale sau atitudini capabile să sporească anxietatea pacientului, mesaje transmise fără intenție, și să caute în mod premeditat să-l facă pe acesta să accepte necritic încurajările capabile să dezvolte adevărate convingeri optimiste (mesaje sugestive transmise intenționat).

3.2. Camuflarea mesajului

O trăsătură importantă a modului de sugestie este aceea a aspectului (camuflat sau nu) în care este prezentat conținutul sugestiv de o anumită formă:

1. sugestie "acoperită" ("covert suggestion"), când pacientul nu este pus direct în fața mesajului.
2. sugestie deschisă („overt, discovert suggestion”), când confruntarea pacientului cu ideea ce trebuie acceptată are loc la modul direct, scontându-se pe o serie de factori favorizând slăbirea capacității sale critice sau discriminative.

Un exemplu la îndemână îl poate furniza un bolnav cu acuze dispeptice de tip biliar și foarte anxios la gândul că s-ar putea să aibă ciroză. De la primele acuze înșirate de bolnav și cu analizele în fața noastră arătând valori normale preluăm firul simptomelor, oprindu-l pe pacient, și i le completăm cu celelalte simptome încă neexpuse dar care fac parte sigur din tabloul clinic al unei - să zicem - diskinezii biliare. Bolnavul le confirmă, plăcut surprins, și astfel - fără a nega direct ceea ce se teme el că ar fi cauza simptomelor sale - i-am sugerat cu o deosebită forță, la modul "acoperit", că într-adevăr este vorba de o altă afecțiune, desigur benignă. Diagnosticul nostru, net diferit de cel de care se teme bolnavul, a fost întărit prin elementul sugestiv adiționat în momentul când am întrerupt anamneza bolnavului și i-am "ghicit" acestuia restul simptomelor.

Poate că printr-un examen complet, fără a-l întrerupe sau completa în momentul anamnezei, la comunicarea rezultatului bolnavul nu ar fi fost convins, având în vedere și ipoteza lui că medicul a decelat lucruri și mai grave pe care însă le camuflează printr-un diagnostic mai puțin îngrijorător, tocmai spre a-și menaja pacientul.

În același caz am putea transmite mesajul sugestiv (rezumat lapidar prin cuvintele "nu este boala gravă de care te temi") la modul deschis, exprimând la sfârșitul anamnezei, ca și la sfârșitul examenului fizic (deci la fiecare etapă diagnostică), îndoielile noastre ce apar "ab intio" prin analiza acuzelor subiective și a datelor examenului clinic. Efectul sugestiv, prezent în ambele ipostaze înfățișate, va diferi nu numai după maniera acoperită sau deschisă a sugestiei, ci și în funcție de numeroși alți factori, între care personalitatea bolnavului joacă un rol de seamă.

3.3. Vehicularea mesajului

A treia trăsătură este cea referitoare la caracterul direct sau indirect al transmiterii stimulului sugestiv considerăm că ar trebui să rezervăm termenul de "indirect" pentru medierea influenței sugestivului de către alte persoane. În cadrul P.T.S. cadrele medii bine instruite, studentul stagiar și chiar și ceilalți bolnavi din salon, judicios utilizați ca exemple sau rezonatori ai opiniilor medicului, pot juca acest rol de medieri ai influenței sugestive exercitate de către terapeut.

În afară de această modalitate acceptăm termenii de sugestie cu sau fără vehicul pe care Vl. Gheorghiu îi propune - pe bună dreptate pentru evitarea confuziilor ce se pot naște cu sugestia de tip acoperit sau descoperit.

Referitor la vehicularea conținutului sugestiv, trebuie să considerăm ca foarte importante în P.T.S.:

- în primul rând, medicul, prin funcția, autoritatea și prestigiul său
- cadrul instituțional al dialogului dintre medic și bolnav (cabinetul de consultație ori salonul de spital, laboratorul de analize, etc.) cu ritualurile și simbolurile lor pot servi ca instrumente sau ajutoare sugestive în măsură să medieze declanșarea unor reacții semnificative.
- persoanele despre care am vorbit (cadre medii, alți bolnavi) sunt de asemenea vehicule importante ale conținutului sugestiv (a se vedea și capitoul complianței terapeutice).

Este important de amintit rolul asistentei medicale, către care unii bolnavi, mai timizi sau cu un nivel cultural mai redus, i se adresează în lipsa medicului sau chiar evitându-l pe acesta.

- Instrumentele de diferite naturi, inclusiv analizele medicale, culminând cu aparatura medicală complexă de terapie intensivă.

Un singur exemplu sumar: cât de mult înșamnă pentru acceptarea explicațiilor date de către medic, o radiografie mânăuită în mod persuasiv în fața bolnavului.

- În sfârșit medicamentul, acest element rămas ca "ultim mohican" al miracolului ce însoțea din cele mai vechi timpuri aureola tămăduitorului. Astăzi convingerea în puterea de vindecare a medicamentului este cvasiunanimă și efectul placebo, care este întruchiparea "proiectării doctorului în medicament" (Pomerleau) nu face decât să ateste reacția sugestivă formidabilă, apărută independent de acțiunea farmacodinamică (inexistență de altfel la substanțele administrate în chip de placebo). Credem că orice medicație activă în bolile psihiatrice sau nepsihiatrice are un efect de bază specific medicamentului și un "halou" mai mult sau mai puțin întins de ameliorare subiectivă ce poate fi determinat pe

calea sugestiei tocmai prin acest efect Placebo. În această perspectivă putem să considerăm că o P.T.S. bine efectuată în afecțiunile din domeniul medicinei generale trebuie să aibă în vedere și aureolarea, nu lipsită totuși de tact, a medicației active cu seducătoare promisiuni de restabilire spre a se spori, astfel, efectul farmacodinamic cert al medicamentului cu unul - facultativ, dar, deseori, foarte util - de esență sugestivă.

- Calea de administrare a medicamentului este un vehicul important și e de ajuns să amintim afectul sugestiv de sedare a unui bolnav isteric - printr-o injecție i.v. cu ser fiziologic, etichetat ca bromură de calciu, care per os ar fi fost lipsit de eficiență.

3.4. Factori conjuncturali

În afară de vehiculul conținutului sugestiv am mai putea discuta, referitor la modul de sugestie, și o serie de alți factori cum ar fi bruschețea acțiunii stimulului sugestiv, întărirea lui în timp și spațiu, relaționarea lui cu un cadru de referință etc.

Încheind considerațiile privind stimulul sugestiv în P.T.S. putem sublinia ideea că el reprezintă, de fapt, un conglomerat de numeroși factori: acuratețea și consecvența unui mesaj sugestiv liniștitor, de factură optimistă, prezentarea lui într-o formă complexă, îmbinând folosirea unui limbaj capabil de o exprimare nuanțată, plastică, a unor argumente plauzibile cu o serie de atitudini și "efecte regizorale" din partea terapeutului vizând în același timp și captarea autosugestibilității ca element de susținere "la interior" a conținutului sugestiv; în sfârșit, adăugarea la acestea a prestigiului terapeutului și a unor vehicule pe măsura mesajului sugestiv, toate componentele stimulului sugestiv ținând, în fond, a propaga prin armura critică a pacientului ideile urmărite de terapeut spre a fi însușite de către un subiect a cărui personalitate necesită un reechilibrant intern cu efecte salutare asupra bolii.

B. Sugestibilitatea

Stimulul sugestiv, în orice grad ar întruni calitățile enumerate mai sus, nu poate declanșa reacția sugestivă în absența unei susceptibilități a subiectului față de mesajul transmis.

Deși se consideră că nu există o rezistență veritabilă la sugesție, trebuie să recunoaștem că efectuarea unei P.T.S. - chiar în condițiile prezenței la medic a unei mari bunăvoințe și a unor disponibilități native sau achiziționate pentru sugestionare - nu întâlnește decât rareori întrunite în totalitate condițiile exterioare (de context) capabile să conducă la influențarea sugestivă a oricărui subiect.

De aceea, acest al doilea element al procesului sugestiv, sugestibilitatea, reclamă o atenție deosebită în analiza tuturor acelor factori capabili să o sporească, în scopul instituirii unei P.T.S. eficiente.

Putem spune că definierea sugestibilității ca "predispoziția pentru a pune un comportament sugestiv în mișcare" (Vl. Gheorghiu), validează în cele din urmă calitatea de "sugestiv" a unui stimul sau situații - stimul, care, astfel, ar fi indiferente.

Personal, am căutat să sistematizăm mulțimea de factori ce intervin în edificarea sugestibilității, în două mari categorii: variabile situaționale (dependente mai puțin de bolnav) și variabile de personalitate (exclusiv aparținătoare bolnavului).

1. VARIABILELE SITUAȚIONALE

În cadrul P.T.S. elementele mai importante de ordin situațional, capabile să favorizeze influența sugestivă a pacientului, sunt următoarele:

1.1. Caracteristici ale sugestorului (cu referire specială la medic)

Au fost analizate în capitolul anterior, cu mențiunea că ele se pot insinua în interiorul personalității subiectului, sporindu-i sugestibilitatea, cu alte cuvinte scăzând pragul rezistenței la sugestie (noțiunea de prag al rezistenței la sugestie o propunem spre a putea face o evaluare cât mai fidelă a influenței diferiților factori asupra sugestibilității).

Întrucât multe atribute ale medicului constituie componente ale stimulului sugestiv cu rol adițional la mesajul sugestiv, vom căuta să arătăm în cele ce urmează câteva caracteristici ale medicului cu rol cert în modularea sugestibilității bolnavului.

Astfel Rickels și colab. au observat că răspunsurile placebo ale bolnavilor variază în funcție de o serie de trăsături de personalitate ale medicului (de ex. autoritarismul, precum și unele trăsături furnizând empatia - simpatizarea cu bolnavul, înțelegerea cu acesta - acordarea de mult timp îngrijirii lui), toate aceste calități, analizate separat pe diferite laturi de bolnavi), conduc la rezultate terapeutice foarte bune la cei ce primesc medicație activă. În schimb, extraversia medicului ar fi generatoare de răspunsuri placebo - negative.

Atitudinea pozitivă a terapeutului față de medicament se acompaniază de rezultate foarte bune în ceea ce privește ameliorarea stării bolnavului sub efectul medicației (exprimând, așa cum am mai spus, un efect sugestiv adiționat celui farmacodinamic - spre deosebire de bolnavii din lotul martor la care efectul placebo este scăzut (Kast).

De asemenea prognosticul bun formulat de către medic în fața pacientului a fost corelat cu rezultate pozitive atât la bolnavii din loturile care au primit medicamente, cât și în cele cu placebo, fapt ce întărește o opinie deja bine fixată în gânil medicilor practicieni (Uhlenhut).

1.2. Caracteristici de ordin situațional, ținând de relația terapeutică

1.2.1. Trăsături conjuncturale propriu-zise

a) Legate de tratarea bolii:

- mediul spitalicesc sau al cabinetelor de consultații - sporesc sugestibilitatea (Zubarenko);
- natura bolii (se știe că bolile cronice sau cele grave, prin starca de anxietate crescândă, coboară pragul rezistenței la sugestie);
- evenimente existențiale survenite concomitent cu boala, fie de rezonanță afectivă pozitivă, ori negativă, sporesc sugestibilitatea (P. Schneyder), ca și contactul cu ceilalți bolnavi (în salonul de spital sau în sala de așteptare);
- dependența subiectului (bolnavului) de sugestor (medic);
- informarea paramedicală a bolnavului (opinii, credințe etc.).

b) Trăsături ținând de modificările psihice ale bolnavului induse de boală:

- modificările nespecifice induse temporar în personalitatea bolnavului, reversibile acțiunea P.T.S. sau odată cu vindecarea bolii (au fost enumerate; reținem doar regresia afectiv-comportamentală, egocentrismul și accentuarea gradului de dependență, toate acestea sporind sugestibilitatea bolnavului);

- setul cognitiv, motivațional-afectiv și atitudinal indus de situația terapeutică, implicând o serie de trăsături descrise de "clasici" (Binet, P. Janet citați de G.M. Popescu): monoideismul (micșorarea câmpului conștiinței), scăderea funcțiilor psihice (depresia fiziologică produsă de oboseală, ori de căte boală), atenția expectantă față de terapeut, emotivitatea, tendința la supunere, tendința la imitație etc.

De asemenea, dorința bolnavului de a fi vindecat constituie o direcționare (înclinație) către stimul sau - după expresia lui Haebler (citată de Vl. Gheorghiu) - "motivul receptorului", fiind îndeobște cunoscut răspunsul prompt al bolnavului la sugestia medicului în virtutea faptului că cineva simte ceea ce el este înclinat să simtă, încât asigurările date de terapeut găsesc teren favorabil.

- concepțiile bolnavului referitoare la boală și la tratament (Rickels și Downing). Când bolnavul consideră că problemele lui somatice sunt consecința unor influențe psihogene (de ex. tahicardiile paroxistice la tineri), răspunsul placebo este foarte bun (deci sugestibilitate crescută).

La fel se întâmplă și când bolnavul nutrește o atitudine favorabilă față de medic și de tratament în general. O precizare: când bolnavul așteaptă foarte mult de la medicament se poate întâmpla ca rezultatul să fie invers celui scontat.

1.3. Variabilele demografice

1.3.1. Statutul social

Autorii care au studiat nivelul material, intelectual ca și profesiile bolnavilor (Jenner și colab., Rickels și colab.) au constatat că sugestibilitatea este mai ridicată cu cât statutul social al bolnavului este mai scăzut (corelație de tip invers între statut și efectul placebo), de unde și o concluzie de ordin practic privind relația medicului cu bolnavii cu statute sociale diferite. Astfel la cei cu statut social ridicat, cărora stimulul sugestiv trebuie să li se adreseze în forme și moduri complexe este necesară îmbinarea unei persuasiunii la un nivel înalt cu o regizare minuțioasă și abilă a unor factori conjuncturali meniți să crească sugestibilitatea bolnavilor.

1.3.2. Vârsta și sexul

Referitor la acești parametri, corelația pozitivă cu efectul placebo se realizează la extremele de vârstă (copii și bătrâni) ca și la sexul feminin unde, însă, diferența față de sexul masculin nu este atât de tranșantă (Uhlenhut).

1.3.3. Stabilitatea matrimonială

Reprezintă un factor demografic facultativ, urmărit de unii autori, nu a arătat diferențieri nete la subiecții cercetați.

2. VARIABILELE DE PERSONALITATE

Binet a descris primul două trăsături de personalitate fundamentale (tendința de supunere, tendința de imitație), dar în studii ulterioare Eysenck, Fourneaux, Stukat etc. au sta-

bilit alte caracteristici, ce alcătuiesc tabloul unui individ extrem de receptiv la influența sugestivă.

Aceste trăsături de personalitate ar fi:

1. dispoziția imaginației și scăderea simțului realității
2. participarea entuziastă, spontană la evenimente (senzualitate, predispoziție la acțiune)
3. creativitate (Vl. Gheorghiu)
4. franchețe, naturalețe, claritate
5. conformism și complezență
6. capacitate de a raționaliza actele comportamentale
7. nevoia de compensație (Stockmes și Pflanz).

La toate acestea se mai adaugă și verbalizarea intensă și facilă, studiată de alți autori (Rickels și Downing).

Cunoașterea datelor referitoare la personalitatea bolnavului sugestiv poate servi terapeutului spre a-și putea orienta eforturile de influențare sugestivă a pacienților prioritar pe direcția variabilelor situaționale, atunci când există subiecți cu trăsături de personalitate implicând un grad crescut de rezistență la sugesție.

C. Reacția sugestivă

1. EFECTELE SUGESTIVE - CLASIFICARE ȘI APLICAȚII

Manifestările influenței sugestive, foarte eterogene, trebuie considerate, după cum afirmă Vl. Gheorghiu, ca "sugestibilitate făcută concretă". Reacția sugestivă apare de regulă înainte ca ea să devină manifestă (aspect constatat și din studiul manifestărilor ideomotorii (Vasiliev) și, deoarece comportamentul sugestiv procedeează - după cum am văzut - nerațional "efectele sugestive vor fi mai mult sau mai puțin inconștiente din punct de vedere al subiectului, chiar dacă rezultatul poate deveni de la un capăt la altul conștient" (ibidem).

Dintre efectele sugestive, clasificate de Ch. Baudouin în: reprezentări, stări afective, acte (motorii simple sau comportamentale etc.) și modificări fiziologice - incluzându-se aici și vindecarea unor boli - ne interesează în P.T.S. în primul rând acele efecte - prezente în toate cele patru categorii enumerate - care furnizează realizarea obiectivelor psihoterapice.

Ceea ce interesează pe psihoterapeutul care utilizează elementele sugestive în terapia de susținere din medicina internă, este, în opinia noastră, direcționarea acestor efecte pe calea obiectivelor specifice profesiei medicale: ameliorarea sau vindecarea bolii (implicând în plan psihoterapeutic optimizarea gradului de cooperare cu bolnavul și - grație acesteia - utilizarea tuturor energiilor latente ale conservării de sine și ajustarea parametrilor personalității deviați de boală).

Acestor obiective specifice profesiei medicale li se poate adăuga un alt obiectiv, nespecific, comun și altor profesii: reinserția socială a individului, temporar scos din funcțiile sale sociale, familiale și profesionale.

2. IMPLICAREA EFECTELOR SUGESTIVE ÎN PSIHOTERAPIE

După V. Laffitte, am putea distinge pentru P.T. rațională 3 mari direcții de influențare persuasivă a bolnavului (implicând elementele sugestive supraadăugate):

- explicarea, pe cât posibil, a stării sale reale privind originea și mecanismele tulburărilor etc.;

- atenuarea factorilor psihici ce condiționează aceste tulburări.

- orientarea bolnavului spre decelarea factorilor psihogeni declanșanți și înarmarea lui cu mijloace de a le atenua acțiunea.

În toate aceste demersuri ale terapeutului elementele sugestive, născute în cadrul dialogului său cu bolnavul, acționează cu deosebită forță mai cu seamă dacă ele sunt mânuite de către un medic avizat.

În afară de forma rațională (persuasiunea), alte două forme ale P.T.S. beneficiază în mod deosebit de elementele sugestive.

"Desensibilizarea" (desensitisation), în cadrul căreia are loc ușurarea sau chiar înlăturarea unui complex mental legat de tulburări somatice, proces psihoterapeutic ce are loc concomitent cu tratarea simptomelor fizice. Astfel i se sugerează în permanență bolnavului să-și grăbească "ajustarea" stării sale psihice la nivelul progreselor realizate pe calea vindecării (Howard citat de Hinsie și Cambell).

Asigurarea (liniștirea) bolnavului, numită de autorii anglo-saxoni "reassurance", are loc printr-o transpunere a medicului în situația bolnavului, arătându-i-se acestuia că îi sunt înțelese simptomele sale somatice, ba chiar avansându-i-se amănunte suplimentare spre a se putea convinge pacientul de autenticitatea transpunerii. Faptul acesta este capabil să sugestioneze pe bolnav într-o asemenea măsură, încât și senzațiile pricinuite de începutul vindecării (existente obiectiv) pot fi mult amplificate - prin același tip de sugestie (de fapt, îmbinare de hetero- cu autosugestie) - făcând ca ritmul ameliorării să sporească considerabil, pe lângă beneficiul de ordin psihic pentru bolnav.

* *
*

La finele unor considerente născute din îmbinarea unor noțiuni despre procesul sugestiei cu nenumăratele aspecte ce reclamă folosirea lor "pe viu" în practica medicală nepsihiatrică - unde P.T. are un rol adjuvant - trebuie subliniat faptul că ecuația personală a medicului este hotărâtoare în manipularea elementelor sugestive. În același timp, însușirea unor date de ordin teoretic despre psihologia bolnavului, ca și despre mijloacele de sugestionare a acestuia, poate optimiza procesul de P.T.S. pe care orice medic are obligația - și de cele mai multe ori înclinația să o aplice în folosul restabilirii sănătății omului bolnav.

IV. PERSONALITATEA PSIHOTERAPEUTULUI

Deși se încearcă prin numeroasele manuale de psihoterapie o instruire cât mai uniformă a corpului medical angajat în acest domeniu terapeutic extrem de pretențios, este

un fapt incontestabil dependența rezultatelor de tipul de personalitate al terapeutului, cu mențiunea că - în raport cu abilitățile sale terapeutice - acest tip este perfectibil în limitele unor trăsături stabile de personalitate preexistente.

1. CALITĂȚI DOBÂNDITE DE MEDIC ÎN CURSUL APLICĂRII P.T.

1. Vianu (1975) analizând implicațiile exercitării "profesiei de psihoterapeut" - cu referire la medicii sau psihologii care s-au specializat în acest domeniu - ajunge la concluzii cu o valoare demnă de extrapolat (cu păstrarea proporțiilor) și la medicul nepsihiatru, aflat în postura de psihoterapeut "de susținere".

În primul rând, aprecierea referitoare la influența exercitării P.T. asupra medicului, care o practică și care își achiziționează - prin exercițiul zilnic - "o forță de egalizare a dispoziției", constând într-o "abilitate de a atinge cu rapiditate, în ciuda unor variații timice efemere, un punct de echilibru al emoțiilor".

Implicațiile acestei adevărate "funcții homeostatice" a medicului psihoterapeut sunt:

- "sensibilitatea seismografică" de a detecta "variațiile cele mai subtile ale stărilor psihologice ale pacienților".

- obiectivitatea sa, vizând o participare empatică (dar nu prin identificare) la suferințele pacientului, "fără a ceda unor resentimente (adevărate intoleranțe) față de unele categorii de pacienți: homosexuali, alcoolici, neurastenici", apreciați în genere ca "dezagreabili".

În esență, medicul care aplică P.T.S. reușește să se cunoască pe sine mai bine, ca rezultat al unor "processe succesive de identificare, al unor introspecții comparative" și dobândește "capacitatea de scrutare psihologică dirijată înăuntru și afară".

2. TIPOLOGIA PSIHOTERAPEUTULUI

Același autor distinge patru tipologii de psihoterapeuți (angajați, în primul rând și adesea exclusiv, în aplicarea PT la bolnavii psihici) și care sunt: tipul posesiv, tipul seducător, tipul teatral și tipul intelectual. În practica medicului care tratează bolnavii nepsihiatrici aplicarea PTS nu este un scop în sine, ci ea se face în paralel cu desfășurarea tuturor etapelor actului medical.

Din acest motiv medicul urmărește mai rar efecte teatrale (de animare a grupului terapeutic) sau satisfacții intelectuale legate prioritar de "deliciul enigmei" referitoare la personalitatea bolnavului, fiind mai degrabă preocupat de satisfacțiile, de asemeni, intelectuale - apărute în procesul elaborării unui diagnostic dificil sau al unei vindecări spectaculoase a simptomelor de ordin somatic (sau psihosomatic) ale bolnavului.

PTS este subordonată tocmai acestor obiective vizând "boala de bază", așa încât în relația sa cu bolnavul, medicul se comportă cel mai adesea conform primelor două tipuri descrise de I. Vianu:

- tipul posesiv - adept al unei linii dictatoriale, de influențare "în forță" (fără prea mult drept de replică) a bolnavului și având succes în fața unor bolnavi indeciși sau cu o serie de trăsături de personalitate permeabile la influența terapeutului (complezență, timiditate, supunere etc.) Bolnavii care aderă la acest tip de relație fără drept de ripostă la indicațiile unui astfel de medic, pot avea reale beneficii în plan psihoterapeutic. În opinia noastră o astfel de personalitate a medicului își găsește o împlinire maximă în PTS aplicată bolnavilor cu afecțiuni chirurgicale (ortopedie, urologie, stomatologie etc.)

- tipul "seducător încearcă să-și bazeze acțiunea pe emanația sa personală" (I. Vianu), acționând mult mai intens în planul persuasiunii dar având în permanență dorința și voința de a place bolnavului.

Are succes în fața majorității pacienților dar, în special, a celor cu un simț critic ridicat și obține cele mai bune rezultate atunci când aplică tehnici de relaxare în grup (de ex. Training-ul autogen Schultz - accesibil și medicilor generaliști).

* *
*

Preocupările oricărui medic pentru a spori efectul medicamentului sau al celorlalte prescripții (dietetice, agenți fizici etc.) se interferează inevitabil cu dorința (uneori inconștientă) a bolnavului de a fi încurajat continuu în lupta sa cu boala dar și disponibilitățile sale de a primi în mod favorabil influența medicului.

În esență, PTS modelează tocmai aceste "disponibilități gratuite" în direcția sanogenezei - iar ignorarea lor de către terapeut constituie un gest "de risipă", alături de neglijarea unor imperative etice, inerente actului medical.

Structurarea unui mod de abordare psihosomatică a bolnavului, cu implicarea și a unor "arme psihologice" - spontan dar și cu ajustări provenite din studiu și experiența clinică - constituie premiza unei eficiențe optime a activității medicale.

Capitolul 13

ASPECTE PARTICULARE ALE PSIHOTERAPIEI SUPPORTIVE

I. ASPECTE PARTICULARE ALE PSIHOTERAPIEI REFERITOARE LA CÂTEVA DOMENII ALE ASISTENȚEI MEDICALE

A. Psihoterapia suportivă la bolnavii din cadrul asistenței medicale stomatologice

O analiză de ansamblu a problemelor psihologice specifice asistenței medicale stomatologice, decurgând - de fapt - din specificul problematicii medicale a acestei specialități, ne reliefează câteva deosebiri de esență față de optica pacientului dar și a medicului din domeniul asistenței de medicină generală.

Astfel vom distinge:

1. Timpul mult mai redus rezervat anamnezei și, deci, posibilităților de comunicare dintre medic și pacient, acesta din urmă trebuind să fie rapid evaluat din punctul de vedere al tipului de personalitate, al disponibilităților sale de cooperare, dar și al pragului său de apariție a durerii (element central în aproape toate tratamentele stomatologice).

2. Durerea, fiind aproape nelipsită în cursul intervențiilor stomatologice - chiar dacă, în prezent, s-au găsit soluții suficient de eficiente - este extrem de important să se pedaleze de către medic pe o psihoterapie centrată pe elemente sugestive legate de prestigiu, efectumat acțiunii unor veritabile analgezice și pe o pregătire psihologică prealabilă cuplată, eventual, cu o medicație tranchilizantă la bolnavii care au dezvoltat adevărate fobii față de actul medical stomatologic.

3. Celelalte elemente specifice unui cabinet stomatologic (zgomotele frezei, mirosul și gustul diverselor substanțe etc.) devin repede excitanți condiționali stresori (asociați la durere și disconfort), ce trebuie neutralizați prin diverse manevre de condiționare (ex. o muzică plăcută!).

4. Anestezia, element de asigurare pentru desfășurarea fără dureri a tratamentului poate constitui o veritabilă problemă în cazul bolnavilor cu reacții alergice sau pseudoalergice la medicația anestezică (adesea extinse și la medicația antialgică), atitudinea medicului în această situație vizând realizarea unei adevărate echilibrice între actul medical propriu-zis, cel psihologic și o a treia dimensiune a problemei - cel medico-legal (existând, uneori, pericolul decesului unor pacienți extrem de alergici).

5. Tratamentele stomatologice vizând înlocuirea danturii compromise sau deja eliminate, pune și probleme de ordin estetic și/sau fonator cu veritabile dar - adesea serioase implicații asupra psihologiei bolnavului, incluzând tot la acest capitol senzația de corp străin, persistând uneori nejustificat la anumiți bolnavi (cu personalități obsesive, astenice etc.).

B. Psihoterapia suportivă a bolnavilor chirurgicali

Problema centrală a bolnavilor chirurgicali o constituie iminența actului operator și consecințele acestuia.

Analizând (în colab. cu A. Tudorache) un lot de bolnavi chirurgicali (Clin. Chirurgie - Spit. Sf. Ioan - Prof. Dr. C. Dragomirescu) - prin aplicarea unui chestionar propriu, ca și a chestionarului de la Maastricht - am desprins câteva aspecte de ordin psihologic ce se pot extinde la întreg domeniul asistenței chirurgicale și conturează un ansamblu de probleme pe care le-am putea îngloba într-o veritabilă „subramură a psihosomaticii consacrată actului operator”.

1. RECOLUL SOMATOPSIHIC MAJOR AL BOLII CHIRURGICALE

Răsfângerea suferinței bolii care necesită intervenția chirurgicală asupra psihicului bolnavului este, de regulă, foarte accentuată (excepție cazurile de apendicită cronică, unele boli localizate și paucisimptomatice, ca de ex. lipoame, hernii etc.).

Putem grupa elementele agravante, generatoare de stres, astfel:

- Durerile (în special colicative - din litiaze, ulcer etc.).
- Complicațiile amenințând viața bolnavului (hemoragiile digestive, uterine etc.).
- Disfuncțiile la nivelul diferitelor aparate (constipația prelungită din ocluzia intestinală, retenția urinară acută, vărsăturile repetate, etc.).
- Aspectele inestetice generate de localizarea unor formațiuni tumorale la față sau chiar la nivelul părților tegumentare expuse (varice monstruoase, de ex.).
- Amenințarea pierderii vieții sau teama de mutilare (în cazurile suspecte de cancer etc.).

Toate aceste elemente de recul somato-psihice, acționând pe o durată mare de timp, justifică rezultatele obținute la Chestionarul Maastricht, crescute la toți bolnavii studiați de noi, denotând o adevărată epuizare fizică și psihică a bolnavilor.

2. AȘTEPTAREA ANXIOASĂ A MOMENTULUI OPERATOR

Bolnavii au în vedere:

- riscul operator propriu-zis (primejdia „mutilării” sau chiar a decesului);
- riscul anesteziei - teama de „a nu se mai trezi”, amplificată la bolnavii cu antecedente de reacții alergice la medicamente.

Acest moment preoperator poate constitui un punct de atac de ordin psihoterapeutic de către anturajul bolnavului de la colegii din salon și până la asistente și studentul stagiar dar cel mai în măsură să ofere un veritabil suport moral sunt chirurgul (sugestia de prestigiu dar și calitățile sale relaționale), ca și anestezistul care poate oferi o veritabilă asistență psihologică pregătitoare pentru intervenția chirurgicală ce urmează.

Familia bolnavului constituie - alături de medicul care operează - elementul cel mai important de suport social pentru bolnav, pe toată durata internării dar, uneori, poate accentua emoțiile bolnavului înaintea operației.

3. TEMERILE BOLNAVULUI ÎN ETAPA POSTOPERATORIE

Vizează o arie largă de probleme generate de:

- teama de nereușită a operației; inclusiv posibilitatea recidivelor;
- teama de complicații; inclusiv sechelele inestetice (cicatrici de ex.);
- griji privind recuperarea funcțională;
- griji privind viitorul profesional.

Aceiași factori de suport social menționați anterior sunt extrem de utili și în această etapă, cu mențiunea că un chirurg care-și urmărește bolnavul în salonul de ATI imediat după operație și în zilele următoare constituie cel mai bun remediu pentru anxietatea bolnavului generată de incertitudinile de mai sus.

II. ASPECTE PARTICULARE ALE PSIHOTERAPIEI SUPTIVE ÎN FUNCȚIE DE VÂRSTA ȘI SEXUL BOLNAVILOR

A. La bolnavii vârstnici

Psihologia vârstnicului a constituit prilejul a nenumărate studii ce și-au avut - ca și alte domenii ale psihologiei - o profundă și plină de sevă rădăcină în observațiile medicale. Date fiind prioritățile românești pe plan internațional în ceea ce privește Gerontologia (C. Parhon, Ana Aslan), continuate în prezent la St. M. Milcu, C. Bălăceanu - Stolnici, M. Dumitru, C. Bogdan și alți cercetători, există posibilitatea stabilirii unui cadru de referință bazat, cu precădere pe lucrările acestor clinicieni și cercetători români.

Un studiu relativ recent - 1984 - de excepțională valoare al Acad. St. M. Milcu, intitulat "Sindromul psihosomatic al bătrânului valid" oferă perspectiva conturării reperelor psihice ale omului vârstnic la care se pot, facultativ, instala elementele bolii.

1. MODIFICĂRILE PSIHICE SPECIFICE PRESESCENȚEI (50-65 ANI) ȘI SENESCENTEI (> 65 ANI)

Potrivit autorului citat, la bătrâni există o îmbinare a tulburărilor mentale și afective (cu exprimare comportamentală) pe fondul cărora survin - în cazul necombaterii lor, în special printr-o reactivare ocupațională - un complex de tulburări somatice variabile.

În aceste condiții distingem:

a) Modificări ale imaginii de sine

Vârstnicul trăiește un veritabil complex de inferioritate - amplificat de apropierea pensionării sau de ieșirea la pensie, ca și de anturajul său social (lipsă de tact, adversitate etc.) - și constând din:

- sentimentul de inutilitate socială
- subapreciere personală
- pierderea sensului existenței
- b) Tulburări cognitive și afective
- scăderea memoriei (mai ales de tip imediat prin scăderea atenției de fixare), ușor observabile de cei din jur;
- ideate, adesea mai greoaie, prin apariția mai rapidă a oboselii (mai rar deteriorarea mentală, la cei care nu au avut un antrenament intelectual și/sau nu mai prestează - după pensionare - activități cu caracter intelectual)
- scăderea funcțiilor senzorio-motorii (scăderea auzului, văzului etc.)

- stare depresivă - domină tulburările afective - generată atât de pierderea funcției sociale, cât și de reacția la contemplarea propriei involuții;
- anxietate - apărută în aceleași condiții dar argumentată de teama de boală, de neprevăzut; uneori se conturează asupra ideii inevitabilului sfârșit;
- modificarea comportamentală.

O tendință observată de cercetători din domeniul personalității este tendința omului vârstnic de a-și amplifica până la caricaturizare anumite trăsături dominante (eventual accentuate) ale personalității sale din vremea tinereții (Allport).

În cadrul celorlalte modificări comportamentale caracteristice pentru vârstnici le menționăm pe cele prezentate în cadrul regresiei afectiv-comportamentale specifice omului bolnav (egocentrism, dependență, predominanța afectelor, etc.).

Un moment delicat la debutul presenescenței îl constituie apariția climacteriului, tolerat cu multă dificultate de femei la care uneori apar înclinații spre drog (alcool, tutun etc.) sau supraalimentare și, implicit, sedentarism.

2. MODIFICĂRILE SOMATICE, CU TENTĂ FUNCȚIONALĂ

Acestea au o determinare atât fiziologică (de involuție) cât și psihosomatică.

Vârstnicii acuză frecvent, în absența unor cauze lezionale evidente, algiile diverse (în special artralgiile și mialgiile), răceală a extremităților, paretezii, palpitații, constipație etc.

Astfel de tulburări motivează automedicația și excesul de consultații medicale (Milcu - 1984) și, în același timp, "amplifică complexul psihoemoțional, realizându-se un feed-back pozitiv" (ibidem).

Importanța cunoașterii acestor tulburări somatice servește - atunci când ele sunt instalate mai multă vreme - la evitarea unor capcane diagnostice în care pot cădea medicii neavizați, tentați în astfel de situații să indice analize laborioase ori medicamente active capabile - adesea - să producă importante tulburări (chiar boli) iatrogene.

Situarea acestor manifestări - psihice și, mai ales, somatice - în "complexul psihosomatic al bătrânului valid" (Milcu), evită astfel de confuzii și constituie, totodată, o bază de la care se poate extinde investigația unor tulburări cu un real substrat sau potențial patogen, determinate de acest halou psihosomatic dar având - la rândul lor - un recul somato-psihic de care medicul cu înclinații psihologice trebuie să țină cont.

3. PRINCIPII DE CONDUITĂ PSIHOTERAPEUTICĂ LA BOLNAVII VÂRSTNICI

3.1. Nivelul de apreciere globală a bolnavului vârstnic

Este necesară înțelegerea nivelului de apreciere globală, psihologică a bolnavului vârstnic în cadrul limitelor de ordin cognitiv dar și al particularităților afective și comportamentale specifice vârstei cu excepția unor personalități, în special din domeniul elitei intelectuale cu un spirit, în continuare, vivace, ajuns la un adepărat apogeu.

3.2. Evoluția modificărilor psihologice ale individului

Se apreciază modificările psihologice ale individului ca o devenire, conservând - de regulă - nucleul personalității (în sensul katian de Veränderung = schimbare, ca proces și nu de Wechesel = substituie). Acest mod de a vedea bolnavul ajuns în zona senectuții permite medicului de familie să recunoască elementele de bază ale personalității bolnavului conser-

vate - sub trecerea timpului - și, în același timp să sesizeze eventuala apariția a unor modificări patologice, în afara procesului de îmbătrânire. Aceste tulburări de ordin nevrotic (fobii, creșterea anxietății, apatie - depresie, agresivitate revendicativă) (Bogdan și Irène Talaban - 1980) necesită, desigur, tratament medical dar ele invită și la o considerare a factorilor psihogeni de inducere.

3.3. Modificări somatice consecutive stărilor patologice

Se consideră tulburări somatice deja menționate în cadrul "sindromului psihosomatic al bolnavului valid" (Milcu) ca un fundal pe care se pot detașa celelalte tulburări patologice somatice sau psihice caracteristice diverselor boli specifice sau nespecifice vârstei înaintate.

3.4. Atitudinea medicului față de bolnavii vârstnici

Trebuie să fie caracterizată - prin prisma principiilor de mai sus - de :

- deferență în fața unui om trecut prin greutățile vieții;
- răbdare, înțelegere pentru dificultățile de relaționare, ca și pentru comportamentul adesea incomod al bolnavilor vârstnici;
- încurajări permanente, inclusiv la adresa longevității, iar atunci când șansele unei supra-viețuirii de durată lipsesc - promisiuni referitoare la amendarea suferințelor fizice;
- îndemnul spre o socializare mai accentuată a bolnavului, atunci când sub povara complexelor, el tinde să se izoleze;
- antrenarea bolnavilor, dotați cu capacitatea de autoservire, spre o reactivare ocupațională (Bogdan și Talaban, Briggmann și Schneider);
- conclucrare cu familia, implicit tentativa de reglementare a unor raporturi adesea deficitare (bătrânii abandonați sau neglijați de familie dar și, invers, torturarea anturajului de către un bolnav egocentric și agresiv).

Considerarea vârstei bolnavului sub raportul contribuțiilor aduse de către acesta societății și familiei (cum este cazul de cele mai multe ori), micile, complimente referitoare la mascarea vârstei de către fizionomia și agilitatea bolnavului păstrate tinere, toate aceste mici avansuri făcute pacientului vârstnic deschid larg poarta unei comunicări cu rol benefic în tratamentul bolii.

C. Psihoterapia la copii și adolescenți

Relația interpersonală: terapeut - pacient infantil prezintă câteva caracteristici diferite față de celea deja expuse la psihoterapia adultului.

1. Transferul nu apare decât după o anumită vârstă, apreciată diferit de diverși autori (peste 3 ani, după Ana Freud).
2. În multe cazuri nu se pot exclude părinții de la relații.
3. În primii ani conflictele reale la copil sunt actuale și conștiente (după Lebovici), încât psihoterapeutul trebuie să utilizeze mai mult tehnicile directe, decât cele proiective.
4. Terapeutul trebuie, în majoritatea cazurilor, să acționeze în sens invers față de poziția părinților care sunt, fie prea permisivi, fie prea aspri.
5. Relațiile directe își păstrează valoarea lor deosebită, ele trebuind să aibă la bază o mare putere de înțelegere din partea terapeutului, cât și o anumită încredere a copilului.

Maclay insistă asupra faptului că și această relație interpersonală între terapeut și bolnav (nu numai infantil) include o serie de atitudini inconștiente, fie pozitive (amicale), fie negative (ostile).

6. Relația directă stabilită între terapeut și copil (mai ales când sociabilitatea acestuia din urmă a fost grav alterată în urma unui abandon emoțional), duce la o anumită dependență a bolnavului față de terapeut, care permite ulterior acestor copii să-și recapete o anumită încredere în ei înșiși și o capacitate crescută de a se acomoda cu ceilalți copii (Maclay).

Această posibilitate există și trebuie exploatată, chiar în cazul când copilul este inhibat și nu poate să confieze nici un sentiment intim terapeutului.

7. În realizarea relației de transfer terapeutul trebuie să aibă în vedere ca, în cazul unui copil respins pe plan emoțional de părinți, să reprezinte imaginea unui tată bun și indulgent, după cum - în situația inversă - trebuie să fie autoritar.

8. Întrevederea combinată ("entretien combiné") este o metodă pe care o întrebuintează unii psihiatri infanțiali (Maclay), utilizând relații interpersonale complexe, deoarece ședința terapeutică are loc în prezența unuia sau a ambilor părinți.

În această situație copilul ezită adesea să formuleze acuzațiile sale în fața părinților și terapeutul trebuie să le facă în locul său dar - după un moment - copilul reușește de cele mai multe ori să le exprime și singur.

9. Taberele de vacanță și internatele pentru copii inadaptați oferă cadrul unei terapii relaționale ce tinde să corijeze în primul rând inserția socială a acestor copii, tipul de relații interpersonale fiind asemănător cu cel descris de adulți.

10. Terapia prin joc, cu variantele sale: platoul de nisip și, apoi, desenul la tablă și pictura, oferă cadrul producerii unor fenomene de proiecție, iar valoarea terapeutică este realizată mai mult în afara relației interpersonale (detentă emoțională, plăcerea directă a jocului etc.).

❖ D. Premise speciale, la sexul feminin, pentru desfășurarea relației terapeutice

Deși considerațiile prezentate anterior la capitolele consacrate RIP- Dr. PT și PTS rămân valabile, indiferent de sexul bolnavilor, se impun totuși câteva nuanțări în ceea ce privește sexul feminin.

1. PARTICULARITĂȚI PSIHO-FIZIOLOGICE

Din "start", femeile au o constituție mai fragilă din punct de vedere nu numai fizic (somatic) ci și psihic (preponderent emoționale).

Motivele sunt nu numai de ordin constituțional ci, la ele, se adaugă o serie de factori ce amplifică această constituție, în ultimă instanță, vulnerabilă la stres.

a) Factori endocrini

Sunt reprezentați de constelațiile hormonale specifice pubertății și climacteriului, ambele fiind mai ample - ca intensitate și durată - decât la bărbați, incluzând în acest domeniu și implicațiile psihice ale hormonilor incriminați.

În plus, sarcina și lactația constituie un apanaj al femeilor determinând o îmbogățire și înrăurire complexă a vieții sufletești a femeii, completată de experiența inedită a maternității.

Aceleași momente pot fi însă și sursa unor elemente negative sub forma de stresuri variate și intense pe care bărbatul nu le poate cunoaște.

b) Factori biografici de stres cu rol specific modului de viață al femeii

Este cunoscută adăugarea activității profesionale cu cea casnică, mai ales în cadrul anumitor colectivități socio-culturale, ca rezultat al înțelegerii eronate a rolului emancipării femeii.

Această suprasolicitare suplimentară - prin activități gospodărești - față de cea a bărbatului constituie fie o sursă de stresuri variate, fie o cauză a unei recuperări insuficiente după stresurile profesionale.

