

EMOȚII ȘI EMOȚIONALITATE ÎN AREALUL SĂNĂTĂȚII

EMOTIONS AND EMOTIONALITY IN THE AREA OF HEALTH

Simona Trifu, conf. univ. dr.

„Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy

Bucharest, Romania,

ORCID: 0000-0001-9340-4669

Arina Cipriana Trifu, dr.

„Carol Davila” Central Military Emergency University Hospital

Bucharest, Romania

CZU: 159.97+616.89

Abstract

The paper aims to describe various cultural ways in the Western and Balkan space, regarding stoicism versus lability and suffering, externalized and culturally valued in the face of serious health news. Illness reporting patterns are trans-generational and ethnically dictated. There are familiarly personalized lineages and socially and geographically imprinted lineages. We want to refer to the way of communicating bad news about the health of an individual, a group or a nation, with positive aspects and limits.

Key-words: *WHO-defined health, public health policies, value and ethnic controversies, stoicism versus lability in emotion management.*

Actul medical din perspectiva faptului social

Este implicată analiza relațiilor cu ceilalți, pacientul aparținând unui anumit grup ce are standardele și normele sale, ceea ce presupune implicit că examinarea în sine este valabilă strict pentru grupul respectiv. Cunoașterea etiopatogenică va fi îmbogățită. Rolul factorilor sociofamiliali este crucial, atât în îmbolnăvire, cât și în vindecare. „Un interviu cu familia pacientului (pacientul index) este indicat atât pentru a obține o bună descriere a crizelor de familie cât și pentru descoperirea diverselor influențe exercitate asupra pacientului, influențe care ar putea reveni când pacientul se externează. Evident, pacientul index trebuie să participe la aceste întâlniri. Ca regulă generală, este cu atât mai bine cu cât familia pacientului este mai repede inclusă în tratament.”²³ Astfel, dimensiunea socială a bolii implică impactul asupra societății. Cel puțin în psihiatrie, ceea ce este considerat drept boală într-o anumită colectivitate poate să fie judecat altfel într-o altă colectivitate (ex. intensitatea depresiei, sindroamele culturale). Există o axă cu doi poli – unul reprezentat de preocuparea individuală pentru boală, iar celălalt reprezentat de faptul clinic, medical. Pentru că societatea își asumă

²³ GOLDBERG David. *Ghid de psihiatrie practică*. București: Editura Fundației Pro, 1997, p. 66.

responsabilitatea bolii, actualmente se tinde ca multe probleme nemedicale să fie integrate în sfera medicală. În virtutea „dreptului social la asistență” se cer din ce în ce mai multe lucruri.

Aptitudinea ascultării

Din cauza tehnicizării, aceasta este ignorată programatic în procesul formării medicale. Sunt implicate trei aspecte: solicitarea pacientului (nevoia de relaționare), disponibilitatea fizică a medicului, aptitudinea profesională – Balint. Pacientul vrea să participe la elucidarea diagnosticului. Anamneza poate fi directivă, ceea ce implică frustrare și scurtcircuitare, limitare a timpului, intervenind prejudecii. Anamneza nondirectivă asigură ascultarea, lărgeste câmpul informației, provoacă încredere și cooperare. Alteori, dacă anamneza este prea directivă, pacientul revine obsesiv din dorința de a i se acorda mai mult timp. Conform lui Sidney, „cel mai bun sfătuitor este cel mai bun ascultător”. E vorba despre o „neutralitate binevoitoare”. Ascultarea, act psihic cu caracter activ, presupune capacitate de comprehensiune, nu tăcere sau așteptare, ci participare. Ascultarea este o trăsătură de personalitate. Caracterul elocvent al ascultării constituie liantul relaționării.

Comunicarea – condiție fundamentală a propedeuticii medicale

Ca și cunoașterea, comunicarea este foarte importantă. „Comunicarea este în primul rând o percepție. Ea implică transmiterea, intenționată sau nu, de informații destinate să lămurească sau să influențeze un individ sau un grup de indivizi receptori. Dar nu se reduce la aceasta. În același timp în care o informație este transmisă, se produce o acțiune asupra subiectului receptor și un efect retroactiv (*feed-back*) asupra persoanei emițătoare care, la rândul-i, este influențată.”²⁴ Comunicarea nonverbală este mai obiectivă („Dumnezeu i-a dat omului cuvintele pentru a putea minți”). Sunt importante întrebările deschise, reflectarea, reformularea, cât și aptitudinile de a traduce în termeni medicali și de a încuraja. Din punct de vedere medical, domină nevoia de a impresiona, faptul că acest lucru este făcut cu plăcere favorizând apariția transferului. Expresia „Ia-ți patul și umblă!” poate fi considerată o comunicare imperativă, sugestivă. Inclusiv la Delphi, omul mergea pentru a comunica. În societatea actuală, comunicarea este influențată de tehnologizare. Boala implică un moment de criză existențială. Comunicarea implică rezonanță afectivă, comunicarea medic-bolnav constituind o comunicare

