

## PSIHOLOGIE MEDICALĂ: SEMNIFICAȚII RELAȚIONALE

Psihologia medicală are o dezvoltare relativ recentă. Astfel Charcot, în lecțiile sale de psihiatrie, reclama necesitatea creării unei psihologii care să opereze în domeniul patologiei. În anul 1845, Isensee, titularul catedrei de patologie terapeutică și medicină legală din Berlin, prezenta un curs intitulat «Psihologie medicală», ca urmare a unor tendințe doctrinare dezvoltate în cadrul școlii de psihiatrie, denumită psihologică, și care la începutul secolului XIX era reprezentată în Germania de Heiroth și Ideler. Această orientare se atinge o dată cu triumful școlii somatice a lui Griesinger, pentru a reapare la începutul secolului XX prin tratatul de «Psihologie medicală» a lui Schilder (1924) constituit după o orientare net freudiană. La scurt timp apare cunoscuta lucrare a lui W. Kretschmer «Medizinische Psychologie», care pledează ferm pentru necesitatea formației psihologice a medicilor și studenților în medicină. Pentru Kretschmer, psihologia medicală este în esență «Psihologia nevrozelor, ca expresie a psihologiei sufletului omenesc în general. Cel care înțelege nevrozele, cunoaște și ființa umană și devine mai bine format pentru alte exigențe psihologice ale profesiei medicale».

**Preocuparea esențială în psihologia medicală** o constituie aspectele dinamice ale afectivității, alături de descripția afectelor, a pulsionilor și a manifestărilor voluntare, în timp ce funcțiile superioare ale inteligenței sînt tratate într-o formă succintă, întrucît ele sînt preocuparea preponderantă a psihologiei pedagogice.

Această orientare a psihologiei medicale din Germania, centrată asupra afectivității, printr-o abordare antropologică și insistînd asupra «psihologiei profunzimilor» se conservă și astăzi în lucrările lui E. Wiesenhuter și N. Schjelderup.

În S.U.A., în ultimele trei decenii, psihologia sub influența psihiatrilor de orientare analitică este introdusă în învățămîntul medical sub forma psihologiei dinamice. Ra-



portul publicat în 1948 de către Commonwealth Found, care deținea rolul principal în organizarea acestor studii, își propune o medicină comprehensivă, printr-un raport mai strins cu bolnavul, cu istoria sa, cu mediul său actual, cu exigențele sale fundamentale, raport care să promoveze o integrare, flagrant absentă în stadiul actual al medicinei.

Specialitățile medicale, în mod comun, resimt nevoia nu atât a psihiatriei, cât mai ales a unei specializări în patologia emoțiilor. Totuși, psihiatria poate demonstra astăzi rolul relației medic — bolnav și poate oferi tehnicile pe care le implică această relație.

Prin investigația psihologică și studiul clinic psihiatria a dezvoltat, în ultimii ani, o doctrină asupra istoriei dezvoltării personalității umane, a dinamicii privind relațiile umane, a efectelor reciproce dintre gândire, sentimentele omului și propriul său corp, sugerînd metodele terapeutice în atare situații. De aceea, psihiatria dinamică deține un ascendent asupra psihologiei comprehensive, întrucît cercetează modul integral de a reacționa al persoanei umane și, prin aceasta, se separă de neurologie, putînd ajuta medicina să nu subordoneze pacientul diferitelor specialități medicale.

O orientare apropiată o găsim în Anglia, la școala de la Tavistock Clinic, cu Balint, reprezentantul cel mai cunoscut astăzi care își propune descripția procesului privind relația medic — bolnav cu efectele secundare neprevăzute sau nedorite de remediile medicale, descripția semnelor de diagnostic care să poată permite recunoașterea în timp util a procesului patologic și modelul corespunzător de psihoterapie în cadrul acestor relații complexe.

Psihologia medicală dezvoltată în forma variantelor amintite întrunește o serie de elemente comune: autorii lor sînt toți psihiatri și, ca atare, se consideră posibilă difuzarea cunoștințelor și tehnicilor de lucru numai de către acei psihiatri care sînt competenți pentru formarea lor medicală și clinică de a săvîrși aceasta. Domeniul de acțiune, deși în mod diferit denumit, constituie o zonă comună preocupărilor psihiatriei: nevrozele pentru Kretschmer, medicină psihosomatică pentru Commonwealth Found, efectele secundare neprevăzute și nedorite ale remediilor medicale pentru Balint, iar pentru toți relația medic — bolnav.

Principiile teoretice ale acestor tendințe sînt diversele orientări ale psihopatologiei, psihologia holistică și antropologia, psihanaliza și psihologia dinamică.

Metodele de acțiune sînt înscrise în diferitele procedee ale psihoterapiei.

Paralel însă acestor orientări se dezvoltă și cele fundamentate pe o abordare experimentală. Așa cum rezultă din analiza lui Stoller și Monsh, în 1966, asupra învățămîntului psihologiei medicale în S.U.A., numeroși psihiatri de formație analitică, după cel de-al doilea război mondial, au devenit titularii catedrelor de psihiatrie, imprimînd învățămîntului o puternică tendință psihanalitică. În ultimii ani, entuziasmul pentru această orientare descrește o dată cu dezvoltarea altor științe ale comportamentului, situație în afara psihanalizei. Astfel psihologia medicală se dezvoltă astăzi prin numeroasele contribuții ale sociologiei, antropologiei psihologiei experimentale și neurofiziologiei.

Mewbray și Rodger, autorii manualului «Psychology in relation to medicine» (1963), afirmă în prefața lucrării lor: «Am prezentat o vedere sistematică a comportamentului uman ca o completare firească la ceea ce studentul învață despre structura și funcțiile diverselor organe ale corpului. Nu am pus accent, cum s-a făcut altădată, asupra psihologiei relațiilor medic — bolnav, cu un punct de vedere holistic al bolii, sau centrat asupra persoanei; a existat convingerea că acest mod de tratare l-ar face pe student sau pe medic mai uman. Din punctul nostru de vedere un astfel de scop se poate obține mai bine prin exemplul celui care predă cunoștințele clinice indiferent dacă este chirurg, internist sau psihiatru, dar se găsește în contact cu bolnavul».

Un raport mai recent al British Psychological Society atribuie studiului psihologiei medicale cinci subiecte majore: funcțiile psihice elementare, psihologia socială, psihologia dezvoltării, diferențele individuale, psihologia în relațiile cu medicina (efectele psihologice ale bolii, relațiile medic — bolnav). Un astfel de program este aplicat în unele universități britanice ca cele de la Liverpool și Theffield, iar o concepție apropiată se reflectă în lucrarea lui J. Delay și P. Pichot «Abrégé de Psychologie à l'usage de l'étudiant» (1969), ca și studiul psihologiei din învățămîntul medical din Franța. Tratarea psihologiei medicale în acest fel implică colaborarea interdisciplinară pentru cercetarea comportamentului uman, inclusiv preluarea datelor psihologiei experimentale. De aceea, atât în învățămînt, cât și în redactarea manualelor, întîlnim în prezent o sugestivă colaborare dintre psihiatri de formație complexă (mai largă decît cea psihanalitică sau antropologică) și psihologi. Cîtam cîteva exemple: T. Ferguson Rodger, profesor de psihiatrie,



R. M. Mowbray, profesor de psihiatrie și P.R.F. Clarke, psiholog; în S.U.A., colaborarea dintre Stoller și Mensch; în Danemarca dintre Lun și Ostergaard; în Franța: J. Delay și P. Pichot.

Cîmpul de cercetare preconizat depășește în aceste condiții interesul pentru medicina psihosomatică și nevroză și se extinde la ansamblul factorilor individuali și sociali ai comportamentului, în măsura în care acesta interesează medicina. În această cercetare se dezvoltă raportul cu fiziologia prin intermediul psihologiei medicale, la fel cu deontologia și psihiatria. Pentru psihiatrie se oferă posibilitatea unei ample cooperări, pornind de la psihologia generală ca bază a psihopatologiei, și la metodele de explorare funcțională psihologică din serviciile clinice de boli mentale. Perspectiva acestor preocupări definitorii pentru obiectul unei discipline reduce la valoarea reală relația medic — pacient care nu poate constitui nici obiect și nici scop singular al unei discipline și consideră psihologia dinamică o orientare psihologică în stare să aducă doar o înțelegere mai bună a faptelor studiate, aparținînd unor categorii de achiziții diferite, de la psihologia diferențială cantitativă la fenomenologie, de la etiologie la psihiatria socială și etnopsihiatrie.