2. PARTICULARITĂȚI DE PATOLOGIE FEMININĂ

În contextul prezenței unor note psiho-endocrine specifice, coroborate cu existența unor stresuri psihice - și ele - specifice, este justificată apariția unor diferențe - specifice sexului feminin - în ceea ce privește patologia.

Fără a epuiza aceste particularități (ale patologiei feminine), înfățișăm o schematizare personală.

1. Existența unei patologii exclusiv feminine, tratată de specialitatea medicală respectivă (obstetrică și ginecologie) dar și de către endocrinologi sau chiar chirurși sau oncologi (ex. patologia sânelui).

2. Predominanța, în raport cu bărbatul, a tulburărilor psihosomatice.

3. Predilecția spre unele grupe de boli: endocrine, diskinezii biliare, infecții urinare, alergii cutanate (urticarii și angioedem) etc.

Din toate aceste motive, femeile se internează mai des decât bărbații existând și un motiv suplimentar, acela al responsabilității mai mari a bărbatului pentru întreținerea familiei (prejudecată socială).

3. PARTICULARITĂȚI RELAȚIONALE

Medicul practician trebuie să cunoască faptul că în ceea ce privește relația sa interpersonală cu o bolnavă există câteva nuanțe de abordare și de desfășurare, adesea cu o importanță decisivă pentru PTS. Aceste particularități (o parte din ele!), în opinia noastră, sunt:

1. Fragilitatea emoțională

2. Pudoarea (uneori excesivă)

Ambele - 1 și 2 - creează adevărate blocaje la nivelul anamnezei și, adesea, pe parcursul examenului fizic.

3. Frecvența relativ crescută a unor corelate somato-viscerale ale emoțiilor, relativ capabile să deruteze și "parazitând" uneori tabloul clinic al bolii de bază.

4. Pragul mai scăzut de apariție a durerii și reculul somatopsihic mai accentuat al tulburărilor bolii.

5. Influențarea obligatorie a bolii de către momentele endocrine (în special ciclul menstrual).

6. Condițiile sexuale, obligatoriu de cercetat, ale unor simptome somatice și psihice, mult mai importante decât la bărbat dar cel mai adesea ignorate sau ascunse cu grijă.

7. Dependența de medic, mult mai mare decât a bolnavilor bărbați.

8. Prezența frecventă a soțului, ca element protector, adiacent celei exercitate de către medic.

III. PARTICULARITĂȚI ALE RIP DINTRE MEDIC ȘI PACIENT LA NIVELUL ASISTENȚEI MEDICALE SPITALICEȘTI ȘI IMPLICAȚIILE LOR ÎN PTS

A. Lumea spitalului văzută de bolnav

Pentru bolnavul care este internat prima dată într-un salon de spital - fie ca urmare a evoluției unei boli cronice a cărei agravare, ori incertitudine prognostică a determinat internarea, fie în urma unui debut brutal (infarct miocardic, pneumonie etc.) - viața de spital (în care urmează să trăiască câteva săptămâni) apare în multe privințe total diferită de cea cotidiană, fiind guvernată de o serie de legi, în bună parte neobișnuite pentru el. La nivelul personalității bolnavul suferă o regresie accentuată în plan afectiv și comportamental mergând până la infantilizare.

Întrucât ne interesează la acest capitol particularitățile relațiilor interpersonale dobândite de bolnavul spitalizat, vom lua în considerație dintre datele prezentate de Deshaire și alți autori numai acele aspecte de ordin situațional sau de ordin relațional ale spitalizării, capabile să se insinueze în personalitatea bolnavului internat și să-i modifice atitudinile și comportamentul în cadrul relațiilor sale cu personalul medico-sanitar și cu ceilalți bolnavi internați, relațiile vor fi analizate și în capitolele următoare.

1. ASPECTE DE ORDIN SITUAȚIONAL

1.1. Salonul de spital

Bolnavul este internat într-un spațiu nou pentru el net deosebit de cel atât de familiar al locuinței sale; pereții i se par reci, săraci și - cu toată arta experților în estetica spitalului - deprimanți.

Alături de patul său sunt paturi cu alți bolnavi cu care va trebui să conviețuiască până la vindecare, asistând de multe ori la dramele acestora sau suportând unele inerente neplăceri sau angoase provocate de necesitățile fiziologice ori de unele momente patologice penibile ale acestora.

De multe ori bolnavul este nevoit să asiste la agonia sau chiar la moartea unui vecin al său (în special în saloanele de reanimare).

1.2. Izolarea de familie

Pentru mulți bolnavi reprezintă un greu tribut plătit spitalizării, lăsând un gol afectiv pe care ei simt nevoia să și-l umple în cadrul relațiilor cu cei din jur.

1.3. Insuficienta informare asupra bolii

Deși în multe cazuri este foarte "informat", bolnavul continuă să aibă serioase și legitime incertitudini privind evoluția bolii, reincadrarea sa în muncă, etc. Răspunsurile primite sunt fie excesiv de asigurante, fie extrem de evazive, așa încât până la vindecarea sa, persistă o stare de nesiguranță generată de această insuficientă informare.

1.4. Restrângerea activității fizice

Este greu resimțită chiar de cei cu ocupații sedentare anterior spitalizării. "Diminuarea impulsurilor mobile și senzoriale contribuie la o constricție a funcțiilor Ego-ului" con-

mitent cu o "tendință accentuată la reacțiile de alarmă, o aptitudine diminuată de a se detașa de propria boală și o acuitate senzorială crescută în înregistrarea simptomelor (ZABARENKO-7).

1.5. Dependță fizică față de rigorile aplicării metodelor de investigație și de tratament

Întrucât aceste metode, în ciuda legitimității lor, sunt adeseori greu suportabile (tubaje, puncții intra-venoase ori intra-cavitare, perfuzii), bolnavul le așteaptă cu o anxietate sporită de lipsa unor antecedente "în materie" sau, din contră, de experiența trăită în aplicarea lor.

1.6. Disciplina vieții de spital

Regulile care guvernează viața de spital pot produce atingeri mai mult sau mai puțin marcate ale personalității bolnavului, după cum acesta este mai mult sau mai puțin obișnuit cu unele dintre ele în viața cotidiană sau după tipul său de temperament ori caracter.

Totuși, indiferent de convingerea pe care o are despre legitimitatea acestor stricteți, bolnavul le înregistrează ca pe un factor ce contribuie la restrângerea orizontului său, încorsetându-i personalitatea.

Ultimele trei trăsături enunțate sunt accentuate într-un serviciu de terapie intensivă, ele fiind intolerabile în alte circumstanțe decât cele ale pericolului pierderii vieții și în afara promisiunilor asigurate (ZABARENKO-7).

2. ASPECTE DE ORDIN RELAȚIONAL

Spitalul este o instituție special organizată spre a face față bolii. El este subdivizat în servicii și în echipe, cuprinzând grupe conducătoare și grupe subordonate. La nivelul unui salon de spital, medicul este cel care conduce aceste grupuri (pe plan profesional). Toate aceste echipe subordonate medicului se interpun între medic și bolnavul spitalizat, complicând astfel relația interpersonală medic-bolnav.

În analiza factorilor care-și lasă amprenta asupra personalității sau numai a afectivității bolnavului, contactul cu acești membri ai personalului mediu sanitar sau numai auxiliar va fi amintit numai privit prin această prismă, relațiile interpersonale urmând a fi studiate separat.

2.1. Contactul cu ceilalți bolnavi

Am văzut mai sus factorii situaționali, analizați în absența comunicării, dependță de prezența altor bolnavi în salon și având rol în conturarea unei dispoziții și stări afective mai prelungite a bolnavului internat.

În același timp însă, bolnavul intră în relații de comunicare și afective cu ceilalți bolnavi, iar cu timpul participă chiar la stări afective de grup sau se integrează în interrelații grupale mai mult sau mai puțin ierarhizate, după caz (timpul de spitalizare, statutele și rourile sociale ale celorlalți bolnavi etc.).

În urma stabilirii acestor contacte bolnavul poate căpăta asigurări încurajatoare sau poate fi bulversat de unele detalii ce pot rezulta chiar fără voia celui care le furnizează.

2.2. Examinarea bolnavului de față cu alți bolnavi

Este de cele mai multe ori inevitabilă (dată fiind condiția de sănătate precară a bolnavului) și produce o anumită stânjenală acestuia, sporită și mai mult în cazul în care anamneza furnizează amănunte, jenante (boli venerice, consum de alcool) sau chiar când transpar detalii ale vieții intime (în special la femei).

O practică curentă face ca anamneza bolnavului să fie luată de extern sau, mai rar, chiar un asistent medical, ceea ce - pe lângă faptul că mediază în plus contactul cu medicul - sporește anxietatea bolnavului, silit să se dezvăluie în fața unor persoane al căror statut nu-l percepe prea clar.

2.3. Supunerea bolnavului și abandonarea spiritului critic (cel puțin la exterior)

Relațiile pe plan strict profesional între personalul spitalicesc și bolnav implică o supunere necondiționată a acestuia din urmă, în ciuda unor rezerve mai mult sau mai puțin firești cauzate, de multe ori, de interpretarea subiectivă a unor prescripții de acei membri ai personalului care le transmit bolnavului mai mult sau mai puțin deformat (de ex. strictetea privind poziția în pat a bolnavului poate fi denaturată într-un sens excesiv de o soră neexperimentată).

Chiar și în cazul legitimității acestei supuneri, unii bolnavi simt o frustrare evidentă în situația în care o persoană cu un statut în viața socială mult mai jos ca al lor abordează, cu o disimulare slabă sau inexistentă, o atitudine protectoare dar de nuanță dominatoare față de bolnav (mă refer, în special la unele infirmiere, dar mai ales la asistente).

2.4. Jargonul medical folosit, tirania analizelor

Fără să vrea, bolnavul se aclimatizează mai devreme sau mai târziu cu limbajul medical folosit de personalul medico-sanitar sau la ceilalți bolnavi "mai vechi".

Nu întotdeauna semnificația acestui limbaj este clară sau exactă și bolnavul resimte acest fapt ca o frustrare. Mai gravă este însă, situația în care medicul și asistenții săi (studentii externi, interni) discută în fața bolnavului probleme de diagnostic diferențial cu boala care i-a fost acestuia diagnosticată. Este lesne de închipuit ce simte bolnavul când aude că, de fapt, durerile sale din hipocondrul drept, colica pentru care s-a internat, poate fi foarte bine dată de un cancer de vezică biliară sau de cap de pancreas (chiar dacă este mascată această denumire sub alte formule, de ex. o "proliferație neoplazică" etc.). La fel simpla înșiruire a unor nume de boli, pe care bolnavul nu le înțelege, poate spori anxietatea lui prin însuși necunoscutul pe care ele îl reprezintă.

Analizele medicale, a căror semnificație poate sau nu să fie cunoscută, sporesc și ele anxietatea bolnavului, prin importanța uneori disproporționată pe care o capătă pentru cel care așteaptă cu înfrigurare rezultatele lor, modificările în sens favorabil. Aici ar trebui regizată o întregă conduită care să-l dispenseze pe bolnav de marea încărcătură emoțională referitoare la acest aspect.

2.5. Vizita medicului și a profesorului (sau șefului clinicii)

Este mult așteptată, ca un eveniment de seamă, central - am putea spune - în viața zilnică a bolnavului care face pregătiri speciale pentru aceasta: începând cu alegerea cuvintelor prin care să condenseze în puținul timp avut ceea ce vrea să exprime referitor

la simptomele sau chiar la doleanțele sale și terminând cu aranjarea aspectului fizic (la femei, în special).

Medicul are un mare rol în a face ca această vizită îndelung așteptată să se transforme într-un eveniment la înălțimea speranțelor bolnavilor.

Din păcate, de foarte multe ori asistăm la un veritabil eșec din cauză că medicul sau șeful clinicii acordă prea puțin timp unor bolnavi (care nu sunt gravi), fără ca măcar să le acorde puțină atenție și încurajări (sau dacă o fac este atât de formal încât nu reușesc să disimuleze această ignorare a bolnavului), și mai ales datorită centrării exclusive pe simptomele organice ale bolnavului, cu îndepărtarea celorlalte acuze subiective.

Moralul bolnavului pentru întreaga zi este de multe ori decisiv influențat de rezultatul acestei vizite și dacă simptomele obiective marcând ameliorarea întârzie să apră, o încurajare - nu formală, ci cu tact adresată - poate avea un rol cu adevărat terapeutic.

2.6. Distanța socială între bolnav și unii membri ai personalului

La o parte dintre bolnavi, dintre cei cu un statut social inferior, există un veritabil complex de inferioritate față de personalul medico-sanitar, complex care nu este anulat de caracterul special al relației interpersonale bolnav-terapeut.

În plus această stare complexată se poate extinde și la unii vecini din salon.

Această situație creează dificultăți comunicării care trebuie să existe între bolnav și medic, cu estomparea unor detalii ce ar putea ajuta la diagnostic și cu încorporarea în interiorul personalității bolnavului a unei stări de tensiune cu tentă anxioasă.

2.7. Locul inferior ocupat de bolnavi în ierarhia spitalicească

Întrucât în unele spitale mari cu clinici universitare asistăm la o ierarhizare tot mai complicată a personalului medico-sanitar de tipul: profesor-conferențiar-șef de lucrări-asistent-intern-studenți externi-asistente șefe-asistente de salon-infirmiere-femei de serviciu, bolnavul internat în spital, care ar trebui să fie beneficiarul acestei ierarhizări efectuate în folosul său (al vindecării sale), trăiește nu de puține ori senzația că este realmente în postura de "ultima roată de la căruță", pentru că relațiile intragrupale în cadrul personalului medico-sanitar devin, pe undeva, un scop în sine pentru cei în cauză. Bolnavul este tot mai mult considerat ca un fel de obiect sau problemă secundară, inevitabilă, dar ignorabilă pe planul preocupărilor fiecăruia dintre cei mai sus enumerați de a-și asigura o situație cât mai centrală în grup.

2.8. Tratamentul depersonalizat; medierea excesivă de către tehnicile moderne de investigație și tratament

Tendința medicilor și a celorlalte cadre sanitare de a considera bolnavul ca fiind "un caz" și de a se centra numai pe simptomele sale - și nu și asupra întregii sale personalități - reduce tot mai mult comunicarea afectivă. Ea vine în concordanță cu tendința impusă în mod obiectiv de progresele medicinei, de a se apela la un număr tot mai crescut de analize, care prelungesc însă durata de spitalizare și deci și de incertitudine.

În acest sens tratamentul devine tot mai depersonalizat, fapt cu un răsunet negativ asupra nevoii de comunicare afectivă a bolnavului (rezerv termenul de "comunicare" atât pentru relațiile de tip intelectual cât și pentru cele de tip afectiv și moral - a se vedea clasificarea lui Piaget), relațiile de dominare descrise de Stoetzel pot fi foarte bine "reparti-

zate" la fiecare din cele 3 tipuri ale lui Piaget. Acesta se referă destul de explicit la sfera din interiorul personalității la nivelul căruia are loc interacțiunea directă, conștientă, dintre două persoane angrenate într-un proces de comunicare desfășurat în cele trei planuri și care implică mai mult sau mai puțin o afectare a conduitei uneia sau ambelor persoane.

B. Specificul asistenței medicale în mediul spitalicesc

Spre deosebire de asistența medicală ambulatorie, relația interpersonală medic -pacient dobândește în cadrul asistenței spitalicești o serie de caractere noi, dintre care vom enumera pe cele mai importante, unele reieșind și din datele expuse anterior.

1. ATRIBUȚIILE MEDICULUI

Medicul este în spital șeful unui grup profesional, fiind dotat cu atribute organizatorice. În virtutea acestui fapt, deși rareori se prevalează de această calitate, medicul este în măsură să reglementeze o serie de aspecte privind modul de viață al bolnavilor în salon, învoiri pentru a fi vizitați sau plecați acasă etc.

La nivelul relației interpersonale cu bolnavul acest fapt accentuează gradul de dominație a medicului.

2. RAPORTURILE ÎNTRE MEDIC ȘI PACIENT APAR ADESEA MEDIATE

Medierea aceasta este înfăptuită în primul rând de către personalul sanitar (extern-stagiatar-asistentă) dar poate fi efectuată și instrumental - rezultatele analizelor - sau prin consulturi de specialitate. Această mediere tinde să slăbească contactul medic-bolnav.

3. URMĂRIREA BOLNAVULUI ESTE MAI RIGUROASĂ, ZILNICĂ

- Indiferent de gradul de mediere a raportului medic-bolnavul internat, această a treia trăsătură apare ca o posibilitate suplimentară de apropiere între cei doi poli ai relației.

4. RAPORTURILE ÎNTRE MEDIC ȘI BOLNAV AU LOC - ÎN GENERAL - ÎN PREZENȚA CELORLALȚI BOLNAVI

Această circumstanță poate stânjeni comunicarea între medic și pacient, dar ea poate fi exploatată abil de către medic în acțiunea lui persuasivă asupra bolnavului angajat într-o psihoterapie dirijată cu tact și la care pot fi angrenați și ceilalți bolnavi.

5. DISCUȚIILE CU STUDENȚII SAU STAGIARII DE LA PATUL BOLNAVULUI

Pot de asemenea avea un rol pozitiv, când ele țin cont și de prezența bolnavului, dar adesea sporesc anxietatea acestuia, obligând medicul să se revanșeze ulterior printr-o mai atentă și mai afectuoasă abordare a bolnavului, fapt pe care nu-l respectă totdeauna.

6. PREZENȚA UNUI MARE NUMĂR DE BOLNAVI OBLIGĂ MEDICUL LA O ABORDARE A BOLNAVULUI DIFERITĂ DE CEA DIN CADRUL ASISTENȚEI AMBULATORII

În primul rând abordarea bolnavului la interne se face de cele mai multe ori în fugă (adesea numai examenul fizic, anamneza fiind completată de studenți sau stagiaari și în speranța că, pe parcurs, există tot timpul spre a fi examinat în mod amănunțit bolnavul în cauză).

Referitor la vizitarea ulterioară zilnică a aceluiași bolnav, trebuie observat că ea se face la "concurență de timp" cu a altor bolnavi din același salon și că din această cauză ea se rezumă la înregistrarea unor aspecte vizând evoluția bolii, atitudinea medicului fiind centrată pe simptomele obiective și pe analizele de laborator, mai puțin pe acuzele subiective și foarte puțin sau de loc pe nevoia de afecțiune a bolnavului.

În acest fel se creează pericolul unei abordări schematice unilaterale centrate pe boală și pe bolnav, medicul uitând că boala trebuie privită ca un ansamblu de simptome, dar și ca un proces care pătrunde în viața individului și îl transformă atât fizic (aici se inseră în preocupările medicului diagnosticul) cât și psihologic (prin apariția mecanismelor de adaptare).

7. PSIHOTERAPIA CAPĂȚĂ UNELE PARTICULARITĂȚI NOI

În cadrul spitalizării, numărul de întrevederi între medic și bolnav permite o mai subtilă dozare a administrării acestei forme de tratament, deosebit de utilă mai ales în combaterea acelor epifenomene - de ordin psihologic - ale bolii (accentuate, cum am văzut, de șederea în spital).

În actul psihoterapic medicul poate beneficia de ajutorul altor persoane; cele cu care bolnavul stabilește relații interpersonale.

Medicul trebuie să ia în considerație ideea emisă de BALINT că, așa după cum există un acompaniament psihic al bolii, tot așa există un "acompaniament psihoterapeutic" al tratamentului medicamentos.

8. RELAȚIILE BOLNAVILOR CU EXTERIORUL

Medicul acordă atenție prin atribuțiile sale organizatorice, problemelor legate de comunicarea bolnavului cu alți membri ai familiei (reglând oficial dar și "informal" aceste relații).

Prin aceasta se poate evita contactul cu unele persoane pe care medicul le consideră a fi nocive moralului bolnavului internat, bazat pe anamneză și pe datele furnizate de o serie de conversații cu bolnavul. În situații de forță majoră, de exemplu infarct miocardic, sunt suprimate chiar vizitele celor apropiați.

C. Analiza unor particularități relaționabile prin prisma tipurilor de relații interpersonale dintre medic și pacient

Încercând o sistematizare a RIP-Dr-Pt, bazată pe cele trei planuri de relație interpersonală, stabilite de Piaget, vom căuta să analizăm particularitățile lor în cadrul spitalului.

1. RELAȚII INTERPERSONALE INTELECTUALE

La acest nivel se realizează comunicarea de cunoștințe între medic și bolnavul său.

Bolnavul informează pe medic referitor la starea sănătății sale, despre cele mai mici simptome, strecurând în conversație și întrebări referitoare la viitorul (evoluția) afecțiunii sale, exprimându-și temeri sau speranțe ce așteaptă să fie confirmate.

Medicul expune la rândul său date referitoare la evoluția bolii, rezultatele analizelor etc. și răspunde la întrebările puse de bolnav. Desigur că el are o poziție dominantă față de bolnav, tocmai prin faptul că această relație intelectuală - rezumată - se realizează în planul său profesional.

Dar așa cum au lăsat un pilduitor exemplu mării clinicieni, medicul nu trebuie să limiteze relațiile sale intelectuale cu bolnavul doar la domeniul său profesional, ci el trebuie să abordeze și alte probleme, în special din activitatea pacientului, spre a mări zona de comunicare și a abate gândurile bolnavului de la boala care îl obsedează în mod negativ.

Revenind însă la principalul aspect al acestui tip de relații, trebuie arătat că la acest nivel medical, terapeutul trebuie să exercite o funcție persuasivă, rațională referitoare la necesitatea respectării cu strictețe a conduitei terapeutice, la calitățile de necontestat ale medicamentelor, valoarea modificărilor unui comportament nociv al bolnavului (fumat, de ex.) ș.a.m.d. La fel, unele rezultate îngrijorătoare ale analizelor, ca și unele momente critice în evoluția bolnavului trebuie comentate într-un mod, capabil - pe baza unei argumentații adaptate la nivelul de înțelegere a bolnavului - să risipească temerile acestuia.

În multe cazuri, când bolnavii sunt foarte inteligenți și bine informați, poziția dominantă a medicului tinde să fie subminată în situațiile când este silit să justifice un eșec al tratamentului (mai ales la finele internării). Pe lângă activitatea sa responsabilă și o solidă argumentație - inclusiv de recunoaștere a unor insuficiențe personale sau a dotării spitalului - autoritatea medicului poate primi un sprijin important de la grupul bolnavilor internați.

2. RELAȚIILE INTERPERSONALE AFECTIVE

În spital aceste relații capătă o pondere deosebită deoarece în jurul lor gravitează posibilitățile de soluționare a impasului "sufletesc" în care se află bolnavul dar și primejdia sporirii regresiei bolnavului pe plan afectiv și comportamental.

Există o tendință unanimă a medicilor de a trata cu un exces de afecțiune - într-o manieră de abordare similară cu cea utilizată la copii - pe orice bolnav internat cu o afecțiune gravă.

Acest mod de abordare, infantilizant, procură o reconfortare bolnavului ea permițându-i acestuia să se adapteze restricțiilor impuse de boală și de imobilitatea necesită de prescripțiile terapeutice. În plus "infantilizarea, ca și regresia afectiv-comportamentală pe care ea o implică poate servi la scopuri utile, legate de promisiunea implicită a medicului de restabilire a sănătății, dacă bolnavul se supune la toate ordinele primite" (Deshaies).

Această situație sporește la un grad extrem starea de dependență a bolnavului în cadrul relației sale interpersonale cu medicul.

Interesant însă este faptul că, în afara unei relații de simpatie reciprocă (cazul ideal), pot exista relații de respingere unilaterală care sunt "disimulate cu grijă de ambele părți deoarece ele ar contraveni "regulilor jocului" (bolnavul are o poziție defavorizată). Când respingerea este bilaterală pot avea loc conflicte care însă, de regulă, sunt și ele estompate, spre deosebire de situația din cadrul asistenței ambulatorii, unde în astfel de cazuri asistăm la o rupere a relației interpersonale, bolnavul abandonând medicul pe care îl antipatiza (lucru aproape imposibil în cazul internării lui în spital, într-o stare foarte

gravă). În orice caz, referitor la aceste relații afective, medicul trebuie să alterneze atitudinile de încurajare, cu cele de dojană atunci când bolnavul este excesiv interesat de sănătatea sa, reprimarea acestor tendințe ipochondrice având ca rezultate o lărgire a orizontului său și o micșorare a anxietății.

Tot pentru medic, este o obligație aceea de a căuta să-și reprime unele note afective negative (plictiseală, iritare, etc.) apărute cu ocazia repetării contactelor cu un anumit bolnav, după cum este necesar ca el să evite o apropiere prea mare ce s-ar putea repercuta, în cele din urmă, asupra libertății sale profesionale.

Oricum, funcția exercitată de către medic - și anume aceea de "receptor" al anxietății și afectelor negative ale bolnavului - trebuie să fie îndeplinită cu mult tact și într-un mod continuu (spre deosebire de situația din asistența ambulatorie, unde descărcările, catharsis-urile emoționale se realizau exploziv la interval mare de timp (în cursul vizitelor) ce permiteau reacumularea unei mari cantități de anxietate.

3. RELAȚIILE INTERPERSONALE MORALE

În cadrul spitalizării aceste relații capătă un caracter particular adaptat la condițiile specifice acestei instituții.

3.1. Pentru medic

Perceptele deontologiei preconizează o serie întregă de atitudini față de bolnav, dar psihologia bolnavului cere, în plus și alte normative morale.

3.1.1. Extinderea îndatoririlor medicului dincolo de limitele profesiei

Acest atribut al medicului l-am evidențiat în acțiune cu ocazia prezentării capitolului consacrat RIP.

În cadrul acestui paragraf ar trebui doar să se insiste asupra unor moduri de examinare care implică respectul și răbdarea pentru tot ceea ce bolnavul vrea să istorisească (uneori și lucruri care nu au nici o legătură cu boala care îl frământă în mod serios), deoarece numai în acest fel se poate crea un veritabil contact cu bolnavul, capabil să-i ofere acestuia o deplină încredere în posibilitățile de vindecare pe care le are medicul și totodată prilejul realizării unui eficient catharsis emoțional.

Desigur că cele de mai sus nu pot fi realizate în situația în care medicul trimite pe altcineva să ia anamneza bolnavului. "Savoir dialoguer = savoir écouter" scrie Pomerleau, rezumând atitudinea pe care trebuie s-o aibă medicul în convorbirea cu bolnavul.

Pe lângă această îndatorire mai aproape de obligațiile sale profesionale (putând avea consecințe diagnostice fructuoase), medicul trebuie să fie capabil de o mare putere de disimulare întrucât adesea el trebuie să spună neadevăruri, silit fiind la aceasta de necesități de înțeles (menajarea bolnavului).

În plus, orice nemulțumire creată involuntar de către bolnav, ca și plictiseala sau antipatia pe care o provoacă medicului unii bolnavii trebuie cu grijă ascunse, fapt ce pretinde nenumărate eforturi de stăpânire, uneori generatoare de stres.

3.1.2. Susținerea morală a bolnavului

În cazul unor situații dificile pentru bolnavi medicul este dator să intervină ca un susținător moral al acestuia.

În acest sens relația medic-bolnav poate fi depășită (extinsă) prin atragerea familiei bolnavului în dialog, medicul putând cere membrilor acesteia să adopte atitudini corespunzătoare necesităților afective ale bolnavului.

3.1.3. Explicații oferite bolnavului

Față de bolnavii imaginari cu tendințe ipohondrice, medicul este obligat din punct de vedere moral să procedeze cu mult tact, nu-i este permis să-i repeadă sau să le spună direct că acuzele lor sunt "închipuite". În astfel de situații, este bine să i se recunoască bolnavului autenticitatea suferinței sale dar să i se explice cauza lor prin situația de stres în care el se află în momentul examinării (sau s-a aflat, înainte de apariția simptomelor acuzate) și să i se promită o demonstrație cu dispariția acestora, o dată cu liniștirea sa ori cu aplicarea unei medicații liniștitoare. În plus, cel puțin cu ocazia unei prime internări, este bine să se dubleze asigurările verbale date bolnavului printr-o serie de investigații menite să ofere un suport sugestiv în favoarea argumentației medicului.

În genere, în fața bolnavilor cu acuze poliomorfe, cu o încărcătură afectivă intensă, se cere o lămurire adecvată, efectuată cu calm și răbdare, folosindu-se un arsenal mai bogat de mijloace decât cele de care medicul dispune în cadrul dispensarului.

3.1.4. Adevărul despre boală

Problema centrală a relațiilor interpersonale morale între medic și bolnav este aceea a adevărului despre boală.

S-a scris mult și se va mai scrie în această problemă ce reprezintă o piatră de hotar pentru conștiința medicului și care a primit răspunsuri cu o intensă conotație socio-culturală și națională (mentalități diferite la europeni, americani etc.).

Personal, înclinăm să considerăm că - în afara unor boli al căror prognostic este întotdeauna fatal (ex. cancerul) - medicul este obligat să spună întotdeauna adevărul, nuanțând exprimarea lui (francă sau voalată ori în etape), mai ales la bolnavii cu o personalitate vulnerabilă la stres ori cu un moral foarte scăzut. În spital această atitudine de sinceritate absolută din partea medicului este favorizată și de caracterul frecvent al întrevederilor cu bolnavul.

Când diagnosticul este incert (ex. se suspectează de cardiopatie valvulară un tânăr reumatic aparent sănătos din punct de vedere cardiac, dar care prezintă un suflu cardiac ce nu poate fi clarificat), iar dezvoltarea lui precoce nu modifică prognosticul bolnavului - este bine să ne abținem de la formularea suspiciunii diagnostice care - până la clarificare - ar stresa intens bolnavul (mai ales dacă acesta este și un mare nevrotic).

Atragerea familiei în dezvoltarea unui diagnostic grav sau fatal apare ca o obligație morală a medicului, deoarece bolnavul se află într-o stare de dependență nu numai față de medic (în spital), ci și de familia lui.

* *
*

Toate aceste roluri ale medicului pe care le întâlnim și în cadrul asistenței medicale ambulatorii au în mediul spitalicesc posibilități mai largi de desfășurare și în același timp capătă o pondere sporită în reglarea, pe plan moral-atitudinal, a relației interpersonale cu bolnavul.

3.2. Pentru bolnav

3.2.1. Mascarea neîncrederii în capacitatea medicului (pe plan profesional)

Este una din cerințele pe care nu totdeauna bolnavii reușesc să o îndeplinească. Cei cu un statut inferior manifestă în genere o credință oarbă în puterea medicului, în timp ce bolnavii cu un statut ridicat consideră adesea că boala lor este foarte dificil de tratat și, cu multă greutate, reușesc să disimuleze neîncrederea lor în posibilitățile de tratament în general și în capacitatea medicului, în special. Este mai ales cazul internărilor fortuite într-un salon aparținând unui medic despre care bolnavul este informat de alte persoane (inclusiv de unii bolnavi nemulțumiți de evoluția lor) că nu ar fi suficient de competent.

Oricare ar fi motivele bolnavului, perceperea neîncrederii sale de către medic poate constitui o sursă de tensiuni interioare ale acestuia, capabile să-i dezorganizeze raționalul în găsirea celor mai bune mijloace terapeutice.

În plus, în această situație, orice psihoterapie este puternic amenințată.

Mai favorabilă este situația când bolnavul nutrește, paralel cu o încredere solidă în competența medicului, o antipatie pentru acesta.

În acest caz, disimularea (care este, de altfel foarte facil de realizat) reușește să păstreze un cadru cvasinormal relației interpersonale și chiar multe măsuri psihoterapeutice ale medicului au un efect favorabil (mai ales în cazul în care ele apar pe fundalul unor realizări terapeutice obiective).

Doar comunicarea la nivel de relație afectivă este îngreunată, însă oricând este posibil virajul de la antipatie spre o simpatie totală.

3.2.2. Discreție în relatarea suferinței

La acest capitol mulți bolnavi stau foarte prost; poate și datorită regresiei suferite din vâieșării, săcătitori, fac totul spre a fi luați în seamă, exagerându-și de multe ori simptomele ceea ce irită nu numai pe medic, dar și pe ceilalți vecini de salon.

În afara de consecințele în plan afectiv (iritare, antipatie, etc.) această atitudine poate împiedica și asupra domeniului intelectual al RIP deoarece medicul mai ales neexperimental - poate comite greșeli prin supraestimarea diagnostică a simptomelor, fie suplimentând nejustificat medicația, fie încărcând numărul și amploarea investigațiilor.

Această discreție necesară în relatarea suferinței depinde mai puțin de statutul social al bolnavului decât de anumite trăsături temperamentale și caracteriale ale personalității.

3.2.3. Sinceritate în relatarea amănuntelor legate de boală și de evoluția acesteia

Bolnavul nu trebuie să-și ascundă simptomele (doar să nu le exagereze) și nici să inventeze altele inexistente. oricare din aceste atitudini creează suspiciuni.

De multe ori, ascunderea unor simptome este cauzată de teama a nu fi dezvăluit de către medic un aspect al bolii relevant pentru agravarea ei. De această situație poate fi vinovat și medicul, pentru greșeli de tact anterioare care au strecurat în bolnav această rezervă.

Bolnavii care așteaptă să fie operați, în special, minimizează gravitatea bolii în speranța că vor scăpa de operație.

La acest capitol am putea conchide lapidar că, dacă pentru medic ascunderea adevărului cu privire la boală constituie adesea - în cazul severității bolii - o regulă, pentru bolnav însă ea trebuie să constituie o rară excepție.

3.2.4. Renunțarea la "tendențele acaparante"

Mulți bolnavi simt atât de mult nevoia de a fi asigurați de lipsa de gravitate a bolii, ca și de șansele lor de vindecare - încât ei tind să capteze mai mult decât este necesar atenția medicului asupra lor, fapt ce determină de regulă nemulțumirea celorlalți bolnavi din salon (de regulă bolnavii acaparatori sunt antipatizați, cu cel mai redus statut în salon), iar pe medic ajung să îl plictisească, făcându-l mai puțin activ pe plan psihoterapeutic.

De obicei o atitudine de acest gen este adoptată de cei cu un statut social superior, dar ea poate fi totuși cenzurată de multe trăsături ale personalității cum sunt: introversia, atitudini morale achiziționate prin educație etc.

D. Principalele tipuri de bolnavi spitalizați

După datele expuse de o serie de autori: Balint, Păunescu-Podeanu, Wise și alții, ca și după observațiile noastre, am încercat o clasificare personală a bolnavilor, în funcție de discreția sau adecvarea la realitate a simptomatologiei acuzate de ei.

Întrucât într-un salon de spital există o "concurență" (mai mult sau mai puțin voalată) în condițiile dintre bolnavi pentru captarea atenției și eforturilor medicului în îngrijirea lor, frecvent criză de timp (obligativă cel mai adesea!), se impune pentru o mai bună orientare a tinerilor medici, ca și a studenților stagiați, o clasificare în acest sens.

Astfel se observă, pe două coordonate - transparență și adecvare - următoarele categorii, din care criteriul de clasificare ales de noi este cel al transparenței suferințelor relatate sau exteriorizate de către bolnavi.

1. BOLNAVI "TRANSPARENȚI"

Adecvarea acuzelor la gravitatea bolii este de 3 tipuri:

a) Normală: bolnavii decenti, echilibrați, ordonați, cu un Eū puternic, doritori de a se vindeca și sprijinind medicul în eforturile sale.

Există la mulți bolnavi din această categorie riscul camuflării unei anxietăți adesea preexistente și accentuată de către boală. Medicul trebuie să le ceară acestor bolnavi cât mai multe informații despre boală spre a le favoriza descărcarea anxietății (Wise).

b) Inadecvare prin exces de acuze (mai ales subiective)

Se încadrează în această categorie mai multe grupe:

- "Văicăreții condescendenți" - dependenți -

Imploră, sufocă medicul cu nenumăratele lor acuze somatice polimorfe, fiind extrem de dependenți de vorbele și gesturile medicului. Se liniștesc, pe moment, ca urmare a explicațiilor și intervențiilor terapeutice ale medicului și revin, la puțină vreme, cu aceleași sau cu alte acuze. Acești bolnavi forțează apariția polipragmaziei. Aici pot fi încadrați o serie de personalități cu tentă ipohondrică și unii isterici "necenzurați", cu un statut social mai redus.

- "Impulsivii - egocentrii" - impertinenții -

Forțează medicul să le acorde atenție, amenință, intimidează, ignoră prioritățile altor bolnavi. În caz că se stabilește totuși o relație terapeutică - peste capul "celorlalți" bolnavi - orgoliul lor este satisfăcut și pot vira, în cazul autorității sporite a medicului, în categoria precedentă, manifestând dependență față de medic. Se încadrează în această categorie unele tipuri paranoide, impulsivii și mai ales psihopatii cverulenți.

c) Inadecvare printr-o falsă negare a suferinței - la unii isterici care îmbracă o "mină de martiri care suferă în tăcere" dar suficient de "transparenti" în fața colegilor de salon, "nu vor să-l plictisească pe medic cu problemele lor" - cit. Wise, astfel de bolnavi (mai ales bolnave) "se comportă cu excesivă delicatețe, chiar seducător și nu rareori imprimă un grad de erotism relației cu medicul" (ibidem). Același autor recomandă medicului imprimarea unui caracter ferm (chiar dacă nu se exclude amabilitatea), strict profesional relației lor terapeutice cu bolnavele respective.

2. BOLNAVI "DISCRETI"

Supralicitează latura activă, investigativă a examenului medical, inclusiv pedalarea pe examenul obiectiv și pe analizele de laborator.

a) Bolnavi timizi

În genere statutul social mai scăzut, dar și o tărie de caracter, inclusiv o rezistență sporită față de durere, întâlnite la oameni așa-zisi "simpli", fac ca aceștia să mascheze suferințele adesea importante și cu un potențial evolutiv sever.

Comportamentul medicului este de încurajare, spre a fi dezvăluite de către astfel de bolnavi, o serie de date - mai ales subiective - cu importanță diagnostică, inclusiv condițiile de viață ale acestor bolnavi.

b) Bolnavi masochiști (Wise) care-și ascund suferința la exterior, ajungând să și-o cultive cu voluptate în plan interior, ca pe o componentă a unui șir de evenimente neplăcute de diferite naturi. Wise sugerează o conduită a medicului de a îndemna pe acești bolnavi să-și ofere ajutorul altor persoane (dacă suferința lor proprie le trezește o voluptate de neînțeles pentru cei din jur).

c) Bolnavii suspicioși - după Wise, sunt aceia care își consideră boala ca rezultat al influenței altor persoane ("adevărații vinovați") și adesea își exteriorizează cu zgârcenie simptomele.

Medicul ar trebui să le insuflă acestor bolnavi încredere în forțele lor asigurându-i despre calitățile intelectuale și/sau morale pe care le au, creând o sursă nouă de valorizare a personalității bolnavilor respectivi.

d) Bolnavii oligofreni: conștientizează și exteriorizează cu greu, mai ales simptomele obiective ale bolii (observație personală). În privința simptomelor subiective, se pot înscrie, uneori, în categoria bolnavilor "transparenti" (dintre a celor "văicăreți") dar, de regulă, acuzele lor sunt monocorde, stereotipe.

e) Bolnavii rețuși, "distrați", solitari

Preferă să "sufere în tăcere" spre a-și păstra independența și a rămâne în lumea lor.

Necesită o abordare limitată la a nu li se "tulbura" liniștea dar medicul trebuie să acționeze pe linia unor explicații clare despre cauzele bolii și importanța unor simptome cardinale pentru diagnostic și urmărirea rezultatului tratamentului.

E. Implicarea studentului stagiar în psihoterapia de susținere

Externul, ca statut, are multe drepturi și puține îndatoriri (pe planul activității propriuzise de vindecare a bolnavilor).

El este în primul rând student și are, implicit, un statut corespunzător, dar - efectuând practica în spital la patul bolnavului - are posibilități sporite de pregătire: ascultă indicațiile medicului de salon, poate discuta și examina bolnavul, poate urmări și chiar efectua recoltări pentru analize, injecții etc. În afara obligațiilor, implicate de studiu și de anumite precepte deontologice, el nu are decât foarte puține atribuții (întocmirea foii de observație, luarea pulsului etc.).

În plan afectiv el ajunge să stabilească contacte cu bolnavul, uneori destul de complexe, studentul preluând - chiar fără voia sa ori a bolnavului - multe din atributele relaționale ale medicului.

Astfel externul ascultă plângerile bolnavului, servește la realizarea transferului de către acesta; îl încurajează zilnic.

În plan intelectual comunicarea, deși mai redusă, este totuși prezentă (explicații referitoare la boală, regim dietetic, medicație, etc.).

În plan atitudinal ea poate atinge diferite grade, în funcție de personalitatea studentului dar și a bolnavului.

În general bolnavii cu statute inferioare comunică mai ușor și mai intim cu externul.

Referitor la relația interpersonală bolnav - student extern, se pot face multe remarci, ele putând constitui premisele unui studiu consacrat acestei probleme, încă insuficient cercetată (cu importante concluzii educative) deși recente modele Ascona și Monte Verita au relevat deja unele trăsături specifice acestei relații (Luban-Plozza).

Ca esență, ea este de tipul celei dintre medic și pacient, completând pe aceasta (în multe cazuri mediind-o sau chiar înlocuind-o într-un mod destul de eficace). Personal considerăm că, la nivel afectiv, există cea mai mare posibilitate de comunicare, între bolnav și extern, putând exista la acest nivel o puternică afinitate (preferințe reciproce), care uneori limitează relația interpersonală medic-bolnav doar în planurile intelectual și moral.

* *
*

Considerațiile de mai sus, desigur, incomplete pot constitui sursa unor abordări nuanțate, pline de grijă, pentru sensibilitatea deosebită a bolnavilor și - prin aceasta - se vor evita nenumăratele greșeli iatrogene.

În loc de concluzii

Relația interpersonală în cadrul psihoterapiei prezintă o multitudine de forme și aspecte cărora lucrarea de față a încercat să le reliefeze caracteristicile cele mai generale.

În ciuda acestei diversități ea are totuși unele caractere mai mult sau mai puțin stabile:

1. se instituie în mod automat, inevitabil, în cazul în care medicul este chemat de ajutor sau de bolnav spre a vindeca boala;
2. pretinde un anumit statut și un anumit rol social din partea bolnavului și a medicului, destul de riguros delimitate, deși conțin fiecare multe variabile;

3. tinde să se extindă și asupra altor participanți ocazionali, păstrându-se caracterul său potențial terapeutic;

4. în marea majoritate a cazurilor există o dependență cel puțin formală față de terapeut.

5. poate fi influențată, dinamic, în cursul psihoterapiei, evoluând în ambele sensuri - atracție sau respingere - dar și medicamentele o pot influența.

6. studiul relației interpersonale în psihoterapie, poate direcționa aplicarea metodei pe căi fertile, în acțiunea de restabilire a sănătății umane.