²⁴ SILLAMY Norbert. *Dicționar de psihologie*. București: Editura Univers Enciclopedic, 1996, p. 75.

față în față, căci medicina are și un caracter sacerdotal în care controlezi timpul și viața celuilalt. Pot apărea bariere fizice, interne și semantice. La nivelul barierelor interne vorbim despre implicare (importanța fantasmelor universale – grupurile Balint); frică – atât a pacientului, cât și a medicului; amenințarea statutului; veștile proaste; presupunerile subiective – sexismul; preocupările ascunse. Barierele semantice țin de vocabular, gramatică, sintaxă și de conotația unor cuvinte. Dialogul cu bolnavul trebuie să fie structurat, dar nu formalizat. Medicina are atât caracter sacru, cât și empiric. Ea presupune a ști să ascuți, a aborda particularitățile fiecărui caz. Pacientul apreciază în primul rând felul în care știu să ascult (este vorba de o ascultare activă, nu pasivă, cum este cea din muzică) și abia în al doilea rând valorizează ceea ce spun. Ascultarea atentă implică faptul că mă uit și îl sprijin gestual. Neutralitatea binevoitoare e legată de bunăvoința față de actul celuilalt de a-mi vorbi. Bătrânii au nevoie să le continui frazele, să le faci rezumate, parafrazări, să le pui întrebări. Pacienții nu tolerează lipsa de ascultare, ostilitatea, rejecția, inegalitatea în tratarea

pacienților, pentru că aceștia comunică între ei, ceea ce face ca medicul să fie vulnerabil. Imaginea medicului asigură complianța la terapie. „Medicul are o poziție privilegiată în raport cu bolnavul pentru că el este liderul și poartă responsabilitatea relației. El trebuie să aibă capacitatea de a se adapta comportamentului bolnavului, chiar dacă acesta este dezagreabil. Astfel, medicul va da dovadă de deplină maturitate. Și dacă am amintit în acest capitol că medicul este investit de pacient cu o valență paternală, într-adevăr el, medicul, trebuie să se comporte cu bolnavul ca un părinte, adică să tolereze atitudinile lui fără însă a încuraja nevoia de dependență.”²⁵ Gândirea magică asupra bolii intervenind frecvent, presupune că totul pleacă de la o supărare (modelul „new age” – medicină integrativă). De asemenea, importanța cercului de prieteni constituie un model credibil. Întrebările despre familie, despre el, despre metodele existente, explicațiile detaliate ajută pacientul să se edifice.

Momentul apariției bolii este foarte important. Raportarea pacientului la boală are multe variabile (de la modelele latine la suportarea cu stoicism). Întrebări de tipul „Ce credeți că a provocat boala dvs.?” trimit înspre un model fantasmatic. Autoritatea medicului fascinează. Întrebarea „Ce doriți să fac eu?” are valoare de negociere simbolică, importantă în fenomenul placebo. Fără să știe, medicul și pacientul se aleg, tot așa cum pacienții aleși creează imaginea medicului. Când pacientul vine la medic, acesta a epuizat deja cercul de prieteni. 80% din diagnostic e în relație directă cu anamneza. Pacientul dorește în primul rând ascultarea și abia

²⁵ JEICAN Rodica. *Psihiatrie pentru medicii de familie*. Cluj-Napoca: Editura Dacia, 2001, p.16.

apoi competența terapeutului. Relația în sine presupune trei factori: bolnavul, terapeutul (omul în care are încredere), intimitatea. Bolnavii vorbesc în medie 45 de secunde. În teoria rolurilor, medicul este investit cu puterea dată de societate (funcția sacerdotală – pacientul stă gol în fața medicului, umilit, donează sânge). Barierele fizice sunt un semn al medicinei defensive. Chiar și atunci când pacienții cer ceva la limita aspectelor legale, intenția pură nu este de a păcăli medicul.

Terapeutul trebuie să-și comunice interesul pentru bolnav, chiar dacă o face într-o manieră histrionică. Relația este mai mult afectivă datorită regresiei. Orientarea asupra pacientului este mai mult legată de dimensiunea afectivă, în vreme ce orientarea asupra medicului este legată de boală. Are loc un fel de negociere în care pacientul însuși sugerează un anumit diagnostic. Pacientul nu trebuie mințit, succesul terapeutic putând fi considerat fie și numai când depresia scade la aflarea unui diagnostic sever. Balint spunea că în foarte multe cazuri medicamentul este doctorul însuși. Comunicarea cu femeile pacient este mai dificilă. Alexitimia poate produce boli psihosomatice. Ostilitatea este maximală în domeniul psihiatric, ginecologic, stomatologic. Transferul este mare în raport cu medicul, căci are autoritate, bani etc. În același timp, dacă așteptările pacienților sunt înșelate, apare transferul negativ (medicii sunt înjurați, defăimați etc.). Pacienții antipatici produc un anumit contratransfer, ce duce la eșec profesional.