Psihologia medicală cunoaște o dezvoltare aplicativă și experimentală în Rusia, prin tradiția laboratoarelor psihologice înființate de Bekhterev și Korsakov pe lângă clinicile de psihiatrie, iar prin Pavlov și ampla sa activitate de concepție teoretică, experimentală și metodologică a școlii pavloviene, se fundamentează perspectivele cercetării mecanismelor complexe ale comportamentului ca și metodele obiective de cercetare. În acest sens, cercetările lui Leontiev, Rubinștein, Anohin, Luria și a. constituie contribuții importante, la fel ca și lucrarea lui M. S. Lebedinski și V. M. Miasșșcev în mod distinct intitulată «Introducere în psihologia medicală».

Nu poate trece nesemnalat, indiferent de opinia critică asupra bazelor doctrinale, contribuția adusă în problema comportamentului de Thorndike, Watson și behaviorism, psihologia experimentală a lui R. S. Woodworth și N. Schlessberg.

Cercetările medicinei psihosomatice, care au stagnat în studiul psihogenetic al comportamentului, sînt în ultimii ani substituite de importanța preocupărilor pentru stresul relațional și modul de a reacționa prin comportament observabil față de boală, prin care ea însăși poate deveni sursă de conflict interuman.

Boala poate fi concepută ca un fenomen abstract, în afara observației sociale, atunci cînd o studiem sub formă de concept general, în scopul sesizării legilor și mecanismelor ei de funcționare. Dar ea reprezintă, în același timp și în mod individualizat, suma reacțiilor fizice și mentale ale unei persoane la agenți nocivi, exprimată psihocomportamental prin stări afective, acțiuni efectorii, activitate simbolică de gîndire și limbaj. Boala, în același timp, înseamnă și modul în care cineva trăiește procesul patologic, ca membru al unui grup social și măsura în care acest fapt influențează comportamentul său în interacțiunea participării la restanțele de grup ca și concepțiile colectivității despre boală.

Generalizarea datelor despre comportament, în aceste condiții, va relua în considerare personalitatea pacientului prin caracteristicile motivaționale ale dezvoltării sale ontologice, relațiile sale curente de viață, valoarea pentru procesul morbid al factorilor aparținînd mediului neuman, precum și particularitățile procesului patologic.

Răspunsul, ca fenomen care semnifică ceea ce o persoană percepe, simte și gîndește, este intrapsihic, comportamental și relațional față de ambianță. El va fi, conform cu informația unei persoane și a colectivității despre boală, evaluarea ei critică privind comportamentul vizibil, prevederile consecințelor ei și adoptarea unor măsuri protective pentru individ și relația comunitară.

Să nu omitem, fără a tenta o integrală tratare și importanța tradiției unor surse ce aparțin școlii noastre medicale. Încă Julien Lukaszewski, precursorul asistenței psihiatrice moderne la Iași, sublinia calitățile necesare unui medic și anume spiritul umanist, cunoștințe și însușiri de psiholog, alături de temeinica sa pregătire în disciplinele biomedicale. Al. Brăescu și Panaite Zosin s-au referit în lucrările lor la aspecte ce privesc relația dintre starea de sănătate, boală și societate, ca și la unele semnificații ale determinismului psihocomportamental. Era perioada de început a psihiatriei la Iași, perioada de înființare a spitalului «Socola», în care ideile și progresul științei europene găseau climatul propice unei originale dezvoltări prin oameții și instituțiile de învățămînt și cultură ale timpului. Prin activitatea științifică a lui C. I. Parnon putem ilustra caracterul aplicativ al cercetării medicale spre interdisciplinaritate, într-un original și creator cadru teoretic cu multiple referințe de studiu asupra psihoafectivității, memoriei, conduitelor criminogene și psihopatologiei clinice. Buletinul societății de neurologie, psihiatrie, psihologie, endocri-



nologie, înființat la Iași, a promovat o reală deschidere și către psihologia medicală, deschidere continuată apoi de Leon Ballif, participant la primul congres mondial de igienă mintală de la Washington, ca și de buna și durabila colaborare cu facultatea și catedra de psihologie ale Universității «Al. I. Cuza», colaborare susținută de valoroasa contribuție științifică a acad. V. Pavelcu, atât de atașat acestei relații interdisciplinare. Activitatea noastră, la rândul său, nu face decât să exprime nesubstituibilă valoare a psihologiei în cercetarea medicală actuală ca și perspectiva unor surse creative pentru dezvoltarea psihiatriei. În prezent, pentru a ilustra o prestigioasă contribuție la dezvoltarea psihologiei și a problematicii sale aplicative ne putem referi la lucrările lui Paul Popescu-Neveanu, M. Golu, Em. Verza, A. Atanasiu, Al. Sen, D. Ivana, precum și la durabila colaborare cu valoroase cadre din învățământul universitar de la Iași: Stela Teodorescu, A. Cosmovici, Cornelia Dimitriu, A. Neculau, T. Prună, T. Rudică, C. Logofătu, I. Holban, putând astfel proiecta activități care să promoveze învățământul, cercetarea, perfecționarea profesională și competențele aplicative în varianta problematică a asistenței medicale.

La lucrările ce pot fi considerate de valoare directivă pentru cercetarea și învățământul psihologiei evidențiem contribuțiile aduse psihologiei medicale de disciplinele de psihologie din învățământul universitar medical și în mod deosebit valoroasele contribuții pentru relația psihologiei cu psihiatria aduse de către E. Panfil, V. Predescu, G. Ionescu și alții, prin care poate fi ilustrată contribuția conceptuală și metodologică a relațiilor interdisciplinare. Desigur, acest simplu caracter enumerativ al unor contribuții și activități nu poate sugera decât parțial ceea ce se referă la orientările medicale ale școlii de psihiatrie de la Socola.

**Cercetare și metodă.** Psihologia medicală în sensul aplicativ, deține două atribuții esențiale: 1) participă, la formularea diagnosticului și 2) participă prin metode proprii, la actul terapeutic.

Diagnosticul psihologic se aseamănă doar parțial cu cel medical și se bazează pe: descriția modificărilor de comportament ale persoanei cercetate în condițiile vieții de grup social, familie, loc de muncă sau chiar în momentul examinării; decelarea originii disfuncțiilor psihice în domeniul motivației și orientării, care ne permit rezolvarea corectă a problemelor de existență: stabilirea gradului

de participare a mecanismelor psihologice în geneza modificărilor de comportament, fie prin plasarea persoanei în situații dificile, fie prin defect al personalității de natură constituțională sau dobândită prin factori endo-exogeni.

Diagnosticul psihologic este analitic și integrativ, iar în raport de situație și aspect nosologic, unul din procedeele de diagnostic poate deveni preponderent. În orice situație însă, el se bazează pe diagnosticul medical, cu toate elementele sale funcționale subsidiare: rezistența organismului, răspunsul la actul terapeutic, evoluția procesualității, prognosticul bolii.

Diagnosticul medical beneficiază intensiv de cel psihologic și se completează comprehensiv prin informații care permit o reală individualizare a actului profesional și umanitar de asistență medico-socială. În acest mod, cunoscând gradul de deteriorare organică, se stabilește handicapul psihologic și social al unei persoane ca și raportul stresant al acestei situații față de procesul morbid și funcțiile homeostazice ale organismului.

Stabilirea diagnosticului psihologic pentru utilitate medicală este atribuția psihologului, diferențiat și specializat în problemele psihologiei medicale. Numai acesta, prin specializarea sa, poate poseda abilitatea tehnică, informația teoretică și timpul programat pentru aplicarea metodelor psihologice de investigație, al căror rezultat se integrează în diagnosticul medical.