Capitolul 14

PSIHOLOGIA DURERII ȘI A SITUAȚIILOR LIMITĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ

A. Durerea - elemente clinico-psiho-logice¹

1. DEFINIȚIE. CARACTERE GENERALE

1.1. Definiție

DUREREA este o senzație particulară, de obicei dezagreabilă, însoțită de o serie de fenomene somato-vegetative reflexe și de o coloratură psihoafectivă negativă, determinată de acțiunea unor stimuli nociceptivi asupra receptorilor specifici (sau asupra oricăror receptori, dacă se depășește un anumit prag de intensitate și durată).

Durerea este așadar neplăcută, iar în unele situații - când este continuă, lancinantă, fulgerătoare, atunci când apariția și caracterul ei sunt imprevizibile - alterează marcat starea afectivă a bolnavului; deși, în principiu, bolnavii fac o legătură directă între intensitatea durerii și gravitatea afecțiunii subiacente, trebuie subliniat că uneori, durerea, ca simptom, trece pe primul plan, înaintea cauzei bolii, dominând tabloul clinic (ex. dureri șocogene). Bolnavul poate pretinde ușurarea suferinței, chiar cu prețul unor consecințe nefavorabile pe termen mai lung (vezi cerința intempestivă a unor bolnavi de extracție a unor dinți ce dor, sau tendința la supradozaj al opiaceelor în cazul bolnavilor de cancer).

1.2. Importanța diagnostică

Durerea prezintă însă o importanță cel puțin egală și pentru medic. Dincolo de faptul că aceasta poate adesea pune diagnosticul și tenta un tratament, chiar numai pe baza caracterelor simptomelor dureroase, așa cum apar ele relatate de către pacient (intensitate, durată, caracter, orar de apariție, circumstanțe de agravare/ameliorare, răspuns la tratamentul empiric) prezența durerii este valoroasă și în cursul examenului fizic (când sunt create, pe baza topografiei, iradierii, comportamentului la diferite manevre, atitudinilor antalgice - premisele pentru încadrarea nosologică a maladiei și terapia adecvată a acesteia).

¹ Subcapitol redactat de dr. Ovidiu Popa-Velea.

1.3. Interpretarea durerii de către medic

Este nuanțată: astfel, el știe că dispariția durerii nu este obligatoriu un semn de prognostic favorabil ci, din contră, poate traduce o agravare a bolii, chiar în trecerea într-un stadiu ireversibil de evoluție (ex. un dinte ce încetează a dura trece de la stadiul de pulpită la cel de gangrenă, sau încetarea contracțiilor de luptă, dureroase, în ocluzia intestinală, marchează trecerea în stadiul de stază, cu iminența perforației stercorale și peritonită septică foarte gravă. Durerea vie este, aproape întotdeauna, un obstacol în calea intervenției terapeutice (ex. în stomatologie, dar și în chirurgie), atât în timpul operației, cât și tardiv (de exemplu, în ortopedie, mobilizarea precoce, dureroasă, descurajează inițiativa pacientului și chiar a medicului).

1.4. Evoluția durerii spre remisie (fără recidivă)

Este în cele mai multe cazuri, totuși, rezultatul unei intervenții corecte a medicului, și reprezintă un adevărat "test" al capacităților profesionale ale acestuia. Pacienții sunt foarte dispuși să valorizeze pozitiv dispariția durerii, și așa se explică probabil, parțial, rezultatele "excepționale" obținute de unii vindecători în combaterea pe termen scurt a unor boli incurabile, când uzând de sugestibilitate, aceștia fac să dispară, pentru moment, "vârful ice-bergului" - durerea.

1.5. Mediatori ai durerii

În apariția durerii intervin o serie de substanțe - unele reprezintă mediatorii facilitatori ai durerii, altele inhibitorii ai acesteia.

a) Ca mediatorii ai durerii se citează: histamina, serotonina, bradikina, prostaglandinele. Ca un exemplu tipic, toate aceste substanțe sunt eliberate în focarele inflamatorii, determinând - alături de durere - și vasodilatație, cu hiperemie, extravazarea elementelor polimorfonucleare din sânge și edem, ce evoluează "în cascadă", de unde rezultă aspectul clasic: rubor, calor, tumor, dolor + functio lesa. Serotonina se elimină în cantități mari în cefaleele migrenoase (de unde și eficiența drogurilor anti-serotonergice), prostaglandinele - mai ales în durerile localizate strict.

Rol favorizant pentru transmiterea senzațiilor dureroase îl au și Ca^{++} , K^+ , H^+ , catecolamină, ATP și produșii de degradare ai acestuia (de exemplu, substanța P = neuromediator central).

Ocazional, substanțe fiziologice secretate de organism pot juca rol de mediatorii ai durerii (de exemplu, suc gastric în contact cu peritoneul, în ulcerul perforat; tripsina - în pancreatitele acute ± traumatice).

b) Moderatorii/liniștitori ai durerii sunt substanțele ce fac parte din grupa endorfinelor și enkefalinelor (de proveniență adenohipofizară, respectiv cerebrală) care își exercită acțiunea la nivelul eliberării unor mediatorii ca serotonina, dopamina, noradrenalina (inhibându-i), glicina și GABA (favorizându-i). Din punctul de vedere al acțiunilor secundare, aceste substanțe sunt înrudite cu opiaceele, determinând, în cantități medii sau mari, o coloratură afectivă pozitivă, mergând până la euforie, datorată, se pare, efectelor pe sistemul limbic. În plus, pot acționa nu numai ca neurotransmițători, dar și ca neuromodulatorii (de exemplu, stimulează secreția de STH și ACTH).

2. CLASIFICĂRI ALE DURERII

Există câteva clasificări utile ale durerii, raportate la subiectivitatea individuală.

Ferster, cit. de Athanasiu, descrie:

- a. dureri superficiale ("hellen Ton"), cu o tonalitate clară, rece (sunt nete, ascuțite, tranșante);
- b. dureri profunde ("dunkel Ton"), cu tonalitate "închisă", de tip arsură, imperioase, încărcate afectiv.

De asemenea, dureri apropiate de Eu - "ichnah", cele de la cap, torace, abdomen și dureri depărtate de Eu - "ichfern", cele de la membre.

Cea mai utilă clasificare pare însă cea anatomofiziologică, ea permițându-ne de la bun început să decelăm două clase mari de dureri: 1) cu suport real și 2) psihogene.

Este de remarcat că dacă în nici una din aceste categorii nu poate fi exclusă o contribuție a psihismului, contribuția factorului somatic este exclusivă numai pentru prima categorie.

2.1. Dureri cu suport real

În cazul durerilor cu suport real, există cu certitudine un agent nociceptiv (extern sau intern) care interacționează cu organismul.

La rândul lor, aceste dureri pot fi clasificate în:

- a. dureri somatice, ce rezultă din acțiunea unor stimuli (potențial) nocivi asupra receptorilor dureroși;
- b. dureri neuropatice, care rezultă din lezarea/degenerarea căilor somatosenzoriale, fapt ce duce la existența/persistența senzațiilor dureroase, în absența unui stimul nociv.

Tabelul 16. Caractere comparative ale durerilor somatice și neuropatice.

Dureri somatice	Dureri neuropatice
Stimul nociceptiv de obicei evident	Stimul nociceptiv neevident
Bine localizate (sau dacă sunt viscerale, cu arie de proiecție cutanată)	Adesea prost localizate
Similare cu alte experiențe dureroase	Neobișnuite
Ușurate de medicația analgicică și narcotice	Slab/parțial ameliorate de analgetice (AINS) și narcotice

Dacă suntem familiarizați cu durerile somatice, neexistând practic cineva pe lume care să nu fi trăit măcar o dată o experiență de acest fel, durerea neuropatică, teren de studiu al neurologiei, este o varietate polimorfă, atât ca etiologie, cât și ca aspect. Se citează, ca forme clinice:

- Neuralgia (nevralgia) provocată de trauma/iritarea unui nerv periferic, și tradusă prin dureri în teritoriul unui singur nerv ± tulburări de motilitate ale mușchilor inervați de acesta;
- Disetizia - se manifestă ca o senzație spontană de arsură/durere într-o anumită regiune;

- Hiperalgezia - se manifestă ca un răspuns exagerat la stimuli nocivi;
- Hiperestezia - este un răspuns exagerat la atingere;
- Alodinia = perceperea unui stimul neutru ca fiind dureros;
- Cauzalgia este o senzație de durere-arsură continuă, cu alodinie și disfuncție simpatică în teritoriul nervului respectiv, ca urmare a unei leziuni nervoase.

Tot în cadrul durerii neuropatice s-ar încadra și așa-numitul "sindrom talamic" ce rezultă din lezarea căilor originare în cortex, inhibitoare ale durerii subcorticale, și se manifestă prin durere cronică, refractară la tratament, ca și durerea post-amputație ("de membru-fantomă") ce este de fapt o durere de dezaferentare, produsă prin hipersensibilizarea la mediatori chimici a receptorilor sinaptici, la diferite nivele ale căii nociceptive.

2.2. Dureri psihogene "pure"

Aceste dureri, pe lângă faptul că nu se pot pune în evidență nici un fel de modificări de natură organică sau acțiunea unui stimul nociceptiv, extern sau intern, se mai caracterizează și prin aceea că apariția lor reprezintă practic un simptom cu valoare diagnostică în psihiatrie. Tratamentul lor este de competența medicului psihiatru.

Câteva exemple mai reprezentative sunt:

a) Tulburările somatoforme (tulburări de somatizare, conversie, hipocondriace)

Se caracterizează prin dureri (cronice) ce nu sunt determinate de o tulburare somatică specifică. Modificarea predominantă este reprezentată, cu cel puțin 6 luni dinaintea consultației, de preocuparea legată de durere, iar evaluările medicale nu pun în evidență o patologie organică sau un mecanism fiziopatologic responsabil de aceasta, sau dacă există o patologie organică corelată, durerea, declinul social și ocupațional ce rezultă de aici sunt mult în exces față de cât ar fi de așteptat din datele fizice.

În general, persoanele cu tulburări de conversie caută activ ajutorul medical, care se dovedește inefficient (cel mai frecvent se folosesc sedative, anxiolitice, relaxante musculare, rar tratamentul chirurgical - cu beneficiu redus sau nul). Depresia este o acuză destul de rară, iar antidepresivele nu au efecte notabile.

În fața unui asemenea pacient se ridică mai întâi problema dacă nu cumva avem de-a face cu o afecțiune organică reală, ce a scăpat investigațiilor precedente. După un bilanț atent și negativ, rămâne să ne confruntăm cu baza psihologică a bolii și cu fragilitatea psihică a bolnavului, care, pe cât de ușor cere ajutorul, pe atât de rapid îl va respinge dacă i se sugerează că simptomele sale au o bază exclusiv psihogenă. În plus, dacă acuzele au o durată îndejuns de lungă și pacientul a fost văzut de mulți medici, se pornește de la bun început de la o complianță terapeutică scăzută și așteptări nerealiste din partea pacientului.

Committee on Accreditation of Rehabilitation Facilities & American Pain Society din SUA recomandă (Harrison, 1991) mai multe trepte în tratamentul acestor bolnavi.

- evaluarea multidisciplinară (de specialitate, neurologică, psihologică)
- un număr cât mai scăzut de terapii (pentru a reduce la minim - testele și medicația inutile)
- un plan terapeutic cu care să fie de acord ambele părți implicate, și care să cuprindă cel puțin următoarele obiective:
- un tratament medicamentos cât mai simplu - doze mici, număr redus de medicamente, eliminarea abuzului de analgetice și relaxante musculare;

- ajutorarea pacientului să înțeleagă mai bine simptomele și factorii care le exacerbează (prin tehnici anti-stres ca trainingul autogen), încurajarea pacientului (în sensul că nu suferă de o boală gravă);
- mobilizarea activă, cu creșterea sarcinilor (progresivă) în cadrul unui program de recuperare care să crească autonomia pacientului, până la self-managementul durerii.

b) Cenestopatiile sunt percepții dezagreabile, atipice, mobile, cu caracter de durere surdă, dar și de furnicături, amorțeli, arsuri, înțepături, etc., necaracteristice pentru nici un sindrom organic cunoscut, și în general de durată redusă. Se înregistrează mai frecvent la femei decât la bărbați și sunt apanajul afecțiunilor nevrotice, în special nevroza astenică și depresivă. În tratamentul lor s-au dovedit eficiente psihoterapia suportivă, în special prin elementele de încurajare și persuasiune, ca și terapiile comportamentale și cognitive.

c) Durerea morală este o stare afectivă cu intensă încărcătură afectivă, caracterizată prin trăiri autodepreciative, ale căror fundal holotimic este tristețea vitală, și care presupune întotdeauna participarea endogenă (Gorgos, 1987). Apare la timopați, depresivi, anancaști, melancolici, schizoizi și în depresiile majore (\pm reactive).

Entități nosologice însoțite de durere morală sunt: speen-ul = deznădejde cronic, neperiodic, nemotivat față de viață, lipsit de trăiri anxioase și autoacuzare, dar cu potențial suicidal, în ciuda comportamentului cvasinormal; nostalgia = tristețe reactivă, dar disproporționată la ruperea unor legături afective, cu inadaptabilitate la noile raporturi afective; închidere în sine și reverii asupra trecutului.

În formele însoțite de depresie, durerea morală se manifestă cu trăirea unui prezent imobil, arid, lipsit de perspectivă, viitorul este trăit ca un vid dureros, trecutul apare stăg-nant, încărcat de regrete și nostalgii insuportabile.

În ultimul stadiu, se ajunge la anestezie afectivă, însoțită de autodeprecieri, incapacitate și neputință, până la inhibiție psihomotorie și morală. Tratamentul este cel psihiatric, funcție de etiologia simptomelor.

2.3. Sindroame dureroase de graniță (mixte)

Câteva entități nosologice mai cunoscute (după Tratatul de psihiatrie Oxford, 1994) relativ frecvente sunt:

1) Cefaleea și durerea facială

Sunt frecvente (până la 10% din indivizi la un moment dat al vieții). Cea mai frecventă senzație este cea de "tensiune" (presiune/strângere) în jurul capului, de durată redusă (\pm ameliorată de analgetice, \pm ameliorată de somn). La o parte din pacienți se pun în evidență în trecutul apropiat SP majore, \pm simptome depresive, \pm anxietate. Tratamentul complex se bazează în afara antiinflamatoarelor steroidiene, pe antidepresive, psihoterapie suportivă, terapie comportamentală și cognitivă.

Durerea facială îmbracă două forme, mai frecvent: disfuncția temporomandibulară (sd. Costen, artralgia facială), și durerea pulsatilă, profundă, "atipică". S-au dovedit eficiente și aici antidepresivele și metodele comportamentale, cognitive.

2) Astenia neurocirculatorie (sd. da Costa)

Sindromul se manifestă prin convingerea că inima este afectată + palpitații, senzația de sufocare, oboseală, durere submamelonară și coloratură psihică anxioasă; mai este denumită "sindromul de activitate dezordonată a inimii", titlatură care corespunde mai de-

grabă simptomelor descrise, decât unor modificări obiective. Unii descriu asocierea cu prolapsul de valvă mitrală (cit. de Iamandescu, 1993). Câteodată acuzele dispar după o evaluare amănunțită. Alte studii, catamnestice (Bass & Wade, 1984) arată totuși, că acești pacienți au o morbiditate și o mortalitate mai mare decât așteptările, posibil datorită tulburărilor psihice asociate constant: anxietate (\pm panica), depresia.

Medicația beta-blocantă și sedativă (ex. Distonocalm) în doze mici, antidepresivă (Maprotilină, Ludiomil), terapiile comportamental-cognitive, tehnicile de training autogen și-au dovedit parțial eficiența.

3) Durerile abdominale

Apar mai ales la copii (4-17% din total) și la bolnavii din secțiile medicală și gastroenterologie (unde s-a constatat și o ritmicitate în raport cu informațiile despre boală ale pacienților). Cele fără cauze obiective sunt însoțite adesea de cefalee și dureri ale extremităților. Din această categorie, cele mai multe sunt legate de anxietate, iar altele sunt atribuite "depresiei mascate". 1/4 dintre cele destul de severe pentru a justifica investigațiile dezvoltă tulburări psihice cronice. Ca tratament, se recomandă în afara mijloacelor farmacologice, reducerea circumstanțelor stresante, încurajarea pacientului în a vorbi despre simptome (element al psihoterapiei suportive), ca și autoajutorarea (interzicerea concesiilor nejustificate vizavi de manifestările pacienților).

4) Durerea de membru-fantomă: în afara explicației neurologice a simptomelor, există și unele modificări psihice, precum negarea, depresia, neajutorarea, impotența funcțională generală, disproporționat de mare față de starea fizică, ce pot fi ameliorate prin psihoterapie suportivă bine condusă și terapii comportamental-cognitive.

În ansamblu se poate considera, pe drept temei, că în aceste situații în care nu putem vorbi de o durere cronică strict somatică sau neuropatică, întotdeauna intervine, într-un grad variabil, factorul psihic.

3. DUREREA, PRIVITĂ DIN PERSPECTIVĂ PSIHOLGICĂ

Durerea, existând ca senzație subiectivă, eventual cuantificabilă în comportamente motorii adecvate și reacții neuro-vegetative specifice, este desigur percepută la nivel psihic, integrată în organism, acceptată mai mult sau mai puțin. Percepția durerii este foarte diferită de la individ la individ, la fel și răsunetul afectiv al acesteia, și secundar comportamentul prilejuit de durere.

3.1. Pragul durerii

Este cunoscut de mult că pragul pentru durere este mai coborât la bărbați decât la femei. Tinerii suportă mai ușor durerea ca vârstnicii, dar există și contraexemple. În ansamblu, se poate spune că durerea este o senzație foarte personală, ce poate fi teoretic descrisă, de la individ la individ, prin descompunerea ei în elementele componente:

- calitatea (tăioasă, surdă, sfredelitoare);
- localizarea și extinderea (ascuțită, punctiformă, regională);
- procesualitatea (ritmică, stabilă, fulgerătoare);
- intensitatea (vagă, slabă, medie, puternică), etc.

Remarcăm însă faptul că, în practică, ea nu este o simplă sumă, ci un summum al acestor parametri, pe care se mulează personalitatea fiecăruia.

3.2. Subiectivismul durerii

Unii descriu note foarte personale ale durerii. Ferster vorbește, raportat la temperamentul individual, de tipul tetanic (care reacționează la durere prin agitație motorie, revoltă, se interesează de prognostic, privește critic măsurile terapeutice, este greu de tratat, are tendința la automedicație, cu abuz de analgetice, tutun, alcool și cafea) dar și de tipul "patic" (hipoton, vagoton, caută ajutorul în exterior, are tendința la depresie și nevoie obiectivă de medicamente) (A. Athanasiu - 1983).

Cornan și Tissot (ibidem) descriu tipul hipoeccitabil (la care "leziunea este mai mare decât iritația", manifestările fiind fruste, vagi, neclare, incomplete, înșelătoare) și tipul hiperexcitabil (la care "leziunea este mai mică decât iritația", manifestările fiind vii, clare, polimorfe).

În apropierea calității penibile a durerii și în apariția răsunetului ei afectiv intervin o serie de formațiuni ca sistemul limbic (hipocamp, gyrus cinguli, nucleul amigdalian), SRAA și girul frontal superior, care inițiază comportamentul de evitare/inlăturare a stimulului dureros. Unele din aceste comportamente sunt înnăscute, ele operând practic în sensul unei mai bune adaptări (de exemplu, îndepărtarea de agentul nociv, efortul muscular (strânsul dinților, al pumnilor), o anume poziție a corpului, imobilizarea (de exemplu, crampa intestinală), apăsarea (în durerea însoțită de hemoragie), aplicarea de căldură sau frig (durerea abdominală, respectiv musculară), strigătul (apel pentru ajutor), descinderea zonei bolnave (în cazul colecțiilor sub tensiune), expulzarea (de exemplu, în tenesme rectale, vezicale), și chiar contactul cu organul bolnav.

3.3. Modificările psihice induse de durere

Durerea, odată apărută, determină o serie de modificări de ordin psihic, care duc, în contrapartidă, la o anume percepție a durerii, mai ales în cazurile în care aceasta evoluează cronic.

Ineficiența unui tratament sau, pur și simplu, mersul natural al bolii pot duce, în condițiile în care se menține simptomatologia dureroasă - la anxietate, depresie, cu prognostic nefavorabil.

În acest sens, este binecunoscută cerința rezolvării de urgență a simptomelor dureroase în primele ore de după infarctul miocardic acut, atât pentru că ele traduc un dezechilibru între necesar și perfuzia de O₂, cât și pentru că anxietatea, chiar panica pricinuite de durere sunt în mod cert, factori de amplificare a riscului de deces. Analog, nașterile însoțite de teamă și anxietate sunt de cele mai multe ori dureroase și, în nu puține cazuri, se însoțesc de complicații.

Contribuția la evoluția bolii a răsunetului psihic al durerii este variabilă, de la o afecțiune la alta, de la un individ la altul. În literatură se citează așa-numita "Pain Prone Disorder", care ar desemna o "tulburare de predispoziție la durere" (Blumer & Heilbronn, 1982). În cadrul acestui sindrom, durerea este adesea continuă și obscură ca origine. Se asociază acuze depresive, insomnie, astenie, sdhopelessness-helplessness (neajutorare-disperare). În istorie - apar frecvente stressuri psihice și nevoi de dependență nesatisfăcute, de asemenea alcoolismul și violența fizică. Înainte de debutul bolii (durerii) subiectii au o viziune idealizată asupra lor înșiși, dar și asupra relațiilor familiale, minimalizând conflictele. De asemenea, se citează suprasolicitarea fizică (de exemplu, practică mai multe munci, concomitent).

3.4. Condiționarea tipologiei durerii de personalitate și de biografie a individului

Această entitate nosologică ridică o problemă seducătoare: există un comportament sau un tip de personalitate predispozante la durere?

Chiar dacă nu se poate da un răspuns tranșant, problema merită analizată, în măsura în care durerea, ca eveniment negativ de viață (în accepțiunea lui Holmes și Rahe), este privită ca un stress psihic cu un impact diferit asupra unui anumit tip de personalitate, și generator de un anumit comportament (sau rezultând dintr-un comportament cu risc).

Legătura strânsă dintre un anumit comportament (anterior sau posterior apariției durerii) și durere este demonstrată de rezultatele pozitive ale terapiilor comportamentale, în special în durerile cronice.

Durerile cronice au câteva particularități specifice, din punct de vedere psihologic: individualizarea durerii merge până la confundarea cu aceasta (este încorporată în ființa pacientului, devine "naturală" dar nu mai puțin neplăcută), ea ridică probleme la nivelul microgrupului social (cerințe mari din partea pacientului vizavi de familie, posibil tendința de a forța obținerea unui beneficiu, rezistența familiei la presiunile pacientului ș.a.), comportamentul dezadaptativ de evitare a durerii merge până la acceptarea unui grad de handicap, departe totuși de posibilitățile reale ale bolnavului, uneori apare dependența fizică și psihică de analgetice, care întăresc "rolul de bolnav" și potențează disabilitățile acestuia.

B. Problemele psihologice ale asistenței bolnavilor neoplazici

1. PREMISE DE ORDIN MEDICO-PSIHOLOGIC

1.1. Prognosticul grav al bolii - element cu impact psihic major

Chiar dacă progresele medicinei au redus considerabil numărul bolnavilor care mor de cancer (ex. cazurile cu localizare cutanată, mamară, uterină, unele hemopatii maligne etc.), persistă - din nefericire - multe localizări ale bolii fără șanse reale de evitare a cumplutului deznodământ.

În plus, chiar în cazurile cu posibilități practice de stopare a evoluției bolii, diagnosticul este adesea pus într-un stadiu tardiv, fără probabilitatea salvării vieții după instituirea terapiei oncologice.

1.2. Psihoza îmbolnăvirii - cancerofobia

Larga răspândire a bolii, ca și înspăimântătoarele transformări - atât de evidente pentru cei din jur - ale înfățișării omului bolnav de cancer ajung să constituie sursă de neliniști permanente pentru toți aceia care au asistat, până la sfârșit, la cumplita dramă a bolii încheiată într-o zgomotoasă suferință a celui condamnat, uneori fără motiv dar adesea și din propria vină (cum este cazul bolnavilor de cancer pulmonar).

O serie de indivizi ipohondrici dar și din rândul celor cu personalități anxioase, cu o preocupare maladivă pentru cele mai mici modificări ale sănătății, ajung să dezvolte o teamă obsesivă de îmbolnăvire de cancer ("cancerofobia"), fapt care se datorează în

primul rând cunoașterii simptomelor pe care le-au prezentat bolnavii canceroși la a căror suferință au asistat, în calitate de rudă sau cunoștință.

Cele mai mici asemănări ale simptomelor pe care le prezintă cancerofobii cu ceea ce ei știu că au acuzat și bolnavii de cancer întâlniți, declanșează preocupări intense concretizate în examinări medicale repetate (mai ales abuz de investigații costisitoare, de la simple ecografii până la tromografii computerizate) spre a li se risipi neliniștea.

Din fericire, marea majoritate a acestor cancerofobi confluează în marea masă a bolnavilor neurotici, dificil de îngrijit dar, oricum, fără perspectiva morții.

1.3. Reversul cancerofobiei - desconsiderarea factorilor de risc și diagnosticarea tardivă a bolii

În țările dezvoltate propaganda împotriva fumatului, educarea femeilor privind autocontrolul precatatamial al sânilor, ca și necesitatea consultului ginecologic periodic după vârsta de 40-45 ani sau alte măsuri privind modul de viață și alimentație (de ex. introducerea alimentelor bogate în fibre vegetale = profilaxia cancerului de colon) -toate acestea constituie semnalele unei ofensive promițătoare pentru limitarea cumplutului flagel.

Din nefericire, atât în aceste țări cât mai ales în zonele cu o populație subeducată și cu un nivel de trai sub limitele decenței, recomandările cu caracter profilactic menționate sunt ignorate.

Asistăm la un paradox generat de consumul crescut de asistență medicală de către cancerofobi - pe de o parte - și de subestimarea unor acuze sugestive pentru cancer de către medicii exasperați de abundența acestor cancerofobi (Iamandescu - 1991).

Astfel ajung să fie diagnosticați bolnavii de cancer în stadii avansate ale bolii când - datorită unor mecanisme de apărare, crescute în cursul acestei situații de amenințare vitală - înșiși bolnavii respectivi se autoamăgesc cu ideea că au alte boli curabile.

2. PROBLEMA ADEVĂRULUI ÎN CAZUL BOLNAVILOR NEOPLAZICI

Întrucât această dispută între cele două tabere - care separă adepții "adevărului cu orice preț" de cei care invocă obligația medicului de a menaja bolnavul de stresul major al diagnosticului - este încă în curs de reglementare, ne vom mărgini să punctăm câteva elemente de certitudine, intervenite în ultimii ani:

2.1. Cunoașterea adevărului (a diagnosticului de cancer) agravează evoluția bolnavului

Deși 95% din bolnavii de cancer doresc o comunicare sinceră a diagnosticului (Popovici - Mărsu și Nicolau - 1991), cunoașterea adevărului despre cancer reprezintă un stres major pentru orice bolnav, fapt ce obligă la evaluarea rolului stresului psihic în cancer.

Există o serie de dovezi în acest sens din care cităm doar două tipuri:

- Experimentale: Stresul psihic deprimă imunitatea, inclusiv cea antitumorală, fapt pledat de o serie de experimente, între care grefarea aproape exclusivă a celulelor tumorale inoculate la un lot de șoareci stresați experimental prin electrocutare periodică (în raport cu șoarecii inoculați dar fără electrocutările respective).

- Epidemiologice: Bolnavii cu același tip de localizare și în același stadiu de dezvoltare a tumorii, au fost împărțiți în două loturi: cei cărora li s-a spus adevărul despre boală și

cei cărora le-a fost ascuns acest adevăr. Lotul de bolnavi "menajați" a supraviețuit în medie cu 6 luni mai mult decât cel care a fost stresat prin punerea în fața crudului adevăr.

2.2. Obligația medicului de a respecta dreptul ființei umane la adevăr

În afara unor considerente etice cu caracter general, pentru această obligație a medicului pledează și o serie de circumstanțe de ordin practic, specifice biografiei și personalității fiecărui bolnav.

Pornind de la cazurile (uneori ajunse pe mâna justiției) unor bolnavi cu o serie de responsabilități economico-financiare sau sociale care aveau de reglementat unele probleme importante pentru ei dar și pentru ceilalți - ale succesiunii în domeniile respective, s-a ajuns într-o serie de state la crearea unui cadru juridic care să reglementeze obligațiile corpului medical de a informa prompt pe bolnav asupra diagnosticului și -pe cât posibil - să estimeze timpul de supraviețuire.

În unele țări, încă se aplică selectiv această dezvăluire a adevărului, în funcție și de tipul de personalitate a bolnavului (în stare sau nu să suporte șocul adevărului) dar și de condițiile sale de viață.

În ceea ce ne privește, în lipsa unor reglementări clare în țara noastră - considerăm această din urmă poziție, ca fiind cea mai rezonabilă dar atragem atenția că, până la asigurarea certitudinii privind diagnosticul de neoplasm, este util să menajăm bolnavul chiar și de stresul supoziției unui astfel de diagnostic.

3. MODIFICĂRI PSIHLOGICE ALE BOLNAVIILOR NEOPLAZICI

Nu se poate spune că există o personalitate primară a bolnavului neoplazic dar, cu siguranță, boala își pune pecetea (prin recul somato-psihic) asupra psihologiei bolnavului iar cunoașterea diagnosticului real poate conduce la stări nevrotice sau chiar psihotice, mergând până la tentativa de suicid.

De regulă bolnavii cancerosi prezintă un sindrom neurasteniform secundar bolii iar anxietatea și starea de depresie se instalează pe măsură ce se epuizează progresiv șansele de supraviețuire.

Evoluția stărilor psihice prin care trece bolnavul, paralel cu stadiile parcurse de boală, a fost descrisă în capitolul "Reacția psihologică a cancerosilor", de Coralia Popovici-Mârșu (1991) și poate fi circumscrisă în cadrul unor mecanisme de apărare exprimate sub forma unor "spaipe arhaice", într-o formă specifică tipului de personalitate și biografiei fiecărui bolnav canceros.

Aceste mecanisme au fost astfel sistematizate:

- teama de mutilare (firească, mai ales în cancerul de sân!) cu generarea unor modificări ale schemei corporale;
- confruntarea subită cu propria sa mortalitate, generând anxietate, depresie și renunțările la luptă. "Chiar dacă prognosticul este favorabil, moartea apare mult mai apropiată decât viitorul" (ibidem);
- teama de pierdere a controlului, cauzată de tumultul informațiilor vitale pentru bolnav și legate, în primul rând de boala sa care îi amenință viața.

Reacțiile compensatorii în acest context sunt concretizate printr-un "activism debordant, alegerea unor tratamente non-ortodoxe" menite să-i permită bolnavului să-și păstreze controlul.

4. MODALITĂȚI PRACTICE DE ASISTENȚĂ PSIHOLGICĂ A BOLNAVIILOR NEOPLAZICI

Wise (1988), pornind de la realitatea clinico-evolutivă că boala cancerosă nu presupune iminența decesului (uneori putând fi chiar vindecată!), propune următoarea stadializare:

4.1. Momentul stabilirii diagnosticului

a) Bolnavul poate avea două atitudini:

- de ignorare a primejdiei prezente la orizont: continuă să fumeze, neglijează investigațiile prescrise (de exemplu, mamografiile, în caz de suspiciune a unui neoplasm de sân, controalele ginecologice cu examen biptic - pentru neoplasmul de col uterin etc.);
- de jenă și evitare a doctorului, când temerile acestuia s-au adeverit și bolnavul se teme că va fi dojenit și, eventual, abandonat.

b) Medicul va căuta în această fază de tatonare diagnostică, să păstreze o atitudine optimistă dar fermă, de îndrumare a bolnavului spre investigațiile necesare, fără a stresa suplimentar bolnavul prin comunicarea suspiciunii de cancer.

4.2. Momentul inițierii tratamentului

a) Aspecte relaționale

Bolnavul ajunge "pe mâna" specialistului (chirurg sau oncolog), situație ce periclitează relația terapeutică cu medicul său curant generalist.

Acesta din urmă poate menține benevol această relație prin: vizite la/și de către bolnav, convorbiri telefonice cu acesta și acordarea unor sfaturi când acesta i le cere.

b) Reculul somato-psihic al terapiei oncologice

Cunoscându-se numeroasele și importante efecte secundare ale terapiei cu citostatice sau ale radioterapiei (vărsături, alopecie, stări confuzionale, anemii, etc.), este de așteptat ca bolnavul să intre într-o stare de depresie pe care sprijinul moral - dublat de sfaturi competente profesional - al medicului său curant poate să i-o înlăture.

4.3. Momentul remisiunii

Chiar dacă poate fi exploatat de către medicul curant, în sensul accentuării speranțelor redobândite de către bolnav, chiar și în această etapă se cer respectate câteva principii:

- vigilență pentru a nu se opri tratamentul (de către bolnavii pripitiți care se consideră deja vindecați - "falsa securitate" - Wise);
- încurajarea permanentă a bolnavului torturat de anxietatea recidivei;

4.4. Momentul recidivei

Generează la bolnav o adevărată teroare împingându-l în brațele disperării. Se poate încerca de către medic o încurajare cu substrat de "sugestic armată" apelând la termeni care impresionează, susținându-se astfel argumente de tipul "controlul tumorii" sau "stoparea extinderii" tumorii (a metastazării) (Wise).

Tot în această etapă se pot atribui (fals, desigur) agravările stării generale a bolnavului efectelor secundare "previzibile" medicației citostatice.

4.5. Stadiul terminal

Deși degingolada bolnavului ajunge la paroxism iar medicul său curant, ca și ceilalți medici, și-au pierdut orice credit, este necesară o înțelegere a disperării bolnavului și o susținere în plan afectiv conjugată cu un tratament simptomatic cât mai eficace asupra acuzelor subiective ale bolnavului (durerile, în primul rând).

În nici un caz bolnavul nu trebuie abandonat iar conduita medicului trebuie să se conformeze unor noi reguli, cele care privesc asistența psihologică a bolnavului muribund.

C. Problemele psihologice ale asistenței muribundului²

1. ETAPELE MORTII BIOLOGICE

Moartea, din perspectivă filosofică, este un fenomen natural și universal, o stare diferită de viață, dar necesară a materiei. Din punct de vedere biologic, ea apare înscrisă în programul genetic al fiecărei ființe (fapt ce ridică problema existenței unor "gene letale"), și se caracterizează prin încetarea în timp a activității diferitelor aparate și sisteme, și a organismului ca întreg, urmată de disoluția lui treptată.

Moartea este un proces care parcurge o anumită dinamică. Vorbim de etape ale morții, așa cum vorbim de etape ale vieții. Activitatea diferitelor organe se reduce și dispare cu un ritm diferit (ex. neuronii cerebrali, aproximativ 3 minute, pe când miocitele cardiace - câteva ore).

Stările terminale ale organismului, în totalitate, sunt următoarele:

- a) Preagonia - etapă premergătoare agoniei, în care "manifestările psihice sunt relativ specifice, fiind condiționate de factori individuali" (Beliș, 1992, p. 20);
- b) Agonia - care marchează trecerea de la fenomenele biologice la cele tanatologice (cu pierderea contactului cu realitatea, delir, retrăiri onirice, haos vegetativ, anestezie);
- c) Moartea clinică (manifestată prin dispariția funcției respiratorii și a celei circulatorii, și abolirea reflexelor (etapă reversibilă în 2-5 minute), coma depășită (care adaugă la etapa precedentă - abolirea activității EEG, și uneori hipotermie - etapă ireversibilă, viața fiind menținută artificial);
- d) Moartea reală (cu apariția semnelor specifice - răcirea, deshidratarea, lividitățile cadaverice, autoliza și, tardiv, putrefacția).

Cercetarea psihologică a stărilor terminale vizează etapele (a) și (b), această zonă fiind grevată încă de numeroase necunoscute și incertitudini.

Din rațiuni strict didactice, putem descrie, în cazul abordării psihologice a situațiilor limită, trei aspecte:

- psihologia bolnavului (muribundului);
- psihologia medicului care le asistă;
- psihologia familiei (aparținătorilor).

² Subcapitol redactat de dr. Ovidiu Popa-Velea.

2. ASISTENȚA PSIHOLICĂ A MURIBUNDULUI ESTE CENTRATĂ PE EMPATIE

S-a constatat existența a cel puțin 3 factori, capabili a ușura suferința bolnavului:

- apelul la sentimentele religioase ale acestuia;
- prezența rudelor apropiate (prieteni);
- (auto) centrarea asupra realizărilor din timpul vieții. (Kastenbaum, R., Kastenbaum B.K., Morris J. - 1989).

Fiecare dintre ei implică o nuanțare în practică: prezența preotului este recomandabilă, numai dacă există certitudinea absolută a unui efect pozitiv (în atitudinea de non-combat, resemnare); prezența aparținătorilor este necesară în aproximativ totalitatea situațiilor, dar cu grija ca prin conduită să nu sporească, chiar involuntar, suferința bolnavului; orientarea asupra trecutului este benefică numai când ea presupune o raportare cel puțin neutră, dacă nu pozitivă, cu sentimentul unei vieți împlinite.

Probleme psihologice reale ridică variantele celelalte: absența convingerilor religioase (sau, mai ales, pierderea acestora), absența unui suport social real, lipsa sentimentului de autorealizare. Ele ridică probleme, chiar și în cazul unui om sănătos, cu atât mai mult la un muribund. Acesta este confruntat, într-o atare situație, cu o totală lipsă de perspectivă (atât în ce privește trecutul, cât și prezentul și viitorul), deci au sentimentul unui vid interior, ce degenerază foarte ușor în disperare, iar din punct de vedere psihomotor, în panică. Aceasta, la rândul ei, este capabilă a-i întuneca și mai mult prognosticul.

În această situație, conduitele unice sunt greu de prescris.

Conduite posibile

Distragerea atenției este adesea greu de realizat, întrucât există simptome relevante pentru gravitatea bolii (lipsa de speranță în vindecare), ce sunt prezente continuu sau intermitent: hemoptizia, sufocarea, durerea, hematemeza, melena, scăderea marcată în greutate.

În orice caz, se va încerca abaterea atenției de la simptomul dominant. Conduita poate fi centrată pe tratamentul simptomatic al cauzelor, fără pretenția unor soluții radicale (ce seamănă mai degrabă a "eutanasiu activă").

Importante sunt și cadrul ambiental și relațiile pe care le stabilește bolnavul cu medicul, dar și cu celelalte persoane (alți bolnavi, personalul medical mediu). Se va încerca limitarea la minim a disconfortului din partea acestora, și eliminarea vicistudinii pe cât posibil, a "micilor", care într-o situație - limită capătă o importanță deosebită.

Demersul psihologic este funcție mai ales de gradul de conștientizare a bolnavului asupra sfârșitului letal. Practic, este posibil ca acesta să se găsească în momentul deznoământului, în oricare din fazele următoare: ignorare, negare, revoltă (unii bolnavi își descarcă furia tocmai pe cei apropiați, care trebuie preveniți asupra acestei posibilități), raționalizare - intelectualizare, resemnare. În toate aceste situații, utilizarea psihoterapiei suportive (PTS) rămâne valabilă, însă domină o nuanță sau alta (de ex. îndrumarea în cazul raționalizării - intelectualizării (și atitudinii combative), încurajarea (în resemnare) presiunea (pentru atitudinea de revoltă).

Cazul ignorării ridică cele mai mari semne de întrebare. În general, este nerecomandabilă comunicarea prognosticului real, chiar dacă bolnavul solicită acest lucru, dacă există certitudinea că aceasta ar dăuna bolnavului. Deși această atitudine poate fi justificată din punct de vedere terapeutic, ea este teoretic greșită, din punct de vedere etic, și poate accentua lipsa de încredere în medic (majoritatea bănuiesc, totuși, ceva).

În cazul în care prognosticul fatal rămâne totuși ignorat de bolnav, apar probleme psihologice și pentru medic (care nu trebuie să se "trădeze") și anturajul bolnavului (din același motiv).

Abordarea psihologică se circumscrie, în final, manifestărilor psihocomportamentale concrete ale pacientului. Beliș (1992, p. 20) citează mai multe variante: logoreea, agitația, hipermnazia invadatoare (în cazul traumatizațiilor), astenia și acceptarea (pentru bătrâni), anxietatea (în boli netraumatice), resemnarea (în boli consumptive), indiferența sau euforia (în moartea prin asfixie).

Medicația psihotropă are un rol limitat, în comparație cu PTS: medicația anxiolitică poate fi admisă, pentru perioade scurte (pentru a ușura suferința extremă), la fel antidepresivele, în doze mici.

3. PSIHLOGIA MEDICULUI

a) Rolul medicului în asistența medico-psihologică a muribundului

Apropierea medicului de drama muribundului este influențată de postura decisivă în care acesta se găsește, care s-ar putea denumi generic "funcție apostolică" (Balint M., 1973). Medicul care oficiază ritualul "trecerii" este investit, până în ultima clipă, atât de către bolnav, cât și de familie, și de eventualii martori - cu o aură mitică, demiurgică; el este simbolul posibilităților neexplorate, el "hotărăște" în mare parte destinul pacientului, sau în orice caz, mediază sfârșitul inevitabil, de pe poziția unui veritabil sacerdot.

Cei mai mulți medici sunt conștienți de acest rol, pe care și-l asumă atât din datorie profesională, cât și din perspectivă umană. Tendința de a asimila pacientul unui organism, unei mașinării pe care să se oprească, golit de orice esență omenească, este tot mai rară, însă, desigur, este influențată și de educația (inclusiv religioasă) a medicului și de trăsăturile sale temperamentale și de caracter.

În cazul (optim) în care medicul acceptă să joace activ rolul central al dramei, în contrast cu rolul central, dar pasiv, al pacientului, el trebuie să țină seama de următoarele.

b) Principii de acțiune

- Nu există, teoretic, nici un moment, până la decesul bolnavului, în care asistența medicală poate fi întreruptă (din acest punct de vedere, eutanasia pasivă este la fel de condamnabilă ca și cea activă);

- Scopul central al terapiei este acela ca, neintempestiv fiind ("primum non nocere"), să amelioreze starea fizică/psihică a bolnavului, un element central fiind durerea (cu atât mai mult cu cât durerea, prin ea însăși, produce, datorită reculului somato-psihic, accelerarea sfârșitului letal, prin epuizarea resurselor dinamic-energetice ale SN);

- Integrarea celor apropiați bolnavului în situația de fapt, este necesară - mediind relația între cele două părți, în sensul minimizării suferinței acestuia;

- Încurajarea transferului este utilă, în măsura în care poate insufla speranță, și combate disperarea și teama (panica);

- Autocontrolul medicului trebuie totuși menținut la un nivel elevat. Se recomandă utilizarea unor tehnici de autorelaxare și (auto) analiza periodică, în cazul specialiștilor aflați în servicii cu letalitate ridicată;

- Adaptarea, în timp, la moarte și suferință, nu trebuie confundată cu insensibilitatea. O relație medic-pacient cantonată, în asemenea momente, strict în sfera profesionalului (lipsită de coloratură afectivă, umană) va fi, sigur, deficitară.