Conținutul psihologic al diagnosticului clinic

Există satisfacția (orgoliul) că ai pus un diagnostic, după care de multe ori scade problema tratării. Diagnosticul somatic este mai valorizat decât cel funcțional (psihiatric), astfel încât medicul este cu atât mai satisfăcut cu cât diagnosticul său este mai mult legat de anatomic. Diagnosticul chirurgical este legat de problematica salvării, cel medical ocupă o poziție mediană, pe când diagnosticul psihiatric nu are sens pozitiv, ocupând o zonă incertă.

Medicul jenat în cazul în care nu poate da un diagnostic fizic după ce au fost expuse simptomele pacientului.

Problematica regresiei comportamentale din perspectiva psihologiei și pedagogiei medicale

Regresia presupune reactivarea unor manifestări atitudinale, dorințe, aspirații, expectații, explicații și labilități din copilărie. Regresia există în orice boală și depinde de: caracterul afecțiunii, personalitatea premorbidă, experiența de boală, severitate, momentul evolutiv. În bolile psihice, actul regresiei este mai mare, ceea ce face ca și dependența de terapeut să fie mai accentuată. Fenomenele de transfer și contra-transfer condiționează inclusiv acțiunea farmacodinamică a

medicamentului și fenomenul placebo. Pacientul investește medicul, ca urmare a unei pedagogii empirice care a acționat cândva asupra lui. Mănuirea transferului și regresiei necesită pedagogie și asigură complianță. Cronicizarea bolii necesită pedagogie, deoarece schimbările de rol și statut presupun readaptare și reeducare pentru acceptarea compromisului (un nou mod de viață, limite, posibilități, exigențe). Balint spunea că această pedagogie este similară cu cea a evoluției copilului spre maturitate. Boala presupune limitarea libertății.

Regresia afectivă și comportamentală

În cadrul acestui domeniu sunt incluse: exteriorizarea exagerată a suferinței, atitudinile copilăroase, tonul „plângăreț”, tirania, tonul poruncitor. Conform lui Delay și Pichot, egocentrismul conduce la restrângerea orizontului, creșterea cenesteziei, importanța alimentației, excreției, digestiei, senzații legate sau nu de boală. În același timp intervin capriciozitatea și terorizarea anturajului. Dependența față de medic și anturaj implică scăderea responsabilității și prezența beneficiului secundar. Predominanța afectelor conduce la emoții primare (dezvoltări unipolare) cu intensitate, expansivitate, plâns, furie, veselie, scăderea toleranței la frustrare. Agresivitatea e o rezultată a dependenței, pe fondul anxietății și a corelatelor somatice ale depresiei.

Boala ca sursă de variate stresuri psihice

După Leriche, boala este în raport cu starea somatică a bolnavului, cu starea de conștientizare a acestuia, cu interpretările medicale. Nebăgarea în seamă a anumitor simptome poate să fie judecată autocritic sau laudativ de medic sau pacient. Există trei variante. Prima se leagă de acceptarea bolii, fiind realistă, implicând ajustarea comportamentului și conștientizarea disproporționată. A doua variantă presupune ignorarea bolii pe fondul unui nivel scăzut de cultură, a bolilor psihice sau neurologice. Intervin momente laudative sau de puternică încordare. Negarea bolii, a treia variantă, pornește de la autoamăgire (mecanism inconștient de apărare). Pentru a nu se supune limitărilor, pacienții subestimează simptomele și au o atitudine sfidătoare. De multe ori, cancerofobii au acuze nevrotice, în timp ce bolnavii autentici nu merg la medic. Atitudinile adoptate sunt de mai multe feluri. Cea combativă presupune echilibru psihic și adaptare la realitate. Resemnarea implică dezinteres, stare depresivă, fatalism. Refugiul în boală are beneficiu secundar, personalitate Hy. Atitudinea problematizantă este caracterizată de culpabilitate, „negociere”, căutarea vinovatului, posibilitatea de a-și arăta stoicismul, subcultură (deochi, farmece). Valorificarea superioară se bazează pe