Metodele de explorare pentru elaborarea diagnosticului psihologic sînt clinice și experimentale.

Metodele clinice prevăd observația bolnavului și investigarea prin discuții dirijate, obținîndu-se date elementare asupra funcțiilor psihice, reacțiilor generale de comportament, datelor actuale de viață, modului de existență, precum și asupra dezvoltării psihologice în raport de circumstanțele semnificative din istoria vieții sale. Aceste date configurează tabloul clinic al celui examinat, capacitatea sa de integrare în relațiile interpersonale, cît și dificultățile față de care și-a pierdut abilitatea integralei sale afirmări.

Investigația psihologică clinică cere o deosebită competență, cîștigată prin instruire și exercițiu. Ea poate constitui o probă suficientă pentru necesitatea formulării diagnosticului sau să stabilească ipoteze care să necesite o verificare prin metodele experimentale.

Metoda experimentală sau experimentul diagnostic se bazează pe modul de rezolvare de către persoana cerceta-



tă a unei teme prestabilite și, în raport de rezultatul obținut, se stabilesc unele caracteristici psihologice și uneori nivelul lor. Experimentul standardizat este, în mod general, denumit test; experimentul nestandardizat, denumit și experiment clinic, se programează individual pentru anumite cazuri, în scopul verificării unei anumite ipoteze diagnostice, adică este nestandardizat, dar programat individual. Pentru realizarea lui se selectează comportamentul ce trebuie elucidat, se construiește ipoteza explicativă și apoi se verifică ipoteza cu ajutorul unui experiment ales. Dekler și Groen au folosit experimentul clinic pentru a verifica stimulii emoționali care contribuie la declanșarea accesului de astm. Experimentul standardizat sau metoda testelor psihologice, deși mult controversată, justifică utilitatea lor în forma aplicării judicioase la ansamblul explorărilor clinice. Inceputurile acestor tentative sînt legate de numele lui F. Galton și John Mc. Cattell, care le-a introdus în psihologie, extinse apoi de Binet pentru determinarea dezvoltării intelectuale a copiilor și mult dezvoltată de N. Minsterberg la determinarea aptitudinilor în scopul selecției profesionale.

Definirea testelor a fost deosebită în raport de apartenența ideologică a grupurilor de cercetători, de scopul utilizării lor, precum și de condițiile în care au fost aplicate. Definiția adoptată de Asociația Internațională de Psihotehnică consideră testul «o problemă definită», implicînd o sarcină de îndeplinit, identică pentru toți subiecții examinați, cu o tehnică precisă pentru aprecierea succesului sau eșecului, sau pentru notarea numerică a reușitei.

Riscul unei asemenea definiții este ușor de întrevăzut, prin abuzul standardizării care nu ține seama de parametrii individuali ai personalității studiate, care își are experiența proprie în complexul factorilor social-morali, caracteristici dezvoltării sale.

P. Pichot consideră testul mental o situație experimentală standardizată servind de stilul unui comportament. Acest comportament este evaluat într-o aceeași situație cu cel al altor subiecți plasați într-o aceeași situație, permițînd astfel clasarea subiectului examinat, fie în mod cantitativ, fie în mod tipologic. Definiția lui P. Pichot implică: 1. o situație experimentală constituită dintr-o probă sau mai multe; 2. înregistrarea obiectivă a comportamentului declanșat; 3. evaluarea statică a acestui comportament; 4. clasarea lui, în raport cu un grup determinat.

Sub aceste aspecte, testul psihologic poate face parte

din ansamblul de investigații asupra comportamentului bolnavului. El prezintă o valoare teoretică, permițînd verificarea ipotezelor asupra apartenenței nosologice a unui comportament patologic și o valoare practică, răspunzînd la cunoașterea clinică mai precisă a bolnavului pe parcursul asistenței medicale. Utilizarea acestor metode a devenit în fapt atît de comună, încît medicul este indispensabil legat de folosirea lor în activitatea clinică.

Testul psihologic rezultat din experiment poate comporta o asemănare cu examenul clinic. Examenul clinic, bazat însă pe cercetări și probe, poate deveni test numai în măsura în care este raportat la un studiu statistic, întrucît experiența medicului nu este niciodată suficientă pentru a se substitui acestui studiu. Analiza factorială, utilizată ca metodă matematică în cercetarea clinică, folosește tocmai elementul cunoscut și comun al unui grup mare de incidențe care puse în formula algebrică permite deducerea unor necunoscute.

Astfel standardizarea concură la o definire mai obiectivă decît simpla observație, medicul avînd posibilitatea aplicării ei în studiul dinamic al evoluției bolnavului.

În raport cu conținutul cercetării care urmărește a stabili structura personalității sau constituția sa, metodele experimentale pot fi: obiective, raportîndu-se la un obiect determinat de studiu (desenul, producția artimetică, comportamentul unui bolnav) sau metode subiective, care se raportează la starea psihică rezultată din introspecția trăirilor subiective.

Aceste metode care folosesc în testarea psihică elementul comun, dedus din standardizare, sînt desăvîrșite de metodele proiective care permit aprecierea în mod dinamic a momentelor care participă la formularea complexă a răspunsului, în baza unor multipli factori determinanți.

Există multiple modalități de clasificare a testelor. Ele diferă după modul lor de utilizare și după scopul lor. În general pentru utilizarea clinică se pot distinge două grupe de teste, din care unele sînt susceptibile de o evaluare cantitativă și alte teste, ale personalității, prin metode proiective sînt capabile de a evalua în mod calitativ structura personalității. Descrierea și tehnica acestei metodologii face parte din cunoștințele și capacitatea aplicativă a psihologului ca și din instruirea necesară înțelegerii particularelor aspecte ale psihologiei medicale în relațiile sale cu diferite forme de boală și de devianța psihocomportamentală. Doar în condiția acestei necesare specializări cu aplicarea criti-



că, selectivă sau deseori grupată a instrumentarului variat și complex al explorării psihologice, se poate realiza utila și reciprocă relație dintre psihiatrie și psihologia medicală.

**Relații actuale și de perspectivă.** Aspectele de referință ale psihologiei medicale în relație cu cercetarea și asistența psihiatrică comportă mutații și particularități ce decurg între progresele și tehnicizarea medicinei contemporane ca și din actuala expansiune a psihiatriei și a modalităților sale de intervenție pentru promovarea sănătății mentale.

Medicina contemporană specializată și chiar hiperspecializată, cu posibilitățile sale de explorare ajunse la nivel de acuratețe mereu perfectibil prin progresul tehnic și instrumental, a dus în mod inerent la scăderea, aproape de anulare, a tradiționalei relații interpersonale de creditare morală și liant emoțional între medic și pacient. Fără a atribui aceste observații în egală măsură la toate formele de asistență medicală, se constată totuși prezența acestor tendințe în procesul și căile de elaborare ale diagnosticului prin contactul cu diferite tehnici sau chiar specialități medicale, contact care, de fapt, contribuie la diminuarea comprehensiunii din tradiționala și bilaterală relație subiectivă. De asemenea aplicarea asistenței în etapele sale clinice, de postură, reexaminare periodică sau dispensarizare, introduce în mod firesc multiple contacte prin proceduri formalizate sau instituționalizate care influențează condiția subiectivă a bolnavului pînă la gradul unui risc de înstrăinare a integralității cu valorile existenței sale. În asemenea condiții care exprimă tendințe ce decurg din specializarea și tehnicizarea actului medical se ajunge la necesara obținere de formulare umanistă și axiologică atît a modalităților asistențelor medicale, cît și a cercetării sale asupra stării de sănătate a unei persoane sau a unei populații.

Psihiatria și psihologia medicală, prin demersul lor de cercetare plasat în problematica existenței și devenirii personalității și în general a condiției umane, pot contribui, și acest lucru este așteptat, la instituirea unei comprehensiuni și lucide responsabilități față de starea de sănătate mentală în dinamica relațiilor lumii noastre contemporane.