4. ASISTENȚA PSIHOLICĂ A FAMILIEI (ANTURAJULUI)

Această latură a demersului terapeutic capătă o importanță crescândă, pe măsură ce etapele bolii se succed spre final.

Ea se continuă scurt timp după deces, iar în cazuri selecționate, și mai mult timp (cunoscut fiind faptul că, cel puțin din punct de vedere statistic, decesul soțului/soției, sau a unui membru apropiat al familiei este cotelat ca un eveniment psihotraumatizant major pe scala Holmes-Rahe).

Se urmăresc obiective ca:

- familiarizarea cu prognosticul întunecat, concomitent cu menținerea încrederii în medic (aceasta previne gesturi intempestive, și adesea necugetate, ca "externarea la cerere", uncori chiar împotriva voinței propriu-zise a bolnavului);

- asigurarea cooperării, în sensul stabilirii unor reguli de comportament și a unor informații de vehiculat comune (pentru acestea din urmă, dacă se dorește ca bolnavul să nu cunoască diagnosticul real). Comportamentul este îndreptat în sensul ușurării suferinței, eliminându-se conduitele dăunătoare pentru bonav, chiar dacă sunt bine intenționate;

- aplicarea de elemente de psihoterapie suportivă și vis-à-vis de familie, ca încurajarea, îndrumarea și persuasiunea.

S-a constatat că eficiența maximă în cazul asistenței psihologice a muribundului este asigurată de un practician generalist, și nu de psihiatru (tratatul de psihiatric Oxford 1994, p. 338). Doar a șasea parte a muribunzilor și familiilor acestora ajung să se adreseze psihiatrilor și aceasta pentru patru tipuri principale de probleme: 1) dificultăți în a vorbi rudelor și medicilor despre boală; 2) dificultăți în acceptarea restricțiilor sociale și în luarea deciziilor cu privire la boală și viața de zi cu zi; 3) dificultăți în acceptarea efectelor îmbolnăvirii asupra vieții de familie; 4) probleme psihologice de dimensiuni medii sau mari, prezente cu mult înainte de apariția bolii.

O pondere hotărâtoare în tratament revine PTS, accesibilă oricărui medic. Departe de a avea un grad de complexitate ridicat, ea permite (poate tocmai de aceea) o înaltă adaptare la cerințele pacientului, dovedindu-și eficiența, atât imediat, cât și pe întreaga durată a degradării progresive a stării bolnavului.

* *

*

Esențiale pentru o moarte decentă, și, pe cât posibil cu minime suferințe morale sunt două condiții, ce pot fi, de regulă, aduse la îndeplinire de fiecare medic:

- reducerea la minimum a simptomelor chinuitoare (durere atroce, dispnee severă, tuse sufocantă etc.), apelând fără rezerve la medicația simptomatică;

- împlinirea unor ultime dorințe, elementare, ale bolnavului, inclusiv - atunci când acesta a înțeles apropierea sfârșitului și s-a resemnat - apelul la ultima împărtășanie (se cunosc nenumărate cazuri când bolnavul muribund și-a mobilizat ultimele forțe spre a putea aștepta acest moment de revelație, murind apoi împăcat).

D. Euthanasia

1. PREMISE MEDICO-SOCIALE

Apropierea morții bolnavului are loc, cel mai adesea, pe fondul unei adevărate decăderi fizice și al unei epuizări psihice, conferind muribundului o imagine din cauza căreia dacă acesta mai posedă încă ludicitatea de a o percepe - el ajunge să-și dorească, în mod total sincer și adesea iminent, grăbirea sfârșitului existenței.

Privit din exterior mai ales de către cei care l-au cunoscut în momentele faste ale existenței sale, bolnavul muribund - răvășit și modificat în mod monstruos de boală (în special cancerul dar și unele accidente sau în cazul păstrării aparențelor fizice, imbecilizat de boli involutive psihice, sau chiar de boli infecțioase grave precum turbarea sau tetanosul) - trezește involuntara și amara surpriză a acestei noi înfățișări, ca și o compătimire dintre cele mai neputincioase.

În planul apropiat al familiei care îl îngrijește cu un devotament pus greu la încercare, cât și cu prețul unor cheltuieli materiale împovărătoare, durerea celor dragi este sporită de disconfortul inerent al simptomelor bolii (hemoragii, vărsături, scaune diareice etc.), ca și de consumarea - adesea - a ultimelor economii, mai ales în cazul în care bolnavul reprezintă și sursa principală de venit a familiei.

Fiecare zi prin care se prelungește această dramă cu un sfârșit inexorabil îi consumă psihic pe toți cei care sunt agrenați în această luptă dinaintea pierdută, cu boala: medic, personal de îngrijire, familie și - desigur - bolnavul, principala victimă în acest joc al morții.

Nici societatea nu rămâne indiferentă - la modul filosofico-etic, privind prelungirea fără sens a suferinței umane, dar și la modul strict materialist al risipirii (fără eficiență!) a unor resurse (vezi medicația și aparatura secțiilor ATI) pe care în cazul unei morți mai rapide a bolnavului incurabil și chinuit le-ar putea economii în folosul altor bolnavi recuperabili (mai ales în spitalele de copii, de boli infecțioase, chirurgie plastică etc.).

Toate aceste motive, unele de demult existente (contemplarea neputincioasă de către medic și familie a chinurilor prelungite ale unui bolnav muribund), au generat ideea încercării de a se întrerupe voluntar, de către medic, firul subțire al acestor vieți deja pierdute procurându-i-se bolnavului o "moarte dulce", "euthanasia" (Thanatos = moarte).

2. MODALITĂȚI PROPUSE DE REALIZARE A EUTHANASIEI

a) Euthanasia pasivă

De multe ori, în mod tacit, s-a întâmplat ca medicul și familia să "încetinească" ritmul îngrijirilor axate pe tratamentul patogen (paleativ sau total inefficient), recomandând numai ca să "se facă ceva" pentru bolnavul iremediabil pierdut. Conservându-se numai medicația simptomatică menită să diminueze suferințele muribundului, adesea nici aceste medicamente (antibiotice, sedative, antiemetice etc.) nu mai sunt eficiente. Această abandonare progresivă și șovăielnică a bolnavului irecuperabil și suferind cumplit poate fi echivalată cu ceea ce adepții contemporani ai euthanasiei denumesc metodă de euthanasie pasivă (dar cu mijloace mult mai radicale: scoaterea perfuziei, întreruperea respirației mecanice etc.).

b) Euthanasia activă

Net diferită de prima metodă care - adeseori, din lipsa unei dotări corespunzătoare în medicamente și aparatură, se realizează fortuit, fără a genera copleșitoare probleme etice și medico-legale - euthanasia activă constă în asistarea (și provocarea) de către medic a morții pacientului incurabil, la cererea acestuia (confirmată de tribunal!).

Deocamdată, euthanasia se practică numai în Olanda și în câteva state din SUA - cu o riguroasă reglementare etică și juridică menite să împiedice deturnarea metodei spre scopuri care, indiferent de motivarea lor, ar deveni cu adevărat criminale.

3. CRITERII MEDICALE, MORALE ȘI JURIDICE DE SELECȚIE A BOLNAVIILOR PENTRU EUTHANASIE

Bazat pe considerații personale inspirate de practica personală (în special asistența medicală din cursul gărzilor din spital), ca și de o serie de pertinente opinii expuse de participanții la Conferința - dezbateri a Academiei de Științe Medicale din România din 4 dec. 1994 (sub conducerea Acad. St. Milcu și Prof. Dr. C. Maximilian), am încercat o sinteză a criteriilor de ordin moral și juridic ce pot să permită medicului să ia în considerare eventualitatea aplicării euthanasiei (deocamdată nereglementată în țara noastră, dacă aceste criterii sunt, de fapt propuneri!).

a) Condiții obiective de instituire:

- imposibilitatea (evaluată corect, riguros) mijloacelor medicale de menținere în viață a bolnavului;
- bolnavi decerebrați, menținuți artificial în viață;
- disconfort maxim al pacientului irecuperabil și/sau deteriorare psiho-comportamentală ireversibilă;
- impact extrem de negativ asupra familiei (aparținători ei înșiși bolnavi - cardiaci, de exemplu, cu resurse materiale precare) și asupra societății (consum masiv de medicamente și aparatură, cu efect minor, paleativ, de menținere în viață a unui bolnav;
- existența unui cadru legal care să permită euthanasia;

b) Consimțământul bolnavului:

Presupune existența lucidității și discernământului acestuia, fapt ce se traduce prin apelul la medic pentru aplicarea metodei, apel ce se poate face în două moduri:

- scris: de regulă - prevăzând evoluția ireversibilă a bolii, inclusiv momentul când își va pierde luciditatea sau discernământul - bolnavul lasă o scrisoare (autenticată de un organ judiciar sesizat de această intenție)
- oral: poate fi dat în condițiile în care bolnavul - păstrându-și luciditatea - nu mai suportă simptomele chinuitoare ale bolii și/sau nu mai acceptă să ajungă într-o situație jenantă față de cei din jur. Și acest apel la medic pentru euthanasie trebuie făcut în prezența martorilor.

De menționat că euthanasia pasivă este deja acceptată de către o mai largă masă a corpului medical și că aplicarea ei este justificată de îndeplinirea condițiilor obiective de la punctul a).

4. ARGUMENTE ÎMPOTRIVA EUTHANASIEI ACTIVE

- jurământul hipocratic, stipulând misiunea medicului de a sprijini viața și nu de a o curma!

- credința religioasă care nu permite omului să se substituie divinității în deciziile de viață de moarte
- unele cazuri excepționale de bolnavi "condamnați" de unanimitatea medicilor care i-au îngrijit și care, ulterior, au supraviețuit
- reticențele medicului față de oficiul de "călău" solicitat, chiar dacă, tocmai prin profesia sa, este singurul capabil să asigure o "moarte decentă" bolnavului.

5. CONDUITA CARE PRECEDE DECIZIA

- îndeplinirea "ultimelor dorințe" ale bolnavului, inclusiv asigurarea oficiilor duhovnicesci (dacă sunt solicitate și conform credinței religioase a bolnavului);
- încurajarea familiei.

Maximilian compară euthanasia cu o execuție căreia i se stabilesc ora, autorii (medicii), detaliile și chiar momentul de rămas bun, asigurându-se o decență a trecerii - de necesitate - a ființei umane într-o altă lume.

Capitolul 15

PSIHOLOGIA MEDICAMENTULUI ȘI COMPLIANȚA TERAPEUTICĂ

I. PSIHOLOGIA MEDICAMENTULUI

În zilele noastre, calitățile magice atribuite în epocile timpurii medicului au fost treptat "retrase" din persoana acestuia și introduse în medicamentele nou apărute (Balint), extrem de active - implicit cu rezultate adesea spectaculoase.

Mitul medicamentului - neegalat nici de cel al noilor tehnici diagnostice sofisticate (și nici de revenirea în prim plan a unor tehnici tradiționale terapeutice (acupunctura, homeopatia etc.) - obligă medicul practician la considerarea unor probleme de ordin psihologic ce apar în momentele în care pacientul se află în relație cu ceea ce el poate (sau nu!) să considere ca sursă miracol a alinării suferințelor sale.

Din acest punct de vedere vom distinge:

- momentul prescrierii, desfășurat în cadrul unei veritabile confruntări între așteptările (uneori exagerate, alteori absente) ale bolnavului și argumentele (de regulă, favorabile) ale medicului. Destul de des asistăm la o veritabilă "tocmeală" amorsată de expectanțele pacientului (inclusiv rugămintea lui expresă de a i se da un medicament chiar înainte de precizarea diagnosticului) și "dezamorsată" de asigurările date de către medic, referitoare la utilitatea sau inutilitatea medicației aflate în discuție (la insistențele pacientului);
- momentul acțiunii farmacologice a medicamentului, capabil să genereze reacții subiective sau obiective din partea pacientului și interpretate de către acesta pe baza, fie a unei "culturi medicale" - lecturi sau date culese din diverse medii sociale, inclusiv medicale - fie a experienței anterioare a administrării aceluiași medicament sau a altor medicații.

Acest moment poate constitui sursa unor reacții psihice în favoarea medicamentului generând - în cazuri extreme - dependența de medicament iar, în cazuri mai frecvent întâlnite, efectul Placebo instalat în cursul unor administrări ulterioare.

Tot acest moment poate, însă, sta la baza unor reacții secundare brutale, repetabile, constituind sursa unei aversiuni (sau chiar refuz) față de viitoarele administrări ale aceluiași medicament, extinsă - în unele situații - la o gamă largă de medicamente și însoțindu-se de o anxietate extremă în cazul unei noi îmbolnăviri;

- momentul bilanțului, când bolnavul poate aprecia ca o reușită acțiunea benefică a medicamentului, căpătând încredere pentru eventuale readministrări ale acestuia în cazul unor recidive și, invers, când bolnavul poate fi decepționat de eșecul tratamentului primit

și trebuie să reia sisific tratamentul cu un nou medicament având nevoie să fie asigurat de către medic că "a pierdut o bătălie dar nu și războiul".

Legată de aceste etape este și prezentarea capitolelor ce urmează.

A. Efectul Placebo

1. CONSIDERAȚII INTRODUCTIVE

1.1. Definiții

O definiție sintetică a acestui efect este cea dată de Scheler (1980): Placebo reprezintă o formă medicamentoasă identică cu cea a unui medicament dar fără substanța activă a acestuia. În Hoper's Medical Dictionary din 1811 termenul era definit ca o medicație prescrisă mai mult pentru a plăcea decât spre a-i fi utilă bolnavului.

În dicționarul medical de Zetkin - Schalade 1978 (citată de Janowsky și col.) definiția este mai corespunzătoare. Placebo apare ca "un mijloc de control, necesar cercetării terapeutice, fiind definit ca " un medicament aparent (Sheinmedikament) - adică dotat - cu înfățișarea și gustul unui adevărat medicament, care permite în cazul unei prescrieri corespunzătoare (scopului cercetării) - deosebirea între acțiunea reală a medicamentului și cea exercitată în planul psihic al bolnavului.

Considerăm că trebuie incluse în definiție și efectele acestei acțiuni care sunt legate de amendarea sau diminuarea unor simptome, fie somatice, fie psihice, ale bolnavului (sau inducerea unor "simptome" la subiectul sănătos, supus cercetării științifice).

Concluzionând, adăugăm încă o definiție, pe cea a lui Scheindel (1962) care consideră Placebo ca un analog al medicamentului fără activitatea biologică și forma cardionică a acestuia.

1.2. Etimologie și istoric

Placebo este echivalentul cuvântului ebraic "ethaalik" și reprezintă forma - la viitor - a verbului latin placco, placere și poate fi tradus stricto sensu prin: "voi plăcea" sau, mai liber, prin "voi fi plăcut" (agreabil) similar în germană cu "ich werde gefällig", expresie prin care autorii germani Stendel (1956) și Shapiro (1964) - ambii citați de Janowski și colab. - defineau sensul cuvântului Placebos - nume dat acelor cântăreți medicvali (secolul XII) care intonau la messe-le funerare - Psalmul 116 ce conține versul: "Placebo domine in regione vivorum". Cuvântul Placebo, astfel preluat, are sensul de agreabil, plăcut - în sens de promisiune - și deci poate defini așteptarea unui bolnav - când i se dă un medicament - la acțiunea utilă, plăcută a acesteia.

Tot în evul mediu medicina acelei epoci folosea diverse remedii - total lipsite de acțiune efectivă terapeutică, precum praful de mumie - conform unui citat din O.W. Molames - "ar fi trebuit aruncat în mare dar, deși ar fi mai bine pentru omenire, ar fi mai rău pentru pești".

În secolul XVIII începe acțiunea de evaluare a mijloacelor terapeutice la sănătoși (Löffler), fiind menționat acest termen Placebo în sensul actual (Kroneberg 1986).

În 1932, Martini fundamentează noțiunea de efect Placebo dând curs unor cereri ale întreprinderilor farmaceutice care doreau o evaluare corectă a acțiunii farmacodinamice a noilor preparate medicamentoase (Verum), inclusiv delimitarea de influențele sugestiei (aceste din urmă proprietăți studiate cu preparate inactive, denumite Placebo).

În zilele noastre analiza efectelor Placebo se face, atât pentru completarea sau înlocuirea acțiunii unor medicamente la omul bolnav, cât și pentru studierea acțiunilor farmacodinamice ale noilor medicamente - la bolnavi și la unele loturi de sănătoși.

1.3. Frecvență și caractere generale

În ceea ce privește frecvența apariției efectului Placebo la pacienți, ea este apreciată în general la 30-35% (Wieldemann - 1988) dar - în cazul în care așteptarea (încrederea) pacientului în medic și medicament este maximă, efectele somatice și psihice ale substanței inactive cu aparență de medicament apar până la 90% din pacienți (Illhardt - 1988).

Caracterele generale ale E.P. sunt următoarele:

- substanța administrată este inertă farmacodinamic;
- efectul este simptomatic (atât simptome psihice, cât și somatice);
- durata efectului este, de regulă, scurtă;
- instalarea efectului este mai rapidă decât cea necesită de ajungerea în sânge a unei substanțe farmacodinamice active;
- acțiune nespecifică (indiferent de natura bolii).

2. FACTORII DE CARE DEPINDE E.P.

2.1. Variabile psihologice ale pacientului

În cea mai mare măsură E.P. depinde de pacient dar și medicul are un rol important.

Au fost expuse la capitolul consacrat psihoterapiei, inclusiv paragraful din cadrul elementelor sugestive.

În ultimul timp au fost revizuite sau nuanțate unele dintre caracteristicile Placebo-reactivilor (expuse și de noi pe baza unor autori ca Rickels, Downing etc.).

Vom încerca să reluăm succint aceste caracteristici, așa cum sunt ele oglindite în ultimul deceniu de către școala germană care a creat și termenul de Placebo - rector (Batterman - 1957).

Janke (1986) utilizează termenii de predictibilitate și identificare a răspunsului Placebo:

a) Placebo - reactivii

Din acest punct de vedere, Koronerberg (1982) nuanțează astfel răspunsul:

1. indiferent de sex, vârstă și inteligență pacienții pot fi Placebo-reactivi
2. referitor la frecvența răspunsurilor pozitive, femeile sunt mai des reactive;
3. pacienții cu boli mai ușoare răspund mai frecvent prin E.P. (Müller - Oerlinghausen - 1986);
4. un pacient Placebo - reactiv poate deveni Placebo-non reactiv și invers.
5. referitor la tratamentul care li se acordă, ei sunt mai preocupați și mai mulțumiți de acest tratament.

În esență se poate spune că Placebo - reactivii au ca numitor comun două elemente, referitoare la atitudinea lor față de tratament - necesitatea și inocuitatea acestuia (Janovskiy și col.).

b) Placebo nonreactivii

După Schindel, astfel de pacienți acționează, practic, în toate domeniile de o manieră potrivnică.

Ei sunt caracterizați ca fiind:

- nemaleabili;
- extravertiți;
- agresivi;
- eliberează anxietatea la exterior.

Lange (1987) consideră că nu este posibil să se contureze un tip de personalitate olegat de comportamentul față de E.P. ci există o interacțiune dinamică (pacientul cu medicul și - între ei - medicamentul, n.n.) prin care se construiește acțiunea Placebo-ului.

2.2. Variabile psihologice ale medicului

Mulți autori le consideră de o importanță deosebită, în special din unghiul captării încrederii bolnavului.

Deși au fost evidențiate cu ocazia capitolelor consacrate psihoterapiei sugestive, considerăm necesară o sistematizare succintă a acelor care se implică major în E.P.

a) Calități pozitive

1. Prestigiul - ca rezultat a două componente de bază:

- pregătirea, atestată de titluri care impun respect (profesor, specialist dar - pentru unii pacienți cu un statut socio-cultural mai redus - funcțiile administrativ-medicale: director de spital, șef de policlinică, de secție spital, etc.) așa cum rezultă din observațiile noastre).
- rezultatele practice obținute și vehiculate de pacienții vindecați care le "popularizează" în fața celor ce urmează să fie tratați de medicul respectiv.

2. Optimistul terapeutic, inclusiv încrederea în medicamentul ce urmează a fi administrat.

3. Calitățile relaționale: "căldura umană", atitudinea prietenoasă față de bolnav.

4. Comunicarea explicită referitoare la acțiunea medicamentului, în cadrul unor explicații succinte asupra bolii și perspectivelor evolutive ale acesteia, folosind un limbaj adecvat bolnavului (nu numai cu termeni tehnici, ci conținând o serie de elemente verbale sau non-verbale familiare bolnavului - desigur, neobligatorii și greu accesibile unor medici cu o ținută academică inflexibilă).

- 5. Autoritatea medicului: cu toate că ultimele două trăsături tind să o micșoreze, există totdeauna un anumit mod de a recupera aceste avansuri făcute bolnavului, conducând la o autoritate a medicului acceptată liber de către bolnav și care poate fi implicată pozitiv în E.P.

b) Calități negative (medicul Anti-Placebo, cf. Schindel)

1. Opusul celor pozitive, mai sus înfățișate.
2. Lipsa de preocupare față de bolnav.
3. Indiferența față de medicamentul pe care îl prescrie.

2.3. Variabila medicament

Enumerăm succint acele trăsături cu E.P. pozitiv prezentate la alte capitole:

1. Noutate.
2. Administrare parenterală.
3. Design (plăcut, sofisticat).

4. Culoarea: Shapiro în 1970 a stabilit câteva principii referitor la posibilitatea culorii medicamentelor administrate per os de a genera E.P.:

- în stările anxioase: verdele, mai activ decât roșul;
- în stările depresive: galbenul;
- în stările de iritabilitate: bleu-ul și verdele.

5. Mirosul (este cunoscut efectul intens asupra stării lipotimice și, în genere asupra unor simptome psihice, variate, exercitat de extractul de valeriană, cu acțiune farmacodinamică reală destul de redusă sau efectul clasicei "sticlucă cu săruri").

6. Gustul medicamentului este important și crează un E.P. adesea important, mai ales în cazul "țintirii" unor simptome de disconfort psihic. Experimental s-a putut dovedi că un preparat Placebo cu gust foarte amar, administrat drept cofeină a produs efecte psihice asemănătoare cu cafeaua mai mult decât atunci când s-a administrat cofeină, prezentată drept preparat Placebo (Metter 1986).

3. EFECTUL PSEUDOPLACEBO

Reprezintă un efect asupra unor simptome subiective ale bolnavului exercitat de medicamente active farmacodinamic, dar care nu au acțiune terapeutică specifică asupra simptomelor respective.

Exemplul cel mai tipic pentru această categorie îl reprezintă acțiunea unor preparate pe bază de vitamine de stimulare a apetitului sau producerea unor efecte tonice, acțiunea antibioticelor administrate într-o viroză respiratorie care se vindecă "de la sine" în condiții de repaus (dar bolnavul începe "să se simtă bine" abia după ce a început antibioterapia).

Considerăm că aici s-ar putea încadra - deși într-o manieră procustiană - efectele favorabile exercitate în plan subiectiv și de către alți agenți terapeutici nemedicamentoși (agenții fizici, de ex. folosiți în tratamentul durerii din boli reumatismale) care - deși nu sunt de natură "substanțială" - pot avea un puternic efect sugestiv.

4. MECANISMELE INVOCATE ȘI/SAU DEMONSTRATE ÎN APARIȚIA EFECTULUI PLACEBO

4.1. Elemente demonstrate

Există o certitudine asupra câtorva mecanisme care stau la baza E.P.

1. Natura sugestivă a proceselor primare (psihice) implicate în reacție
2. Vehicularea stimulilor (psihici) pe căile sistemului nervos, demonstrată de imposibilitatea obținerii E.P. sub narcoză.
3. Obligativitatea existenței lucidității conștiinței pacientului, E.P. neputând fi produs în cursul somnului acestuia.
4. Implicarea endorfinelor în cazul E.P. obținut la bolnavii care acuză diverse alгии. Demonstrarea acestei participări a fost făcută cu ajutorul Naloxonului (antagonist al morfinei) care menține durerile pacientului la aceeași intensitate, în ciuda administrării unui preparat Placebo care - anterior - reușise să le suprimă (Levine - 1978).

4.2. Elemente aflate în discuție

1. E.P. produs de amendarea crizelor de astm prin administrarea în perfuzie a unor fiole de glucoză, după ce, anterior, efectul fusese obținut prin administrare ACTH (pe

care bolnavul continuă să creadă că o primește în perfuzie) - ridică problema participării unor mecanisme reflex condiționate, motiv pentru care Metter (1986) invocă "teoria învățării" la baza explicării E.P.

2. Acțiunea mesajului sugestiv, transmis de către medic bolnavului, ale cărui structuri și receptori influențează simptome psihice ca insomnia, anxietatea, care apar în cursul și ca urmare a situațiilor de stres.

3. Există și alte tipuri de substanțe eliberate (ca endorfinele) în cursul desfășurării efectului Placebo? Janovsky și col. sugerează - tot printr-o întrebare! - posibilitatea asistenței unor factori endogeni umorali eliberați de către subiecții placebo-reactivi în cursul E.P.

4. Efectele mult mai rapide exercitate asupra unor simptome decât medicamentele active (de ex. Aspirina ameliorează cefaleea sau Digoxinul reduce tahicardia) - decât ar permite-o acțiunea lor farmacodinamică propriu-zisă se pot încadra și ele în E.P. deși definiția strictă face apel la substanțele inerte farmacodinamice.

Admițând această încadrare, ne punem întrebarea dacă în acest caz se poate deduce o acțiune a stimulului sugestiv pe aceeași ruptură a medicamentelor respective dar cu caracter de catalizator de scădere a pragului de acțiune propriu-zisă a medicamentului?

5. Eliberarea de endorfine este efectuată, în cadrul E.P., pe o altă cale decât cea realizată din cursul oricărui (sau, cu predilecție, al unui anumit) stres psihic?

5. PROBLEME DE ORDIN ETIC ȘI PSIHOLGIC REFERITOARE LA UTILIZAREA E.P. ÎN PRACTICA MEDICALĂ

Întrucât există posibilitatea pentru unii medici să administreze substanțe Placebo (sub nume sofisticate, cu sau fără design, inductor, și el, de E.P.) în cazul unor simptome cărora nu au răbdare sau știința de a le găsi cauzele - este necesară o reglementare, în spiritul bioeticii, a recurgerii de către medic la E.P. în cursul tratării bolilor (nu numai ca mijloc legitim de verificare a valorii terapeutice a noilor preparate medicamentoase).

Autori ca Piechowiak (1986), Schreiber (1986) și Janowsky și colab. (1988), Illiger (1988) și Samson (1988) au încercat să evalueze indicațiile și contraindicațiile utilizării E.P. în practica medicală. Sintetizând datele acestor autori și adăugând o serie de considerații personale, se pot delimita următoarele grupe:

5.1. Indicații ale Placeboterapiei

1. Cazurile care beneficiază de o relație terapeutică excelentă (medic optimist, apropiat, autoritar, preocupat de bolnav iar acesta - încrezător în medic și medicament).

2. Simptomele bolii nu pot fi tratate cu medicamente active sau aplicarea acestora are efecte echivalente fără a fi grevate de efecte secundare.

3. Situații în care se urmărește sevrul unui medicament care - după ce și-a îndeplinit rolul terapeutic - nu mai este necesar dar s-a instalat o dependență.

4. Situații care necesită scăderea dozelor unui medicament activ, cu efecte secundare importante (Schreiber).

5. Situații în care se urmărește dovedirea bazei funcționale (absența substratului organic) al unor simptome "zgomotoase" (Piechowiak).

5.2. Contraindicații ale Placeboterapiei

1. Existența unei medicații active și fără efecte secundare marcate pentru simptomele de tratat (Schreiber).

2. Bolnavii Placebo negativi, ca și cei care stabilesc o relație interpersonală "neviabilă", deficitară cu terapeutul.

3. Cazurile de aplicare repetată a E.P. la care acțiunea terapeutică diminuează progresiv și la care, adesea, apare efectul Nocebo, caracterizat prin simptome negative, scăderea efectului terapeutic chiar la medicamente active.

4. Discriminarea între bolnavii tratați cu Placebo și cei cu preparate active în cazul evaluării unor noi medicamente la bolnavii aflați într-o stare critică - Illhardt consideră că "acolo unde Placebo nu mai este un factor terapeutic ci un factor perturbant sau devine un surogat al terapiei, atunci apare problema etică."

6. PRINCIPII ACTUALE DE UTILIZARE A E.P. ÎN PRACTICA MEDICALĂ

6.1. Evaluarea noilor preparate medicamentoase

a) Tehnica simplu orb

Evită supraestimarea efectelor noului preparat de către pacienții sugestați de calitățile așteptate de la acest nou remediu.

Într-o astfel de situație pacienții sunt împărțiți în două loturi care primesc Placebo și - respectiv - preparatul activ, identic ca aspect, gust, culoare, etc. Medicul cunoaște ce fel de preparat (activ sau placebo) primește fiecare lot și există primejdia să se autosugestioneze, supraevaluând - la rândul său - rezultatele obținute de lotul care primește medicamentul de analizat.

b) Testul dublu orb (double blinde)

Înlătură tocmai efectul psihologic "partizan" - pentru preparatul medicamentos activ - apelând la o a treia persoană (șef de clinică, reprezentant al firmei, etc.) ce cunoaște în exclusivitate care dintre bolnavi primește preparatul activ și care dintre ei preparatul Placebo. Există o numerotare a bolnavilor, aflată pe o listă ținută de către cel care "deține secretul" și pe care este indicat în dreptul fiecărui bolnav ce fel de preparat primește.

De exemplu în cazul unui lot de 20 bolnavi subdivizat în lot proband (medicament activ = M) și lot placebo (= P) o astfel de înregistrare arată astfel: M = 1,3,4,7,10,11, 13,14,15,20 și P = 2,5,6,8,9,12,16,17,18,19.

Medicul analizează obiectiv efectele preparatului administrat (necunoscut - dacă este P sau M - nici de către el și nici de către bolnav) grupându-le, conform unei scale de evaluare (gradul ameliorării clinice și/sau al parametrilor de laborator), în favorabile și nefavorabile (cu gradațiile pe care le stabilește, de exemplu: excelente, bune, mediocre, absente). În plus, notează și efectele secundare.

După stabilirea acestor date de evaluare clinică, se deschide lista cu tipul de preparat luat de pacienții din fiecare categorie de rezultate terapeutice și efecte secundare, prelucrându-se statistic diferența dintre cele două loturi M și P.

De regulă lotul P obține ameliorări în jur de 30-35% iar cei din lotul M, dacă preparatul medicamentos evaluat este eficace, trebuie să obțină rezultate favorabile într-un procentaj care - în funcție de numărul bolnavilor incluși în fiecare lot - să îndeplinească exigențele statistice (la un $P \leq 0,01$ uneori exigențele cresc la $p \leq 0,001$). Cel mai adesea

procentul de eficacitate al noului medicament depășește 65-70% în repetate ocazii (studii multicentrice).

6.2. Integrarea E.P. în cadrul ecuației terapeutice

Efectul placebo ar putea fi rezumat în ecuația (1) de tipul:

$$SP(in) + Ef \Psi(sug) = \downarrow \text{Simptome somatice sau psihice.}$$

Tratamentul medicamentos al unui bolnav care suferă concomitent un EP "adițional", poate fi rezumat în ecuația (2):

$$S\text{Med}(act) + Ef \Psi(sug) = \downarrow\downarrow \text{Simptome somatice sau psihice.}$$

În cadrul psihoterapiei suportive medicul adaugă la acțiunea reală (farmacodinamică) a medicamentului administrat și o "doză" variabilă de efect sugestiv (de tip Placebo), crescând eficiența globală a tratamentului și putând diminua doza necesară de medicament pentru același efect favorabil terapeutic.

Efectul Nocebo apare ca o diminuare (tot de ordin sugestiv) din acțiunea farmacodinamică a medicamentului dar, în geneza lui, intervin o serie de factori suplimentari față de E.P., analizați și în cadrul capitolului despre complianța terapeutică.

Întrucât medicul este elementul motor, cu rol optimizant al relației terapeutice (RIP-DrPt), implicându-se activ în psihoterapia suportivă, el trebuie să extindă influența favorabilă a acestei arme terapeutice psihologice și în domeniul - de asemenea psihologic - al efectelor Placebo, adăunând acțiunile benefice ale acestuia la efectul medicației active.

B. Probleme de ordin psihologic generate de reacțiile adverse la medicamente

1. REACȚIILE ADVERSE LA MEDICAMENTE ȘI IMPACTUL LOR ASUPRA PSIHOLOGIEI BOLNAVALUI

În afara efectului lor benefic în plan psihic și somatic - motiv pentru care, de fapt, sunt și administrate - medicamentele exercită o serie de efecte adverse care împieteză, prin recul somatopsihic, asupra vieții psihice a bolnavului dar aceleași efecte adverse pot să fie exercitate direct asupra sistemului nervos și prin aceasta, asupra psihicului bolnavului.

1. Din prima categorie (recul somato-psihic) amintim efectele secundare generate de medicația antiinflamatoare asupra stomacului (dureri epigastrice, regurgitații acide, vărsături), medicația antidepresivă asupra inimii (extrasistole, tahicardii) sau a tegumentelor (erupții urticariene după imipramină) și medicația hipotensivă (de ex. reserpina) - generând obstrucție nazală, creștere ponderală și impotență sexuală. Digitalicele pot conduce la o veritabilă intoleranță digestivă iar diureticele pot genera hipotonie și crampe musculare.

Toate aceste efecte secundare scad impresia favorabilă pe care o produce acțiunea lor împotriva simptomelor țintă și cresc starea de anxietate a bolnavului indusă de apariția și evoluția bolii.

2. Din cea de-a doua categorie (efecte directe asupra sistemului nervos) notăm în primul rând medicamentele cu efecte secundare sedative (nedorite) cum sunt: antihistaminicele, reserpina, metoclopramida sau, din contra, cu efecte excitante (nedorite) asupra psihicului: corticoterapia, simpatomimeticele și teofilina - toate acestea utilizate la astmatic - Cofedolul, pentru migrene, etc.

În esență toate acțiunile exercitate de medicația bolilor interne, nu trebuie să realizeze efecte dirijate asupra unor formațiuni ale sistemului nervos (cu implicații asupra proceselor psihice), așa cum se întâmplă cu medicamentele psihotrope. Adesea, însă, apar astfel de efecte nedorite de către terapeut dar inevitabile iar prospectul medicamentelor respective, în mod necesar, menționează acest fapt.

Ceea ce interesează în chip deosebit latura psihică a acțiunii medicamentelor, este faptul că - indiferent de modul de influențare a psihicului omului bolnav - ele conduc la o scădere (o alterare) a calității vieții acestuia, motiv pentru care exigențele corpului medical și, desigur, ale bolnavilor au impus firmelor de medicamente asigurări ferme, referitoare la impactul minim al noilor lor produse asupra calității vieții bolnavilor.

2. EXPERIENȚA PSIHOTRAUMATIZANTĂ A UNOR REACȚII ALERGICE SEVERE LA MEDICAMENTE

În afara unor reacții urticariene sau eczematoase, medicamentele pot genera destul de frecvent reacții de tip alergic (alergice sau pseudoalergice) imediate, extrem de severe: șocul anafilactic și edemul glotic (însoțit de asfixie) și - mai rar - crize dramatice de astm bronșic (aspirina și derivații săi).

Pentru cine a trăit în mod repetat drama unor astfel de accidente, rezolvate de regulă în secțiile spitalicești de terapie intensivă, apar la orizont o serie de temeri legate de repetarea acestor veritabile amenințări vitale (alergia medicamentoasă se menține timp de decenii!).

Pentru medicul care are de tratat acești bolnavi - având deja în antecedente reacțiile anafilactice sistemice menționate - apar probleme legate de riscul extinderii reacțiilor alergice severe și la alte medicamente (sigur la cele din familia medicamentului deja interzis dar posibil și la alte familii de medicamente cu determinanți antigenici comuni).

Încercând o clasificare personală a problemelor de ordin psihologic care se nasc în cazul existenței unor antecedente personale ale bolnavului de tip alergic se disting în funcție de cei doi membri ai relației medic-pacient - următoarele aspecte:

2.1. Pentru bolnav

1. Teama de un nou accident, foarte probabil în cazul în care boala este cronică și necesită administrări repetate de medicamente (în special antibiotice sau analgetice)

2. Riscul - în cazul unor episoade repetate de șoc anafilactic sau edem glotic de instalare a unei veritabile fobii a medicamentelor conjugat cu apariția unor preocupări obsedante de preîntâmpinare (încă dificil de realizat) a unor altfel de accidente, realizându-se tabloul clinic al unei adevărate nevroze.

3. Asumarea unei intense suferințe cauzate de dureri atroce în cursul unor extracții dentare sau curetaje (etc.) efectuate fără anestezic de teama unei reacții medicamentoase mult mai severe (teamă la care subscrie și medicul).

4. Reacții neuro-vegetative zgomotoase (cefalee, amețeli, palpitații, scădere tensiională ușoară, stări lipotimice, dispnee sine materia, parestezii etc.) la orice nouă tentativă de administrare a unor medicamente, fără risc pentru bolnav (inclusiv de tip placebo, ca de ex. serul fiziologic indicat drept medicamentul ce trebuie testat).

5. Extrapolarea reacțiilor alergice declanșate de câteva medicamente, la întreg arsenalul medicamentos, sub forma unei afirmații - frecvent întâlnită de către alergologi - "sunt alergică la toate medicamentele".

2.2. Pentru medic

1. Intrarea într-o stare de alertă în fața acestor bolnavi, existând teama unui accident letal, cu consecințe medico-legale desoebite (sau, cel puțin, cu o culpabilizare greu de înlăturat), anxietatea medicului îi permite acestuia organizarea unei scheme terapeutice eficiente.

2. Evitarea sau "pasarea acestor bolnavi la alți colegi (sub scuza unor posibilități de intervenție cu un tratament de urgență în condiții adecvate);

3. Temporizarea tratamentului medicamentos, creând riscuri mai mari decât asumarea riscului ipotetic al altor medicamente, diferite de cele care au declanșat accidentele anafilactice (într-un caz de metroragii masive nu s-au administrat transfuzii la o bolnavă alergică la penicilină - dar și "la toate medicamentele" - oprirea spontană a hemoragiei survenind în extremis; ulterior bolnava a fost examinată (testată) în clinică noastră și i s-a înlăturat fobia față de medicamente ajungând să tolereze ulterior toate preparatele de care avea nevoie - observație personală (Seropian și Iamandescu - 1980).

4. Confundarea reacțiilor neuro-vegetative (însoțite de anxietate) ale bolnavului, la administrarea unui nou medicament, cu începutul unei reacții anafilactice sistemice sau a dispneei (anxioasă, amplificată de un teren spasmofilic) cu instalarea unui edem glotic sau a unei crize de astm.

5. Atitudini - vizând testarea la bolnavul alergic la medicamente - pornind de la posibilitatea avută în vedere ce către medic a unei condiționări reflexe între acțiunea anterioară a acestora și reacțiile neuro-vegetative asociate. Această testare se face după tipul efectului placebo, spunându-i-se bolnavului că se va încerca administrarea unui nou medicament dar în capsula sau fiola administrată vor fi substanțe inerte farmacologic (zahăr și, respectiv, ser fiziologic).

În cazul apariției la bolnav a "alergiei" (manifestări subiective și obiective de tip neuro-vegetativ), se va concluziona asupra reacției psihogene a bolnavului care după clarificarea situației - va încerca ulterior, tot fără să știe ce i se administrează, alternativ: medicament, substanță inertă, într-o ordine știută numai de terapeut (desigur cu trusa de urgență la îndemână).

- 6. Deși există actualmente tehnici de administrare (antrenând personalul medical și auxiliar) a unor medicamente cu rol protector chiar față de reacțiile severe anafilactice menționate, medicul trebuie să evite la acești bolnavi polipragmazia sau administrarea de complezență a medicamentelor, având în vedere punerea în balanță a efectelor terapeutice urmărite și a riscurilor de accident alergic. El va recurge, atunci când este posibil (ex. în tratarea artrozelor) la tratamentul cu agenți fizici, balnear, plante medicinale etc.

Bolnavul poate fi liniștit cu asigurarea că, și în caz extrem, el poate lua orice medicament dar cu un efort deosebit din partea personalului medical iar, după prima lui tolerare și a unui medicament, reușita trebuie utilizată ca un impuls spre recăpătarea încrederii în șansele sale.

C. Dependența de medicament - cauze și consecințe de ordin psihologic

1. PREMISELE DEPENDENȚEI LA MEDICAMENTE

1.1. Experiența administrării de medicamente în scopul diminuării unor simptome chinuitoare cu impact major psihogen (durere, tuse, boală, dispnee)

Administrarea medicamentelor respective a fost însoțită uneori - pe lângă dispariția sau atenuarea acelor simptome de o stare de euforie sau de liniște (adesea și de revenirea somnului), la care - după vindecare și oprirea tratamentului - fostul bolnav începe să viseze ca la un paradis pierdut.

Este primul pas spre intrarea unui astfel de pacient în rândul eufomanilor, denumire care a cuprins ca primi membri pe morfinomani.

În prezent ea mai cuprinde, atât foștii bolnavi avizi de unele medicamente cu rol euforizant - anxiolitic - terapeutic (cisteină, barbiturice, meprobamat, diazepam, algocalmin, aspirină, paracetamol etc.), cât și persoane, inițial sănătoase, dar care - fără a cunoaște experiența bolii - uzează de alte euforizante: drogurile, în zilele noastre fiind "la modă": heroina, marijuana, substanțele halucinogene etc. Cel ce se droghează își procură astfel satisfacții iluzorii menite să estompeze neîmplinirile și dramele vieții de zi cu zi.

Dacă "drogații" formează o categorie distinctă de bolnavi obișnuiți, îngrijirea lor fiind la latitudinea medicilor psihiatri (datorită și dominanței cauzelor psihice care îi fac să apeleze la drog dar și simptomatologiei psihice generate de acesta), există adesea foști bolnavi care dezvoltă în continuare o dependență psihică (ce devine ulterior și fizică) față de unele medicamente aflate de regulă la îndemâna populației.

După o clasificare a lui Ludwig Lewin din 1922 (citată de Percek) - autorul dovedind un remarcabil simț al anticipației - pot fi considerate ca generând o dependență (psihică și apoi fizică) următoarele clase de medicamente:

- Eufhorica, având acțiune calmantă asupra vieții afective (derivații optimi)
- Phantastica, grupând substanțele halucinogene (ex. LSD)
- Inebriantia, cuprinde substanțe care produc stări de beție
- Hypnotica, producând somnul (ex. barbiturice și alte "somnifere" - ex. alcoolul).
- Excitantia (produc trezirea, stimularea vieții psihice precum cafeina sau amfetaminele).