experiența de autocunoaștere, meditare, reorientare, comportamente deficitare. Atitudinea de rea folosire a bolii e generată de hiperestimarea bolilor ușoare. Boala este un impas existențial, mai ales când schimbările ating sfera dorințelor pacientului. „Orice factor susceptibil de a distruge echilibrul, fie el factor de origine fizică (traumatism, frig ...), chimică (otrăvă), infecțioasă sau psihologică (emoție), este numit *agent stresant*. Termenul *stres* desemnează atât agentul agresor cât și reacția corpului la acesta. După H. Selye, acest răspuns, nespecific, este legat de mecanismele neuroendocrine (diencefalohipofiziare). Numeroase observații științifice au arătat că șocurile afective, cum ar fi pierderea soțului, provoacă alterarea, ba chiar prăbușirea mecanismelor de apărare ale organismului împotriva bolilor și, în consecință, creșterea riscului de a contracta afecțiuni grave, inclusiv cancerul.”²⁶ În felul acesta se limitează capacitățile fizice și psihice, se pierd anumite gratificații. Boala presupune schimbări de ordin ambiental (ex. atmosfera spitalului), fiind afectată securitatea emoțională (lumea spitalului este percepută ca ostilă). Apar schimbări de ordin relațional. La unii dintre internați scad contactele cu familia, pe când la alții crește securitatea. Pentru anumiți pacienți este un prilej de a-și analiza relațiile familiale. Uneori scade capacitatea de îndeplinire a sarcinilor, ceea ce duce fie la reproșuri, fie la menajare excesivă din partea celorlalți. Pot scădea mijloacele materiale, ceea ce antrenează modificări în conduita familiei. Contactele cu prietenii se limitează, alteori dereglându-se raporturile conjugale, afective și sexuale. Pacientul este stresat de: ceea ce știe despre boală (sechele, recidive); ceea ce nu știe (spaima de necunoscut); exemplele nefericite – inducții iatrogene; anxietatea legată de investigații, acte terapeutice; antecedente alergice, medicamente ce „nu-i fac bine”; reinsertia familială și profesională (ideea de a fi o povară); jena față de anturaj. Panica pacientului se transmite medicului.

Modificări comportamentale induse de boală

Intervine problematica regresiei comportamentale, a evaziunii. Demisia de la obligațiile sociale este legitimă într-o primă accepțiune. Într-o a doua accepțiune este nevrotică (utilizarea bolii pentru anularea responsabilității – Moron). Într-o dispoziție pesimistă sunt exagerate simptomele, eficiența tratamentului scăzând. Simptomele se vor agrava. Introversia crește, Eul fiind exaltat, după Delay și Pichot. Se mai întâlnesc satisfacția orgolioasă, accentuarea trăsăturilor narcisice primitive („sunt un caz interesant”), focalizarea atenției (mai mult la copii și bătrâni). Conform lui Restian, contagiunea informațională este favorizată de

²⁶ SILLAMY Norbert. *Op.cit.*, p. 301.

scăderea simțului critic și anxietate. Boala e o școală a întrajutorării umane. Impresionează solidaritatea între oamenii suferinzi.

Importanța diagnosticării personalității pacientului din perspectiva modelelor relațiilor medic-bolnav

În cadrul modelului activ – pasiv pacientul se supune orbește („am venit să mă faceți bine”). Participarea mutuală presupune acceptarea tacită a cererilor bolnavului (diabet zaharat, insuficiență renală cronică). Bolnavul își corectează singur tratamentul. În relația dintre profesor și student, medicul expune teoria despre boală, existând un transfer mediu de responsabilitate. Modelul relațiilor familiale afirmă că medicul trece din postura de dușman al bolii în aceea de prieten. În boală se intră în rolul de copil. Acest lucru trebuie evitat, pentru a nu se profita de regresia dată de boală. Altfel, scade complianța la tratament. Modelul de abordare al medicului poate fi *directiv* sau *nondirectiv*. Răspunsul pacientului poate fi activ (noncooperativ, participativ, cooperativ) sau pasiv (non-participativ, interogativ, noncooperativ).

Modele pe care le putem întâlni:

- 1) directiv – pasiv – non-participativ: mamă – sugar – comă, stupor,
- 2) directiv – pasiv – interogativ: părinte – copil – urgențe medico – chirurgicale, cu pierderea conștienței, confuzie,
- 3) directiv – activ – noncooperativ: părinte – preșcolar – urgențe medico – chirurgicale cu păstrarea stării de conștiență, agitație,
- 4) nondirectiv – pasiv – noncooperativ: părinte – școlar – boli acute, delir acut,
- 5) nondirectiv – activ – participativ: părinte – adolescent – boli subacute, stare postprocesuală,
- 6) non-directiv – activ – cooperativ: adult – adult – remisiune, boli cronice, nevroze.