Psihiatria și psihologia medicală, dispunînd de progresele actuale ale explorărilor analitice și cantitative, cît și de capacitatea de a opera cu sistemele funcționale integrale, oferă o exemplară deschidere către axiologia existenței și a destinului condiției umane în prezența unei factorialități de risc patogen ce poate aparține și posibilităților create de propria sa civilizație. Urmarea aplicativă a înțelegerii acestor

teii relații actuale dintre psihiatrie și psihologia medicală se referă la o dinamică problematică și diferențiată a psihodiagnosticului și psihoterapiei în sistemul etapizat și individualizat al asistenței medicale. Investigația psihologică completează cu sensibilitate și competență diagnosticul medical și prognoza sa prin evaluarea procesualității unei stări psihopatologice în sistemul relațional al unor factori sanogeni și patogeni ai unui spațiu ambiental.

O situație dificilă sau un risc față de starea de sănătate a unei persoane, un debut de boală sau semnificația de gravitate a prognozei sale, un proces de degradare sau de structurare a unei personalități sînt incidențe sau destine individuale, dar și psihotrauma, cu potențiale mutații de valori și motivații pentru ceea ce noi denumim o psihopatologie relațională.

În acest context psihiatria dezvoltă în prezent și proiectează prin anticipație modalitățile sale de asistență populațională, care implică precizări conceptuale, diversificări acționale și o activă sesizare a unor factori de risc sau tendințe în evoluția stării de sănătate mentală ca valoare dinamogenă pentru condiția persoanei și a grupului comunitar de care aparține aceasta. Aspecte cum sînt de exemplu: ontologia personalității și dinamica modelelor sale de identificare, ecosistemul familial cu factorialitatea sau efectele conjugopatiilor, formele discomportamentale ale eșecului și frustrării în alcoolism, hetero- și autoagresivitatea în sistemul relațiilor interpersonale, boala mentală și relația victimologică și alte aspecte ce pot fi enumerate exprimă actuala dimensiune medicală a psihiatriei, dar și posibilitatea colaborării interdisciplinare cu psihologia, în proiectarea unei comprehensive explorări a factorilor subiectivi și a modalităților de organizare a unei asistențe populaționale. Astfel prin exemplificarea făcută dorim să semnalăm diversitatea actuală a conținutului tematic în psihologia medicală cînd se referă la boală și bolnav, la boală, bolnav, și grupul comunitar sau la bolnav și terapeutul său. Această diversitate duce în mod firesc la selectarea metodelor de explorare și psihoterapie, la gradarea evoluției fenomenologiei și a personalității cercetate, la validarea unor rezultate obținute prin intervenția medicală și în general la operațiuni diferențiate și repetate capabile să evidențieze dinamica unor relații psihocomportamentale. În acest mod procedăm la explorarea psihologică a unor efecte terapeutice, la explorările din activitățile expertale, la explorarea din durată a unei evoluții clinice a bolnavilor asistați în spital,



sau aflat în post cură sau dispensarizare și să nu ometem valoarea preventivă a unor examinări în situații psihoexistențiale dificile, examinării care au calitatea de a orienta și asistența psihiatrică.

În concluzie, metodele de explorare psihologică aplicate la situații psihopatologice diferențiate, și după o dinamică caracteristică scopului urmărit, oferă în mod necesar posibilitatea elaborării unei evaluări de sinteză. Această evaluare este uneori dificilă datorită semnificației diferite a rezultatelor obținute, dar care prin procedee de apreciere cantitativă sau calitativă poate preciza semnificația tulburărilor decelate și a mecanismelor lor ca factori patogeni ai personalității și ai relației psihocomportamentale.

Psihologia medicală, prin obiectivele și modalitățile sale de cercetare, oferă posibilitatea unei mai bune precizări și aprecieri ale tulburărilor psihice din evoluția unui proces de îmbolnăvire, fapt atât de necesar diferențierii actului terapeutic și a modalităților de asistență medicală proiectată competent și comprehensiunii față de persoana bolnavă, ambianță și factorii ce întrețin riscurile de îmbolnăvire.

Relația dintre psihiatrie și psihologia medicală se exprimă și se dimensionează, de fapt, după problematica stării de sănătate mentală a lumii contemporane și promovarea valorilor care pot promova progresul.

## RELAȚIA MEDIC-PACIENT

Între medic și pacient, în afara aspectelor tehnico-profesionale, se stabilesc unele relații care pun față în față (două) psihologii diferite într-o situație de «colocviu singular». Bolnavul și medicul nu ignorează nici unul, nici altul, că fără o ambianță de încredere, terapeutică este imposibilă.

Dar uneori bolnavul este considerat un capitol de patologie, un prilej de experimentare, un caz științific, relația medic — pacient fiind transformată în relația experimentator — obiect.

Datorită laboratorului cu rezultate strălucite, adeseori se ia în considerație boala, și nu bolnavul. Dar în ce măsură cuceririle psihologiei pot modifica aceste relații? Numai

pregătirea psihologică și de specialitate nu este suficientă. R. Konsieski menționează «abordat de către un psihiatru, bolnavul se va simți obiectul unei clasificări. Abordat de către psihanalist, el se simte în prezența unui soi de experimentator, a unui înregistrator imposibil. El trebuie să-și extragă din personalitatea sa o serie de fapte, care îi par foarte îndepărtate de suferințele de care se plînge. În abordarea psihosomatică se face o juxtapunere și o comparație a fenomenelor care se desfășoară simultan în cele două registre» (La formation psychologique des medecins, 1964).

Această relație ia alt aspect atunci când medicii și psihologii au o atitudine apropiată față de bolnav (vorbe bune, compasiune, explicații răbdătoare etc.). Este atitudinea nativă a vechilor clinicieni și care contribuie în mare măsură nu numai la înțelegerea între medic și bolnav, dar și la succesul terapiei. E. Pamfil a făcut observația că «medicina veche nu dispunea de tratamente fizice, chimice etc. eficiente, dar era totuși eficientă grație psihoterapiei și relațiilor interpersonale medic-pacient».

Cea mai valabilă formă de contact cu pacientul este aceea a medicului avizat și totodată afectuos care știe că omul bolnav este în totalitate bolnav, deoarece întreaga sa persoană participă la această dramă. O analiză mai profundă a vieții afective (și respectul acesteia) este profitabilă pentru a-l înțelege și ajuta să pătrundă în semnificația gesturilor, a inflexiunilor vocii sau a tăcerilor pacientului. Trebuie de avut o tactică psihologică, de care depinde felul de a întreba și modalitatea de conducere a terapiei.

Relațiile medic — pacient fac parte din psihologia comportamentului interpersonal. În acest cadru se deosebesc 7 categorii de relații:

— interacțiunea socială (cooperativă sau competitivă) produsă de tendințe care nu sînt propriu-zis de natură socială (ex. nevoie de hrană sau de bani);

— dependența — cuprinzînd acceptanța, interacțiune ajutor (protecție — călăuzire);

— afiliația — cuprinzînd proximitate fizică, contact din privire, răspunsuri calde și prietenoase;

— dominația — adică acceptarea de către alții a poziției de lider sau învățător, sau critic, sau sfătuitor, sau judecător etc.

— sexualitatea — fizică, contact corporal, interacțiune intimă, de obicei cu persoane de sex opus, atractive;

— agresiunea — lezarea altora pe plan fizic, verbal etc.



— autostima și ego-identitatea, acceptarea autoimaginii de către alții, sau de către sine a imaginii pe care o au alții.

Psihologul trebuie să fie util nu numai prin cunoștințele sale de specialitate (pt. psihodiagnostic), dar și prin sfaturile pe care le dă în reconstrucția morală și sufletească — prin ceea ce învață pe bolnavi — un fel de pedagogie curativă. Pacientul vine, cu anumite dominante instinctuale și cu anumite refulări, cu un anumit caracter și cu păreri preconceptuate, cu un anumit orizont cultural și spiritual. Bolnavul ia anumite atitudini nu numai față de boală, ci în același timp față de medic: încredere, îndoială, teamă, dispreț, ură, simpatie, stimă.

**Dialogul medic—pacient.** «În sanctuarele Greciei Antice. Esculap nu vorbea, ci asculta» (Fernet). A ști să asculta este prima condiție a unui dialog.