O mai nouă clasificare admisă cvasiunanim este cea a lui Delay (în 1957) care împarte medicamentele în 3 categorii - psiholeptice (diminuă tonusul psihic), psihoanaleptice (ridică tonusul psihic) și psihodisleptice care generează o percepție eronată, cu halucinații și care cuprind substanțele halucinogene și onirice.

Medicul practician - indiferent de specialitate (deși generalistul este "mai în măsură") - trebuie să aibă în vedere situațiile mărturisite sau nu de către bolnav, în care acesta utilizează "din inerție" unul dintre medicamentele menționate, fiind însă conștient că, în decursul timpului, a devenit un adevărat eufoman (termen cu sens mai larg, incluzând procurarea voluntară de senzații plăcute extreme produse nu numai de medicamente dar și de alte substanțe precum: alcoolul, drogurile (preparate ca atare sau substanțele naturale neprelucrate, ca de ex. frunzele de hașiș, etc.).

Medicului respectiv îi revine adesea o sarcină ingrată, aceea de a încerca înlăturarea acestei dependențe reale a pacientului său de aparent nevinovatele medicamente de tipul aspirinei, fenobarbitalului, diazepamului, codeinei, meprobamatului etc.

Cel mai adesea, însă, el este obligat să apeleze la psiholog sau la psihiatru.

Dificultățile înlăturării dependenței de medicamente, mai ales de tranchilizante, constituie o nouă problemă ce necesită o anumită strategie din partea corpului medical deoarece consumul acestor medicamente atinge procente impresionante. De ex. o statistică efectuată de INSEE în Franța în anul 1990 (Sofres) indică faptul că 32% din cei intervievați consumă tranchilizante (25% preferă benzodiazepinele de tipul diazepam-ului) jumătate din ei ajungând să se folosească de aceste medicamente mai mult de o lună pe an iar 7% pe toată durata anului. Desigur că una din cauzele acestui consum crescut de tranchilizante (la cca. o treime din populație) își are începutul în prescrierea lor de către medic, o altă statistică indicând faptul că 84% din medicii generaliști prescriu tranchilizante și 8,6% hipnotice. Ulterior prescrierii acestor medicamente, bolnavii continuă să și le autoadministreze și fără prescripție (alt sondaj indică procentul de 14% din populație care apelează cu regularitate la somnifere (Heussler și col. Coredoc - Printemps 1987).

1.2. Rezultatele spectaculoase (dar temporare) ale administrării unor medicamente foarte active în bolile cronice

Dintre noile medicamente care au revoluționat - la timpul apariției lor - terapia, preparatele cortizonice ocupă un loc singular.

Capabile să salveze vieți umane în cazul unor situații de urgență rar repetabile (șoc toxico-septic sau șoc alergic - la medicamente ori la venin de insecte, scăderi tensionale acute și severe de diverse etiologii), până la înlăturarea agentului cauzal etc.), ele sunt frecvent indicate în boli inflamatorii cronice (reumatismale sau astm bronșic, etc.), atunci când paroxismul puseelor nu poate fi redus prin apelul la medicația simptomatică a bolilor respective dar și în unele cazuri când revenirea puseelor este frecventă, fără a mai permite o perioadă de acalmie interclinică (survine așa-numitul rebound la întreruperea bruscă sau chiar progresivă a corticoterapiei).

Administrată la necesitate (adesea această "necesitate" provine dintr-o insuficientă pregătire dar și din superficialitatea bolnavului), corticoterapia devine treptat un element terapeutic indispensabil bolnavului deși acesta este prevenit că riscurile unei astfel de medicații pot fi extrem de serioase (perforație gastrică, fracturi spontane sau necroză aseptică de col femural, etc.).

Punând în balanță beneficiile și riscurile unor medicații active (dar cu potențial de inducere a dependenței), este bine să recurgem mai rar la astfel de medicamente sau să oprim cât mai repede posibil curele cu cortizonice, benzodiazepine, medicamente barbiturice, codeină, de ex.

2. CORTICODPENDENȚA ȘI ASPECTELE SALE DE ORDIN PSIHOLGIC LA MEDIC ȘI LA BOLNAV

Întrucât reprezintă frecvent o medicație de necesitate (dar și de ultimă instanță) în boli cu evoluție severă, invalidantă și uneori letală, corticoterapia prezintă un impact psihologic, atât asupra bolnavului (în special prin efectele spectaculoase - fie benefice, fie nedorite) cât și asupra medicului (în special prin greutatea deciziei introducerii acestei indicații, cât și prin tentația de a amâna "momentul adevărului" reprezentat de oprirea acestei medicații).

Fiind cunoscută frecvența instalare a corticodependenței (CD) la unii bolnavi, astmatici putem sistematiza atât cauzele cât și efectele de ordin psihologic ale acestui tip de dependență medicamentoasă.

2.1. Cauzele CD dependente de bolnav

CD apare mai frecvent la anumiți bolnavi pe care - în urma observației clinice și a aplicării unor teste psihologice (Iamandescu - 1995) le putem sistematiza astfel:

- bolnavii anxioși, speriați de gravitatea crizelor anterioare și așteptând obsesiv repetarea acestora;
- bolnavii timizi, neîncredători în alte medicamente mai slabe, desigur, decât cortizonicele și neavând curajul - de a reveni la medic după insuccesul sevrăjului
- bolnavii dependenți de anturaj, inclusiv de medic, în momentele în care nu reușesc să efectueze sevrăjul cortizonic, reiau singuri corticoterapia din jena de a nu fi din nou o povară pentru cei din jur, știind că vor putea fi reprimăți de medic.
- structurile de personalitate rigide, impenetrabile la argumentația medicului referitoare la riscurile corticoterapiei și convinse de superioritatea acestei medicații
- bolnavii "descurcăriți", cu un Ego puternic, ancorati în sarcini profesionale ce nu le permit momente de "cădere" (crizele de astm) și care își asumă riscurile efectelor secundare conform dictonului "după mine potopul", sperând ca, pe parcurs, să apară alte șanse terapeutice;
- bolnavii lipsiți de voință (deci la polul opus, celor de mai sus) care acceptă riscurile aceluiași efecte secundare conform aceleiași formule "de amânare" dar - din nou diferit de ceilalți - cu resemnare.

De regulă, bolnavii cu CD "comit" singuri greșeala reluării CT, iar "tehnicile" lor de dozaj sunt, fie o repetare a celor prescrise de către medic în etape anterioare ale bolii, fie copierea (± adaptări personale) celor utilizate de către alți bolnavi.

Teama și/sau jena de a reveni ulterior la medicul lor curant (sau la specialistul care îi tratează) îi fac să persiste pe acest drum al automedicației, ori să meargă la alt medic.

De altfel, testele psihologice utilizate de noi la acești bolnavi (MMPI și Rorschach) evidențiază ca trăsături de personalitate: hipermotivitatea, anxietatea și - ceea ce considerăm ca element secundar - depresia (Iamandescu - 1994 b).

2.2. Cauzele CD dependente de medic

Din analiza bolnavilor corticodendenți îndrumați la consult alergologic, după apariția corticodendenței, am putut distinge două principale categorii de medici care contribuie la instalarea CD:

- amatorii de succes medical, de rezultate spectaculare, fără o preocupare pentru viitorul îndepărtat al bolnavului care continuă să administreze CT până la apariția unor complicații ce o fac impracticabilă și, atunci, recurg - pentru acoperire - la medicul specialist (alergolog, reumatolog etc.):
- anxioșii, aceștia fiind de regulă specialiștii dotați cu bună intenție și o pregătire profesională, care - la primele simptome de recidivă a bolii - recurg cu ușurință din nou la CT, inducând aceeași stare de alertă și pacientului iar dacă recurg la medicații cu rol de suplinire a CT nu au suficientă răbdare să aștepte instalarea efectului terapeutic;

Momentul realizării cu succes a sevrăului cortizonic este foarte dificil pentru psihicul bolnavului, apărând cu regularitate o triadă: astenie, anxietate, depresie (Iamandescu - 1993) datorată dispariției efectelor "stimulante" ale CT anterioare asupra cortexului cerebral și aceste simptome de "carență cortizonică" reclamă îngrijiri speciale, adesea chiar apelul la medicul psihiatru.

2.3. Modalități psihologice de diminuare sau înlăturare a corticodependenței

Deși se intrică în mod inerent cu măsurile de ordin medical, aceste modalități pot fi diferențiate astfel (Iamandescu - 1993):

- asigurarea pacientului că înlocuirea CT va fi făcută "dându-i-se ceva în schimb", adică o medicație capabilă să preia acțiunea favorabilă a cortizonului, în același timp insistându-se asupra nocivității pe termen lung a CT;

- recurgerea la o schemă clară de tratament cu înlocuirea treptată a CT;

- monitorizarea principalelor funcții afectate de boală (de ex. înregistrarea valorilor respiratorii în spital și la domiciliu pentru astmatic, cu ajutorul unor aparate portabile ușor de manevrat). Această monitorizare asigură pacientul asupra posibilității anticipării unor momente de recidivă (putând recurge, din timp, la ajutorul medicului sau fiindu-i permisă de către acesta ajustarea dozelor de medicamente);

- identificarea surselor de stres și a punctelor slabe, de vulnerabilitate la stres, în structura personalității bolnavului (cooperarea cu psihologul este extrem de utilă!), fiind cunoscut rolul - agravant, generator de recidive, al stresului psihic;

- aplicarea unor metode de relaxare psihică, incluzând - în primul rând - trainingul autogen Schultz (în special exercițiile centrate pe respirație) dar și biofeed-back sau muzicoterapia (Iamandescu - 1994c), acolo unde există condiții;

- colaborarea cu psihiatru mai ales în momentul apariției sindromului de sevră.

D. Evaluarea acțiunii medicamentelor asupra calității vieții

1. NOȚIUNEA DE CALITATE A VIEȚII

Este un fapt, de mult remarcat acela că stilul de viață al bolnavului cronic suferă importante modificări cauzate de îmbolnăvire "per se" (disconfortul somatic și psihic), dar și de privațiunile la care acesta este supus prin măsurile igienico-dietetice (unele, capabile să-i anuleze micile satisfacții ale existenței), cât și prin efectele secundare ale medicației administrate.

La toate acestea se adaugă atingerile personalității sale, inclusiv prin acceptarea unui nou statut și rol social, de "bolnav", cu implicații în inserția sa familială și socio-profesională (lezându-i aspirații și expectanțe, adesea legitime).

Vom putea astfel înțelege de ce pentru medicina modernă - caracterizată prin optimizarea spectaculară a mijloacelor terapeutice, dar și prin lărgirea comprehensiunii ființei umane confruntate cu boala - apare ca o nouă problemă, de importanță crescândă, tentativa de conservare a unei calități a vieții omului bolnav, cât mai apropiată de cea a omului sănătos. Aprecierea calității vieții devine necesară atât referitor la simptomele bolii netra-

tate cât, mai ales, la prețul pe care individul îl plătește noilor medicamente menite să atenueze sau chiar să amendeze acuzele bolnavului. Acest "preț", exprimat sub forma efectelor secundare este evaluat pe baza unor chestionare de dată relativ recentă, având la bază o serie de scale de evaluare a unor indicatori fizici -privind starea de bine provenită din buna funcționare a organismului (general functioning) - și a unor indicatori psihologici referitori la eventualele abateri de la un echilibru psihic, prezent la individ anterior îmbolnăvirii.

2. SCALELE DE EVALUARE A CV

Una din cele mai complete scale de evaluare a calității vieții omului bolnav este cea denumită SIP (Sickness Impact Profile), cuprinzând 136-itemi. Această scală a fost utilizată în 1989, în SUA și Anglia, la bolnavii cronici: respiratori, artrozici și diabetici, fiind apoi încercată și de către Jones și colab. pentru măsurarea indicatorilor privind "starea de sănătate generală", simptomele respiratorii, parametrii fiziologici și ai dispoziției la pacienții cu obstrucție respiratorie cronică. Scorurile obținute la principalele grupe de itemi ai acestei scale se corelau semnificativ cu distanța la care apărea dispneea și cu parametrii ventilatori.

Datorită însă caracterului laborios al culegerii datelor, inclusiv timpului mare necesar completării chestionarului, au mai fost elaborate alte scale, mai puțin "încărcate", ca de exemplu SF-36 (MOS Short Form General Health Survey), conținând 36 itemi referitori la 8 grupe de indicatori ai sănătății (fizici, de inserție socială și susținere a rolului social, sănătate generală, percepția sănătății, energie/fatigabilitate, prezența durerii). Bosquet și colaboratorii - au utilizat în 1992 această scală la 74 astmatici, căutând să coreleze alterarea indicilor de calitate a vieții cu severitatea astmului.

Foarte interesant apare faptul că autorii au căutat să introducă și date referitoare la efectul terapiei bronhodilatatoare. Un alt chestionar este AIR-Index (Asthma Impact Recording Index) și conține 123 itemi grupați în 3 subscale (3 "axe": funcțională, psihologică și socială) putând oferi posibilitatea unei evaluări, fie de ansamblu (scor global), fie într-un sector (subscală Lurie) al cărui scor defectuos ar putea indica "locul" de aplicare a unor măsuri terapeutice sau psihoterapeutice corectoare.

Interesant apare și faptul că eforturile consacrate edificării acestor scale au fost depuse nu numai de către medici și psihologi ci și de către lingviști (traducerea SIP efectuată de către specialiști francezi, traducători în engleză, și retroversiunea încredințată anglo-saxonilor francofoni), ambele versiuni fiind comparate și tinzând a fi racordate mentalității franceze.

Chestionarul "Living with Astma" prezintă marele avantaj al reducerii numărului la 68 itemi și al concentrării acestora pe problemele variate dar specifice astmului, repartizate pe 11 subscale: somn, muncă și alte activități, mobilitate, activitate socială, inactivitate, sport, sărbători (vacanțe), efecte asupra celor din jur, utilizarea medicamentelor, probleme sexuale și stări (atitudini) disforice.

În esență, evaluarea calității bolnavului astmatic apreciată la nivelul parametrilor funcționali și prin prisma monitorizării funcțiilor sale respiratorii tinde să reducă hiatusul dintre aprecierile subiective ale bolnavului și cele obiective ale medicului (Drusser).

Această problematică a calității vieții - studiată de autorii menționați - acoperă realități nu numai pentru astm, ci și pentru bolile cronice (implicând și utilizarea unor scheme de

"Langzeittherapie", cu posibile efecte secundare), ca de exemplu insuficiența cardiacă. HTA boala coronariană etc.

Prin această evaluare a factorului psihologic - luat ca unul dintre etaloanele de validare a instrucțiunilor terapeutice în elaborarea și desfășurarea actului medicului - disciplina de Psihologie Medicală își deschide un nou câmp de acțiune dar și de cercetare cu largă aplicabilitate în practica medicală.

II. COMPLIANȚA TERAPEUTICĂ

A. Date conceptuale

Societățile moderne, în funcție de nivelul de dezvoltare (direct proporțional cu aceasta), rezervă o importantă parte din venitul social - indiferent de sursele lor, de stat sau pri-vate - acoperirii unor cheltuieli legate de tratarea unor boli severe, cu potențial invalidant sau letal, ca și a unor boli cu potențial epidemic, amenințând colectivitatea.

De regulă, aceste cheltuieli nu sunt recuperate decât în planul unei eventuale recuperări sociale a unor categorii de bolnavi cronici: TBC, astm, infarct miocardic, hepatită cronică, etc. sau, mai ales, chirurgicale.

Costurile tratamentelor în astfel de boli este, cel mai adesea, suportat de colectivitate, ca de ex. medicația acordată gratuit în urgențe, medicația "compensată" (de fapt subvenționată) etc., motiv pentru care o eventuală "risipă" a fondurilor respective - prin rezultate sub așteptări ale actului medical - nu este indiferentă pentru toți aceia care contribuie, oricare ar fi procentul, la crearea acestor fonduri.

În ultimă instanță, eficiența actului medical este legată de gradul în care ansamblul recomandărilor, prescripțiilor și instrucțiunilor date de medic (pe baza stabilirii diagnosticului și a experienței sale terapeutice - ambele pasibile, și ele, de inerente dar minime erori) - este tradus în faptă de către pacient, obligat prin statutul său social să dorească și să acționeze pentru vindecarea bolii sale.

Considerând ipotetic recomandările medicului ca fiind ideale (cu rezerve, menite să suscite eforturi ale unor foruri competente, spre o perfecționare continuă a pregătirii corpului medical), este de dorit ca pacientul să tindă să îndeplinească în proporție de 100% recomandările primite, atât în ceea ce privește modul său de viață și regimul dietetic compatibile cu boala de care suferă, cât și - mai ales - efectuarea corectă și completă a tratamentului medicamentos sau cu alți agenți terapeutici.

În acest mod el își îndeplinește datoria sa de bolnav, atât față de sine, cât și față de familie și societate care îl scutesc de responsabilități și îl susțin material (concedii de boală, medicamente puse la dispoziție gratuit sau cu preț redus, servicii gratuite, etc.).

Din acest moment al desfășurării actului medical și anume aplicarea recomandărilor terapeutice putem să evaluăm complianța terapeutică, sub forma unui raport procentual între numărul prescripțiilor terapeutice (inclusiv igienico-dietetice) primite și al celor urmate (Tunaster) dar și sub forma unei rezultante comportamentale decurgând din interacțiunea bolnavului cu medicul (care îi face recomandările terapeutice) și cu diverse grupuri de presiune socială.

În această perspectivă psihologică, după cum se va vedea, există o multitudine de factori - pendinte de medic și, mai ales, de bolnav - cu o pondere majoră în ultimă instanță în eficiența propriu-zisă a actului medical.

Analiza acestor factori și a căilor de optimizare a lor - pornind de la influențele distructive asupra înseși finalității actului medical - se desfășoară pe terenul unor concepte de psihologie (în special socială) și privește societatea în cel mai înalt grad, motivat de considerentele de mai sus.

1. DEFINIREA COMPLIANȚEI TERAPEUTICE

1.1. Conceptul psihologic de complianță

După Feldman (1985), complianța este un ansamblu (set) de "schimbări complementare, ale unui individ", "datorită presiunilor explicite sau cererilor din partea celorlalți (a grupului) de a se alinia unui punct de vedere sau comportament".

Termenul de complianță se diferențiază de cel de "conformitate" (apropiat, în limbajul comun, de "conformism"), acestea din urmă desemnând tot schimbări ale comportamentului unui subiect dar realizate ca urmare a unor presiuni discrete (implicite) ale grupului social și conducând adesea la acceptarea personală a poziției grupului.

Diferența de esență între complianță și conformitate apare deci în planul convingerilor intime ale subiectului care - în cazul complianței - poate să nu creadă cu adevărat (deci să nu fie convins de către grup) în ceea ce el traduce prin răspuns public, la presiunea grupului (Kiesler - 1969).

1.2. Complianța terapeutică

În ceea ce privește complianța terapeutică, bolnavul își poate însuși formal recomandările medicului (și a grupului social situat cel mai adesea de aceeași parte cu acesta: familie, colegi, etc.), sau poate avea chiar opinii contrarii; contează însă - în ultimă instanță - acțiunea sa în plan comportamental, de îndeplinire a recomandărilor medicale.

Putem avea de-a face, în cazul complianței terapeutice și cu elemente de conformitate incluzând ceea ce P. Golu (1978) denumește "subsumarea de normă", "motivată extern (norma este urmată în mod mecanic)". Eforturile medicului și ale "aliaților săi" ținesc însă ca bolnavul să se subsumeze și la normă prin interiorizarea și individualizarea normei, care se transpune într-o conduită liber consimțită (ibidem).

Din acest motiv, complianța terapeutică derivă, deci, dintr-o combinație, în proporții diferite, de conformitate și complianță psihologică. "Raportul de <<diluție>> depinde de personalitatea fiecărui bolnav dar, mai ales, de grupul de apartenență și de grupul de referință, ale căror opinii și atitudini el și le însușește sau doar le respectă" (I. Camil Iamandescu 1994).

Încercând în încheiere, o definiție "de lucru" a complianței terapeutice (CpT), putem să o considerăm ca pe un raport procentual sau explicit (cu referiri la factorii componenți) între comportamentul bolnavului și prescripția clinică. Acest raport poate determina două categorii posibile: hipercomplianță ("exces de zel", cu inițiative personale de sporire a cantității de medicamente și a duratei tratamentului ± adăugarea altor mijloace terapeutice neprescrise de către medic) și hipocomplianța (mergând până la non complianță), reprezentând cazurile cele mai frecvente, de neîndeplinire riguroasă (sau de loc!) a indicațiilor terapeutice.

2. FACTORI DE CARE DEPINDE CPT

În afara elementelor legate de medicul care prescrie și de bolnavul care aplică tratamentul indicat, vom avea de apreciat un complex de factori, generați de natura prescripțiilor terapeutice și de caracterul bolii, fiecare dintre aceste complexe de factori acționând în sens convergent sau divergent cu prescripțiile terapeutice. În acest mod, propunem următoarea clasificare:

2.1. Factori implicați de natura prescripțiilor terapeutice

Unele prescripții igieno-dietetice și terapeutice pot fi dificil de urmat pentru majoritatea bolnavilor, ca de ex., restricția față de alimentele sărate (cardiaci), ori proteice (alergici) sau glucidice (diabet zaharat) etc. sau, mai ales, față de eforturile fizice.

Referitor la abandonul fumatului (arteritici, coronarieni etc.) o astfel de interdicție afectează numai bolnavii fumători. Din acest motiv - ca și din acela că, nu numai gradul de motivație este implicat în CpT - propunem următoarele clasificări:

a) Dificultăți de sarcină

- Complexitatea prescripțiilor terapeutice.
- Consecințele negative asupra bolnavului, disconfort fizic și/sau psihic (dietă, restricții diverse, etc.), efecte secundare previzibile sau imprevizibile (de ex. tremorul la astmatici după simpatomimetice, reacțiile alergice la medicamente etc.).

b) Eșecul anterior al unor prescripții terapeutice similare

2.2. Medicul care prescrie

2.2.1. Exponent al puterii sociale

Puterea socială reprezintă un potențial pentru schimbarea reală a comportamentului unui individ ca rezultat al influenței celorlalți (Feldman).

Medicul (ca reprezentant al puterii sociale, influențează bolnavul prin cinci din cele șase fațete (descrise de Raven) ale puterii sociale.

- puterea legitimată (determinată de statutul său social)
- puterea expertă (determinată de același statut, amplificat cu trăsături specifice, legate de gradul și nivelul său de pregătire)
- puterea informațională (descreește odată cu aflarea de către bolnav a unor soluții terapeutice).
- puterea coercitivă (dacă se exercită, bolnavul începe să antipatizeze medicul).
- puterea recompensivă (uneori bolnavul abuzează de micile indulgențe terapeutice).

2.2.2. Prestigiul medicului (influențează direct proporțional CpT).

2.2.3. Calitățile de instructor ale medicului (uneori sunt esențiale).

- răbdare, tact
- mod explicit - exemplificări ± seminizări ale bolnavului.
- ordine, ierarhizare.
- instrucțiuni scrise.
- averizare asupra efectelor secundare

2.2.4. Calități relaționale față de bolnav

- autoritate (esențială dar nu la toți bolnavii)
- apropiere (generează adesea tendințe de "chiul" la unii bolnavi)
- răceală, distanța față de pacient (acționează negativ, în special asupra mamelor care administrează tratamentul la copiii bolnavi.

2.3. Bolnavul, ca receptor și executant al indicațiilor terapeutice

O serie de calități intelectuale, afective și morale, diferențiază bolnavii nu numai în raport cu problemele diagnostice ci și - mai ales - cu modul de punere în practică a indicațiilor terapeutice.

Medicul trebuie să aibă în vedere:

2.3.1. Nivelul de înțelegere al bolnavului

Poate fi redus în mod obiectiv (natural) sau prin blocaj emoțional.

2.3.2. Tipul de personalitate al bolnavului

Prezintă implicații pozitive sau negative la nivelul CpT.

a. Cu implicații pozitive.

- conformiștii (față de neconformiști)
- optimiștii (față de rigiditatea "încăpățânaților")

b. Cu implicații negative

- "descurcăreții" (subestimează medicul și indicațiile acestuia).
- marii anxioși (se precipită și greșesc din exces de zel, uneori sunt supracomplianți).

CpT este negativ influențată la cei cu atitudini problematizante, de resemnare sau evaziune.

2.3.3. Părerii preconceptuate (negative) ale bolnavului despre tratamentul prescris

2.3.4. Noncomplanța deliberată sau fortuită

Este întâlnită la bolnavii recalcitranti, simulanți, "vicioșii lipsiți de voință" (consumatori de alcool, alimente interzise de medic, marii fumători) dar și acei care nu au încredere în medic și tind să abandoneze relația terapeutică.

2.4. Factori dependenți de boală.

În funcție de natura, severitatea și durata bolii CpT variază într-un mod relativ previzibil. Se pot distinge astfel următoarele caracteristici ale bolii.

2.4.1. Severitatea bolii

Induce, de regulă, o CpT, dată fiind "lipsa de replică" a bolnavului în fața unor amenințări la adresa vieții ori a integrității sale.

În cazuri mai puțin severe, există tendința spre mici abateri de la indicațiile medicului.

2.4.2. Evoluția acută sau cronică

a) Bolile acute - în cazul unor simptome ușoare - nu implică obligatoriu o CpT crescută dar teama de complicații, ca și dorința unor rapide vindecări pot ameliora CpT, după cum disconfortul crescut - în unele cazuri - obligă bolnavul la o supunere absolută (ex. o diaree severă, o viroză respiratorie febrilă etc.).

b) Bolile cronice sunt diferite din punct de vedere al semnificației lor pentru bolnav.

Astfel cele cu un prognostic sever (însușit de bolnav) dar cu o evoluție torpidă, adesea decelabilă numai cu ajutorul analizelor de laborator (de ex. o hepatită cronică la un consumator frecvent de alcool), pot încuraja bolnavul la abateri de la dietă și medicație.

În schimb, bolile psihosomatice, cu faze frecvente de acutizare (și simptome severe în cursul acestor pusee), ca de ex. ulcerul duodenal, astmul bronșic, angina pectorală, etc. impun bolnavului o grijă atentă pentru respectarea programului terapeutic vizând prevenirea recidivelor.

2.4.3. Implicațiile bolii asupra activității bolnavului

CpT este favorabil influențată de dorința bolnavului de a se vindeca, cu orice preț, așa cum se întâmplă în boli care îi afectează cele mai elementare sau mai scumpe aspirații.

Pe o listă incompletă a unor astfel de boli pot fi incluse: bolile digestive care împiedică o alimentație elementară (gastrite acute, enterocolite acute), bolile urologice generând incontinența urinară (adenom de prostată, de ex.), tulburările de dinamică sexuală (impotența) etc. - din grupul bolilor cu implicații asupra motivației biologice - sau, în cazul implicațiilor asupra motivației sociale, boli cu consecințe inestetice (eczeme ale feței, obezități monstruoase etc.). sau cu răsunet social negativ (bolile venerice de ex.).

În cazul bolnavilor cu răspunderi deosebite în plan social și familial, afectarea atribuțiilor din aceste domenii de către anumite boli (inclusiv cele posttraumatice) creează o motivație puternică pentru o vindecare "necon condiționată", implicit o creștere a CpT.

2.5. Influența socială adiacentă relației interpersonale dintre medic și pacient

Drumul de la însușirea formală a prescripțiilor medicului și până la aplicarea lor în practică (dar și pe parcursul acesteia) de către bolnav, parcurge un traseu ce se interferează cu o serie de factori în afara relației duale medic-pacient.

Acești factori se constituie, de cele mai multe ori, într-o influență socială purtând amprenta grupului.

Din acest motiv este citită o prezentare inițială a unor caracteristici ale influenței sociale asupra bolnavului.

Influența socială este o veritabilă putere, capabilă să modifice (în mod evident) comportamentul unui individ, mai ales când acesta este bolnav.

2.5.1. Gândirea de grup

Este o veritabilă forță ce se impune individului, devenit tot mai dependent și mai sugestiv din cauza bolii, dispus să adopte clișee și mentalități "tradiționale" despre boală, existente în sânul grupului său de apartenență.

Janis consideră ca definitorii pentru puterea gândirii de grup:

- atracția individului singular către grup, ca întreg, dar sugerând posibilitatea unui sprijin;

- presiunea asupra individului pentru impunerea ideilor majorității

- autocenzura individului față de propriile temeri (înăbușirea lor) în raport cu ideile grupului

- neglijarea sau raționalizarea informațiilor care sunt contrare gândirii grupului.

Pe trama și în cadrul gândirii de grup, influența socială de tip informațional (ne referim la ideile convergente sau divergente față de cele incluse în prescripțiile medicului) se exercită pe baza faptului că individul nu poate ști totul, apelând la informații culese direct de la surse, și atunci apelează la percepțiile, experiența și cunoștințele altora" (I. C. Iamandescu).

În cazul bolnavului care a primit deja cele mai autorizate informații de la medic apare paradoxal o astfel de optică, de apel la gândirea grupului dar - la o privire mai atentă - ne putem da seama că, de fapt, bolnavul vrea să cunoască eficiența recomandărilor primite și informația furnizată de grup este în măsură să-i ofere date concrete (indiferent de gradul de superpozabilitatea cu datele situației particulare a bolnavului respectiv).

2.5.2. Intervenția familiei, colegilor sau bolnavilor din salon asupra CpT a bolnavului

În perspectiva datelor prezentate mai sus, se poate "repartiza" diferitelor grupuri o anumită experiență specifică fiecăruia.

a.- Familia, considerată în ansamblul ei, posedă un statut cumulativ, superior față de statutul oricărui membru al său considerat izolat și poate juca un rol esențial în modificarea CpT a bolnavului apartenent.

Se poate spune că familia poate antrena bolnavul în aplicarea optimă a indicațiilor terapeutice prin scutirea lui de responsabilități incompatibile cu aceste indicații (ex. efort fizic) ca și prin impulsul dat respectării unor scheme terapeutice prin procurarea medicamentelor și nu în ultimul rând - asistența acordată bolnavului în "crize", "pusee".

Suportul moral, în cazul eșecurilor terapeutice temporare, ferește pe bolnav de tentația abandonului tratamentului.

Familia, mai ales în cazul tratării copilului bolnav, poate fi - mai rar - un element cauzator de hipercompliantă (administrarea unor doze repetate de medicament, de ex.; în cazul unor crize de astm rebele).

În esență însă, familia are un rol pozitiv, optimizând CpT, așa cum și noi am arătat într-o comunicare consacrată adaptării modelului Monte Verita la asistența psihologică a bolnavilor astmatici (Ascona, 1994).

b.- Colegii de serviciu

Se consideră că individul nu este doar o unitate profesională ci un adevărat univers social (P. Golu). Colegii pot să influențeze negativ CpT când ei nu respectă unele interdicții pe care le-a primit bolnavul (de ex. fumătorii dintr-un birou în care lucrează un astmatic) sau când oferă "sfaturi autorizate", contrar indicațiilor medicale primite de către bolnav. Adeseori, pentru a nu-și pierde locul de muncă, bolnavul este nevoit să renunțe la unele restricții impuse de medic (ex. noxe chimice la un astmatic).

În cazul unor influențe pozitive ale colegilor ele se exercită asemănător celor deja menționate la rolul familiei în creșterea CpT.

c.- Bolnavii din salon

Au o influență mai puternică prin faptul că suferă, adeseori, de aceeași boală (câteodată având o vechime mai mare a bolii, deci "experiență") și coexistă cu bolnavul pe o durată amplificată de concentrarea gândurilor și discuțiilor legate de problematica obsedantă a bolii (cauze, efecte, medicamente, personal medical - inclusiv credibilitatea acestuia, etc.).

Alături de solidaritatea în suferință, "reclama" făcută personalului medical și medicamentelor recomandate, toate având rol în creșterea CpT, există și influența negativă potențată de caracterul de grup (putere expertă, informațională) referitor la aceleași componente ale planului terapeutic, furnizarea unor "rețete" diferite de tratamentul recomandat, atragerea bolnavului la diferite încălcări ale regimului dietetic (alcool) sau fumatul în grup etc.

B. Mijloace de evaluare a complianței terapeutice

Dezacordul între expectanțele legitime ale medicului cu privire la succesul terapeutic scontat - în cazul unui diagnostic clar și al unei prescripții adecvate - și persistența simptomelor sau chiar agravarea bolii a creat suspiciuni referitoare la incorectitudinea (conștientă sau inconștientă) a bolnavului în urmarea indicațiilor trasate de către terapeut.

Existând deci posibilitatea unor abateri de la aceste indicații s-a căutat studierea acestor abateri și a factorilor care le generează la diferitele niveluri ale actului terapeutic.

După o clasificare efectuată de Tunsäter (referitoare la CpT în astm) distingem:

I. CHESTIONARELE

Sunt bazate pe autoevaluarea de către pacienți, având o slabă concordanță cu evaluările obiective dar putând furniza importante repere psihosociologice.

Datele furnizate de aceste chestionare au indicat în astm o CpT în medie de 50%, deosebit de exagerată în raport cu cea considerată ca reală (30%) de către autori ca Sacket și Snow (citați de Tunsäter).

În țara noastră, primul chestionar referitor la CpT în astm, a fost elaborat de I. Camil Iamandescu (1994) având 45 de itemi grupați în 8 categorii de evaluare:

- autoevaluarea
- percepția bolii
- gradul de integrare și influența suferită în cadrul familiei, grupului profesional și al bolnavilor (salon de spital) - în total 3 categorii de itemi
- influența asupra bolnavului exercitată de către medic și de către ceilalți bolnavi (două categorii de itemi).
- efectele secundare ale medicației
- factorii de ordin material (putere de cumpărare, dificultăți de transport, etc.).

2. INTERVIURILE

Prezintă interes mai ales cele structurate pe o tematică ce poate aduce noi informații, destul de dificil de obținut cu alte mijloace, despre teama bolnavului de efectele secundare ale medicamentelor (mai ales dacă le-a mai încercat cu ocazia unor administrări precedente) sau despre atitudinea lui față de tratament, în general.

Referitor tot la astmatici, Fallsberg consideră că administrarea medicamentelor la aceștia este guvernată de o serie de compromisuri între diversitatea simptomelor, securitate și teamă de efecte secundare.

3. METODE OBIECTIVE

3.1. Agenda pacientului

Notarea momentului când își ia medicamentele, eventualele efecte secundare. Există mari posibilități de eroare, provenind din faptul că pacientul poate lua o doză mai mică sau uită să-și ia medicamentul dar notează totuși retroactiv etc.

De asemenea estimările doctorului supraestimează aderența pacientului la tratamentul (Creer).

Totuși, opinăm pentru menținerea unei astfel de instrument de control la care, personal, recurgem și în scopul înscrierii "manu medici" a indicațiilor de tratament medicamentos dar și igienico-dietetic.

În multe boli, cum este și astmul bronșic, contează ora administrării, în raport cu perioadele de alimentație (de regulă după mese) dar și cu administrarea altor medicații.

3.2. Controlul medicației, inclusiv dozări ale medicamentelor (în sânge sau urină)

Pe lângă numărarea pastilelor, folosirea pulverizatoarelor monitorizate (de ex. Dischaler pentru Salmeterol), în astm se utilizează și dozarea unor medicamente (Aminofilină, de ex.) în sânge, urină sau chiar în salivă (Salbutamol).

C. Posibilități de optimizare a CpT

I. DATE DIN LITERATURĂ

Creer consideră că se poate crește CpT prin 5 modalități: educarea pacientului, simplificarea regimului terapeutic, monitorizarea tratamentului, auto-generare și autoadministrare.

Referitor la autogenerare, autorul consideră ca fiind necesară o analiză detaliată a comportamentului bolnavilor și al familiilor lor în cadrul bolii pentru determinarea motivelor reale ale acestor comportamente. Concluziile trase de către Creer sunt valabile atât pentru boala respectivă (astm) cât și pentru bolile cronice, în general.

Autoadministrarea medicamentelor, inițial sprijinită de către medic, sporește ulterior responsabilitatea pacientului (inclusiv a copiilor, ca de ex. în astm) și - deși există riscurile unor abateri voluntare de la tratament - eficiența tratamentului este mult sporită - în cazul pacienților bine intenționați - printr-o simplă adaptare, în cunoștință de cauză, la diferitele modificări ale evoluției bolii.

Meltzer și colab. mai propun, la copii - putând fi considerat și ca un mijloc de perfecționare a metodei autoadministrării tratamentului de către bolnavi - supravegherea acestu-

ia de către familie și instituirea unui sistem de premii și sancțiuni (la adulți premiul fiind reprezentat de dispariția simptomelor).

În cadrul acestei supravegheri se pot include și vizite la domiciliu ale unui personal specializat, cum ar fi asistentele medicale (sau sociale).

Aceste vizite pot să asigure o testare suplimentară a comportamentului de aderență a bolnavului la tratament, ca și a relațiilor acestuia cu mediul său social.

I. Camil Iamandescu (1994) insistă asupra structurii CpT pe baza creșterii motivației intrinseci a bolnavului, cuplată cu inducerea unei influențe pozitive din partea anturajului.

Analizând toate aceste propuneri, ca și cele ale altor autori (Creer, Falsberg, Tunsäter) privind pacientul noncompliant, putem formula - pe baza și a unei experiențe personale în tratarea bolnavilor nepsihiatrici - o serie de principii și modalități de creștere a CpT, dependența atât de cei doi factori de bază implicați în ecuația terapeutică - medicul și bolnavul - dar și de un al treilea element: influența anturajului.

2. RECOMANDĂRI PENTRU CREȘTEREA CPT

2.1. La nivelul prescripțiilor doctorului

a) Claritate, concizie și periodizare a indicațiilor

Se recomandă instrucțiuni scrise și fixarea conduitei de tratament. De asemenea exemplificarea cu ajutorul altor pacienți (de ex. utilizarea unui aparat) sau chiar demonstrația personală (eventuala seminarizare a bolnavului).

b) Simplificarea maximă a schemelor terapeutice.

c) Regim dietetic orientativ (în unele cazuri). Se conferă o anumită libertate bolnavului în "sectoare" alimentare fără implicații pentru boală (ex. în diabet se cântăresc numai anumite alimente fără calculul caloriilor, la alergici se indică o listă cu alimente strict interzise, diete standard în anumite boli digestive, etc).

d) Explicații acordate bolnavului, referitoare la:

- cauzele bolii;
- mecanismele bolii;
- efectele secundare posibile ale medicației și modalitățile de a le preîntâmpina sau diminua.

e) Utilizarea unei medicații cu efecte secundare foarte probabile la pacienții respectivi.

f) Efectuarea unor controale periodice (medic sau asistenți medicali sau sociali) ale administrării medicamentelor, inclusiv controalele telefonice.

g) Monitorizare a tratamentului (grafice, folii cu medicamente numerotate etc.).

2.2. La nivelul pacientului

a) Asigurarea unor condiții realiste de prescriere a medicamentelor (cost, posibilități de preocupare a acestora), nivel de instruire și bunăvoință a pacientului.

b) Accent pe libertatea de decizie a acestuia, în sensul "activării în cunoștință de cauză" în procesul propriei vindecări.

c) Încurajarea pacienților de a intra în diferite organizații (asociații) ale suferinzilor de o anumită maladie (de ex. diabet, astm, etc.).

2.3. La nivelul anturajului

În esență, familia, grupul bolnavilor din salon, colegii de serviciu trebuie să-i ofere bolnavului:

- Încurajări și îndemnuri privind respectarea indicațiilor terapeutice;
- Informații referitoare la o serie de aspecte legate de calitățile, dar și de "defectele" (în special efectele secundare) ale medicamentelor, posibilitățile de procurare ale acestora, exemplificări referitoare la indicațiile igienice și dietetice, etc.
- Scutiri de responsabilități, ajutor direct în situațiile care solicită intervenția celorlalți;
- Controlul suplimentar (veritabil aide - memoire) în legătură cu administrarea medicamentelor și respectarea interdicțiilor formulate de către medic.

3. PROMOVAREA CONȘTIENTIZĂRII DE CĂTRE BOLNAVI A OBIECTIVELOR ȘI IMPLICAȚIILOR TRATAMENTULUI ASUPRA MODULUI LOR DE VIAȚĂ

Rameckers - unul dintre exponenții unei noi concepții privind CpT, bazată pe asumarea conștientă de către pacient a responsabilității propriului tratament - consideră ca necesare următoarele elemente, încadrate într-o "decision - making scheme":

- cunoașterea obiectivelor și priorităților tratamentului;
- să decidă care dintre acestea pot fi îndeplinite ("îi stau la îndemână");
- să se oblige să aleagă, pentru îndeplinirea tratamentului, un anumit stil de viață și comportament;
- să-și modifice, în permanență, comportamentul în raport cu noile exigențe terapeutice.
- să stabilească, în final dacă obiectivul a fost îndeplinit.

Există însă și o categorie de pacienți (destul de largă în opinia noastră) care nu acceptă această responsabilitate și care sunt de părere că medicul are, în general, întreaga răspundere a îngrijirii și vindecării lor. Acest punct de vedere poate fi acceptat de către medic dar numai până la un anumit nivel.

Totuși, indiferent de gradul în care bolnavul își asumă responsabilitatea tratării bolii de care suferă, medicul trebuie să-i ofere explicații clare și un suport moral permanent, insistând și asupra implicațiilor pe care le are tratamentul asupra calității bolnavilor tratați.

PRINCIPII ȘI MODALITĂȚI PRACTICE DE OPTIMIZARE A ACTULUI MEDICAL PRIN MIJLOACE PSIHOLOGICE

I. ABORDAREA BOLNAVULUI ÎN PLAN PSIHOLGIC ÎN CADRUL RELAȚIEI TERAPEUTICE

A. Perspectivele abordării bolnavului de către medic

Considerând relația, specifică profesiunii medicale, dintre medic (sau studentul stagiar medicinist) și pacient, este obligatoriu să menționăm faptul că ea se desfășoară într-un domeniu explicit, tehnic-profesional (culegerea de date despre boală, examen obiectiv și investigații paraclinice, prescripții și manevre terapeutice, recomandări cu caracter socio-profesional etc.) și într-un domeniu, implicit, psihologic de care se ocupă, așa cum s-a arătat, Psihologia Medicală dar și alte discipline precum Bioetica.

Dacă, însă, vom analiza această relație interpersonală dintre medic și pacient (RIP-Dr-Pt) prin prisma celor trei planuri de desfășurare a sa, definite de către Piaget - intelectual, afectiv și moral (cu inevitabile întrepătrunderi, și superposibilități) - va trebui de asemenea să izolăm latura tehnică a actului medical de cea psihologică, prin fixarea ei în planul "intelectual" al RIP Dr Pt (absolutizată, de altfel, de mulți medici, care ignoră aspectele "paramedicale"), în timp ce latura psihologică a actului medical este implicată în toate cele 3 planuri menționate.