Axioma diagnosticării și valențele diagnosticului medical

Examinarea clinică strict somatică, în care importanța anamnezei și a componentei psihologice este minimă, se întâlnește din ce în ce mai frecvent astăzi, în condițiile tehnologizării tot mai ample a sistemului medical. Fără cunoașterea bolnavului, dialogul devine unul de tipul medic – aparat, în care pacientul este manipulat și prejudiciat. Oricum, actul diagnostic în sine aduce un anumit prejudiciu (pacientul stă gol în fața medicului, adoptă necritic pozițiile cerute necesare examinării fizice, donează sânge spre a „ajuta” investigațiile ; medicul este un „zeu” la care cu greu se ajunge, păzit cu strictețe de portar, asistentă, „spirite” ce trebuie îmbunate!)

Medicul face mai mult un diagnostic nosologic, decât personologic („aveți ulcer, nu sunteți ulceros”!)

Instanțele diagnosticului sunt *transversale* (1. Simptomatologică – analitică, semiotică, obiectivă și 2. Sindromologică – ierarhizarea datelor , a semnificației lor. Experiența și intuiția ghidează terapia subiectivă. Dar, același sindrom poate avea naturi diferite) și *longitudinală* (3. Nosografică – presupune istoria pacientului și antecedentele sale heredo-colaterale. Importante sunt anamneza, precum și personalitatea și subiectivitatea individului.)

„Tipuri de personalități” - în rândul medicilor și în rândul pacienților

„Oamenii au fost conștienți din cele mai vechi timpuri de varietatea și de pluralitatea comportamentelor umane. În anul 450 î.Hr., Hipocrate distingea patru temperamente diferite – o ipoteză pe care mai târziu au preluat-o și alți specialiști. Însă abia C.G. Jung a adus argumente mai consistente în sprijinul acestei teorii, în cartea sa *Tipuri psihologice*. Savantul elvețian susținea că oamenii au anumite trăsături specifice care pot fi identificate cu ușurință. Cartea lui Jung, deși acoperă o mică parte din preocupările sale, a reprezentat o bază solidă pentru diversele studii de mai târziu.”²⁷ Boala produce modificări biologice, psihologice, de statut și rol. Există 5 stadii : „ceva nu e în regulă”, asumarea rolului de bolnav, contactul medical, etapa de pacient dependent de decizia medicului și vindecarea. Această categorizare nu este obligatorie pentru toți pacienții. În plus, există anumite categorii de bolnavi pentru care scopul princeps nu este vindecarea; ei vin pentru alte dorințe mai puțin conștientizate (ex. la bătrâni, nevoia de contacte umane; aceștia percep timpul cu totul diferit). Modelele credibile, cum este cercul de prieteni, sunt importante (Bandura). Există diferențe în modul în care pacienții privesc femeile medic, respectiv bărbații medic; se simt mai bine când medicul este femeie (reactivarea arhetipului de Alma Mater). Doar anxioșii și hipocondriacii vin de prima dată la medic. Există persoane ce idolatrizează starea de sănătate și cer medicului *sănătatea ideală*, acel „cum aș vrea să fiu”, care nu ține cont de antecedentele personale, de vârstă, de istoria de viață, de modificările inerente timpului – „*tinerețe fără bătrânețe și viață fără de moarte*”. Contează momentul apariției bolii. Există pacienți ce se profesionalizează în boală. Trebuie întrebat bolnavul despre maniera în care el a traversat experiențele medicale intercurante (tratamente stomatologice, chiuretaje, răceli banale), pentru a vedea *cum știe* cel în cauză să fie bolnav. Durerea poate fi manipulată diferit în terapie – *durerea salvatoare, durerea care mi-a salvat viața, căci a fost un semnal de alarmă, durerea care m-a făcut să mă duc devreme la medic*. În cancer, dacă prognosticul e bun,

²⁷ HEDGES Patricia. *Personalitate și temperament*. București: Editura Humanitas, 1999, p.10.

durerea, chiar intensă, este puțin resimțită, căci este interpretată ca fiind salvatoare, remaniatoare. Dacă prognosticul e prost, e greu tolerată. Oricine se interpune între medic și pacient subminează autoritatea medicului. De multe ori medicii sunt agresați de familiile pacientelor, pe motive erotice. Pacientul nu trebuie exploatat bănește sau sexual, chiar dacă el vrea! Este deosebit de important cât transmit aparținătorilor din diagnostic și din ceea ce se întâmplă cu pacientul (respectarea secretului profesional). Dar, este important și din partea cui vine cererea de ajutor (mai ales în psihoterapie). Pacientul intră în rolul său secvențial, în vreme ce terapeutul « joacă » acest rol toată viața. Sunt contraindicate abordările de tipul « hepatita de la patul 13 ». Vizitele în spital, cu tot personalul – de la șeful de secție până la medicul rezident și infirmieră – infantilizează bolnavul și îl fac să se simtă inconfortabil. În 15% din cazuri, doctorul este medicamentul însuși (Balint). Sindromul Bernaut este constituit de epuizare plus frustrare. Lipsa relaționării autentice medic – pacient a făcut să prolifereze actualmente terapiile neconvenționale.