Dar ce poate să spună bolnavul? El nu are cunoștințele psihologice și medicale care să-i permită o descriere a acuzelor sale în termeni proprii și preciși. El poate să tacă din timiditate sau pentru că nu găsește cuvinte potrivite. El poate folosi cuvinte goale, cuvinte vagi. Este bine cunoscută ezitarea de a vorbi tocmai despre detaliile cele mai importante, dacă ele sînt de ordin intim sau dacă ele aruncă o lumină nefavorabilă asupra persoanei sale.

Procedeele pentru reperarea unui diagnostic și psihodiagnostic se învață din experiență. Valoarea simptomului subiectiv (ex. cefalea) poate fi uneori mai mare decît valoarea rezultatelor examenelor obiective de laborator.

În homeopatie se acordă cea mai mare atenție simptomelor subiective neobișnuite, bizare pentru alegerea remediului potrivit.

Trebuie de ținut seama de înțelesul cuvintelor, care diferă uneori foarte mult după gradul de cultură și după calitatea culturii pacienților (element semantic — vezi deficiența mintală). De exemplu, în tuberculoză pacientul se întreabă dacă diagnosticul este o «sentință de moarte», dacă boala este «o pedeapsă sau un blestem». Pentru unii a fi tuberculos este o situație ce trebuie camuflată, chiar față de propria conștiință (de aici tendința de a nega tratamentul). Cuvîntul popular «oiticos» are un sens peiorativ; s-a constatat că tuberculoza este mai frecventă printre cei ce nu se supun explorărilor radiologice. Pacienții pot opune rezistență la recomandarea de a se muta într-o altă localitate, cu o climă mai potrivită.

Problemele privind comunicarea dintre medic și pacient nu se rezumă numai la chestiunile de limbaj.

Medicul trebuie să înțeleagă nu numai boala (care este principala atribuție a medicului), ci și bolnavul. Această înțelegere înseamnă cunoaștere și comprehensiune (nu numai cunoștințe), înseamnă cunoașterea unui individ (cunoașterea idiografică).

Dar cum ajungem la cunoașterea individului (în afară de cunoștințe și instrumentar)? Aici intervin procedee «intuitive», instinctive sau imaginative, care nu fac parte (încă) din arsenalul științific.

Empatia — transpunere imaginativă, tentativă de înțelegere, identificare, simpatie, participare (introduc persoana în mine și mă identific cu ea). Dar e o relație complicată, care uneori se poate erotiza, nu este pe planul cunoașterii raționale.

Trebuie să existe puterea de înțelegere între om și om — prin «dublu transfer psihologic».

Comunicarea complexă și profundă care se efectuează, de exemplu în cursul unui tratament psihanalitic poate fi privită ca o premisă exemplară a studiului metodic al semnelor.

Dar toți bolnavii vin la medic pentru a fi vindecați?

Unii vin să găsească o detensionare, alții pentru a-și satisface anumite dorințe inconștiente, iar alții pentru a găsi o acoperire medicală a unei situații penibile (refugiul oferit de bolile căilor genito-urinare: bărbatul impotent își acuză prostata, iar femeia frigidă își acuză vezica).

Dialogul pentru majoritatea bolnavilor are o mare valoare de susținere, convorbirea este elementul esențial (și nu medicul sau psihologul). Ameliorări ale stării mentale s-au putut obține și prin dialoguri cu mașini cibernetice.

**Situația bolnavului.** Pentru a îngriji un bolnav trebuie să cunoaștem nu numai numele bolii sale, ci să înțelegem «sensul situației bolnavului».

Situația magică — primitivă, cînd bolnavul caută miracolul (minunea); pacientul atribuie medicului (și mai puțin psihologului) puteri supraomenești.

La mulți bolnavi, boala însăși determină o regresie de mentalitate. Dintre aceștia se recrutează cei care se adresează cu predilecție «tămăduitorilor».

Elementul magic este chemat, de obicei, să explice «de ce» (de ce eu și nu altul, de ce aici și acum), în timp ce știința explică «cum» s-a produs boala.



Sînt unele categorii de bolnavi care suferă influența mediului cultural (reflex al modei sociale) și care atribuie cea mai mare importanță medicamentelor «noi», suverane, considerate din cele mai eficace.

**Situația de dependență.** Prin însăși boala lor bolnavii sînt în inferioritate, care este cu atît mai marcantă, cu cît EU-1 lor este mai slab, fără capacitate de compensație a tulburărilor. Uneori «adultul devine prin boală copil», mai ales cei cu structură nevrotică care nu pot finaliza maturitatea personalității, manifestînd un atașament afectiv particular față de medic și psiholog.

Freud a pus această relație în centrul explicării mecanismelor psihoterapeutice și a propus pentru a o desemna (relația) termenul de transfer. Pentru psihanaliză transferul este o repetiție (în viața actuală a bolnavului și, în particular, în relațiile sale cu medicul și psihologul) a atitudinii emoționale inconștiente, dezvoltată în copilărie, față de familie și, în special, față de părinți. El reprezintă o proiectare asupra psihologului a atitudinilor de afecțiune și de ostilitate (ambivalență), pe care bolnavul le-ar fi avut înainte în relațiile cu un părinte.

Sub numele de contratransfer psihanaliza descrie atitudinile negative ale medicului sau psihologului față de bolnav (mînie, nerăbdare, agresivitate). Ele ar fi rezultatul influenței bolnavului asupra sentimentelor inconștiente ale psihologului și ar avea originea în identificările și proiecțiile iraționale ale acestuia din urmă. Cu alte cuvinte, psihologul «vede» în bolnav pe altcineva, o persoană care a jucat un rol în biografia sa afectivă.

Acest contratransfer are o acțiune defavorabilă actului terapeutic; psihanaliza recomandă ca orice medic și psiholog să-și facă lui însuși, în primul rînd o psihoterapie (psihanaliză didactică) în așa fel încît propriile sale probleme psihologice, ale inconștientului, să nu se interfereze cu cele ale bolnavului.

La un moment dat transferul poate să ia forma de dragoste care apare mai ușor dacă sînt sexe diferite. Unii pacienți pot deveni periculoși prin erotomanii (iluzia delirantă de a fi iubit), prin comportare agresivă și gelozivă etc.

**Complexul paternalist** — care apare la medic sau psiholog. Însăși structura psihologică a medicului sau psihologului adică autoaprecierea despre rolul său dominator (ambiție, rol, prestigiu, rivalitate, reușită) sînt circumstanțe psihologice pentru rolul de «tată». Medicii și psihologii care au fost frustrați de afecțiune sau au fost victime ale

autoritarismului în copilărie, care au avut sentimente de inferioritate socială, care și-au refulat dorințe de cucerire, pot ajunge (datorită unei nevoi de compensare) să caute satisfacții de «valorizare» pe lîngă pacienții lor.

Medicul sau psihologul care vrea să facă totul singur, să se ocupe numai el de toate suferințele bolnavului său, răspunde acestui complex de autoritarism paternalist. Însăși acțiunea poate fi antisocială, antimedică, lipsind pe bolnav de competența altora.

**Medicul-psiholog și pretențiile pacientului.** De diagnostic se leagă atît teama bolnavului (de prezența și gravitatea bolii), cît și speranța că medicul sau psihologul i-o poate trata eficace.

Psihologul, de la primele cuvinte trebuie să-l asigure pe bolnav, să-i creeze atmosferă de destindere și încredere imediat ce simte «nota emoțională» a anamnezei.

Anumiți bolnavi prin antrenament (frecventarea cabinetelor) au pierdut emotivitatea primelor contacte, avînd impresia că ei vor să domine și manifestă agresivitate în tentativele de pătrundere în intimitatea lor. Alți bolnavi, pe baza unor informații, singuri își pun diagnosticul.

Medicul-psiholog nu trebuie să se lase condus de bolnavul care tinde să-i impună nu numai diagnosticul, ci și tratamentul, deși este obligat să țină seama de năzurile acestuia, de experiența sa de «bolnav», de ameliorările obținute cu anumite terapeutici.