Unitatea dintre cele două laturi (tehnicistă și psihologică) al actului medical este o realitate ce poate permite - doar din rațiuni didactice - analiza, ca și însușirea lor separată în anii de formare a viitorului medic și "după aceea". Totuși, în cadrul studierii Psihologiei Medicale se obișnuiește să fie tratate problemele RIP-Dr Pt numai din perspectiva lor psihologică, deși noi am încercat în permanență să racordăm la aceste probleme numeroase aspecte legate de clinică și de asistența practică în ambulator desfășurată de către medicul somatician.

Tot din acest motiv dar și dintr-o perspectivă psihanalitică, unii autori (de ex. Yeammet și col.) privesc RIP Dr. Pt. exclusiv ca pe un "parametru al terapiei" (distinct de ceilalți parametri tehnici), de esență psihologică, oferind pacientului "ocazia privilegiată" de repetare a conduitelor sale infantile iar medicului posibilitatea includerii în cadrul unui "diagnostic global" a unor circumstanțe psihologice dependente de biografia dar și de

personalitatea bolnavului (în dinamica edificării ei). Aceste circumstanțe pot constitui sursa unor tulburări funcționale (adevărate "oferte ale bolnavului", exprimând dorințe ascunse și o "cerere" latentă de afecțiune, conform opiniei deja consacrate a lui Balint) pe care un medic cu reale calități relaționale le poate descifra, mai ales în cazul infirmării unui substrat lezional, deși - nici atunci când acesta este prezent - nu trebuie ignorată o cauzalitate psihică.

În același timp astfel de simptome pot fi atenuate sau chiar eliminate datorită unor atitudini adecvate particularităților psihice ale bolnavului pe care medicul le adoptă prin cuvintele și prescripțiile sale, ca și printr-o cenzurare permanentă a unor posibile efecte iatrogene.

Încercând o prezentare a elementelor de bază ale RIP Dr. Pt. vom utiliza - printru rigoarea și concizia sa - pe cea efectuată de Jeammet, Reynaud și Consoli în recenta lor Psihologie medicală (1993) și completând-o cu unele elemente proprii perspectivei redactării lucrării noastre.

Vom avea în vedere și faptul că, în acest ultim capitol, medicii și studenții preocupați de umanizare crescândă a relației lor terapeutice - utilizând, în acest sens, informațiile și optica puse la dispoziția lor de către disciplina Psihologiei Medicale - vor găsi nuanțe noi, larg propagate în medicina europeană (franceză, în cazul menționat), privind abordarea psihologică a bolnavului.

Indiferent de deosebirile de nuanțe, considerăm că există un consens de opinii asupra necesității unei dozări optime între știință și psihologie pentru cel care aspiră să devină un foarte bun medic, eliminând două atitudini extreme:

- absolutizarea laturii tehnice a medicinei, prin considerarea bolnavului ca un "aparat ce necesită reparații" și permite manipularea lui "ca obiect";
- absolutizarea laturii psihologice a actului medical, conținând primejdia pedalării excesive pe aspectul relațional și a pierderii sau a neglijării obiectului de bază al relației terapeutice, boală, cu substratul și mecanismele sale de evoluție.

B. Caracterile generale ale relației dintre medic și pacient

Prelucrând și adăugând datele cuprinse într-un capitol omonim din lucrarea menționată "Abrégé de Psychologie Médicale" (1993 - Masson, Paris) de către Jeammet, Reynaud și Consoli, vom distinge următoarele trăsături ale RIP DR. Pt:

1. Inegalitatea celor doi parteneri, generată de:

- poziția în cadrul relației: bolnavul, care cere ajutor pentru alinarea sau vindecarea suferinței sale, și medicul-posesor al științei și mijloacelor acestei vindecări;
- diminuarea energiei bolnavului prin consumarea unei părți din ea de către suferințele proprii bolii și consecințelor acesteia;

2. Așteptări și speranțe mutuale.

Bolnavul, desigur, așteaptă în mod legitim ajutorul medicului, acesta fiind doritor, pe lângă îndeplinirea unei obligații morale (cu validare socială), de a-și confirma pregătirea sa și de a merita recunoștința bolnavului.

3. Impregnarea afectivă marcată a conduitelor celor doi parteneri ai relației (în mod prioritar bolnavul!) având repercusiuni asupra evoluției bolii sale somatice sau psihice, ca și asupra efectelor medicației (potențare = efect Placebo sau diminuare = efect nocebo).

O altă consecință a saturației afective a RIP Dr Pt o constituie fenomenul de transfer și contratransfer, evidențiate de Freud în cadrul psihoanalizei dar cu unele aplicații și în medicina somatică.

a - Transferul ("orice investiție afectivă a pacientului în medic") - Jeammet + colab. - 1993) poate evolua în două sensuri:

- pozitiv - medicul devine ceea ce pacientul și-a imaginat ("așa după cum copilul se consolează de slăbiciunea sa, idealizându-și părinții și puterile acestora" - ibidem).

Astfel pot apare ameliorări spectaculoase și pot fi suspendate temporar manifestări funcționale sau chiar lezionale" - Jeammet și col. - ibidem).

- negativ - există alte două tipuri de imagini ale medicului în mintea pacientului:

- Imagini regăsite de către bolnav ca exprimând situații și personaje care i-au procurat cândva traume psihice sau reacții afective negative, motiv pentru care medicul îi provoacă antipatie sau neîncredere.
- Necorespondența imaginii "performante" a unui medic tradițional, solemn - contrazisă de către un medic tânăr relaxat, abandonând "morga academică" - face ca bolnavul să nu accepte autoritatea terapeutului, rupând relația RIP Dr. Pt.

b - contratransferul - reprezintă un pas înapoi, o tentație de abandon a neutralității afective a medicului prin aceea că el manifestă adeseori un puternic conținut afectiv față de bolnav avându-și o posibilă sursă (după cum încearcă să convingă autorii psihanalisti) în "imagini infantile precise", readuse în prezent.

De acord cu Jeammet și colab., considerăm drept cauze ale cauzei contratransferului, următoarele:

- reacția medicului față de personalitatea, biografia și comportarea pacientului;
- discordanța între imaginea pe care și-o face medicul despre bolnavul ideal și cel pe care îl are în fața sa.

În cazul apariției contratransferului, el se va manifesta sub forma următoarelor comportamente ale medicului:

- refuzul ascultării pe îndelete a bolnavului (pretextul: lipsa de timp);
- lapsusuri referitoare la prescripții, data vizitei etc.;
- amenințarea bolnavului cu spitalizarea sau consultul psihiatric (în special bolnavii isterici, homosexuali, agresivi etc.);
- existența unor bolnavi privilegiați care corespund afinităților medicului, "plăcerii mutuale" (Jeammet și col.) care constituie un real substrat al unei relații terapeutice, eficiente.

4. Intricarea elementelor psihologice favorabile bolnavului din cadrul RIP Dr. Pt cu constituția psihoterapiei de susținere (adânc implicată în relația dată - medic și pacient).

Se poate realiza o PTS eficientă, amplificată indirect, prin intermediul medicamentului (efectul sugestiv de tip Placebo adiționat la acțiunea farmacodinamică reală a acestuia).

5. Potențialitatea unor agravări iatrogene.

Este legată de ceea ce spune medicul dar și de îngrijirile sale, inclusiv efectele secundare ale medicamentelor, toate fiind capabile de a genera simptome psihologice sau chiar boli. În planul psihologic al RIP Dr. Pt contează cel mai mult lipsa de tact a medicului, anticiparea unor primejdii legate de evoluția bolii - fără o definitivă posibilitate de argumentare - încălcarea unor obligații legate de statutul său profesional (inspecificitatea funcțională, dezinteresul și altruismul, neutralitatea afectivă, universalismul).

6. Permite edificarea unui diagnostic global al stării (bolii) pacientului.

În opinia noastră el cuprinde:

a - diagnosticul medical al bolii pacientului (sau infirmarea unei boli suspectate de către pacient și/sau medic), eventual afirmarea unui stres psihic acut sau cronic care simulează boala.

b - evaluarea (clinică) a terenului psihic de apariție a bolii (tip de personalitate, biografie încărcată de situații stresante, rolul anturajului).

c - aprecierea tipului (nuaștelor posibile) de relație interpersonală adecvată pacientului- rezultând din evaluarea terenului psihic dar și a unor condiții de viață ale acestuia ca și a unor circumstanțe ad hoc - și implicațiile sale în ceea ce privește:

- complianța terapeutică;
- evoluția (favorabilă sau nu) a bolii, ritmată și de factorii psihosomatici;
- coexistența unor comportamente nocive pentru sănătate.

7. Este facilitată de anamneză de tip nondirectiv (modelul psihanalitic). Acest termen, utilizat de Jeammet și colab. (1993), subliniază valoarea unei astfel de anamneze prin faptul că ea permite:

- sesizarea legăturii între psihic și somatic, pe baza unei analize "în planul simptomelor și suferinței, a stării de rău fizic și a repercusiunilor psihologice și invers", "fără a omite timpul de latență necesar pentru constituirea tulburării somatice după cea psihică" (ibidem).

- evaluarea vieții publice a bolnavului, tipului său de comportament și aflarea, cu această ocazie, a următoarelor aspecte:

- mecanismele sale de apărare, izolarea simptomelor de contextul lor;
- zonele de conflict și modul lor de abordare.

C. Aspecte de ordin practic a relației interpersonale dintre medic și pacient

Jeammet și colab., consideră necesară abordarea următoarelor aspecte:

1. Anamneza

Se realizează prin îmbinarea celor două modele: nondirective (tip psihanalitic) și tehnicist ("interogatoriul metodic" după Jeammet și colab.), cu excepția bolilor organice acute când urgența situației obligă la întrebări scurte și precise. În celelalte cazuri, citându-l pe Balint, "cine pune întrebări nu va obține decât răspunsuri" (deci, fără haloul psihic prezent în cazul combinării celor două metode, sinonimă cu modelul omnipracticianului).

2. Prescripția medicală

Este un adevărat ritual, cu o încărcătură psihologică deosebită.

a. Indicații medicamentoase

- cu cât efectul farmacologic al medicamentului este mai important, cu atât efectul Placebo este mai puțin urmărit;

- în cazul ponderii factorului psihogen în determinismul acuzelor bolnavului accentul cade pe o extrem de variată zonă de "reconstituenți somatici și nervoși", medicamente "de confort" (de regulă vitamine divers combinate). Este vorba de acel efect pe care îl are prescrierea, ca atitudine terapeutică, a unor produse farmaceutice cu rol de medicament extrem de puțin activ ("do something attitude").

b. Indicații non medicamentoase: regimuri diverse, cure kinesiterapice, etc. pe lângă unele efecte reale au un efect Placebo " de tip armat" (capitolul elemente sugestive de Pt).

3. Prescrierea concediului de boală

Trebuie să aibă în vedere:

- problemele economice (pentru bolnav dar și pentru colectivitate);
- un soi de "complicitate" care se instaurează între medic și bolnav;
- modificarea legăturilor sociale ale bolnavului;
- capcana beneficiilor secundare ale bolii.

4. Plata serviciilor medicale

- trebuie adaptată posibilităților bolnavului;

- are la bază, în plan psihologic, ritualul jertfei pentru spiritele care aduceau vindecarea;

- poate întârzia sau împiedica vindecarea bolnavului în cazul în care acesta are o serie de reticențe față de această obligație a sa;

- creează și medicului o obligație suplimentară în raport cu bolnavul (față de care se simte dator);

- bolnavul vindecat poate să păstreze o anume culpabilitate față de medic, manifestată prin persistența unor tulburări funcționale.

3. Trimiterea la medicul (sau un alt medic) specialist

a. Poate să reprezinte:

- un act just, prin aprecierea limitelor competenței;

- o diluare a responsabilității (Balint);

- o respingere temporară sau definitivă - din partea medicului - a unui bolnav inco-mod.

b. Trimiterea la psihiatru este o problemă delicată și ea trebuie rezolvată printr-o atitudine de implicare a bolnavului în decizie și cu permisiunea de reluare ulterioară a relației sale cu medicul curant;

c. În esență, și în condiții ideale de pregătire și de formare a medicului generalist, medicul curant "trebuie să rămână coordonatorul și cel care unifică deciziile specialiștilor" (Jeammet și colab. - ibidem).

6. Problema adevărului în medicină

Puterea cuvântului justifică grija pentru menajarea bolnavului în cazul adevărilor neplăcute, dovadă și faptul că înșiși bolnavii se feresc adesea de cunoașterea adevărului (între 30-80% vor să-l afle).

Jeammet și colab. consideră următoarele situații:

- bolile ușoare: explicațiile detaliate și atenție la calmarea anxietății;
- bolile grave și/sau invalidante: se insistă asupra funcțiilor care rămân sănătoase, asigurându-se bolnavului ajutorul medical capabil să le conserve.
- bolile cu prognostic letal: dezvăluirea nuanțată, gradată a diagnosticului, lăsând bolnavul să pună întrebări mai precise, dacă dorește realmente să știe adevărul sau să-l ocolească. De asemenea, să se evite dezvăluirea lui la bolnavii care refuză acest adevăr îngrozitor, de care - în caz că totuși le este dezvăluit - continuă să se îndoiască.

7. Ajutorul acordat muribunzilor

Insinuată în mod reflex în psihologia medicului, neputința acestuia de a salva bolnavul se manifestă prin sentimente de culpabilitate, anxietate, agresivitate, cu implicații comportamentale vizând:

- evitarea camerei muribunzului;

- interpunerea unei terțe persoane (infirmieră, aparținători ai bolnavului) ca o pavază în fața medicului angoasat de iminența eșecului acțiunii sale.

Jeammet și colab. recomandă în astfel de situații două atitudini simetric opuse celor menționate spre a se evita agravarea, prin disconfort psihic, a stării bolnavului muribund:

- vizitarea regulată a bolnavului (neabandonarea lui pradă singurătății) și oferirea unei posibilități de a-și exprima temerile, dorințele sale.

- menajarea personalului de îngrijire stresat la maximum de situația bolnavului și antrenarea infirmierelor, asistentelor în discuții care să le ofere posibilitatea exprimării - de-gajării - anxietății și emoțiilor în fața morții pacienților îngrijiți de ele.

Familia necesită - în opinia aceluiași autori citați - aceeași conduită din partea medicului de a nu fi abandonată și de a i se facilita un catharsis emoțional cu rol de a diminua "reacția de doliu" alcătuită din neliniște și culpabilitate.

Această culpabilitate poate fi uneori deplasată, sub formă de agresivitate și revendicări, asupra echipei terapeutice care nu trebuie, însă, să riposteze în fața unor reacții emoționale destul de scuzabile și - cel mai des - fără urmări, în afara unei reacții depresive apărute la familia stresată.

II. PROBLEME ALE PSIHOTERAPIEI SUPORTIVE APLICATE ÎN MEDIUL SPITALICESC

A. Principiile generale

Jeammet și colab. (1993) au stabilit, ca principale repere relaționale pentru medici și studenții care lucrează în mediul spitalicesc existența a patru trăsături negative ale spitalizării:

- accentuarea relației de inegalitate dintre medic și bolnav;
- amplificarea aspectului tehnicist al îngrijirii bolnavului;
- deformarea și parazitarea informației;
- complicarea (multiplicarea) relațiilor bolnavului.

Însușirea noțiunilor de psihologie medicală permite anihilarea acestor dificultăți:

1. - primirea bolnavilor: căldura sufletească (o simplă strângere de mână), explicații asupra specificului diferitelor investigații, etc.
2. - personalizarea relației bolnavului cu medicul de salon și echipa terapeutică (nereducerea bolnavului la rolul de anonim într-un salon de spital).
3. - încurajarea bolnavului să-și exprime opiniile prin întrebări, etc. cu rol restabilizator al narcisismului său, amenințat de spitalizare.
4. - stimularea comunicării în dublu sens (inclusiv a echipei terapeutice) permițând o valorizare a fiecărui participant la relația terapeutică;
5. - permisiunea și încurajarea acordată bolnavului de a duce o viață conformă cu valorile sale de referință: stimularea funcțiilor sale rămase intacte (cel mai adesea, mentale dar și fiziologice), cu evitarea dezorganizării sale psihice sub efectul anxietății și a altor afecte;
6. - facilitatea exprimării verbale a pacientului, cu rol cathartic, evitându-se cufundarea lui într-o "mușenie" din care nimeni să nu-l deranjeze;
7. - organizarea echipei terapeutice (medic, student, stagiar, asistente, infirmiere) în direcția încurajării unor atitudini ale personalului menite să nu prejudicieze narcisismul

pacienților și a unei perfecționări a calităților relaționale. De asemenea, se dovedesc utile reuniunile de serviciu ale personalului, capabil să permită o comunicare intergrupală cu rol veritabil schimb de experiență dar și catharsis emoțional.

B. Obiective (după Jeammet și colab.)

1. Depășirea clivajului între medicina somatică și medicina psihologică.
 2. Reconfort și susținerea morală a pacientului.
 3. Favorizarea depășirii unor momente dificile din viața socio-profesională și familială.
 4. Tratatamentul crizelor depresive și anxioase care nu ating o amplitudine de domeniul psihiatriei.
 5. Luarea în îngrijire a unor bolnavi ce refuză consultul psihiatric.
 6. Tentativa - definită de Abdouchelli - de restabilire sau menținere a echilibrului psihic.
- C. Atitudini psihosomatice frecvent întâlnite
- Atât medicul, cât și ajutoarele sale (inclusiv studentul stagiar) pot adopta următoarele tipuri de atitudini:
1. Atitudini impuse de specificul bolii și studiul bolnavului
Guyotat și Appeau au descris astfel de atitudini "spontane":
 - a. Atitudini cathartice
Permit pacientului exprimarea dificultăților sale existențiale, a conflictelor sale, permițându-i-se o detentă emoțională autentică ce nu poate însă lichida sursele stresurilor sale.
 - b. Atitudini directive
Sunt impuse de situațiile de urgență și implică o dirijare fermă a tuturor actelor bolnavului a cărui dependență în situațiile respective este cvasitotală, medicul asumându-și multiple responsabilități; pacientul înțelege și cooperează cu medicul.
 - c. Atitudini activiste
Reprezintă o dirijare cu o maximă autoritate a unui bolnav noncompliant (nivel intelectual sau discernământ scăzut, rea voință), apelând și la anturaj (familie) sau chiar la organisme sociale. Acestea pot fi folosite și în boli contagioase, ca de ex. tuberculoza.
 - d. Atitudini explicative. Sunt necesare bolnavilor care vor să depășească impasul bolii dar nu și celor care se complac în situația de bolnav și nu vor să știe nimic despre cauzele, mecanismele și remediile bolii de care suferă.
 2. Atitudini de implicare conștientă a medicului în relația psihoterapeutică
Jeammet și colab. consideră că aceste atitudini presupun:
 - a. Considerarea tulburărilor patologice ca "făcând parte din însuși pacientul", adică participând ca o componentă în stabilirea diagnosticului global.
 - b. Implicarea personală în relația cu bolnavul presupune și cunoașterea impactului cuvintelor și atitudinilor medicului asupra psihicului și corpului bolnavului.
 - c. Desprinderea cu modul de lăsa pe bolnav să-și exprime ideile și mai ales temerile sale dar și descifrarea atitudinii sale (în special limbajul non verbal).
 - d. Descifrarea unor nevoi psihologice reale ale bolnavului, aflate în spatele unor tulburări funcționale.
 - e. Menajarea regresivității psiho-comportamentale (ca formă de apărare) a bolnavului, în caz contrar existând pericolul unor tulburări psihice și psihosomatice grave, ca urmare a neamortizării stresului major reprezentat de boală.
 - f. Sprijinirea ego-ului bolnavului amenințat de boală și a narcisismului său slăbit, inclusiv a "aparaturii psihice al bolnavului depășit de boală".

Acest obiectiv, chiar, dacă nu este de dimensiunea modificării (remodelării) personalității bolnavului (ca în psihanaliză, de ex.) constituie un suport capabil să devină un punct de redresare ulterioară psihică, paralelă cu procesul vindecării.

III. PRINCIPII DE CONDUITĂ PROFILACTICĂ ÎN PLAN PSIHOLIC VIZÂND PROMOVAREA SAU REDOBÂNDIREA SĂNĂTĂȚII

Deși astfel de principii sunt propagate de către organizațiile implicate în domeniul sănătății publice și beneficiază de aportul mass-media, fiind înglobate în așa-numita educație sanitară, medicul practician - de la generalist și până la chirurg - le poate difuza mult mai eficient deoarece el are șansa unei puteri de convingere mult sporite asupra bolnavului decurgând din poziția sa în cadrul relației terapeutice ca și din multiple considerente deja înfățișate.

Încercând o ierarhizare personală și o enumerare a acestor principii - care, de fapt, aspiră să îndeplinească adevărate obiective sanogenetice vizând utilizarea optimă a potențialităților ființei umane - vom avea de considerat:

A. Primirea și/sau diminuarea unor condiții de viață și a unor factori psihocomportamentali de risc pentru îmbolnăvire

1. Implică o acțiune conjugată a medicului și pacientului pe două direcții:

- limitarea agenților stresori capabili să "ofere" o motivație pentru comportamentele nocive sănătății și însușirea de către pacient a unor conduite antistres.
- oferirea unei alternative pentru pacient la satisfacțiile procurate de "vicii".

2. Vizează concret:

a. - domeniile de bază ale existenței umane: habitual, familial, profesional și al loisirurilor, cu particularitățile lor relaționale.

b. - particularitățile etapelor dezvoltării individului, cu accent maxim asupra "vârstei fragede".

- perioada sugar (mama și copilul formează o "unitate psihosomatică" - Jeammet și colab.) în care "funcțiile fiziologice ale acestuia reacționează imediat la tulburările relaționale și de comunicare" (ibidem).

- perioada copilăriei și adolescenței, necesitând un aport relațional calitativ și cantitativ corespunzător, concomitent cu formarea unor repere morale prin însușirea - cu cât mai puțin distress - a unor interdicții sociale și paralel cu dezvoltarea autonomiei personale;

- perioada senescenței, cu reacția psihică secundară diminuării parametrilor fizici și intelectuali, a stării de sănătate, în general și pierderii (variabilă) unor statute sociale cu rol securizant în plan afectiv.

În toate aceste ipostaze pacientul, chiar și după vindecare necesită un surplus de psihoterapie suportivă (inclusiv angrenarea grupurilor de apartenență într-o acțiune protecoare).

Merită menționată aplicarea acestor principii de către echipa condusă de Stork într-o acțiune de susținere în plan psihologic a unor gravide cu o existență într-un mediu defavorizant - atât pe durata sarcinii, cât și în primul an de viață al sugarului - raportându-se rezultatele (dezvoltarea fizică și psihică a copilului la vârsta de un an) la un eșantion de mame având aceleași condiții de viață dar fără să beneficieze de suportul psihologic menționat. Diferența între cele două loturi de copii a fost net în favoarea celui provenit din mamele "susținute" moral contra dificultăților inerente situației lor.

c. - modificarea tipului psihocomportamental A

d. - corectarea sau suprimarea unor comportamente nocive pentru sănătate:

În opinia noastră pot fi aduse în această categorie: fumatul (interzicerea totală), alimentația nerațională (exces, reducere drastică, alcătuire defectuoasă, exces de dulciuri, grăsimi etc.), sedentarismul, alcoolul și cafeaua în exces, activitatea sexuală nerațională (deviată de la tradiția perpetuării speciei, susținută artificial, excesivă în raport cu potențialul individual și condițiile de recuperare, imprudență în raport cu riscurile unor boli cu transmitere sexuală), automedicația și polipragmazia (generând, nu numai efecte secundare somatice și psihice dar chiar conduite cu consecințe nefaste și pentru cei din jur - ex. accidente auto, în caz de autoadministrare de medicamente cu efecte sedative), consumul de droguri (interzicere totală) și conduitele autiste (izolare, pierderea posibilităților de comunicare de catharsis emoțional).

B. Prevenirea iatrogenizării pacientului

După Jeammet și colab., cu completări personale și din alți autori, medicul poate acționa, în acest sens, prin următoarele atitudini:

1. Evitarea "organizării în boală a unor acuze somatice și/sau psihice izolate (frecvente la pacienții cu "health care seeking behaviour" - Smith și colab., (= "comportament de căutare a îngrijirii sănătății") prezent la persoanele anxioase, cu preocupări ipohondrice alimentate și de beneficiile secundare ale bolii, în timpul copilăriei: cadouri, absențe școlare - Mitchell și Drossman - 1987 cit. Dumitrașcu).

2. Instruirea bolnavului asupra nocivității "reflexului terapeutic" de a-și autoadministra, la cel mai mic disconfort psihic "pilula magică" (tranchilizant, euforizant, etc.), eludând astfel posibilitățile sale de acțiune privind evidențierea și evitarea sau atenuarea efectului agenților stresori.

3. Combaterea înclinderii în sine a bolnavului, prin favorizarea unei detente emoționale rezultând din posibilitatea unei largi comunicări cu medicul (deci medicul să asculte atent, fără îngrădiri spațio-temporale, relațiile bolnavului).

4. Cercetarea, împreună cu bolnavul și numai cu acordul acestuia, a surselor anxietății și/sau depresiei aflate în spatele unor tulburări funcționale.

5. Camuflarea unor incertitudini diagnostice sau terapeutice până în momentul în care adevărul neplăcut devine evident și ascunderea reprezintă o culpă din partea medicului.

O astfel de atitudine permite "câștigarea de timp" cu efect de cruțare pentru bolnav și păstrează șansa reușitei.

Postfață

Tentativa de a edifica o concepție de abordare a bolnavului în plan psihologic, sincronă cu instituirea și desfășurarea relației tehnice, pur medicale, reprezintă una dintre definițiile - din perspectiva finalității - Psihologiei Medicale.

O astfel de încercare, atunci când este rodul muncii unui singur autor, poate să implice, fie formalismul unei îmbinări eclecticice a datelor domeniului respectiv fie orgoliul celui care se încumetă să trateze - potrivit experienței și concepțiilor sale - o problemă vastă și delicată ce se cere adecvată la nevoile practicii medicale într-o măsură mult mai mare decât au făcut-o lucrările anterioare (de referință "în materie"). Acestea au oferit cititorului (medic sau student medicinist) - avid să aplice învățăturile unor "cărți de căpătâi" la patul bolnavului - viziuni speculative (derivate din geniala operă freudiană), încărcate de erudiție și dovedind o eleganță stilistică și a spiritului capabile să farneze, să incite la reflecție și să astâmpere acea foame intelectuală cu reflexe estetice proprie corpului medical. Un singur lucru, dar capital, a fost omis cu consecvență: *omul bolnav este de cele mai multe ori un individ normal din punct de vedere psihic, cu probleme existențiale "de suprafață", nu abisale, iar - deși Psihologia Medicală aspiră la umanizarea actului medical - timpul avut la dispoziție de medic, în situațiile de urgențe medico-chirurgicale - este prea redus spre a se sonda în profunzime orizontul psihologic al bolnavului. Acesta trebuie abordat rapid, în plan psihologic, de către un medic avizat asupra unor probleme elementare de psihologie medicală în care accentul va cădea pe configurația situațională "hic et nunc", implicând noțiuni despre stresul psihic acut, despre circumstanțele de potențare sau diminuare a consecințelor stresului (mediu spitalicesc, anturaj, etc.) cunoștințe capabile să permită evaluarea tipului de personalitate a bolnavului cu anticiparea unor reacții comportamentale din partea acestuia.*

În cazul bolilor cronice, în afara unor cazuri destul de rare, care pot beneficia ("în teorie") de aportul tehnicilor psihanalitice), lipsa de condiții inclusiv de timp și de suficient personal calificat - face puțin utilizabile aceste tehnici la bolnavii nepsihiatrici.

Nu este mai puțin adevărat și faptul că, așa cum susțin autorii de esență psihanalistă, există o serie de tulburări funcționale vagi sau chiar bine reliefate, în spatele cărora se află dorința bolnavului de afecțiune sau nevoia sa imperioasă a unei detente emoționale pe care însăși discuția cu medicul sau studentul stagiar (ascultător, atent, deloc grăbit! al celor spuse de bolnav, adesea chiar nerelevante pentru diagnosticul medical propriu-zis) le poate face să dispară.

Referitor la Psihologie Medicală, ca obiect de studiu, ea a fost introdusă în anul II al facultăților cu profil medical în țara noastră din anul 1991, autorul cărții de față având satisfacția de a fi "deschis pârție" în acest domeniu (la facultăți de medicină și stomatologie din București și Oradea). Pe baza experienței didactice a celor 4 ani de predare a Psihologiei Medicale putem să afirmăm, că această disciplină permite o lărgire considerabilă a profilului umanist al viitorului medic și a stârnit un interes viu în rândul studenților.

Ea constituie - în planul subiectiv al motivației pentru studiul medicinei - o supapă de ordin cognitiv și afectiv pentru descărcarea unei tensiuni emoționale, acumulată prin solicitarea intensă a memoriei de către celelalte materii din anul II.

Dacă la finele acestui al treilea an de studiu studentul își va fi format o mentalitate de abordare psihologică a bolnavului, ea va putea, în mod firesc, să fie completată de cea "tehnică", formată pe baza noțiunilor disciplinelor clinice din anii următori. Pregătirea psihologică a studentului îi va asigura acestuia "intrarea în reflex" a considerării rolului exact (nici ignorat, nici supraestimat) al factorului psihic în ritmarea evoluției bolii. Sunt, de asemenea, create premisele pentru o eficiență psihoterapie simplă, de susținere, a bolnavului (cu efect, implicit, de amplificare a efectelor agenților terapeutici prescriși).

În acest cadru, al considerării factorului psihic ca factor de risc pentru îmbolnăvire, se cuvine tratată și problema comportamentelor nocive (tabagism, abuz de alcool, etc.) care au rădăcini psihologice, dar și implicații psihologice și patologice certe.

Obiectivul fundamental al disciplinei Psihologie Medicală este, în ultimă instanță, formarea - la studenții anului II - a unei matrice psihologice de abordare a bolnavului, pe care să se imprime ulterior elementele de dotare naturală și de experiență personală, completate cu inerentele observații și exemple furnizate de îndrumătorii lor, în cursul pregătirii la patul bolnavului, fiind recunoscute calitățile psihologice certe, atât ale marilor clinicieni, cât și a celor mai modești, dar adevărați profesioniști ai artei medicale.

În afara studenților mediciniști, considerăm că cei mai îndreptățiți să li se adreseze această carte, sunt medicii generaliști, cei care au privilegiul dar și marea responsabilitate de a îngriji pe termen lung bolnavii arondați (sau viitorii "asigurați"), îndeplinind și rolul medicului de familie ce implică multiple valențe psihologice. Fără a considera noțiunile și direcțiile de acțiune în plan psihic - rezultate din lectura lucrării de față - ca fiind un "adevăr de necontestat" sperăm ca ele să constituie cel puțin un punct de plecare sau veritabile sugestii care să permită utilizarea optimă a unor disponibilități psihice naturale ale medicilor generaliști (dar și de alte specialități) modelate de ineditul experienței lor profesionale.

De altfel, sperăm ca într-un curs postuniversitar de Psihologie Medicală, pe care îl vom organiza la sfârșitul anului 1995, să putem beneficia din plin din schimbul de opinii și - anticipăm cu certitudine - originalele sugestii ale colegilor interesați în acest domeniu interdisciplinar ce tinde să devină un canal de comunicare directă, magică între medic și pacient. Fără a ocoli un adevăr ce implică numeroase riscuri pentru autor, trebuie subliniat că această carte este o carte polemică, sfidând o serie de poziții "călduțe", de perpetuare a unor adevărate mituri a căror subtilă fantezie este egalată de cea mai profundă stupiditate (de ex. teoria limbajului simbolic al organelor a lui G. Grodeck după care, între altele, astmul bronșic - a cărui pluricauzalitate implică mecanisme bine descifrate, precum cel alergic - ar reprezenta, la copilul mic, un simbol al zgomotelor făcute de cuplul parental în cursul actului sexual, traduse la nivelul respirației micuțului astmatic, printr-o respirație șuierătoare "gâfăită").

Caracterul polemic al cărții este generat de dezacordul dintre relațiile clinice și interpretările fantasmagorice, născute în "turnul de fildeș" al unor autori (de regulă psihiatri sau psihologi) care și-au exersat adeseori o inteligență și un rafinament de necontestat în formulări sterile, tinzând să traducă certe interrelații dintre psihic și somatic, într-o "mitologie" a suferinței umane generată de bală, care ignoră progresele științelor medicale, începând cu genetica, biochimia, psihofiziologia și terminând cu histopatologia.

Pozițiile acestea speculative se pot apropia de realitate, în cazul bolnavilor cronici, dar numai al acelor care se abandonează bolii, rupându-se de preocupări capabile să le abată gândurile de la această problemă, devenită un adevărat centru al existenței lor (uneori și din vina medicului sau anturajului, dar având la bază, de regulă, un teren psihologic favorizant și necesitând, de această dată, ajutorul psihologului sau chiar al unui psihiatru - ambii cu pregătire în psihanaliză).

Aceste excepții confirmă regula și avertizează pe medicul practician (studentul chiar dacă vine în context cu astfel de cazuri, are o putere decizională redusă) a limitelor disponibilităților sale, referitoare la psihoterapia suportivă, obligându-l, fie la o colaborare strânsă, "în echipă" cu medicul psihiatru și/sau cu psihologul clinician, fie la autoinstruire prin lecturarea acestor tratate clasice de Psihologie Medicală sau Psihosomatică, ale căror noțiuni elaborate din perspectiva psihanalitică îi pot îmbunătăți experiența relațională.

În aceste "cazuri-problemă" limitele considerate de noi - referitor la cărțile menționate - devin adevărate calități dar, repetăm, proporția bolnavilor care reclamă o formație psihologică medicală de tip psihosomatic este mult mai redusă în practica medicului nepsihiatru iar timpul necesar formării acestei optici (inclusiv exersarea ei) devine un adevărat lux.

Orice abordare polemică a unui subiect conține în sine germenii unor atitudini extreme. Este un lucru de necontestat, și în ceea ce privește întreprinderea noastră. Ne consolează, însă, gândul că eventualele (sigure!) contestări sau completări - adresate fără ignobile intenții - vor deplasa spre linia de echilibru a adevărilor foarte probabile toate acele opinii care - chiar dacă pot fi discutabile în detaliu - au în ele un element comun: existența unei legături bidirecționale între stresul psihic și boală, capabile să justifice mecanismele psihologice implicate în vindecarea bolnavului, acționate de către un medic conștient de menirea și obligațiile sale, căruia îi dedicăm lucrarea de față cu speranța de a-i oferi prilejuri de meditație și cu credința că el va reuși să devină cel mai avizat și mai constructiv critic al unor căutări menite să înlesnească apropierea dintre oameni.

Bibliografie orientativă

- Ader R. (red.)** - *Psychoimmunology* - Academic Press - London, New York, 1981.
- Alexander F.** - *La Médecine psychosomatique, ses principes et ses applications*. Payot, Paris 1952.
- Appley M.H., Trumbull R.** - *Psychological stress* - New York, Appletco Century -Crifts, 1967.
- Anghel I.** - *Cap. Stresul profesional*
- Athanasu A.** - *Elemente de psihologie medicală*, Ed. Medicală, București, 1983.
- Balint M.** - *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, Paris, 1966.
- Basses C Wade C.** - *Chest pain With normal coronary arterises: a comparative study of psihiatric and social morbidity*. Psychological Medicine, 14, 51-61, 1984.
- Baban A., Derevenco P., Ilea V., Anghel I.** - *Un profil psihofiziologic posibil al bolnavilor coronarieni* - Revista de psihologie 1986, 32, 2, 119-126
- Baban A. și Dumitrașcu D.L.** - *Somatizarea* - Viața Medicală 1991, 1-3
- Bernstein D., Roy E.G., Srull T.K., Wickens C.D.** *Psychology*. Housteton Miffer Co., Boston, 1991.
- Baron C., Clement G., Gargot F. et Gay B.** - *Face au patient agité*. Exercer 1992, 15, 22-26.
- Bartrop R.W., Lazarus L., Luckurst E. și colab.** - *Depressed Lymphocyte function after bereavement* - Lancet 1977, 1, 834
- Blumer D., Heilbronn M.** - *Chronic pain as a variant of depressive disease. The pain prone disorder*. Journal of Nervous and Mental Disease, 1982, 170, 381-406.
- Bogdan C., Talaban Irène** - *Echilibrul psihosocial și longevitatea în Viitorul psihiatric (sub red. P. Brânzei)*. Întreprinderea poligrafică Bacău, 1980.
- Bogdan C., Popescu P.** - *Eutanasia, speranțe și destin*. Conf. - Dezbateri Comisia Biotică Acad. St. Med. Rom., 4 dec. 1994.
- Bousquet J.** - *How do we optimise asthma assesements?* - in Eds. Clark și T.H.J. Fabbri L.M.: How do we optimise asthma therapy pp. 27-30 Excerpta Med. Amsterdam 1992.
- Buttler de J., Catu A., Molina J., Olombel P.** - *L'effet médecine*. Exercer 1992, 18, 24-27
- Carruthers M.** - Discussions p. 266-268, în Kielkolz P., Siegenthaler W., Taggart P., Zanchetti A., (Eds.) - *Troubles psychosomatiques cardio-vasculaires* - H. Huber, Berne, Stuttgart - Viena - 1982
- Chaput de Saintonge D.M., Herxeimer A.,** - *Harnessing placebo effects in health care*. Lancet 1994, 344, 995-99.
- Ciofu I.** - cap. *Psihofiziologia emoției*, p. 215 în Ciofu I., Golu M. și Voicu C. - *Tratat de psihofiziologie*, Ed. Acad. București 1978.
- Clement G.** - *Du mythe à la médecine de famille*. Exercer 1992, 15, 9-12.
- Coculescu M.,** - *Neuroendocrinologie clinică* - Ed. Med., București, 1987
- Coculescu M.** - *Psychoendocrine stress introduced Syndromes* - Rev. Roum. Psychical 1989, 26, 233-250
- Constantinescu V. Stoleru P. și P. Grigorescu** - *Sociologie*, Ed. Did. Pedag., 1995
- Creer T., Kotses H.,** - Cap. 47: *Asthma: psychologice aspects and management*, p. 1015-1036, în (Eds.) Middleton E. Jr., Reed C.E., Ellis E.F., - *Allergy. Principles and practice* - Mosby, St. Louis, Toronto, London, 1983.
- Cucu I.** - *Psihologie medicală*, Ed. Litera 1980.
- Cucu I.** - *Medicina psihosomatică* - Ed. Litera, București, 1981

- Cucu I., Anghel M., Măgureanu M.** - *Depressive conditions specific of aged pensioners. Spontaneous and organized socio-therapeutical phenomena*. Abstract in the VIII-th European Congress of Clinical Gerontology, Neptun, România, 7-10.IX.1977, p. 114
- De Clercu M., Gillain B., Meert Ph. et al.** - *Interets de la prise en charge intégrée (somaticien-psychiatre) des plaintes somatiques fonctionnelles dans un service des urgences*. Psychol. Med. Paris, 1993, 25, 1-55-60.
- De Grazia D.** - *Etics en Medicine* pp.217-227 loc. cit. Wiener J.M. (1990)
- Delay S., Pichet P.** - *Abrégé de psychologie à l'usage de l'étudiant*, Masson, 1967.
- Derevenco P., Anghel I., Baban A.** - *Stresul în sănătate și boală* - Ed. Dacia, 1992
- Deshales G.** - *Psychoterapie* - Gull Psychol. Paris, 1965, XVIII - numerele 15, 16, 17, 18, 19
- Dongier M.** - *Nevroses et troubles, psychosomatiques*. Dessart, Bruxelles, 1969.
- Dunbar F.** - *Sycopsis of psychosomatic medicine*, Mozby, St. Louis, 1948
- Duret R.L.** - *Aspects psychosomatiques chez les malades digestifs* - Acta gastroent. belg., 1975, 38, 11-12, 377-392.
- Enăchescu C.** - *Elemente de psihologie proiectivă*, Ed. Stiințifică, București, 1973
- Ey. H.** - *Medicine psychosomatique et neurose d'organ* - Encicl. Med. Chir. Psychiatrie, 1955
- Eysenck H.J., Rachiimann J.** - *Nuerosen, Ursachen und Heilmethoden*, Verl. des Wissensch., Berlin, 1976
- Feldman R.S.** - *Social Psychology*, Mc. Graw Hill, New York 1985
- Ferreri M.** - *La plainte Psy au quotidien*. 1989, 2, 7, 24-26
- Filip V., Iamandescu I.B.** - *Urticaria și angioedemul* - Ed. Medicală, București, 1987
- Floru R.** - *Stresul psihic* - Ed. Științifică Encicloped. - București, 1974
- Fraisse P., Piaget J. (red.)** - *Traite de psychologie experimentale*, PUF Paris 1967
- Friedman M.** - *The modification of type A behaviour in postinfarction patients* - Amer. Heart J., 1979, 97, 5, 551-563
- Freud S.** - *Essais de Psychanalyse*. Payot, Paris 1963
- Freud S.** - *Introducere în psihanaliză. Prelegeri de psihanaliză. Psihopatologia vieții cotidiene*. Ed. Did. Ped. R.A., București 1992.
- Gay. B.,** - *Les pathologies fonctionelles existent-elles?* Exercer, 1992, 17, 7, 10
- Celder M., Gath D., Mayou R.** - *Tratat de psihiatric Oxford*, ed a II-a, Asociația Psihiatrilor Liberi din România, Geneva Inițiative Publishers, București, 1994.
- Georgescu D., Aron G., Sinescu C., și colab.** - *Factorii de risc și de prognostic ai infarctului miocardic acut la populația activă*. - Conf. Naț. de Cardiologie, 1987, București
- Gheorghiu VI.** - *Betrachtungen über Suggestion und Scientia* 1972 sept., Milano
- Gheorghiu VI.** - *Hipnoza* - Ed. Șt. Enciclop. București 1977.
- Gherasim L., Bruckner I.** - *Cardiopatia ischemică nedureroasă* pp. 235-276 în *Tratat de Med. Internă* (red. Radu Păun). Bolile cardio-vasculare partea a III-a (red. L. Gherasim), Ed. Med. București, 1992
- Golu M., Dicu A.** - *Introducere în psihologie*, Ed. Stiințifică București, 1972.
- Golu P.** - *Psihologie socială*, Ed. St. Pedag. București
- Godard P., Bousquet J., Michel F.B.** - *Advances Group Lanes* - UK New Jersey 1992
- Gorgos C. (red.)** - *Vademecum în psihiatric*, Ed. Med., București, 1988

- Rickels și Dowing** - *Methodologische Aspekte bei der Prüfung der Antidepressiva*. p. 183-200 în red. Kielholtz P. - *Depressive Zustände*. H. Huber, Bern 1972
- Rose R.M.** - cap. *Psychoendocrinology*, 653-672 în (eds.) Wilson J., Foster D., *Williams Textbook of endocrinology*, Saunder, Philadelphia, 1985
- Rosenman R.H., Friedeman M.** - *Modifying type A behaviour pattern*, J. Psychosom. Res., 1977, 21, 323-331
- Sahleanu V., Popescu Sibiu I.** - *Introducere în psihanaliză*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1970
- Sahleanu V., Athanasiu A.** - *Psihologia profesiunii medicale*, Ed. Șt. Enciclopedică, București 1978
- Sahleanu V.** - *Antropologia și psihologia în Dialectica metodelor de cercetare științifică* - vol. III, Ed. Șt., București, 1966
- Săvulescu G.** - *Noțiunile de sănătate și boală* - Rev. de Homeopatie, 1993, 1, 8-14
- Seropian E., Iamandescu I.B.** - *False reacții alergice medicamentoase induse de experiența psihotraumatizantă a unui șoc anafilactic la penicilină*, Viața Medicală, 1980, 9, 401-403
- Schapiro A.K.**, In: **Clark WG, Del Giudice J.**, eds. *Principles of psychopharmacology*. New York: Academic Press, 1978
- Schneider B.P.** - *Psychologie medicale*, Payot, Paris 1969
- Selye H.** - *The stress of life*, Longman, Green, London, 1957
- Selye H.** - *De la vis la descoperire*, Ed. Med. București, 1968
- Siegerist J. și col.** - *Soziale Belastungen und Herzinfarkt Enke*, Stuttgart, 1980
- Sivadon P.**, (red.) - *Traite de la psychologie medicale*, vol. III, PUF, Paris, 1973
- Spieleberger C.D.** - *Anxiety State-Trait process*. In Spielberger C.D., Sarazon I.G. (eds.) pp. 115-143 Wileey New York 1975
- Stoetzel J.** - *Psychologie speciale appliquée*, cap. *Psychologie medicale*, Bull. Psychol. (Paris, 1964, tom. 20, nr. 6,8,14,20,23)
- Thorp B.** - *Seminar anti-stress* (ciclu de 5 conferințe) București 4-8 oct. 1992)
- Tiefeanu R.** - *Examen pulmonaire de l'asthmatique*, Presse Medicale, 1960, 23, 864-875
- Tunsater A.** - Cap. *Compliance in asthma* - in *Pharmacological Treatment of bronchial asthma (II)* (red. Stauberg K.), Lakemedelsverket, Uppsala, 1923
- Văleanu V., Daniel C.** - *Psihosomatica feminină*, Ed. Med. București, 1977
- Vianu I.** - *Introducere în psihoterapie*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1975
- Von Eiff A.W.** - *Psychologische und klinische Grundlagen des Stress* - Therapiewoche, 1979, 29, 4900-4904
- Von Eiff A.** - *L'hypertension neurogene* - Das Medizinische Prisma, 1984, 4
- Von Eiff A.** - *Zur Physiologie und Klinik des Stress* - Therapiewoche 1984, 34, 52, 7192-7196
- Von Uekuhl T.** - *La medicine psychosomatique*, Gallimard, Paris, 1963
- Wainsten J.P.** et al. - *Introduction aux fonctions du medecin generaliste*. Exercer, 1992, 16, 4-6
- Wiener J.M.** - *The National Medical Series for independent study*. Williams-Wilkinson, Baltimore 1990
- Wise R.** - *The relationship between physician and patient*, pp. 193-201 - loc cit. Wiener
- Zabarenko D.M., Zabarenko Lucy** - *Relation medecin - malade*, CIBA-Revue 1972, 6,1.