Conținutul psihologic al diagnosticului clinic

Este important *ce, cum și cât* comunic. Demersul inductiv este clasic. Ca terapeuți, adoptăm o orientare clinică în funcție și de personalitate și de ceea ce am învățat. Boala acută presupune o diferență față de normalitate, o anumită procesualitate și elemente semiotice evidente. Mijloacele terapeutice actuale schimbă tabloul bolilor acute. De cele mai multe ori nu se cunosc cauzele și diagnosticul nu este real, fie datorită slabei specificități a simptomelor (cefalee, astenie), fie deoarece se confundă manifestările de debut cu formele ușoare. În medicina internă, diagnosticul presupune neutralizarea fenomenelor, în vreme ce în chirurgie presupune eliminarea focarului patogen. Conform lui Kurt Schneider, orice manifestare anormală e boală dacă există substrat organic – absolutizarea organogenezei („schizococul”). La polul opus întâlnim psihogeneza și absolutizarea teoriilor sociologice (considerarea cancerului ca boală psihosomatică). Faptul că între normalitate și boală există un continuum accentuează dificultatea punerii unui diagnostic. *Anormalitatea* și *boala* nu pot fi studiate decât în contextul relațiilor socioculturale. *Anormalitatea* vizează comportamentul și conduita. *Normalitatea* este fundalul, iar *boala* este faptul individual. *Boala* presupune o anumită procesualitate, un hiatus, un diagnostic. Abordarea idiografică se raportează la bolnav, nu la boală – vârstă, sex, personalitate premorbidă, condiții înnăscute, relații sociale, cât de avansată este boala. Abordarea nomotetică acordă importanță influenței sociale – analiza manifestărilor particulare prin prisma obiceiurilor

(Ajuriaguerra). Metoda poate fi directivă sau non-directivă (boala are o etiologie plurifactorială somato – psiho – socială).

Riscul iatrogenizării apare la hipocondriaci, când medicul se prinde în „jocul” creat de pacientul ce își etalează mereu problemele, accentuând astfel tabloul hipocondriei. Mai apare și la alte structuri de personalitate, când pacientului i se spune un fapt minor, care îi depășește înțelegerea și îl face să treacă la solicitarea medicului și la interogație – medicul și-a justificat funcția prin faptul minor comunicat, dar a inserat totodată „firul de nisip în scoica personalității anancaste”. „În hipocondrie bolnavii au convingerea și în același timp și frica de o boală incurabilă. Ei sunt convinși că boala este foarte gravă și are o evoluție progresivă. Bolnavii își analizează foarte atent orice senzație, aspectul corpului și orice modificare este interpretată a fi în legătură cu boala presupusă. În schimb boala de care-și închipuie că suferă nu se confirmă la nici un fel de explorări clinice și paraclinice.”²⁸.

„Medicina de organ” (când se trece de la suferința individului la absolutizarea rezultatelor aparatelor) prejudiciază cunoașterea psihologică. Un diagnostic complet presupune atât perspectiva descriptiv – somatică (încadrarea într-o entitate nosologică), cât și perspectiva sociodinamică (conflicte, valori, participare, atitudini, cogniții, afectivitate) – ce poate ajuta diagnosticul personologic, poate dezvălui etiopatogenia și poate avea rol prognostic. Mai ales în psihiatrie, recurgerea prematură la terapie estompează manifestările bolii și îngreunează diagnosticul (exemplu : simptomele somatoforme ce exprimă depresia). Diagnosticul psihologic e ignorat, căci nu impune corectiv terapeutic. Întâlnim în domeniul medical orientarea către boală – „vă trimit o cardiopatie ischemică”. Cu cât procesul patologic e mai bine delimitat, cu atât boala e mai personalizată (mai frecvent se spune „*Carcinomul de la patul X*”, decât „*Nevroza de la patul X*” ; mai frecvent se folosesc aceste exprimări pentru afecțiunile chirurgicale decât pentru cele psihice). Cu cât boala e mai acută, cu atât ea este mai personalizată – mai degrabă se folosește expresia „*pneumonia de la patul X*” decât „*silicoza de la patul X*”. Când se depășește stadiul urgenței, se dezinvestește și se depersonalizează boala și se reinvestește și se repersonalizează pacientul.

Complianța la terapie și elemente de psihagogie.

Actualmente, crește influența psihologiei în educația medicală (formarea psihologică a medicilor). Medicul este confruntat cu situații de natură pedagogică (ex. cu avorturile). Pedagogia asigură complianță – cooperarea la tratament și

²⁸ JEICAN Rodica. *Op.cit.*, p.149.

fenomenele adiacente. Pacientul psihiatric (ca și cel pediatric) nu are conștiința și semnificația bolii. *Noncompliance* se manifestă prin refuzul tratamentului – hotărât, disimulat sau opoziție; slaba adeziune la tratament – există de la afecțiunile nevrotice la neoplazii și remanierea posologiei și a duratei. Compliance totală există în 15% din cazuri, mai mult la bărbați. Non-compliance depinde de boală, de personalitate, de complexitatea și durata tratamentului, de relaționare, de transfer. Problematika durerii constituie un element esențial în acceptarea și respectarea tratamentului.