Sînt cazuri în care medicul foarte bine intenționat, tolerant și înțelegător, dar mai ales bolnavul, participă la terapeutică indicată, și cu toate acestea ameliorările nu apar, pentru că bolnavul s-a «instalat în boala sa organizată». Intervine aici o «homeostazie a stării patologice» și, uneori, intervin mecanisme inconștiente care întrețin boala (pentru «avantajele» sale sau ca o expresie de satisfacție autopunitivă, de «masochism» etc.). Și în aceste cazuri, și nu numai, medicul trimite bolnavii «spre tratament la psiholog».

Pretenția pacienților de a primi medicamente este o prejudecată, iar în zilele noastre una din cauzele polifarmaciei nu numai pentru boală, ci și pentru orice senzații neplăcute fizice și mintale. Dacă nu primește medicamente, înseamnă că medicul nu e bun sau că el are o boală incurabilă, mai intervin și reclamele medicamentelor.

**Informarea pacientului de către psiholog și medic.** Cînd, cum și cît din adevăr și din detaliile asupra bolii trebuie comunicat celui suferind determină medicul. Forma sub



care îi prezentăm realitatea este în funcție de personalitatea bolnavului, de natura bolii sale. Nu trebuie să i se spună pacientului că nu are nimic, chiar dacă nu are nimic; când este vorba de boli cronice, incapacitate și readaptare funcțională și profesională, trebuie de avut răbdare și tact ca bolnavul să-și accepte boala; sînt bolnavi care se lasă numai în grija medicului și psihologului; «nevoia de a ști» a bolnavilor ține de anxietate dar și de curiozitate; trebuie ajutat bolnavul de a supraviețui cît mai mult; folosirea «diagnosticelor» atenuate este recomandată tuturor medicilor.

**Consimțămîntul.** Un alt aspect al triadei relaționale medic — pacient — psiholog (în orice sens), îl constituie consimțămîntul bolnavului (adeziunea ori asentimentul) la actul psiho-medical (sau medico-psihologic). Acest consimțămînt decurge dintr-un principiu fundamental care este libertatea bolnavului (înscrisă în drepturile omului și drepturile bolnavului). Libertatea bolnavului este și un principiu de bază al deontologiei medicale — «schimbul uman între medic — psiholog — pacient, implică respectul libertății mele». (G. Tibon). Consimțămîntul implică rezonanțe etice și juridice. Interesul bolnavului primează întotdeauna. În cazuri de urgență (răniți, sinucigași, sarcini), conduita este dictată de conștiință și criteriul de utilitate situațional.

Există și o «funcție apostolică» a medicului și mai ales a psihologului: cînd se investighează un pacient asupra problemelor de viață, el trebuie să-și exprime propriile idei și dorințe în legătură cu ceea ce ar trebui de făcut într-o anumită situație. Unul din mijloacele esențiale de a ameliora competența psihoterapeutului (a medicului și psihologului), este de a-i face conștienți de similitudinea problemelor omenești care-i afectează.

Un alt aspect al «funcției apostolice» este vizitarea domiciliului bolnavilor cronici, pentru care medicina curativă nu poate face prea mult. Ajutorul psihologic consolator este foarte mare punîndu-se problema convertirii bolnavului la o anumită filozofie a vieții, pentru a-i da încredere și speranță sau pentru a-l face pe bolnav să-și accepte suferința fără a-și simți viața dezorganizată (sau ca o povară).

Aceste implicații etice nu neglijează nici funcția de duhovnic a medicului și psihologului; deși termenul este teologic, este mai expresiv și concret, apropiat de sufletul bolnavului.

Se pot delimita două categorii de bolnavi:

a) scrupuloși — care consideră că a fi bolnav este un păcat;

b) profitori — care obțin avantaje de pe urma bolii.

Ce atitudine trebuie să aibă medicul și psihologul? Sînt posibile mai multe atitudini:

— de tutore autoritar, care nu dă nici o explicație, așteptînd de la bolnav o ascultare fidelă;

— de mentor, care își oferă cunoștințele de expert, gata să-l învețe pe pacient să se adapteze la condițiile modificate ale stării de sănătate;

— de savant detașat, care descrie obiectiv avantajele și inconvenientele diferitelor posibilități terapeutice, lăsînd pacientului libertatea de alegere, dar și impunîndu-i responsabilitatea acestei alegeri;

— de bun părinte, protector care caută să evite pacientului orice noutate dureroasă sau orice responsabilitate chinuitoare;

— de avocat al «adevărului înainte de toate», care socoate că nimic nu este mai rău decît îndoiala.

Atitudinea se adaptează în funcție de caz și bolnav.

Medicul și psihologul sînt și ei oameni, și nu pot fi disponibili la orice oră din zi și din noapte, au obsesiile și îndoielile lor, probleme de viață; sînt și limite de răbdare față de exigențele neraționale ale bolnavilor. Este nevoie de tact, finețe, încredere și compasiune, dar și de educarea bolnavului.

W. Schultz în lucrarea «Studii de psihoterapie» a trecut în revistă cîteva dintre ipotezele în care este văzut psihoterapeutul (fie medic, fie psiholog), de către pacienții săi, adăugînd și cîteva dintre idealurile psihoterapiei moderne:

a) reprezentantul unei tehnici științifice, dar și al unei forțe «numenale» (arhitipul de vindecător): magicianul, vindecătorul, mîntuitorul, preotul, omul de știință, luptătorul, salvatorul, artistul;

b) psihoterapeutul poate fi considerat ca un erudit, un înțelept, învățat, judecător, sfătuitor, pedagog, moralist, predicator, apostol;

c) poate fi un catalizator sau un ferment al interacțiunii terapeutice dintre oameni (în terapia de grup);

d) poate fi o autoritate și reprezentantul solidarității omenești;

e) un «releu impersonal» pentru a ajuta folosirea resurselor personale interne ale bolnavului sau numai o oglindă, care să ajute bolnavul să se cunoască.



Bolnavul așteaptă ajutorul medicului într-o stare afectivă excepțională care-i subminează obiectivitatea și-i exacerbează ambivalențele.

O interesantă tipologie a medicilor, datînd din sec. al XVIII-lea, o datorăm lui Th. de Bordeu, medic celebru, considerat ca unul dintre precursorii endocrinologiei. El distingea, în istoria medicinei, opt categorii de mentalitate:

— empiricii, care se bazează exclusiv pe experiența personală și tradițională; se poate deosebi un empirism popular și unul «rațional și sistematic», cum este cel al hipocraților, al lui Empedocles, Celsius, Andromachus etc.;

— dogmaticii, care pornesc de la anumite teorii despre natura bolilor și determină remediile prin raționament; mentalitatea lor seamănă cu cea a astronomilor și fizicienilor, dar sînt mult mai livrești și mai siguri de ei înșiși; dogmaticii au fost și sistematicii postcartezieni (iatrofizicieni, iatrocimiști etc.);

— medici observatori și expectatori, care au încredere în natură, în forțele sale curative, se mulțumesc cu o terapie minimă și cu stabilirea prognosticului, nu pretind să explice; această medicină contemplativă (pe care Asklepiades o numea «meditație asupra morții»), a îmbogățit semiologia clinică, a introdus individualizarea terapeutică; este medicina lui Hipocrate, a perioadelor de reacție împotriva dogmatismului, a medicilor vîrstnici dezamăgiți de ineficacitatea remediilor;

— medicii antisistematici, electici conciliatori; «practicieni», ca și «pyrronienii sceptici»; sînt cei care, de fapt, suportă toată povara medicinii; scepticii sînt utili pentru că ei «curăță științele» și le «purghează de toate vanitățile lor»; totuși, certitudinea cîtorva principii (nu chiar geometrice), este o necesitate pentru orice practică; un reprezentant ilustru al acestui grup a fost Sydenham;

— medicii filozofi, care studiază «omul, pasiunile, societatea»; este grupul marilor reformatori, al creatorilor de doctrine etc.; ei contribuie la progresul științelor, la împrăștierea prejudecăților și spaimelor publicului și oferă filozofilor materiale pentru edificarea concepțiilor;

— medici militari, medici juriști și medici teologi, medici la care activitatea medicală este subordonată unor scopuri precise de ordin social sau religios.