Anexa I

BREVIAR DE PSIHOLOGIE GENERALĂ

Bazat pe sinteza și comentarea unor date din literatură ale autorilor: **Popescu - Neveanu P., Popescu Neveanu și colab., Freud S., Eysenck, Margaret Matlin, Jeammet Ph. și colab., Altekruger și Bock, Moscovici S., Constantinescu V. și colab., Mucchielli A., Golu M., și Dicu A., Fraisse P. și Piaget J.**

A. Definiția psihicului

Modalitate supremă a vieții de relație a ființelor vii, realizând integrarea unui ansamblu de stări și procese, structurate pe baza semnalizării, reflectării și simbolizării, coechilibrate prin intermediul unor operatori specifici (de comparare, clasificare, opunere temporo-spațială, seriare și generalizare) și având ca rezultat un model al lumii externe (ca sursă de informație utilă subiectului) și al eului fizic și bio-fiziologic (după Golu și Dicu).

B. Procesele psihice (Popescu Neveanu și colab.)

Reprezintă o succesiune de stări (ex. somn - veghe, încordare - relaxare, emoții, etc.) realizate în plan mental dar reflectate - facultativ ! - în acte comportamentale și având la bază:

- o funcție biologică și acte fiziologice emergente
- un mod de operare: senzomotor și intelectual
- un conținut informațional (informația: o modelare a unui conținut prin mijloacele subiectului, având consecință un model subiectiv al faptului sau al relației subiective).

Procesele psihice sunt definite prin:

- conținutul informațional referitor la realitatea lumii externe sau a propriei ființe;
- funcții și structuri operaționale specifice (percepții și reprezentări, gândire, memorie, imaginație, emoții, etc.);

- modalități subiective comportamentale caracteristice: imagini primare pentru percepții, imagini mentale pentru reprezentări, ideea pentru gândire, etc.

Margaret Matlin împarte procesele psihologice în:

- procese mentale: nu pot fi văzute, auzite, etc. - într-un cuvânt - recepționate (direct, sublinierea noastră) de către cei din jur; exemple: percepția, imaginația + gândirea, memoria și luarea deciziilor;
- procese comportamentale: acțiuni fizice care pot fi văzute, auzite, etc. (idem, percepute) de către cei din jur.

C. Obiectivele psihologiei (Margaret Matlin)

Psihologia studiază procesele mentale și comportamentale (M. Matlin), insistând asupra subiectului, analizat ca personalitate (Popescu-Neveanu și colab.)

Obiectivele sale sunt reprezentate de:

- descrierea comportamentului și proceselor mentale ale individului
- explicarea acestor procese psihice;
- prezicerea evenimentelor viitoare pe baza celor anterioare (în ceea ce privește subiectul analizat);
- modificarea comportamentelor și proceselor mentale în scopul creșterii eficienței lor.

4. Prezentarea schematică a principalelor procese psihice

(după manualul de psihologie - P. Popescu Neveanu, M. Zlate și Tinca Crețu)

1. Procese cognitive

a. Senzațiile

- 1) Imagini primare (formate în condițiile obligatorii ale acțiunii directe a obiectelor și fenomenelor asupra organelor de simț).
- 2) Reflectare intrapsihică a însușirilor concrete ale obiectelor și fenomenelor într-un mod separat (o însușire = o senzație)
- 3) Caracter subiectiv (dependent de analizor, experiența individului, etc.) deși reflectă însușiri obiective
- 4) Clasificare
 - externe: vizuale acustice, tactile - termice - dureroase, olfactive, gustative (analizori)
 - interne - înregistrate de receptorii aparatului - locomotor : proprioceptori, receptori kinestezici - vestibular (echilibru)
 - organe interne (visceroceptori - durere, senzații particulare - prurit, etc.)
 - mediul intern - senzații instinctuale: foame, sete, etc.
- 5) Însușiri
 - cantitative: intensitate și durată
 - calitative - v. analizorii - senz. externe și interne
 - tonalitate afectivă (plăcute - neplăcute)
 - semnificație socio-culturală
 - sinestezia (o senzație declanșează altă senzație ex. sunet - s. vizuală)
- 6) Interacțiunea cu celelalte procese psihice.
- 7) Senzații particulare în patologie
 - vizuale: scotoame, fofene (boli oculare, tumori cerebrale, hipertensiune arterială)
 - auditive: acufene ("pocnituri"), tinnit (țiuțuri) - în ateroscleroză, hipertensiune arterială, dop cerumen, etc.
 - gustative: gust metalic (după medicamente), înțepături ale limbii
 - olfactive: mirosuri particulare (în tumori sau inflamații ale mucoasei nazale) foetor-ul hepatic, produse biologice putride - spută, secreții nazale, genitale cu miros neplăcut, specific.

b - Percepțiile

- 1) Reflectă totalitatea însușirilor concrete ale - obiectelor - fenomenelor
- 2) Reprezintă un ansamblu de senzații (nu o sumă!)
- 3) Reprezintă imagini primare ale obiectelor și fenomenelor
- 4) Se ameliorează și se completează prin gândire, memorie, manevrarea obiectelor și fenomenelor.

- 5) Faze:
 - detecția (minim vizibil)
 - discriminarea (minim reperabil)
 - identificarea (între alte elemente perceptive)
- 6) Însușiri:
 - primare
 - conținut bogat (concret)
 - perfectibile prin - antrenament - suport afectiv
- 7) Aplicații
 - Suport de observație
 - Învățare perceptivă
- 8) Exemple în patologie - false percepții • halucinații • cenestopatii

c - Reprezentările

- 1) Reprezintă trecerea între - senzații, percepții - reprezentări concrete individuale - noțiuni - reprezentări generale
- 2) Imagini secundare (în absența obiectelor și fenomenelor)
- 3) Asemănătoare percepțiilor (dar mai "sărace", "șterse")
- 4) Asemănătoare noțiunilor (tendință la esență), dar mai concrete, plus redundanță)
- 5) Implicații majore - în • memorie • gândire • afectivitate
- 6) Exemple în patologie - imagini obsesive, traume psihice - coșmaruri

d - Memoria

- 1) Asigură
 - întipărirea - fenomene bioelectrice
 - păstrarea - molecule ARN
 - reactualizarea (evocarea)
- 2) Însușiri
 - asigură continuitatea vieții psihice
 - interacțiunea cu alte procese psihice (transformare conținut)
- 3) Reflectare
 - activă
 - selectivă
 - situațională
 - fidelă voluntară - educație (antrenament)
 - mijlocită involuntară - reflectare în patologie
 - inteligibilă (logică)
- 4) tulburări
 - pr. fixare: tulburări ale atenției, ateroscleroză etc.
 - pr. evocare: stres (inclusiv surmenaj), boli neuro-psihice, etc.
 - dismnezii
 - lapsusuri

e. Noțiuni

- Definiție • condensare selectivă de informații în funcție de experiența - personală (a subiectului) - socială
- refer. la însușirile generale și esențiale ale - obiectelor - fenomenelor
- integrator categorial - generalități de dif. nivele (clasificare) - abstractizare - concrete (păstrează "urme" de reprezentări) - idei (desprinse de contactul concret)
- Definiția N. - sfera noțiunii - notele definiției

- Clasificarea - N - *empirice: experiența individuală* (subiectivă) (+ coeficient afectiv)
- *științifice: semnificație obiectivă* (experiența celorlalți)

f. Gândirea

- 1) Procesualitate reflectivă
 - integrează subiectiv informațiile obiective din mediul - extern și intern
 - operează cu
 - noțiuni - judecăți - raționamente
 - reprezentări
 - imagini primare
- 2) Obiective - înțelegere (decodificare)
 - rezolvare de probleme (euristic, algoritmic)
- 3) Conținuturi (Guilford) - figurativ
 - simbolic
 - semantic
- 4) Operații - analiză - sinteză
 - comparare - evaluare
 - abstractizare - concretizare (proprietăți)
 - generalizare - particularizare (clase)
 - implicare - transformare
- 5) Ecuația (Popescu Neveanu): $G = MI^2$ (M= memoria; I= inteligența)

2. Afectivitatea

- a. Def. • stabilirea valorii (utilității) stimulilor - exteriori
- interiori
 - intermediar între - p. cognitive (evaluarea "lucidă")
 - p. motivaționale (nevoi prioritare)
- b. Operații - mecanism disjunctiv • ⊕ plăcut
• ⊖ neplăcut
- c. Implicată (afectată) în toate procesele psihice (largă rezonanță)
- d. Corelate somato - viscerele maxim exprimate (sist. limbic)
- e. Clasificare cantitativă (v. tab. 1)

Tabel 1 - Clasificare cantitativă

procese afective	durată	intensitate
emoții	-	+++
sentimente	++	++
pasiunii	+++	++
dispoziții	+	+
<ul style="list-style-type: none"> • euforică • neutră • disforică 		

f. Clasificare calitativă

- primare (rădăcini biologice) - afecte: furie, rușine, râs, plâns, panică
- superioare (rădăcini sociale): estetice, intelectuale, etice

3. Motivația (v. Ralf Linton, Matlin, Altekruger și Bock)

- a. Def. - *Stări de necesitate - impuls spre activitate*
 - Tensiune internă ce tinde spre satisfacerea motivului
- b. Clasificare

<ul style="list-style-type: none"> - Homeostatice - Senzoriale - Curiozitate - Cognitive (rezolv. probleme, jocuri, etc.) - Sociale (atașament, autoapreciere, etc.) 	}	<ul style="list-style-type: none"> animale umane
---	---	--

- c. Cele 3 nevoi fundamentale psihice (Ralph LINTON):
 - *afiliere*
 - *securitate pe termen lung*
 - *noutate a experienței*
 - d. Corelația
 - Nivel aspirație
 - Nivel posibilități
 - NA > NP = frustrare
 - NA << NP = subsolicitare (plafonare)
 - NA ≥ NP = optim
 - e. Piramida motivației - (Maslow): nevoi fiziologice - nevoia de securitate - nevoia de afiliere și dragoste - nevoia de stimă socială (a celorlalți) - nevoia de autorealizare (autoîmplinire)
- 4. Voința** (Popescu - Neveanu)
- a. *Etapa decizională*
 - identificarea variantelor acțiunii
 - ierarhizarea obiectivelor - variante
 - + procese cognitive
 - specifice
 - motivaționale
 - estimarea șanselor de reușită
 - reducerea variantelor la o pereche
 - A: comodă - ineficientă
 - B: incomodă - eficientă
 - b. *Susținerea acțiunii* (strategii adaptative)
 - conduită activă
 - apropiere - luptă
 - evitare - respingere
 - fugă
 - agitație ineficientă
 - conduită pasivă
 - blocaj
 - resemnare
 - conduită de "ocolire"
 - amânare
 - înlocuire

E. Personalitatea

1. Definiții:

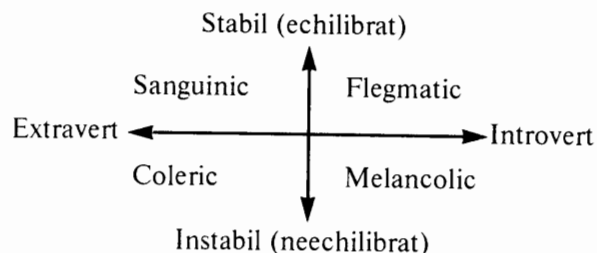
- a. O configurație de sentimente, gânduri și comportamente caracteristice unui individ care persistă de-a lungul timpului; ea permite ca individul respectiv să se deosebească de alții (Phares - 1988).
- b. Algoritm de îmbinare a unor trăsături stabile somatice și psihice (inclusiv relaționale) care conferă individului respectiv unicitate și predictibilitate asupra actelor sale comportamentale (definiție personală, eclectică, reunind aspecte semnalate de Allport și Cattell).
- c. Organizarea mai mult sau mai puțin coerentă a caracterului, temperamentului intelectului și fizicului unui individ; această organizare determină adaptarea sa particulară (proprie, specifică) la mediu (Eysenck).

2. Structura personalității.

a. Cele 3 instanțe clasice ale personalității.

1. **Temperamentul:** Latură dinamică - energetică constituțională a personalității, cu o bază neurofiziologică constituțională conferind particularități referitoare la forța, echilibrul și mobilitatea proceselor psihice.

Cele 4 temperamente clasice (Hippocrates și Galenus) rezultă și din combinarea celor două dimensiuni ale personalității postulate de către Eysenck: orientarea spre sine sau ceilalți (extraversie - introversie) și stabilitatea proceselor nervoase (Fig. 1).



Extraverti eliberează energia lor psihică spre exterior, în timp ce la introverti sensul energiei psihice este spre interior. Neuroticismul reprezintă un indicator al înclinației unei persoane spre dezvoltarea unor tulburări nervoase (fiind opus stabilității nervoase). Un al treilea factor descris de Eysenck (neinclus în figura menționată, valabilă pentru personalitățile normale) este reprezentat de tendința spre psihoze (Psychotizismus-neigung).

2. **Aptitudinile** - reprezintă trăsături somatice sau psihice ale unui individ ce depășesc media colectivității (de ex. "urechea muzicală", simțul coregrafic, etc.). *Talentul* reprezintă o bază constituțională pentru aptitudini, aptitudini în stare nativă, în timp ce *capacitățile* reprezintă aptitudinile cultivate. Pentru medic, indiferent de specialitate, contează în primul rând aptitudinile intelectuale și relaționale (căldură umană, comunicare lejeră și facilă cu pacientul), dar și unele aptitudini manuale (chirurgie) etc.

3. **Caracterul** - reprezintă ansamblul și direcționarea specifică a atitudinilor unor persoane față de ceilalți indivizi precum și față de sine, cu reflectare explicită în comportamentul și implicită în sistemul propriu de valori (definiție personală).

Caracterul este clădit pe normele etice ale societății de apartenență, însușite de individ prin educație sau experiență.

Atitudinile pot fi definitorii pentru un individ, participând într-un mod covârșitor la structurarea (edificarea) personalității acestuia.

b. Alte nivele ale personalității.

Cattel include, alături de cele 3 nivele (sau componente ale lor) menționate: *tipul motivației* și al opiniilor, ca și *predispoziția spre anumite stări temporare*, precum anxietatea și astenia.

Guilford include între factorii personalității: *stăpânirea de sine, veselia, stabilitatea emoțională, atitudinea prietenoasă* - inclusiv trăsăturile opuse respective - și, de asemenea în opoziție, înclinația subiectului spre masculinitate și feminitate.

3. Principalele modele ale personalității generatoare de tipologii (clasificare personală)

a. Modelul structural al lui Freud

1) Instanțele ("etajele" personalității)

Personalitatea cuprinde trei instanțe, aflate într-o "luptă", "ca trei persoane rivale care își apără fiecare interesele" (Laplanche și Pontalis).

a. Sinele (ES, ID).

Reprezintă totalitatea trebuințelor, motive primare ale individului, cărora le aparține și Libido (instinctul sexual). Aceste trebuințe primare necesită o satisfacere imediată și ele conferă energie și forță comportamentului uman. Freud introduce la acest nivel termenul de *pulsione* care desemnează "processe dinamice constând într-un mobil (sarcină energetică, factor de mișcare), care face organismul să tindă către un scop (Laplanche și Pontalis). Freud consideră ca majore două pulsioni: eros (pulsionea vieții, cu conotația instinctului sexual) și thanatos (pulsionea morții). Alături de aceste pulsioni, funcționează

la nivelul sinelui fantasmelor primitive și mecanismele de apărare ale Ego-ului față de angoasa internă.

Pulsioniile au drept surse excitațiile corporale (creând o stare de tensiune) și drept "scop" suprimarea acestei tensiuni, generată de propria sursă (care nu se rezumă doar la zonele de excitație erogenă ca în cazul pulsioniilor sexuale) (Mucchielli).

Reprezentările care sunt legate de pulsioni cu rol nefast (sunt inacceptabile moral) pentru prestigiul individului suferă procesul refulării, fiind împinse în inconștient de unde asaltează nivelul conștiinței reușind uneori să-l atingă ("întoarcerea refulatului") sub forma lapsusurilor, uitării numelui, actelor ratate, viselor etc.

"Omul este acționat din interior de pulsioni și de luptele dintre Sine, Eu și Supraeu", acest model freudian. "ia omului orice posibilitate de intervenție asupra actelor și proiectelor sale" (Mucchielli). Margaret Matlin consideră că "Sinele este lipsit de judecări morale, neputând distinge între înger și demon" fiind *inconștient și lipsit de contact cu lumea externă*". Sinele, în esență, "înglobează pulsioni înăscute și dorințe refulate de-a lungul vieții".

b. Eul (ICH, EGO)

Reprezintă instanța personalității care "pe de-o parte caută să satisfacă cerințele Sinelui și, pe de altă parte, să prezeve interdicțiile supraeului", având rol de arbitru în "conflictul permanent între Sine și Supraeu" (Laplanche și Pontalis).

Eul este un sistem care se conduce după "*principiul realității*", ca mediator între impulsurile primare ale Sinelui și normele Supraeului. El distinge între trebuințele interne și cerințele realității, între domeniul dorințelor și cel al realului.

Eul se formează "o dată cu apariția subiectivității copilului între 6 - 8 luni și 2- 3 ani, momentul «faimosului stadiu al oglinzii»" (Mucchielli). În raport cu "Sinele, care este guvernat de plăcere, Eul este mai rece, mai calm, guvernat de realitate" (Matlin).

Pulsioniile, care caută să se satisfacă (după principiul plăcerii), se confruntă cu principiul realității, acomodând astfel Sinele cu Eul. În esență Eul servește acomodării și autoconservării în cadrul interacțiunii sociale a individului (Altekruger și Bock).

c. Supraeul (Uber-ich, Superego)

Este reprezentat de preceptele morale și sociale interiorizate (cu caracter de interdicție și origine inițială parentală) care alcătuiesc **conștiința individului** dar și de **ideile personale** ale acestuia. Supraeul - în concepția lui Freud, edificată în epoca Victoriană - suprimă pulsioniile sexuale.

Matlin comentează astfel interrelația dintre cele 3 instanțe: Eul acționează ca supraveghetor, între presiunea Sinelui și regulile Supraeului referitoare la comportamentul prescris de normele etice. "Eul trebuie să răspundă mereu la întrebări de tipul «este aceasta posibil?», «este aceasta o problemă sigură?»"

2) Conștient, inconștient și preconștient, (Aspectele topologice ale modelului freudian)

Nivelul de conștientizare al proceselor psihice se constituie - după Freud - în 3 planuri:

a) Conștient (processe psihice conștiente)

Sunt trăite direct, nemijlocit de către subiect, alcătuind - după comparația propusă de Freud - partea vizibilă a iceberg-ului cu care este analog psihicul uman. Aici sunt cuprinse toate acele stări și procese pe care individul le trăiește (le conștientizează) într-un anumit moment și care se referă la contactul său cu lumea exterioară și perceperea propriilor sale senzații.

Conștientul cuprinde 2 instanțe: Eul și Supraeul, dar există și mecanisme de apărare ale Eului care nu sunt conștiente.

b) Inconștientul.

Reprezintă un imens rezervor de pulsioni, trăiri, evenimente, sentimente care au fost suprimate (refulate) de-a lungul vieții și care devin conștiente - cu multă greutate și numai contra rezistenței interne a individului - în cursul unor stări speciale "spontane", cum ar fi visele ori în cadrul unor tulburări psihice ce se exprimă în situații de scădere a stării sale

de veghe sau ale capacității sale de concentrare. (Altekrüger și Bock). În mod "artificial" prin metoda terapeutică a psihanalizei ele sunt conștientizate, moment ce constituie vindecarea bolnavului de tulburările psihice sau psihosomatice generate de "asaltul" "materialului refulat" asupra conștientului, reprimat - până la aplicarea tratamentului - de instanțele superioare ale personalității.

Se consideră că Sinele este localizat la nivelul inconștientului, dar "există și pulsuni mai mult sau mai puțin acceptate de către Eu" (Mucchielli).

3) Tipologii de personalitate freudiste (după Altekrüger și Bock)

a) *Sine puternic și Eu + Supraeu slabe*: persoane dominate de instincte, dar cu o gândire și cu o conștiință slabe.

b) *Sine + Eu puternic și Supraeu slab*: persoane realiste, pline de vitalitate, însă lipsite de scrupule

c) *Sine + Eu + Supraeu slabe*: persoane lipsite de inteligență, de elan și de caracter.

d) *Sine + Eu + Supraeu puternice*: "omul ideal", inteligent, moral și plin de viață.

4) Fixații în diferite etape ale dezvoltării psihosexuale

Etapele stabilite de Freud referitoare la această dezvoltare instinctuală a copilului pot fi parcurse accelerat sau în sens regresiv (mai frecvent) cu ocazia unor frustrări sau a altor tipuri de traume psihice, având loc o fixație pulsională, un ecou în comportamentul tardiv al viitorului adult, după cum urmează:

a) *Stadiul oral primitiv* (suptul: 0 - 18 luni) Echivalențe la adult: fumatul, băutura, plăcerea de a mânca, dar și tulburări patologice de tip alimentar (bulimie sau anorexie), înclinație spre alcoolism, spre droguri (Jeammet și colab.). *Caracterul oral*, edificat prin sublimarea conflictelor în trăsături validate social, se manifestă prin optimism, sociabilitate, amabilitate.

b) *Stadiul anal* (18 - 36 luni, cu achiziția controlului sfincterian și anal) Echivalențe negative la adult: tendințe sado-masochiste, înclinația spre perversiuni. În plan caracterial se remarcă triada clasică: *mania ordinii, avariție*, (de fapt plăcerea de a acumula, de a păstra pentru sine) și *încăpățânarea*. Se poate structura o personalitate anancastă, dar cu înclinație spre obscenități.

c) *Stadiul falic* (între 3 și 6 ani; plăcere produsă de autostimularea zonelor genitale). Se descrie la bărbat *un caracter oedipian* manifestat printr-o conduită ambițioasă și nevoia de a se arăta cuceritor și viril. Nerezolvarea acestui stagiou poate structura, fie o fire mândră, fie una timidă.

d) *Stadiul de latență* (între 6 ani și pubertate, dominat de reprimarea impulsurilor sexuale față de persoane de sex opus). Suprimarea pulsuniilor libidinale va conduce la dezvoltarea intelectuală și integrarea socială. Ca urmări negative se citează problemele școlare și apariția unei mari anxietăți sau a lipsei de încredere în sine. (Altekrüger și Bock).

e) *Stadiul genital* (de la pubertate spre vârsta adultă; individul posedă un instinct sexual matur cu orientare și obținere a plăcerii din relațiile cu persoane de sex opus).

f) *Caracterul genital* se manifestă prin conduită prietenoasă, plină de dragoste iar în plan erotic prin căutarea (cu succes) a satisfacției în cadrul orgasmului (Altekrüger și Bock).

b. Modele axate pe studierea trăsăturilor definitorii ale personalității. (Margaret Matlin)

1) ALLPORT

Din cele 18000 trăsături de personalitate studiate de către acest autor, el a izolat:

a) *trăsături cardinale* (1 sau 2) care pot contura din start personalitatea (de ex. avariție în cazul lui Harpagon);

b) *trăsături centrale*: foarte relevante dar prezente în anumite grade și la alți oameni, de ex. onestitatea, extraversia, amabilitatea;

c) *trăsături secundare*: caracterizează persoana doar în anumite momente (ex. preferința pentru cursele de automobil, stânjeneală în mulțime, etc).

2) EYSENCK

Modelul bidimensional al personalității (extraversie - introversie și stabilitate - instabilitate emoțională) (1936), a fost completat cu o a treia dimensiune, "Psihoticism", ca o dezordine psihică prezentă în diferite grade la anumite dimensiuni și caracterizată prin: solitudine, insensibilitate, desconsiderare și incorectitudine față de ceilalți.

THE BIG FIVE TRAITS MODEL (Carson, Mc Crae și Costa - 1986)

Personalitatea se structurează în jurul a 5 trăsături, fiecare cu câte 3 subdiviziuni pozitive și negative:

a) Extraversie

- sociabil - nesociabil
- glumeț - mohorât
- afectuos - rece

b) Agreabilitate

- generos - zgârcit
- încrezător - bănuitor
- săritor - egoist

c) Conștiinciozitate

- bine organizat - dezordonat
- grijuliu - neglijent
- autodisciplinat - anarhic

d) Stabilitate emoțională

- calm - nervos
- sigur de sine - nesigur
- mulțumit de sine - nemulțumit de sine

e) Deschidere spre nou (experiență)

- imaginativ - "plat", rutinier
- dornic de variație - monoton
- independent - dependent de "indicații"

4) MODELUL INTEGRATIV-DINAMIC

În cadrul unei analize asupra "contribuției lui M.Ralea la elaborarea modelului integrativ-dinamic al personalității", M. Golu (1996) evidențiază concepția autorului român asupra personalității dintr-o perspectivă vizionară (studiile sale inaugurate încă din 1924), prin care se consideră "geneza sistemului personalității ca subordonată legii stadialității și integrării ierarhice succesive, desfășurându-se de la omogen la eterogen, de la difuz la diferențiat, de la biologic la psihologic și psihosociologic" (M.Golu). Personalitatea, constituită în această "formulă genetică", reprezintă "o organizare unitară supraordonată, în raport atât cu componentele anatomo-fiziologice, cât și cu cele fiziologice sau psihice care se constituie în timp, atât sub aspect istoric, cât și individual-ontogenetic, în interacțiune permanentă cu mediul extern, socio-cultural" (M.Ralea).

5) MODELUL VALORIC AL LUI SPRANGER

Consideră modul în care individul își organizează viața sa conform unor valori la care aderă într-o măsură variabilă, capabilă să conducă la stabilirea unor configurații echivalente unor adevărate tipuri de personalitate (= algoritm de îmbinare a celor 5 valori fundamentale la care aderă în mod particular un individ).

Valori alese de Spranger ca definitorii pentru personalitatea umană sunt:

- **teoretice**: *adevărul* (accesibil prin logica individului) și *cunoștințele* (accesibile prin educație)

- **economice**: pragmatism, utilitate (oameni practici, preocupați de câștig sau total "neajutorăți" în domeniu etc.);

- **estetice**: frumosul, arta (sursă de creație sau de revelații spirituale pentru unii sau domenii inaccesibile, blamate conform unui complex refulat gen "vulpea și strugurii" de către cei ignoranți);

- **sociale:** sociabilitate, dragoste pentru om (altruști) sau izolare (mizantropi) și egoism;

- **politice:** putere și influență (oamenii politici și adepții lor) sau totală ignorare (apolitism)

6) **MODELUL ECLECTIC AL PSIHOGRAMEI - CA IMAGINE ÎN MOZAIC** (G. Morin)

Caracterograma, obținută prin aplicarea *testului vitraliului*, elaborat de G. Morin, se constituie prin proiecția datelor pe șase sectoare, delimitate de trei diametre ale unui cerc. Aceste sectoare reprezintă cele 6 secțiuni de bază ale testului, delimitând "nucleul personalității". Ele sunt, conform datelor furnizate de E.J. Caille, în ordine:

- **Sector A: Impulsivitate**

- Menirea fizică de acțiune în plan real
- Căutarea permanentă a unui contact cu altcineva
- Încercări de valorizare prin acțiuni spectaculoase.
- Adeseori (din motivele prezentate) trecerea la acte rău pregătite
- Spirit de aventură, temeritate
- Refugiu al nevoii de acțiune în imaginar (romane, TV, Spectacole)
- Paradoxală inerție (ce trebuie învinsă) la debutul acțiunilor
- Pierderi (destul de rapide) ale stăpânirii comportamentului în situații frustrante.
- Optimism (uneori pasager) și expansivitate cu tendință de a forța capacitățile sale.

- **Sector B: Voință**

- Interese orientate spre organizarea activă a profesiei și vieții personale.
- Interese orientate spre un rol notabil în relațiile sociale.
- Spirit de decizie, calități de gestionar.
- Metode de convingere directe.
- Impunător față de cei din jur, constrânși să-i îndeplinească exigențele sale.
- Destul de curajos.
- Bună părere despre sine, se simte șef.
- Prietenii lui pot conta pe el.

- **Sector C: Invenție**

- Domeniul cerebralității, nelimitat doar la interesele pur intelectuale.
- Deschiderea spre lumea cunoștințelor
- Interese pentru marile probleme.
- Fără a putea aprofunda total problemele respective.

- **Sector D: Sensibilitate**

- Anumite aspecte ale senzorialității.
- Diferite grade de sensibilitate la stimulii lumii externe.
- Poate lăsa gândirea să rătăcească în libertate.
- O gândire ce poate funcționa mai mult prin imagini decât prin cuvinte.
- Știe să păstreze locul pentru visare (din noianul imaginilor realiste).
- Apar periodic tendințe depresive care pot îmbrăca o tentă melancolică.

- **Sector E: Memoria**

- Intervenția unor funcții de organizare, "clasamente" și de memorizare propriu-zisă;
- În ciuda posibilităților sale de calcul, subiectul nu își urmărește atent propriile interese;
- Tendința de a se sprijini pe trecut și pe structurile conservate = individ oarecum convențional (și conservator)
- Nevoia de a se revedea sau de a pune în ordine cunoștințele sale.
- Iubește călătoriile (atunci când ele nu sunt o necesitate profesională sau familială);

- **Sector F: Expresivitate**

- În domeniul expresivității și sociabilității subiectul se arată sub aspectul său cel mai accesibil: în acest domeniu se manifestă și expresia sexualității sale;
- Este mai atașat de literatură decât de știință.
- Nevoia de a fi înțeles, aprobat, asigurat = persoană foarte atașabilă.
- Elanuri altruiste.
- Gust pentru românesc.
- Pulsunile instinctive nu se pot disocia de sentimentul dragostei.
- Crize sentimentale vii și pasionale.

Anexa II

MIC DICȚIONAR PSIHANALITIC

Dr. Ov. Popa-Velea

Anamneză de tip psihanalitic = tehnică diagnostică în care discuția cu bolnavul se realizează într-o manieră care să permită o maximă descărcare emoțională a pacientului. În general fără restricții de timp, ea se bazează pe tehnica asociației libere; bolnavul este invitat să verbalizeze cât mai relaxat fapte relevante în legătură cu istoricul și evoluția bolii, medicul folosind limbajul deschis în plan verbal și non-verbal și limitându-se la a interveni strict pentru clarificarea unor aspecte, fără a prelua rolul activ. Se folosește cu predilecție în boli psihice, psihosomatice, dar și în boli cronice cu multiple complicații, recidive, sau internări în antecedente sau în acele boli cu un impact psihologic major (\pm cu handicap, invaliditate, scădere substanțială a calității vieții).

Asociație liberă = metodă de bază a tehnicii psihanalitice și a anamnezei de tip psihanalitic. Implică verbalizarea fără discriminare a tot ce-i vine în minte subiectului, pornind de la un element-cheie, sau spontan. Precede analiza (împreună cu psihanalistul) a simptomelor și implică descoperirea propriei intimități (inclusiv a mecanismelor de apărare normale și patologice), rețrăirea istoriei pacientului, înțelegerea lanțului etiopatogenic implicat.

Catharsis (abreacție) = descărcare emoțională spontană sau provocată, conștient (psihoterapie) sau inconștient (hipnoză), prin care se realizează eliberarea de afectul legat de amintirea unui eveniment psihotraumatizant. Constituie o modalitate de a preveni apariția simptomelor nevrotice.

Comutare = strategie adaptativă inconștientă (defensă) în fața stresului psihic prin care energia subiectului este deturnată de la scopuri intangibile, reprobabile, antisociale spre scopuri tangibile (\pm cu utilitate socială: sublimare)

Contra-transfer = totalitatea reacțiilor în plan afectiv pe care le are analistul (terapeutul) în raportul cu pacientul său (\pm provocate de acesta). În principiu, contratransferul - fie pozitiv, fie negativ - implică o abdicare de la neutralitatea afectivă, trăsătură esențială de statut social al medicului (Parsons). Existența contratransferului face problematică intrarea în al 3-lea stadiu al curei psihanalitice : lichidarea transferului și creșterea autonomiei pacientului.

Ego = instanță a psihicului, postulată de Freud, ca fiind "o parte a Sinelui care a suportat modificări sub influența directă a lumii exterioare și prin intermediul sistemului conștiință-percepție" ("Dincolo de principiul plăcerii"). Are rolul de a realiza reconcilierea optimă între exigențele Sinelui și Superego-ului (între principiul plăcerii și principiul datoriei), supunându-se principiului realității". Acționează prin procesul secundar (formează planuri, acțiuni, testează eficiența acestora, conducând insul pe căile lipsite de pericole, dezirabile dar și social-admise). Garanția eupsihismului este existența unui "ego" puternic și echilibrat.

Negare = strategie adaptativă inconștientă în fața stresului psihic prin care sunt desprinse, din caracteristicile potențial nocive ale unor agenți stresori, cele acceptabile sau

mai ușor contracarabile. Unei dorințe inconștiente i se refuză, cu ajutorul negării, intrarea în câmpul conștiinței subiectului (nu o recunoaște ca aparținându-i sau o recunoaște într-o formă deghizată).

Neutralitate afectivă = condiție esențială a curei psihanalitice și trăsătură esențială de statut social al medicului; implică neimplicarea afectivă a medicului, nemodelarea bolnavului, neinocularea pacientului cu ideile sau convingerile personale ale terapeutului. Scopul esențial al curei psihanalitice rămâne, secundar cronologic (auto)analizei și autocunoașterii, sporirea posibilităților de opțiune conștientă, liberă, a pacientului.

Proiecție = strategie adaptativă inconștientă, ce implică mai multe tipuri de manifestări:

- asimilarea de către subiect a unei persoane ca altă persoană (v. transferul în psihanaliză);
- subiectul se asimilează cu alte persoane sau cu creația sa ("obiecte" animate sau inanimate); identificare;

- subiectul atribuie altcuiva dorințe/tendențe pe care nu le recunoaște ca fiind ale sale (proiecție propriu-zisă).

Refulare = strategie adaptativă inconștientă prin care persoana "uită" sau trimite/menține în inconștient gânduri, imagini, amintiri, trăiri reprobabile, penibile, antisociale, psihotraumatizante. Stă la baza genezei inconștientului (din perspectiva freudiană clasică). Are caracter de apărare temporară, deoarece conținutul refulat exercită permanent o presiune asupra conștiinței, tinzând să iasă la suprafață (sub formă de sublimări, acte ratate, vise și lapsusuri). Corespondentul în plan conștient este represiunea.

Regresie = proces psihic prin care persoana și concret comportamentul său revin la etape anterioare de dezvoltare și expresie. Poate caracteriza boli psihice (ex. obsesionalul regresează la stadiul anal, unii schizofreni la stadiul oral primar) dar și boli somatice (v. regresia afectivă și comportamentală, ca strategie adaptativă inconștientă, prin care se obține o scădere a tensiunii psihice generată de starea de boală). În psihanaliză, apare în cadrul transferului (asimilarea psihanalistului cu un părinte atotștiutor și omnipotent)

Sine = instanță inconștientă a psihismului, postulată de Freud, ca fiind rezervorul energiei psihice, "exponentul experienței subiective", sediul trebuințelor instinctive (sexuale, agresive) ce se cer imperios satisfăcute. Se supune "principiului plăcerii" ("procesul primar" = obținerea gratificației strict în plan imaginativ). În geneza sa intră conținuturi ereditare înnăscute și altele achiziționate, refulate. Sub aspect dinamic, Sinele intră în conflict cu Ego-ul și Superego-ul, care exercită o permanentă presiune în direcția modelării și canalizării energiei psihice spre exigențele și rigorile lumii reale.

Superego = instanță a psihismului formată prin interiorizarea normelor, regulilor, exigențelor socio-morale, în procesul dezvoltării individului. Reprezintă achiziția cea mai recentă/labilă a psihismului, fiind expresia dezvoltării insului în mediul social. Are rolul de a modela pulsionile Sineului și de a călăuzi Ego-ul spre perfecțiune. Funcțiile Supraeului sunt autoobservația, formarea idealurilor și conștiința morală.

Transfer = proces psihologic prin care pacientul dezvoltă față de terapeut anumite sentimente, atitudini, comportamente, legate de tratament și în cadrul acestuia. În cura psihanalitică, aceste sentimente reproduc, adesea într-o formă fantasmatică, conținutul relației cu figurile parentale. Transferul pozitiv reprezintă un element ce favorizează desfășurarea tratamentului; din acest punct de vedere cura poate fi împărțită în 3 etape:

- inițierea transferului și câștigarea încrederii în medic;
- consolidarea transferului și realizarea așa-numitei "nevroze de transfer" (înlocuirea nevrozei inițiale cu una artificială);
- lichidarea transferului (și a nevrozei de transfer) prin creșterea autonomiei pacientului.

Anexa III

PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII

Domeniu interdisciplinar în cadrul științelor medicale (date generale și completări pe marginea lucrării elaborate de Marilou Bruchon-Schweitzer și R. Dantzer)

A. Definiție

Marilou Bruchon-Schweitzer o definește ca fiind "studiul factorilor și proceselor psihologice cu rol în apariția bolilor, putând să accelereze sau să încetinească evoluția lor":

Sarafino lărgeste sfera incluzând între obiectivele acestei discipline - pe lângă promovarea comportamentelor și stilurilor de viață sănătoase - ameliorarea "preluării în sarcină" a bolnavilor.

B. Modele explicative clasice referitoare la originea bolilor somatice

După Bruchon-Schweitzer secolul XX a promovat 3 astfel de modele:

1. Modelul biomedical

Consideră boala drept consecință a unor agenți patogeni externi (traumatici, biologici, toxici etc.) sau interni (dezechilibre biochimice). Modificările brutale apărute în organism ca urmare a acțiunii acestor factori - ce declanșează activarea diverselor sisteme fiziologice și apariția unor stări psihice particulare (Dantzer) - se înscriu în aria stresului. Studiul agenților stresori, reprezentați de situațiile de viață psihotraumatizante, și relația lor cu apariția ulterioară a bolilor au primit contribuții relativ recente (1989 - Cohen și Edwards) care susțin existența unei corelații mai scăzute între stres și boală. Aceste neconcordanțe sunt datorate ignorării unor procese intermediare (percepție, cogniție, afective, comportamentale) puse în joc, conform particularităților fiecărui individ și care modelează (inclusiv, diminuează) impactul stresorilor.

2. Modelul psihosomatic

Este restrâns, în această sistematizare, la tentativa de a se explica dezvoltarea unor boli organice (cardio-vasculare, neoplazice, digestive, respiratorii, dermatologice etc.) prin "factorii psihici [...] jucând un rol etiologic determinant"; (în opinia noastră - a se vedea capitolul consacrat bolilor psihosomatice - factorul psihic acționează alternativ sau sumativ, cu factorii etiologici specifici organului sau aparatului afectat de boala psihosomatică respectivă).

Se comentează problema conversiei somatice a conflictelor emoționale specifice, ca și mai noile teorii privind capacitățile de simbolizare ale bolnavilor psihosomatici: - "gândirea operatorie" (M'Uzan și Marty) și "alexithymia" - referitoare la incapacitatea descifrării și verbalizării emoțiilor (cf. Apfel și Sifneos), concluzionându-se asupra imposibilității "măsurării acestor dimensiuni", ca și a "rezultatelor contradictorii obținute [în cazul evaluării unor corelații] între aceste aspecte ale personalității și diverse tulburări organice".