Stresul în condițiile bolii

Există simptome frecvente care în timpul bolii capătă altă semnificație. Descoperirea lor creează anxietate și hipervigilență în raport cu alte simptome (de ex., cu hipertensiunea arterială și tulburările de dinamică sexuală). Determinările biologice de rutină nu trebuie văzute de pacient, căci crește riscul iatrogenizării (ex. cu palpitațiile în nevroză). În fața unui bolnav cu acuze subiective, medicul nu are tăria respingerii totale a acestora, motiv pentru care dă medicamente și asta întreține ideea de boală. În plus, orice rețetă cere un diagnostic, creându-se astfel parametrii iatrogenizării. Acești pacienți sunt hiperanalitici, interiorizează și dezvoltă boala.

În fiecare boală există reflex un coeficient de psihogenie. Medicul ignoră tulburarea afectivă concomitentă. Bolnavul refuză simptomele psihice, concentrat fiind pe cele somatice. Tulburările psihice creează simptome neurovegetative. Explorările funcționale întăresc convingerea existenței unei boli somatice. „Medicina psihosomatică înglobează astăzi și binecunoscutele reacții somatopsihice de care s-au ocupat și vechii psihiatri, conceptul psihosomatic fiind astfel global. Vocile nihiliste sau dogmatice au dispărut sau au devenit azi mai afone, așa încât pe drept cuvânt, putem spune că niciodată concepția psihosomatică nu a avut un teren mai fertil și mai realist de dezvoltare.”²⁹ Pe acest fundal, se descoperă o anomalie asimptomatică ce funcționează drept pseudoexplicație și moment de echilibru – medicul și-a satisfăcut nosofilia (dorința de a încadra cu orice preț bolnavul într-o entitate nosografică), iar bolnavul și-a găsit sursa tulburării (cristalizarea cenestopatiei). Bolnavul face inconștient o transpoziție – starea afectivă negativă e consecința tulburărilor somatice, întreținându-se astfel cercul vicios.

²⁹ CUCU C. Ioan. *Medicina psihosomatică*. București: Editura Litera, 1981, p. 8.

Bolnavul medic sau medicul ca bolnav

Acest pacient are un statut mai deosebit și probleme mai speciale, medicii dovedind aprehensiune față de acest bolnav. Medicul are un plus de satisfacție (marca prestigiului). Atitudinea medicului poate fi pasivă (respectă statutul bolnavului, își consultă pacientul în privința investigațiilor, rezultatelor, tratamentului, își dizolvă rolul în fața statutului pacientului) sau autoritar – activă (mai rar) - („ *aici ești bolnav*”). Pacientul se concentrează pe complicații, pe evoluția negativă – hiperobsesionalitatea interferează negativ cu raționamentul clinic. Problemele de transfer și contratransfer sunt mai acute. Medicul proiectează asupra acestui pacient („mai deosebit”) tot ce avea față de restul bolnavilor. Nu se poate diferenția ușor între anamneză și interpretările lui – generis. În prescrierea rețetei medicul nu are același aplomb terapeutic. Efectul placebo este 0, iar dacă terapeutul încearcă să folosească efectul placebo apare transferul negativ. Chiar și efectul specific al medicamentului este scăzut (pacientul – medic nu acceptă multe din medicamentele pe care el însuși le prescrie), motiv pentru care scade susținerea afectivă în fața bolii, nu mai există încrederea magică în medicament și în medic.

Locul fenomenului *placebo* în actul terapeutic

Fiecare medicament are un filigran de placebo (ex. remediile), constituind forțe psihologice mânuite de medic. Fenomenul placebo realizează modificările psihofiziologice și psihologice. Efectul placebo se referă la manifestările clinice. Placebo nu trebuie prescris cu ambiguitate și prolixitate, fiind importantă forma. În acest domeniu s-a încercat cu antibiotice, cu clorpromazină. Fenomenul placebo apare și-n afara situației de boală, astfel încât contează caracteristicile psihologice ale persoanei, dar mai ales conjunctura. Există persoane placebo reactive – pozitiv sau negativ (efect nocebo) – cei ce reacționează prin introversie, suspiciozitate, rigiditate, neîncredere și persoane non-reactive. Aici contează foarte mult așteptările bolnavului, precum și atitudinea medicilor. Conform unui control comparativ, ameliorările există în 30 – 33% din cazuri. Bolnavii ce au o sugestibilitate crescută sunt mai receptivi la placebo, datorită regresiei și investiției afective asupra medicamentului. Efectul placebo e diferit de la o boală la alta, se manifestă mai mult pe simptome decât pe sindroame (cel mai bine reacționează cefaleea, mialgia, durerea, manifestările psihosomatice, somatoforme, anxietatea, depresia exogenă, astenia, insomnia, fenomenele nevrotice – mai puțin obsesiile și compulsiunile). Efectul e mai bun dacă boala are intensitate mică, durează puțin și înainte s-au luat puține medicamente; este mai puternic pe afecțiunile cu grad crescut de subiectivitate, cele determinate de factori psihologici, pe bolile mai recente și cu evoluție mai scurtă. Efectul placebo e direct proporțional cu nivelul de