Urmărind istoric apariția profesiunii medicale H. Sigrist susține că tipul primitiv a fost șamanul care înmănușea într-însul cunoștințe empirice, puteri magice și poziții religioase: deci, o personalitate complexă la care scin-

darea în componente s-a produs prin izolarea treptată a medicinei laice, «arta medicală» devenind un meșteșug. Specializarea medicală analitică începe încă din antichitate, cînd apare și o medicină de școală (scientificizarea și oficializarea învățămîntului medical), și o medicină ortodoxă, în opoziție cu cea empirică, bazată pe talente înnăscute și dorința de a vindeca, cu o «monopolizare» a sa de către persoanele calificate, titularizate. Opoziția medievală (pînă în secolul al XVIII-lea) între medici și chirurghi este semnificativă.

F. Spranger, pornind de la «tipurile de viață», în ierarhia valorilor, distinge tipurile de medic: teoretic, economic, estetic, de putere, religios, social etc. Sînt și alte tipologii care aparțin lui K. Jung, K. Jaspers, Kretschmer, Freud, Szondy etc.

Există însă medicul umanist, în opoziție cu specialistul de orizont limitat, care are o cultură generală bogată și umanistă, proprie tuturor celor care vin în contact strîns și important cu omul.

## BOALA ȘI REACȚIA PSIHOLGICĂ

Unul din principalele merite ale concepției psihosomatice (P.S.) în medicină a fost acela al relevării importanței laturii psihologice a bolii (chiar acolo unde organicitatea era indiscutabilă). În sens larg aceasta înseamnă relevarea și revalorizarea aspectelor reacției psihice a individului bolnav, boala fiind, în fond, o sinteză realizată de psihicul pacientului în care «conștiința bolii» poate domina adesea în mod disproporționat asupra substratului «real» organolezional. Rezistența la boală este legată și de maniera în care bolnavul își imaginează boala și capacitatea sa de a înfrunta această boală. Intrînd în boală, bolnavul părăsește logica obișnuită și pătrunde într-o lume «iratională» dominată de logica instinctelor și a afectivității, o lume egocentrică.

**Modelul psihosomatic de boală.** Ca o reacție față de modelul fizic de boală (mecanicist corpul uman este o mașină, un dispozitiv mecanic; în 33% din cazuri modelul fizic nu poate da o explicație), a apărut modelul psihic elaborat de cercetători din domeniul psihopatologiei și care au acreditat ideea de boală în afara leziunii. Boala nu este legată de leziune sau substratul anatomic, ci de o disfuncție specială a forțelor psihologice. Patologia psihiatrică la care



acest model se aplică, în special este legată de situația relațională, de condițiile omului în societate, în timp ce ponderea bolilor lezionale psihiatrice se consideră foarte scăzută.

Un pas spre numirea celor 2 modele de boală (care abso-lutizează adevăruri parțiale) s-a făcut prin introducerea modelului psihosomatic. În acest cadru P.S., tulburările psihice și somatice nu mai apar astfel în opoziție. Pentru aceasta a trebuit depășită noțiunea de conflict (pavlovian și freudian). Așa cum știm în boală P.S. introduce mediația (între mediu și organism) emoția (reacție psihică), care destramă stresul, mobilizând organismul și modificându-l funcțional.

În contextul modelului P.S. de boală, omul bolnav ca și cel sănătos, formează o unitate psihosomatică, iar reacția organismului presupune participarea ambilor factori, leziunea apărând tardiv ca rezultat al eșuării totale a apărărilor psihologice și fiziologice ale organismului.

Boala trebuie privită ca o deviere de la normal, o anormalitate în sens popular; dar modelul de boală rămâne deschis, ca o doleanță, încă mult timp în aria medicilor, poate cât va exista omul.

**Rolul factorilor psihologici în boală.** Importanța factorilor psihologici în boală a fost și este încă cercetată în ultimele decenii. Psihogeneza, după Livadon este o variație fiziologică care este impusă de structura situației trăite de persoană și nu de natura fizico-chimică a mediului extern. Psihogeneza nu implică, deci, nici absența fiziologului și nici prezența conștiinței, ci mai degrabă, corespunde unei trăiri conștiente sau nu față de o situație și nu față de o variație fizico-chimică a mediului intern sau extern.

În acțiunea sa psihogenetică, factorul exterior și trauma psihică nu reprezintă încă singurul element, ci alături de acesta mai participă și alți factori, cum ar fi o serie de particularități psihologice ale individului, precum și rolul stării generale psihosomatice (boli somatice, subnutriție, surmenaj, stări fiziologice particularități înăscute și chiar situații de moment a persoanei respective).

În 1936 Hans Selie introduce noțiunea de stres și sindrom general de adaptare. Stresul psihic și cel fizic nu se deosebesc în esență în ceea ce privește reacția organismului și reacția generală adaptativă.

Fazele reacției la stres (Livadon) ar fi următoarele:

— faza de amenințare cu trăirea psihologică a stresului ceea ce determină o perioadă de tensiune;

— faza de impact, în care individul se află în prezența pericolului și când apar principalele reacții fiziologice (reacții vasomotorii, creșterea adrenalinei). În această fază crește vigilența, atenția, iar uneori apar comportamente automate;

— Faza de prelungire a pericolului cu prelungirea stării din faza anterioară (fără a mai fi pericolul);

— faza posttraumatică, cu reconstituirea echilibrului fiziologic.

Putem avea o reacție la stres benignă cu tulburarea echilibrului funcțional de scurtă durată (secunde/ore), moderată (zile) sau severă (luni sau chiar ani).

Freud a elaborat teoria angoasei în 2 etape.

În prima etapă el oferea o explicație simplistă (angoasă ca rezultatul unei descărcări a libidoului). El reformulează teoria angoasei (după 10 ani), aceasta fiind declanșată de un pericol și asociată unui reflex de autoconservare. Angoasa devine o funcție a EU-lui, un semnal care permite mobilizarea energiilor și reacțiilor de adaptare.

Frustrarea — altă noțiune psihologică; este o situație în care un obstacol modifică conduita subiectului și care are drept consecință ca reacție din partea individului apariția stării de anxietate angoasă, ură, agresivitate. Reacția la frustrare poate fi normală sau patologică.

Sensibilizarea și obișnuința constituie alți factori psihologici, după Livadon, care acționează asupra organismului. La unii indivizi factorii stresanți duc la obișnuință și la posibilitatea unei apărări mai facile.

La alții din contra, traumatismul psihic duce la o stare de sensibilizare de așa manieră, încât ulterior chiar excitanți slabi pot determina reacții importante.

Sensibilizarea necesită uneori timp (luni, chiar ani), dar, odată constituită o reacție evidentă va putea fi indusă chiar de situații frustrante, minore.

Maturizarea ridică pragul toleranței la frustrație.

**Reacția psihologică legată de boală.** Boala reprezintă pentru organism o agresiune cu importante consecințe pe plan psihologic. Individul realizează pe plan psihologic boala ca o agresiune, ca un stres, ca o stare de insecuritate sau dezastru.

În cazul bolnavilor gravi, Janis a introdus noțiunea de victimizare, care apare în perioada acută a bolii sau accidentului, când pacientul realizează amploarea atingerii integrității sale fizice și totodată începe să-și imagineze am-



ploarea handicapului și a situației lui sociale și profesionale.

Frica prealabilă este principalul element care dă amploare reacției la stres, și mai ales, consecințelor afective după trecerea perioadei acute a stresului. Esențialul în cadrul îmbolnăvirilor este «anxietatea momentului», posibilitatea unor noi complicații, amenințarea de noi suferințe și chiar distrugere.

Se pot releva 3 repere tipologice privind intrarea în boală:

rezistența la propria slăbiciune;

optimism necritic (refuză acceptarea bolii datorită supraestimării posibilității de vindecare rapidă);

frica de diagnostic și tratament (în fond frica de necunoscut). Uneori se merge la nominalizarea simptomelor bolii.

După Leriche, boala poate fi definită prin trei maniere diferite:

a — o anumită stare a corpului;

b — o anumită interpretare a medicului;

c — starea de conștiință a bolnavului.