3. Abordarea epidemiologică

S-a încercat demonstrarea etiologiei psiho-sociale a unor boli (inclusiv cancer), analizându-se prin **studii retrospective** (subiecți bolnavi analizați prin reconstituirea unor corelații între stresul psihic, ca factor de risc, evenimentele psihotraumatizante trecute și diferitele etape ale bolii) sau prin **studii prospective** (cohorta de subiecți cu diagnosticul psihosocial stabilit la plecare și urmărit ulterior, referitor la bolile contactate care sunt raportate la datele inițiale). Rezultatele acestor studii au evidențiat tipul psihocomportamental A - ca factor de risc pentru boala coronariană și un alt factor C - cu risc pentru cancer (mai slab, având o varianță comună în jur de 5% - Contrada și col. 1990)

Se poate afirma că studiile prospective cele mai corect efectuate au evidențiat mai degrabă veritabilele **stiluri de viață cu risc pentru boală** decât o anumită "configurație psihică" specifică pentru contactarea unei anumite boli (în opinia noastră, pluricauzalitatea majorității bolilor permite explicarea unor interferențe între un comportament - solicitat de mediu și realizat printr-o modulație psihică particulară persoanei în cauză - și acțiunea patogenă sau sanogenă a unor factori etiologici; se pot găsi puncte nodale ale acestor interferențe, cu rol predictiv pentru mersul bolii).

C. Modele explicative actuale în psihologia sănătății

Aceeași autoare aduce în discuție o serie de factori implicați în păstrarea sănătății sau apariția bolii - biologici, psihologici și sociali, realizând următoarea sistematizare: factorii predictivi pentru boală, factorii moderatori și criteriile de ajustare (Coping) la stres. Acestea din urmă sunt apreciate din perspectiva considerării individului activ, neresemnat la pasivitate în fața evenimentelor al căror impact (inclusiv desfășurare) îl poate modifica în sens favorabil sau defavorabil.

1. Factorii predictivi

a. Declanșatorii bolii (agenții stresori)

Evenimentele majore, ca și tracasările cotidiene, sunt surse certe de stres psihic dar riscul de implicare etiologică a lor în apariția unei boli ulterioare apare în prezent mai redus, fiind apreciat în 1989 de către Cohen și Williamson la cca. 9% dar în astfel de cazuri este de necontestat (ex. infarctul miocardic).

Mai mult decât cantitatea și gravitatea evenimentelor negative "în sine", contează modul în care ele afectează în plan emoțional individul ("stresul perceput"), care este particular fiecărui subiect afectat.

În plus, contează foarte mult mecanismele de ajustare ("coping") la stres, ele jucând un rol de tampon față de agresiunea reală sau potențială asupra psihicului individului.

b. Antecedentele sociale, biologice și psihologice

1) Caracteristici sociale:

- vârsta (sunt mai afectate vârstele extreme),
- sexul (femeile sunt mai rezistente, inclusiv prin reactivitatea fiziologică mai redusă în cadrul stresului și prin adresabilitatea lor la medic mai crescută) și
- etnia (cu implicații în modul de viață, de alimentație, de consum de tutun și alcool, sexualitate etc.)
- situația familială și profesională (ambele surse potențiale de stres sau, invers, de suport social)

2) Constituția biologică (tipuri biopsihologice)

- tipurile clasice (hipocratice sau ale lui Kretschmer etc) - considerate de autoare ca "desuete"(?)
- tipuri integrative, realizând o "coerență a anumitor trăsături genetice morfologice, fiziologice, afectiv-emoționale și somatice" și concentrate în 2 tipuri: robust și fragil (Zerssen - 1976).

Deși actualmente neglijată, constituția biologică poate explica în multe cazuri vulnerabilitatea la stres (mai crescută sau mai scăzută) a unor indivizi, inclusiv implicarea stresului în apariția unor boli psihosomatice.

3) Antecedente psihologice

Reprezintă date "actuale", de ordin psihologic, în momentul impactului agenților stresori, fiind apreciate ca predictorii asupra "eficacității" acestora în patogeneză.

a) Tipul psiho-comportamental

- tipul A (analizat în capitolul 8 - pp.116-117 al lucrării noastre) cu risc pentru bolile coronariene;

- tipul C - "represiv", descris de Temoshock (1985-1990), pe baza dimensiunii "reprimare/vigilentă" (Burne și col. 1963). Acest tip de comportament este considerat ca inductiv de risc specific cancerului de sân. Este caracterizat prin:

- mecanisme de apărare puternice - incapacitate de verbalizare și de recunoaștere a emoțiilor,
- un complex de reacții negative secundare (subiacente) precum autodeprecieri, sentimente de neputință și de pierdere a controlului.

Relația tipului C cu bolile menționate este văzută de unii autori (citați de Marilou Bruchon-Schweitzer) ca fiind, nu cauzală ci în sens invers (tipul C fiind secundar bolii) inclusiv ca o "amplificare a simptomelor" sau o "afectivitate negativă".

Alți autori (Contrada, de ex.) găsesc o relație între acest tip psiho-comportamental și o disfuncție a sistemului imunitar (în special celulele NK) indusă de activarea "preferențială" a axului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal și având ca rezultat final apariția unor infecții cronice dar și a unor neoplazii.

Grossarth-Maticek și col. (1982) și Jensen și Muenz (1984) descriu atitudinea "rațională și antiemoțională (tendința de a-și reprima mânia)" a subiecților cu tip C, autorii din urmă citați (după Goodal) afirmând că au putut prevedea rezultatul pozitiv (pentru cancer) al biopsiei la bolnavii cu astfel de trăsături psihocomportamentale.

b) Trăsături de personalitate

- **depresia:** însoțește unele boli și ar juca (încă neconcludent demonstrat) un rol etiologic în unele boli (ex. cancer);
- **firea anxioasă** - asociată cu un stil perceptiv vigilent-evitant ar avea un rol favorizant pentru îmbolnăviri ulterioare numai când are valori extreme;
- **nevrozismul** - are un sens mai larg decât anxietatea - pe care o include, alături de ostilitate, izolare, impulsivitate, culpabilitate, vulnerabilitate, etc - fiind considerat ca asociat frecvent cu boli somatice (Friedman și Booth-Kewley), deși Stone și Costa (1990) au constatat doar rolul de "amplificator al simptomelor", corespunzând unei personalități înclinată către stres ("distress prone personality").

c) Trăsături imunogene

- **optimismul:** acționează în două direcții - minimalizarea gravității evenimentelor și supraestimarea propriilor resurse de a le face față. În plus, **umorul** este o strategie de ajustare capabilă și ea de a reduce impactul evenimentelor stresante. Optimismul și umorul ar avea o valoare predictivă pentru longevitate (v. și Margaret Matlin) și ar constitui un factor predispozant pentru evoluția favorabilă a unor boli cum este cancerul (Levy și colab. - 1988 - citați de M.Bruchon-Schweitzer).

• **vitalitatea (robustețea)**, cunoscută în varianta engleză sub termenul hardiness, reprezintă o aptitudine a individului de a fi neobosit, implicându-se în activități diverse cu multă curiozitate, gust pentru risc și gust pentru schimbare.

Prezintă 3 componente: controlul perceput al evenimentelor (**loc de control intern**), **sfidarea dificultăților și implicarea**, dintre care doar prima pare să fie predictivă pentru o sănătate bună ulterioară. Sentimentul de percepere a propriei eficacități ("eficacitatea percepută") este o noțiune apropiată de "controlul intern", ca și de aceea a încrederii în forțele proprii.

• **Baza psihofiziologică** a acestor “trăsături imunogene” o constituie:

- i) - reactivitate cardio-vasculară moderată;
- ii) - un nivel de catecolamine circulante relativ ridicat, ca și al limfocitelor (în situații adverse, inclusiv de natură infecțioasă)

După cum se observă, cele două trăsături de ordin fiziologic menționate corespund unor modificări ce caracterizează, de regulă, eustress-ul.

În ceea ce privește fundamentul conduitelor stabile, el poate fi:

- genetic (biologic), cf. opiniei lui Eysenck;
- dobândit (de esență socială), prin învățare cf. opiniei lui Bandura.

* * *

Watson și Penebaker sistematizează **trăsăturile de personalitate implicate în patogeneza sau în sanogeneza în:**

- **afectivitate negativă:** depresie, anxietate, nevrozism;
- **afectivitate pozitivă:** optimism, umor, vitalitate, eficacitate percepută, control intern, stimă de sine (autoapreciere, încredere în sine).

2. Factorii declanșanți

Pe terenul medical (organic), dar și psihologic amintit, considerat ca predispozant sau nu pentru o “patologie organică”, acționează - din punct de vedere psihologic - agenții stresori care agresionează organismul prin reacția de stres pe care o produc.

Cuantificarea gravității, duratei și frecvenței evenimentelor stresante, înepuțată cu Scala lui Holmes și Rahe (1967) a condus la ideea că fiecare subiect va suferi de o boală severă ulterioară (infarct miocardic, de ex.) în funcție de “cantitatea de stres” acumulată conform punctajului scalei.

Cercetările ultimelor 2 decenii au stabilit că un astfel de risc de îmbolnăvire apare numai la 9% din subiecții “amenințați” de suma punctelor scalei (Cohen și Williamson - 1989).

Se pare că nu evenimentele majore și vechi din biografia bolnavului joacă un rol important, ci micile tracasări cotidiene recente.

În plus, **contează repercursiunea emoțională particulară fiecărui individ a evenimentelor stresante, ceea ce se mai definește ca “stres perceput”,** motiv pentru care Cohen și Williamson au elaborat o scală (“Perceived Stress Scale” - 1988 - 14 itemi) în care subiecții sunt chestionați sub forma următoare, referitor la ultima lună:

- “Vă este dificil să vă controlați lucrurile importante în viața dvs.?”
- “Ați fost capabil să vă stăpâniți enervarea dvs.?”
- “Vă simțiți enervat de faptul că evenimentele vă scapă de sub control?”
- “Ați constatat că dificultățile se acumulează în așa fel încât nu mai puteți să le controlați?” ș.a.m.d.

3. Factorii moderatori (cu rol tampon) ai impactului agenților stresori

Se pot descrie (după Marilou Bruchon-Schweitzer și Margaret Matlin):

a. Factori de personalitate pozitivi (optimism, vitalitate);

b. Procese perceptivo-cognitive (controlul intern, autoeficacitatea)

Reprezintă o viziune a subiectului asupra evenimentelor stresante, potrivit căreia:

- subiectul consideră că evenimentele cu rol stresant pot fi modificate, atenuate sau chiar preîntâmpinate de către orice individ (**controlul intern al stresului**) și nu se află la discreția întâmplării;

- subiectul consideră - în virtutea unei încrederi în forțele proprii - că el poate stăpâni sau limita acțiunea nocivă a unor astfel de evenimente (**autoeficacitatea**)

c. Starea de anxietate moderată

Definită ca un ansamblu de procese cognitive și afective “de moment”, în fața unei situații amenințătoare: aprehensiune, perceperea unui pericol iminent, activarea unor diverse sisteme psihologice, **anxietatea este considerată, atunci când este într-un “grad moderat”, ca având rolul de “tampon” în fața “agenților stresori”** (Marilou Bruchon-

Schweitzer și Paulhan - 1993). Ea trebuie diferențiată de “anxiety trait” care este o trăsătură stabilă a personalității unor indivizi.

“O stare de neliniște, nici excesivă, nici absolută, permite subiectului să anticipeze realist o situație adversă pe care o are de înfruntat (nici dramatizare, nici reprimare)” (ibidem).

Tallis (1990) consideră că “îngrijorarea acționează ca un sistem de alarmă cu efecte benefice”, ea constituind “un lucru negativ, numai dacă se instalează fără motiv sau durează prea mult”.

În opinia noastră, este însă necesar să se sublinieze că anxietatea excesivă, prezentă la o mare parte dintre bolnavi - ca urmare a însăși anticipării unor pericole sau, mai ales, în condițiile eșecurilor terapeutice și a unei relații defectuoase cu medicul - are un rol dezorganizator al comportamentului și constituie o sursă importantă a unui exces de hormoni de stres.

d. Strategii cognitive și comportamentale de ajustare (Coping)

1) Definiții

Lazarus și Launier au desprins (sub numele de “coping” - 1978) o serie de strategii de ajustare elaborate de individ pentru a face tolerabilă tensiunea interioară (stresul psihic) indusă de o situație potrivnică.

După modul în care individul își concentrează atenția asupra problemei apărute sau asupra propriei emoții generate de problema respectivă se disting 3 tipuri de ajustări (după Suls și Fletcher):

a) “Coping” (ajustare) centrat pe problemă (“coping” vigilent)

Cuprinde evaluarea în plan mental (a nu se confunda aceste ajustări cu conduitele practice, acționale, de rezolvare a problemei!) a unor posibilități avute la îndemână de subiect:

- evocă experiența anterioară (eventuale succese în aceleași situații)
- contează pe suportul social
- va solicita informații și va căuta mijloace
- elaborează un plan de acțiune

b) “Coping” (ajustare) centrat pe emoții (“coping” evitant)

Reprezintă o strategie pasivă, “de uitare”, evitând confruntarea cu gravitatea situației, constând în:

- negare
- resemnare
- fatalism
- agresivitate

c) Reevaluarea problemei

Constă în reducerea diferenței - percepute inițial de subiect - între gradul de amenințare și propriile resurse, fapt ce ajută la perceperea situației ca fiind mai tolerabilă.

2) Implicații psihofiziologice

Stresul psihic este, în ultimă instanță, o reacție a organismului care se edifice în funcție de evaluarea cognitivă a situației și de strategiile de ajustare (“coping” = control efectiv).

Din acest motiv teoria lui Selye trebuie corectată referitor la impactul stresului psihic asupra sănătății deoarece există o diferențiere între cele două tipuri de coping din punct de vedere al corelației neuro-endocrine și imunitare.

- Evitarea (centrarea pe emoție): conduce la diminuarea catecolaminelor și activității celulelor N.K. (deci a imunității, inclusiv antitumorale), și la hiperfuncția axei hipotalamo-corticotrope ceea ce accentuează inhibiția celulelor NK;

- Ajustarea centrată pe problemă, conduită activă, ce acționează în sens contrar.

e. Moderatorii psiho-sociali: Suportul social

Suportul social este definit ca ansamblul relațiilor interpersonale ale unui individ care îi procură acestuia:

- o legătură afectivă pozitivă: **suport emoțional** (simpatie, prietenie, dragoste, consolare, etc);
- un ajutor practic: **suport material** (financiar, instrumental);
- informații și evaluări referitoare la situația amenințătoare: **suport informațional**.

Unii autori includ aici și **stima celor din jur**.

Suportul social poate fi acordat de familie, colegi, prieteni dar și de instituții, în frunte cu biserica și cu diverse forme de protecție socială (aziluri, case de copii, etc) ca și de societățile filantropice, (dar și spitalele și personalul medico-sanitar, școlile și grădinițele, etc).

Important apare rolul de tampon pe care îl joacă suportul social în calea agenților stresori, iar unele experimente întreprinse în clinicile oncologice au demonstrat diminuarea riscului de mortalitate la bolnavii care au fost supuși unui program de ajutor în acest domeniu al susținerii în plan psihologic.

4. Cele 3 filtre ale impactului agenților stresori asupra individului

Rahe și Arthur (1978 - cit. de Marilou Bruchon-Schweitzer) au considerat 3 filtre principale, menite să atenueze impactul negativ al agenților stresori:

- perceperea agentului stresor și evaluarea semnificației sale în raport cu:
 - experiențe similare anterioare precum și o serie de date ale personalității - locul de control, autoeficacitatea, trăsături patologice, dar și cele imunogene de personalitate;
 - suportul social și credința într-un ideal (inclusiv cea religioasă)
- mecanismele de apărare inconștientă (negarea, represia etc);
- eforturi conștiente referitoare la:
 - planificarea acțiunii + solicitare de informații noi;
 - tehnici de relaxare ± medicamente ± distracții ± exercițiu fizic

D. MODELUL BIO-PSIHO-SOCIAL AL BOLII (Glynn Goodal)**1. Descriere**

După Glynn Goodal acest model prezintă următoarele caracteristici:

- consideră bolile ca rezultând dintr-o interacțiune plurifactorială asupra organismului: factori biologici, psihologici și sociali;
- recunoaște intervenția factorului psihic în patogeneza bolilor somatice, dar nu ca fiind exclusivă (el acționând prin modificarea anumitor condiții ale mediului intern);
- încearcă să stabilească mecanismele prin care acești factori psihici și sociali influențează sănătatea - prin intermediul interacțiunilor - cu factorii de mediu și biologici.

2. Etapele abordării bio-psiho-sociale

Sunt parcurse numai după definirea cu strictețe a următorilor parametri:

- natura și stadiul evolutiv al bolii;
- tipul factorilor psihici studiați: trăsături psihice stabile sau stări psihice de moment.

Se are în vedere tipul de conduite: cognitive, emoționale, relaționale, ca și rolul direct sau indirect (modulator) al factorilor psihici asupra evoluției bolii (aceștia studiați în diferite momente evolutive: debut, agravare sau vindecare).

- testarea mecanismelor prin care se presupune că interacționează nivelurile psihice și biologice.

3. Mecanismele psiho-fiziologice

Contrada descrie în 1990 patru modalități prin care activitatea mentală se răsfrânge asupra stării de sănătate:

Calea transiterii neuro-vegetative - sistemul nervos simpatico-adrenal cu eliberarea de catecolamine.

Este solicitată în reacțiile de urgență, iar hormonii de stres, secretați de terminațiile

simpatice sau medulo-suprarenală, sunt mediatorii de efort sau de pregătire a acțiunii.

Axa corticotropă

Este o cale ce leagă hipotalamusul și hipofiza de corticosuprarenală, conducând la eliberarea de cortizol în situațiile de stres brutal sau prelungit. Stările psihologice responsabile de creșterea cortizolului plasmatic sunt cele de resemnare, abandon și atitudine de repliere și de autoprotecție.

Sistemul de comunicație peptidergică

Este implicat în transmisia non adrenergică - non colinergică, prin neurotransmițătorii săi grupați sub numele de neuropeptide, între care Substanța P și endorfinele au un rol deosebit în perceperea și atenuarea durerii. În plus, celulele țintă ale acestor mediatori aparțin, între altele, și sistemului imunitar (de exemplu, mastocitul - celulă efectuare a sistemului imun) sau sistemului nervos (a se vedea analgezia și euforia de stres produsă de endorfine).

Sistemul imun

Cercetările ultimelor decenii au evidențiat rolul sistemului imun în reglarea activității întregului organism datorită interconexiunii sale cu sistemul nervos și cu glandele endocrine de la care primește mesaje care îi modulează activitatea, eliberând, în schimb, citokine care - la rândul lor - sunt active asupra sistemului nervos și endocrin.

Nu este deci de mirare, efectul depresiv asupra celulelor N.K. pe care îl au stările depresive și care explică rolul favorizant al stresului psihic, cu depresie consecutivă, în apariția neoplasmului.

4. Modelele biopsihosociale specifice unor boli cu largă răspândire**Neoplaziile**

Există posibilitatea unei legături - prin mediere psihofiziologică - între tipul psihocomportamental C (descriș anterior) și absența unui suport social și creșterea secreției de cortizol + scăderea activității celulelor N.K. (consecință a hipercortizolemiei) (a se vedea modelul Contrada).

În plus, Temoshok consideră rolul favorizant pentru cancer al ajustării (coping) de tip evitant, centrată pe emoții.

Infarctul miocardic

Apare ca o rezultată între ceilalți factori predispozanți (particularități ale circulației coronariene, dislipidemii, etc) și tipul psiho-comportamental A care include - în plan psihofiziologic - o hiperactivitate cardio-vasculară față de catecolamine la stres (spre deosebire de subiecții de tip B).

5. Viitorul modelului biopsihosocial

Analiza tipologiei bolnavilor (tip de personalitate, tip psihocomportamental sau componente ale acestuia), considerată în interrelație cu distress-ul și cu ceilalți factori de risc, specifici bolilor psihosomatice (Iamandescu - 1996), poate furniza elemente de prognostic pentru apariția bolilor respective, dar se cer noi probe experimentale, mai ales de tipul studiilor prospective.

Anexa IV

Orientări noi în Psihologie

(Rezumatul lucrării "Noua psihologie" de A.Mucchielli)

În această recentă lucrare a sa autorul întreprinde într-o primă secțiune o succintă analiză a "parametrilor conceptuali ai psihologiei psihanalitice", relevând conținutul lor noțional și importanța lor pentru:

- elaborarea unei "concepții neurologice coerente asupra creierului";
- relevarea, într-un sistem de idei filozofice, a inconștientului ("coroborate cu experiențele asupra hipnozei");
- afirmarea importanței sexualității.

Toate aceste merite ale concepției psihanalitice edificate de Freud - care a lăsat o "operă imensă plină [însă și] de ambiguități" - au fost sporite de urmașii săi (Adler și Jung în primul rând). Ei au dezvoltat și răspândit această veritabilă doctrină care a fost îmbogățită cu noi date din domeniul psihologiei animale și umane (a copilului, socială, patologică etc), având însă în centrul ei "omul [...] ca ființă pulsională".

Ceea ce aduce însă nou psihologia contemporană este depășirea "omului dorințelor" (al lui Freud) de către "omul comunicării", acesta din urmă fiind statuat pe plan științific și practic de două paradigme: sistemică și interacționistă (A.Mucchielli).

Noua psihologie caută să înțeleagă "cum vede Omul lumea și totodată, să înțeleagă patologicul pornind de la normal, iar nu invers" (precum psihanaliza). Lumea este concepută ca "o lume de interacțiuni cu exteriorul, iar nu ca o lume interioară, la care conștiința nu poate ajunge".

A. "Parametri conceptuali ai lumii relațiilor în noua psihologie"

După A.Mucchielli se pot distinge:

1. Primatul interacțiunii

Este citat Mead care consideră că "Eul nu există decât prin și în interacțiuni sociale și că însuși procesul gândirii are o natură interacționistă".

Școala lui P. Watzlawick definește și studiază ființa umană "în relație și prin relație". D.Jackson observă faptul că sinele se definește, în mod inerent, cu celălalt, relația dintre sine și celălalt formează un tot (cu 3 membrii: individul, celălalt, natura relației dintre ei). Important pentru studiul personalității apare și faptul că definirea unei ființe se face în principal "prin și cu ajutorul relațiilor pe care aceasta le are cu lumea" (Mucchielli). În această perspectivă "bolnavul mental este legat printr-un sistem de relații, cu un mediu degradat".

2. Formele de interacțiune

În trecut, psihanaliza avea în vedere pulsiunea, fixațiile și transformările sale. În prezent sunt analizate:

a) Comunicarea digitală și analogică

Semnele comunicării sunt clasate în **semne digitale** (cuvinte, cu un înțeles precis, univoc) și **semne analogice** (gesturi, poziții, cu un grad de echivoc).

Ambele tipuri de comunicare se exercită în același timp (ex. un bolnav care istorisește boala sa).

b) Comunicare și metacomunicare

Referitor la conținutul (adevăr sau neadevăr) comunicării interumane, există două modalități simultane: comunicare (transmiterea mesajului brut) și metacomunicare ("tonul" pe care o spune persoana emitentă, atitudinea sa care poate contrazice mesajul).

c) Comunicare metaforică

Are la bază intervenția contextului în care are loc transmiterea unui mesaj ceea ce poate conduce la alt mesaj (o metaforă a celui dintâi). De ex. un răspuns la o invitație la teatru a unei persoane sub forma unei scuze: "am foarte mult de lucru săptămâna aceasta" poate să însemne un refuz protocolar menit să sublinieze o altă cauză reală, furnizată de un episod anterior în cursul căruia persoana invitată a fost jignită de cea care o invită în prezent. Pentru patologie prezintă importanță existența unor simptome (comportamente care pun probleme) ce pot fi socotite ca metafore. Se exemplifică prin accesele migrenoase pe care le are un copil al cărui tată are necazuri la serviciu, iar la venirea acasă, după ce soția încearcă să-l facă să uite de necazuri, tatăl - spre a-și masca adevăratele sale probleme - se ocupă de migrenele copilului, nereușind nici el să le facă să dispară (dar el realizează un comportament metaforic, menit să-l sustragă de la tentativele soției de a-l liniști).

d) Interacțiuni simetrice și complementare

Au în vedere interacțiunea dintre un individ autoritar și un individ ce reacționează printr-un comportament de supunere ce întărește - la rândul său - rolul autoritar al primului (inducție reciprocă complementară) și relația unui "joc la nesfârșit" între doi parteneri care fac eforturi pentru a instaura și menține egalitatea pozițiilor (inducție simetrică).

e) Interacțiuni de confirmare sau de invalidare

Întrucât identitatea individului se construiește în interacțiune, vom distinge - în cazul tulburărilor de identitate - rolul interacțiunilor de invalidare a unor comportamente sau aspirații ale unor bolnavi psihici.

3. Sistemul de interacțiuni

Interpretat prin prisma ecologiei (organismul și mediul = binom fundamental) și ciberneticii (studii sistemelor complexe, fără valabilitatea raționamentului cauză-efect), sistemul este definit de către Watzlawick drept "un ansamblu de interacțiuni care dau sens unei acțiuni cuprinse în acest ansamblu". O acțiune, o comunicare (= interacțiune) - când este analizată singură - nu are sens, fapt ce se reflectă în lipsa de sens a unui segment de comportament atunci când se încearcă explicarea lui "din interior", pe baza unor deducții și mărturii personale lipsite de obiectivitatea unui "examen din afară" (Watzlawick).

Explicarea unei acțiuni (de comunicare) poate fi posibilă atunci când - potrivit autorului citat - comportamentul *a* al unui partener (indiferent de motivele sale) determină ca răspuns comportamentul *b*, *c*, *d* sau *e* al interlocutorului său, dar exclude în mod absolut comportamentul *x*, *y* sau *z*.

4. Proprietățile sistemelor de interacțiuni

a) Pregnanța sistemelor de interacțiuni

Are la bază observațiile care au stabilit că individul este marcat în mod pregnant (și le reține) de relații, nu de obiecte.

Contextul interacțional imprimă "forme" în psihism, cel mai mult fiind interiorizat, la copil, sistemul de roluri și relații ale propriei familii și pe care, mai târziu, el le va transfera - ca modalități ale experienței sale, ale relațiilor sale existențiale cu lumea - la toate celelalte experiențe din perioada maturității. O astfel de optică, privind pregnanța sistemelor de interacțiuni, a condus și la apariția unei noi concepții a personalității, definită (valorificând definiția lui Moreno - 1937) ca "o voință a individului de a-și pune în aplicare sistemul privilegiat de interacțiuni cu lumea".

b) Homeostazia sistemică

Reprezintă perpetuarea unor reguli rigide în cadrul unor grupuri familiale, instituționale etc, față de care membrii acestor grupuri sunt atașați. În familiile de bolnavi psihici menținerea acestei homeostazii constituie un factor de rezistență importantă la eforturile psihoterapeutului.

5. Cadrajul și delimitarea sistemului obiectual

Noțiunile de bază din acest domeniu, apărut ca urmare a lucrărilor Școlii de la Palo Alto (condusă de P. Watzlawick), sunt:

a) Cadrajul și recadrajul (reîncadrajul)

"Oprindu-ne la un singur comportament al unui individ, el poate fi calificat drept patologic, în timp ce - plasat în contextul interacțiunilor cu ceilalți membri ai grupului din care el face parte - el nu mai apare patologic, ci adaptat" (Watzlawick). În analiza unor evenimente dintr-o familie, de ex., este eronat să se invoce caracterul indivizilor, ci trebuie studiate caracteristicile sistemului relațional în întregul său (așa numitul metacontext).

În plan terapeutic, noțiunea de recadraj (reîncadrare) constă în redefinirea situației, meta-vederea situației, în scopul schimbării raporturilor dintre membrii grupului ("actori").

b) Observația globală și reconstrucția sistemului

Pornește de la necesitatea de a analiza un individ și acțiunile sale doar în sistemul din care ele fac parte. Un fenomen poate fi studiat numai dacă învățăm "să privim împrejur pentru a percepe ansamblul actorilor implicați și acțiunile și evoluția lor" (Mucchielli). Se exemplifică prin metoda lui Birdwhitell care își învață elevii să urmărească un meci fără să privească mingea, dar să deducă locurile ei după atitudinile și mișcările jucătorilor.

c) Observația "hic et nunc" și cercetarea lui "cum"

Se referă la faptul că "pentru a înțelege patologia unui subiect, trebuie să se observe conduitele prezente ale acestuia" deoarece - spre deosebire de psihanaliză - "interesează puțin când și pentru ce s-au constituit aceste conduite în trecut, căci trecutul este el însuși prezent în ceea ce se desfășoară aici și acum" (hic et nunc) (Mucchielli).

Printr-o astfel de observație se pot identifica "acele modele de comunicare ce au valoare diagnostică și care permit a se pune la punct o strategie de intervenție adaptată situației individului".

Simptomul își dezvăluie semnificația în cazul plasării lui în contextul interacțiunii din prezent în care sunt cuprinși individul și mediul său uman.

Pornind de la postulatul că cercetarea cauzelor trebuie înlocuită cu descoperirea mecanismului jocului și al regulilor sale, Jackson (cit. de Mucchielli) ajunge la concluzia că "specificul perspectivei interacționale este susținerea faptului că **natura umană și ordinea socială sunt rezultate ale comunicării.**" De aici și considerarea personalității, structurii caracterului, simptomele și mecanismele de apărare drept "termeni care descriu acțiuni tipice ale individului ca răspunsuri la un context interpersonal particular".

6. Jocurile interacțiunilor și regulile lor

Mucchielli consideră că "jocul" este un "sistem de interacțiuni în care schimburile succesive apar ca determinate de reguli" (aceste reguli "permit diferite mutări").

Autorul menționează la originea de "joc al interacțiunilor" pe Alfred Adler care consideră că fiecare om nutrește o nevoie primordială de "compensare a sentimentului de inferioritate trăit intens, generat de starea de slăbiciune care este mica copilărie". Orice om încearcă să compenseze un astfel de sentiment originar prin încercarea de a găsi o superioritate oarecare într-un anumit domeniu.

Analizând "tranzacțiile" (succesiunile stimul-răspuns în schimbările sociale), Berne (cit. de Mucchielli) constată că la nivelul schimburilor dintre două persoane care interacționează frecvent și care ar putea apărea ca întâmplătoare - "la un examen atent se dovedește că aceste persoane tind să-și desfășoare viața în scheme precise...viața conjugală și familială, an de an ele variindu-și relațiile în jurul aceluiași joc". Mai mult, se instituie în cadrul familiei, așa-numitele "mituri familiale" (Ferreira) care sunt adevărate "credențe sistematizate și împărtășite de toți, reglementând schimburile, relațiile, aproape rituale între membrii familiei".

Mucchielli atrage atenția asupra importanței recunoașterii unei **geneze psihologice a modalităților de interacțiune**, noua psihologie - cu tentă behavioristă - nerespingând total "istoria individuală a subiectului și experiențele sale capitale".

Noțiunea de **“jocuri fără sfârșit”** prezintă o importanță clinică în studiul familiilor patologice la care există o incapacitate de a găsi comportamente noi în stare să rupă cercurile vicioase în care funcționează (ele repetând la infinit cele câteva scheme comportamentale de care dispun și neajungând la o soluție, inclusiv ignorând prezența acestora printre comportamentele disponibile).

7. Comunicarea paradoxală

Are loc atunci când există un clivaj, o contradicție între cele două părți ale comunicării: limbaj (digitală) și atitudine (analogică). În educația copilului poate apare o situație “schizofrenică” atunci când i se cer două lucruri diferite printr-o conduită verbală: “trebuie să te porți ca un băiat mare” contradictorie față de atitudinea lor, de pedeapsă a oricărei încercări de autonomie (echivalentă cu mesajul subînțeles: “trebuie să rămâi mic”) (Mucchielli). O astfel de situație, pe lângă aspectul paradoxal al comunicării realizează o **dublă constrângere** ce are loc între copil și mediul său social. Ea prezintă o importanță deosebită la copilul aflat în perioada de tranziție de la o situație de dependență infantilă normală la cea de “dependență matură” deoarece “în această perioadă anturajul, familia, tatăl sau mama pot să nu acționeze coerent și să fie sursa unor mesaje paradoxale care să perturbe relațiile copilului și care - o dată copilul ajuns adult - să-l determine pe acesta să caute reproducerea unor astfel de relații cu mediul său” (Sluzki și Veron - cit. de Mucchielli).

B. Aplicațiile noii psihologii în patologie

Din perspectiva considerării că orice ființă există prin interacțiuni și că modificările sistemului de tranzații trebuie să schimbe acea ființă, patologia (psihică - credem noi !) e concepută ca putând să fie “tratată fără să fie nevoie de vreo intervenție asupra entității bolnave”; “trebuie acționat asupra sistemului” (Mucchielli), deci **“trebuie explorat ceea ce face subiectul pentru a-și rezolva problemele pe care le are, trebuie studiat cum face, hic et nunc, subiectul și cu ce rezultat”**. Adevărata problemă este ce anume a încercat să facă până acum sistemul pentru a rezolva problema presupusă. Marea idee este că **«soluția constituie problema»**. Trebuie făcute **prescripții care să constituie rupturi ale stării de “tot mai mult același lucru”**.

C. Concluzie

A.Mucchielli conchide, referitor la “Noua Psihologie”, că aceasta “se interesează de indivizi aparținând la un sistem de interacțiuni cu alți indivizi. Ea abordează domeniul intrapsihic al pulsionilor, concentrându-se asupra reprezentărilor pe care subiecții le au despre relațiile lor cu ceilalți și asupra sistemelor de relații ce au loc în cadrul interacțiunilor”.

D. Valoarea pentru Psihologia Medicală a datelor prezentate de A.Mucchielli (opinii personale)

Într-o succintă evaluare a acestei importante sinteze efectuate de A.Mucchielli vom nota următoarele:

1. Studiarea comportamentului indivizilor angrenați direct și indirect în actul terapeutic (bolnav, medic, echipa terapeutică, familia bolnavului, alte persoane și instituții etc), în cadrul unei viziuni interacționale, cu accent pe restructurarea unor conduite ineficiente, apare ca extrem de productivă.

2. Intervenția terapeutică trebuie deci să vizeze, cu mai multă convingere și preocupare în acest sens, inducerea modificării comportamentale a bolnavului, dar și a însuși terapeutului, cu rol decisiv în tratamentul bolilor psihice și adjuvant, (dar deloc neglijabil !) în celelalte boli somatice (mai ales psihosomatice).

3. Nu trebuie absolutizate, însă, aceste preocupări de ordin psihoterapeutic, în dauna psihofarmacologiei (extrem de utilă în psihoze, ca și în celelalte boli psihice).

4. Se conturează o “bancă de date” și un evantai larg de metode cu aplicabilitate în psihologia sănătății pe care medicul curant trebuie să o promoveze, în sens invers - dar cu multă decizie - pornind de la vindecarea (sau ameliorarea) bolii spre inducerea unor conduite sanogenetice menite să prevină alte boli și - mai ales - recăderile sau complicațiile bolilor de bază.

BIBLIOGRAFIA ANEXELOR

1. ALTEKRUGER Imke, BOCK Sonja - Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, Jungjohann Verlag, Lübeck, 1991.
2. BROUCHON-SCHWEITZER Marilou, DANTZER R.- Introduction dans la psychologie de la santé. Presse Univ. France, Paris, 1994.
3. CONSTANTINESCU V., STOLERU Paula, GRIGORESCU P. -Sociologie, Ed. Did.Ped., București, 1995.
- 4 EYSENCK H.J. - The structure of human personality, Wiley, N.York, 1953
5. FRAISSE P., PIAGET Y. - Traité de psychologie experimentale, PUF, Paris, 1967.
6. FREUD S. - Introducere în psihanaliză. Culegeri de psihanaliză. Psihopatologia vieții cotidiene. Traducere, studiu introductiv și note Dr. L.Gavriliu, Ed. Did.Ped., București. 1992.
7. GOLU M., DICU A. - Introducere în psihologie. Ed. Științifică, București 1972.
8. GOLU M. - Contribuția lui M.Ralea la elaborarea modelului integrativ-dinamic al personalității, Psihologia, 1996, 3, 910.
9. IAMANDESCU I.B. și POPA-VELEA O. - Principiile de abordare psihologică a bolnavilor la nivelul rețelei de medicină generală, Medicina Modernă, 1996, III, 114-117.
10. IAMANDESCU I.B. - Puncte de vedere cu privire la relația dintre stresul psihic și boală, Infomedica, 1996, 4, 10-27.
11. LINTON Ralph - Fundamentul cultural al perosnalității. Ed. Științifică, București, 1968.
12. MATLIN Margaret W - Psychology. Harcourt Brace Coll.Publ., Fort Worth - 1992.
13. MOSCOVICI S. - Psihologie socială sau Mașina de fabricat zei, Ed. Univ. A.I.Cuza, Iași, 1990
14. MUCCHIELLI A. - Noua psihologie, Ed. Științifică, București, 1996.
- 15 POPESCU NEVEANU P. - Dicționar de psihologie, Ed. Albatros, București, 1978.
16. POPESCU NEVEANU P., ZLATE M., CREȚU Tinca - Manual de Psihologie, Ed. Did.Ped., București, 1990
17. SILLAMY N. - Dicționar de psihologie (Larousse) - trad., avanprefața și completări - Dr. L.Gavriliu, Ed. Univers enciclopedic, București, 1996.
18. TALLIS F. - Cum să ne stăpânim stările de neliniște și îngrijorare (trad. Dr. Tatiana Avacum), Ed. Polimark, București, 1996.

POSTFAȚA EDITORULUI

Reeditarea cărții de față, "Psihologie Medicală" de Dr. Ioan Bradu Iamandescu, la mai puțin de un an de la apariția ediției inițiale (care a apărut sub numele de "Manual de Psihologie Medicală"), s-a datorat desigur epuizării sale rapide, cu toate că distribuția ei s-a limitat la centrele universitare. Interesul puternic de care s-a bucurat în rândul studenților medici și psihologi, în primul rând motivat de această materie de studiu, de curând intrată în programa facultăților de medicină, a constituit o primă explicație a "absorbirii" primului tiraj dar semnalele actuale din rândul corpului medical (în special medici generaliști și psihiatri) ne-au obligat să urgentăm reeditarea cărții într-un context ce considerăm că necesită mici precizări.

În primul rând termenul punerii cărții la dispoziția publicului s-a vrut să devanseze data începerii noului an universitar (1 oct. 1996) întrucât autorul dorește să inaugureze un sistem de predare sub forma unei dezbateri, la curs, a problematicii programate - după o prealabilă informare a studenților în domeniul respectiv - incluzând și participarea unor invitați (personalități medicale, psihologi - inclusiv studenți de la Facultatea de Psihologie) după un model inaugurat în anul universitar precedent (au participat Acad. Șt.M.Milcu și Prof.Dr. Doc. V.Săhleanu)

Invitațiile adresate celor două valoroase personalități nu au fost întâmplătoare: de numele Acad. Șt.M.Milcu fiind legat - pe lângă valoroase contribuții teoretice interdisciplinare în domeniul psihosomaticii - înființarea primului laborator de Psihologie Medicală din România în cadrul Institutului de Endocrinologie Dr. C.I.Parhon, iar Prof.Dr.Doc. Victor Săhleanu are la activ o lucrare inițială ce jalonează împreună cu Dr.Doc. Andrei Athanasiu - domeniul Psihologiei Medicale, intitulată "Psihologia profesiei medicale" dar și o altă fascinantă carte: "Elemente de Psihologie Medicală", pe a cărei copertă numele Profesorului nu a mai putut apărea (alături de același valoros colaborator al său, Dr.Doc. Athanasiu) datorită interzicerii dreptului său de semnătură de către autoritățile comuniste. Spre a putea vedea lumina tiparului această lucrare, Profesorul Săhleanu a renunțat la acest drept fundamental pentru orice creator de idei, punând mai presus de o firească recompensă adusă unui firesc orgoliu de savant beneficiile spirituale - cu implicații practice - aduse largii categorii de cititori cărora i se adresa cartea).

În al doilea rând, deși cartea Dr. Iamandescu s-ar fi putut limita la o reeditare fără adăugiri - autorul a dorit să includă o serie de noțiuni centrale, mai vechi ("Breviar de Psihologie Generală" și "Mic dicționar psihanalitic") sau de "ultimă oră" ("Elemente de Psihologia Sănătății" și rezumatul unei lucrări de mare actualitate "Noua Psihologie" de A.Mucchielli) - toate constituind surse de informare rapidă și de familiarizare cu termenii utilizați în psihologie, inclusiv în ramura "medicală" (ca și "a sănătății") a acesteia.

Spre a nu întârzia apariția acestei noi ediții, "adăugite", am convenit să includem capitolele respective sub forma unor anexe la sfârșitul cărții.

Am renunțat la denumirea de "Manual" a acestei cărți de Psihologie Medicală deoarece, după aprecierile altor colegi (medici sau psihologi), ca și ale Acad. Prof. Dr. Șt.M. Milcu - autorul unei prefețe care onorează strădania noastră - contribuția personală a autorului este dominantă, atât în ceea ce privește structurarea materialului cărții (implicând și o delimitare a domeniului de definiție al Psihologiei Medicale), și edificarea - aproape în exclusivitate - a unor capitole noi, cât și interpretarea critică a capitolelor clasice ale acestei actuale materii de studiu în învățământul medical. Toate acestea vădesc caracterul original al lucrării, fiind rodul unor preocupări consecvente în acest domeniu ce au fost inaugurate de Dr.I.B. Iamandescu prin efectuarea între 1974-1980 a primei teze de doctorat din țara noastră cu tematică de psihosomatică (în astmul bronșic) (sub conducerea științifică a Prof. Dr. Radu Păun), după "deschiderea" realizată de Prof.Dr. V. Predescu ("Conceptia psihosomatică în medicină" - "Medicinistul" - 1971, 1, 17-21) și de Prof. Dr. Gh.Ionescu (cele două cărți de referință: "Introducere în Psihologia Medicală" - 1973 și "Psihosomatică" - 1975).

Nu în ultimul rând, sperăm că acest volum, "Psihologie medicală" să se alăture colecției care cuprinde până acum Manual de biochimia medicală, Tratat de nefrologie, Actualități în hepatologie - ce vor fi reeditate actualizat la intervale de 2-3 ani.

După prezentarea acestui "context de apariție" a cărții "Psihologie Medicală" - ediție adăugită, incluzând și câteva incursiuni în istoricul conturării acestui domeniu interdisciplinar, sperăm ca difuzarea lucrării în principalele zone ale țării să permită o asimilare a unor concepte menite să edifice în rândul medicilor (și psihologilor din clinicile medicale) o modalitate de abordare globală, psihosomatică, a bolnavului cu repercusiuni adesea greu de stabilit "pe moment" dar întotdeauna benefice asupra calității vieții celui suferind.

Dr. Sorin Paveliu