Starea de boală este percepută ca o stare negativă, în timp ce conștiința de sănătate se exprimă printr-un sentiment de siguranță. Ceea ce este esențial în această stare — boală este anxietatea.

Pacientul poate reacționa la boală prin optimism, pesimism, negare, indiferență sau independență, el poate accepta sau refuza ideea de boală. Felul în care bolnavul apelează la medic (oferțele bolnavului) este foarte variat. Dacă în cazurile simple bolnavul își expune simptomatologia (chiar și diagnosticul), în 1/3 din cazuri simptomele descrie amănunțit diagnosticul. Bolnavul, exprimându-și simptomele, face medicului o serie de «propuneri de boală» și acest fenomen va continua pînă cînd cei doi (medic și pacient) cad de acord — o boală acceptată de ambele părți. Reacția bolnavului după stabilirea diagnosticului va depinde de natura lui și de caracteristicile psihologice ale individului.

Bolnavul își va însuși astfel «rolul de bolnav», un factor important în condițiile socio-culturale.

Examinîndu-se P.S., problema beneficiului primar și secundar se găsesc, în cadrul trăirii bolii, următoarele situații:

Satisfacțiile în cadrul trăirii bolii sînt parțiale și umilite de către suferință;

Satisfacțiile constau în ocaziile oferite de boală printre care și acelea de a se putea sustrage unor relații negative sau frustrante care pun pe subiect în fața unor exigențe excesive.

Intraversiunea este un fenomen de retragere în măsura în care individul este sustras de la anturaj și în același timp concentrat asupra lui însuși.

În sfîrșit al 4-lea grup de satisfacții ar fi constituit din ceea ce este desemnat cu termenul de regresivitate.

Beneficiile secundare, în acceptarea bolii, sînt valorificate de bolnav.

**Comportamentul în boală.** Comportamentul bolnavilor este dominat de trei trăsături principale:

1. Strîmtarea orizontului cu dimensiunea importanței lumii exterioare, creșterea anesteziei, centrul atenției devenind alimentația, digestia, excreția.

2. Egocentrismul — lumea personală devenind astfel exclusivă.

3. Comportamentul tiranic și, în același timp, dependent, cu aspect de regresivitate infantilă.

Nu toți bolnavii reacționează la fel la aflarea diagnosticului. Bolnavii, intrînd în boală, prezintă diverse tulburări intelectuale: fixare excesivă față de unele preocupări etc.

După Delay și Pichot, pacientul intrat în boală se poate manifesta sub trei aspecte principale: dependența și regresivitatea, evaziunea, exaltarea Eu-lui.

**Dependența și regresivitatea.** Intrat în boală, bolnavul suferă o regresivitate. Boala oferă individului un statut de dependență, justificîndu-i slăbiciunea față de el și față de ceilalți. În determinarea stării de dependență se incriminează factorii: personalitatea bolnavului cu gradul ei de maturitate și tărie a Eu-lui, atitudinea și solitudinea celor din jur, natura bolii și, în special, gravitatea ei, atitudinea medicului.

Pacientul intrînd în boală devine o persoană slabă și dependentă, mai ales față de medicul său. Medicul (psihologul), boala și personalitatea bolnavului formează o triadă de factori considerați cei mai importanți. Orice atingere a integrității personale atrage după sine reacții de protecție de tip regresiv. Există diferite forme de regresivitate, cum ar fi subordonarea oarbă sau revolta irațională, boala oferind adesea ocazia de a se sustrage de la orice tip de relații frustrante. Disfuncția de regresivitate nu este tocmai clară. Ea poate fi reprezentată de tendința de a abdica în fața



vieții și durerii, dorința și exigența unor bolnavi de a fi hrăniți, spălați, compătimiți, de a fi îngrijiți de o anumită persoană înțelegătoare sau chiar maternă. Nu putem cere bolnavului în regresie să aibă o judecată matură și discernământ asupra stării sale de boală; este o stare de imaturitate afectivă, agresivă temporar sau definitiv, pînă cînd bolnavul poate fi abandonat într-o unitate de boli cronice.

Regresiunea bolnavilor ar avea următoarele caracteristici: a) reducerea temporo-spațială — bolnavul ca și copilul trăind în prezent și în spațiul apropiat, nesuportînd așteptarea; b) egocentrismul — bolnavul ca și copilul vede lumea prin raporturile cu el (nu-și imaginează că altul ar fi obosit sau bolnav); c) dependența — bolnavul ca și copilul are nevoie de alții (pentru îngrijire), tiranizînd ca și copilul pe cei din jur.

Personalitatea bolnavului, se manifestă în cadrul dependenței, prin scăderea responsabilității, ceea ce le poate crea o mare satisfacție.

Așa cum am menționat, pe lîngă fenomenul de «condiționare nevrotică» se poate vorbi și de o «demisie nevrotică» atît de frecventă în prezent. Chiar în cazul unor afecțiuni ușoare pacientul stă gata «a demisiona» imediat de la obligațiile lui sociale. Este mai frecvent la femei și pune serioase probleme comisiilor de expertiză.

**Evaziunea.** Fenomenul de demisie e cunoscut și sub denumirea de fenomenul evaziunii. Bolnavii evazioniști se pot caracteriza astfel:

Exagerează simptomele morbide și diminuează efectele tratamentului. Sînt agravate simptomele subiective, cu dificultăți mari de obiectivizare (vestigii, cefalee, astenie etc.).

Au o dispoziție pesimistă. Pe acest fond se poate ajunge la concluzii catastrofale.

Simptomele bolii variază foarte mult în diferite momente (agravîndu-se cînd bolnavii se știu observați).

Evaziunea se poate evidenția prin retragere, intraversiune și regresie. Evaziunea frecvent este legată de personalități isterice, exacerbate de către stresul conștiinței bolii.

Psihanaliștii vorbesc de problema «refugiului în boală» sau de problema «beneficiului secundar», boala fiind utilizată pentru a obține avantaje (revalorizarea beneficiilor).

Fenomenul se găsește în majoritatea bolilor psihosomatice. Boala e utilizată ca o umbrelă protectoare pentru a

scăpa de asperitățile vieții (pensii, scutiri de impozite, facilități etc.).

**Exaltarea EU-lui.** Boala poate crea și o satisfacție orgolioasă. O tendință primitivă și deci foarte puternică este narcisismul, care este tot un «beneficiu secundar» (copii și bătrîni utilizează boala pentru a se revaloriza în ochii anturajului).

Orice boală reprezintă o atingere a narcisismului, aceasta fiind «tendința cea mai primitivă și cea mai puternică a spiritului uman și care traduce ceea ce mai simțim inviolabil, imperisabil, important și mai ales demn de a fi iubit». În terapeutică narcisismul poate fi considerat o «criză psihologică de readaptare» după boală.

## ASPECTE PSIHOLOGICE ALE BOLNAVULUI CARDIOVASCULAR

**Inima** este cel mai important organ al corpului, iar moartea este asociată cu oprirea acesteia. În antichitate inima era considerată «sediul psihicului». Este un organ foarte sensibil și se pare că cel mai frecvent se moare de insuficiență cardiacă.

Inima este legată de rațiunea de forță și slăbiciune, iar durerile și agresiunile în regiunea inimii dau ideea de moarte. Există frecvența legăturii (corelație) între factorii emoționali și aparatul cardiovascular, ce a determinat ca disfuncționalitățile să fie cunoscute sub denumirea de **nevroză cardiacă**, cord iritabil, distonie neurovegetativă (discutabile încă).

Simptomele funcționale pot fi: dureri anginoase, palpitații, lipotimii, extrasistole, variații tensionale etc.

Interdependența factorilor psihici, organici și de termen formează cheia de bază a tuturor manifestărilor psihopatologice din cadrul cardiopatiilor. Tulburările psihice apar ca secundare tulburărilor circulatorii din cadrul bolilor cardiovasculare cu etiologie diferită: boli congenitale, valvulare, infecțioase etc.

**Principalele diagnostice și modificările psihice.** Tulburările cardiovasculare funcționale. Tulburările funcționale,