relaționare și cu aspirația spre vindecare. El merge bine la structurile de personalitate caracterizate prin trăsături precum: extroversie, sociofilie, sugestibilitate, conformism, femeile fiind de două ori mai receptive, mai ales că aceste trăsături sunt mai frecvente la femei. Relația cu medicul potențează efectul. Acesta este mai crescut la vârsta a III-a, căci cresc preocupările pentru sănătate, motiv pentru care bătrânii investesc în medicamente. Efectul placebo scade la fiecare administrare (drog tahifilactic), trebuind întărit de tratamentul farmacologic. Contează și încrederea medicului (pacientul intuiește), siguranța prescrierii, fermitatea recomandărilor, anularea ezitărilor. Sistemele practicate sunt: simplu orb, dublu orb, triplu orb. Este foarte importantă și personalitatea medicului (medici cu competențe similare au rezultate diferite). Dacă relația medic – pacient este inautentică apare efectul nocebo, căci fenomenul placebo este un efect particular al relației terapeutice. Balint: „contează atmosfera în care e luat medicamentul”, rolul factorilor conjuncturali. Efectul placebo este rezultatul interacțiunii medic – pacient – medicament, cu efect simbolic. „Placebo nu operează decât prin efectul său psihologic, dar eficacitatea sa este reală. În general, se poate afirma că o treime dintre bolnavi îi simt efectul benefic. Explicația efectului placebo stă în sugestie, pe de o parte, în condiționare, pe de altă parte (P. Kissel și D. Barrucand, 1964). În terapeutică se utilizează placebo pentru a se evita folosirea unor doze exagerate de medicamente, dar el aduce cele mai mari servicii în experimentul psiho-farmacologic.”³⁰ Medicamentele placebo administrate parenteral sau intravenos sunt mai eficiente. Au mai mare efect soluțiile decât tabletele, mai mult cele colorate sau amare. În toată această problematică va conta spitalul, prestigiul, dotarea.

Timpul și spațiul din perspectiva psihopatologică

Boala este un pretext de contemplare a duratei și de punere de întrebări. Boala, suferința, depresia redimensionează timpul, îl supraevaluează. În boală individul e detașat – timpul este trăit, nu traversat. În mod normal există un continuum între *spațiu* și *timp*. În tulburările de conștiență, dezorientarea în timp și spațiu este concomitentă (plus dezorientarea auto- și allopsihică).

Tulburările legate de spațiu

Spațiul este perceput deformat – metamorfopsii (macropsii, micropsii, dismegalopsii, calopsii, porropsii). „Metamorfopsiile pot fi definite ca tulburări subiective ale vederii constând în deformarea obiectelor fixate de pacient (linia

³⁰ SILLAMY Norbert. *Op.cit.*, p.235.

dreaptă e percepută strâmbă, literele unui text sunt percepute de dimensiuni diferite), neînsoțite de alte semne, nu au valoare patologică ; după alții însă pot fi un semn util în evoluție, precedând alterări ale retinei maculare (conuri). Se pun în evidență cu ajutorul testelor Amsler, și în același timp aceleași teste deosebit de simple pot pune în evidență atât simulația cât și lipsa de cooperare, ambele cu valoare în psihiatrie.”³¹ Spațiul este trăit cu anxietate, în agorafobie sau claustrofobie, unde există și o hiperevaluare a timpului. Spațiul este perceput cu un anumit colorit afectiv, familiar sau nu, ostil sau nu. În copilărie, spațiul și duratele sunt percepute ca fiind mai mari. De aici nevoia de scurtare, nerăbdarea, instabilitatea. În involuție este invers. Spațiul biologic presupune o anumită ritmicitate și durată (ex. raportul vârsta biologică – vârsta cronologică). Contează spațiul organic ce funcționează independent de reperele exterioare. Odată cu nașterea apar mișcările haotice, dictate de imperative biologice și prima care se organizează este conduita spațială.

Dezvoltarea aparatului auditiv și conduita de așteptare fac ca pe locul doi să se organizeze conduita temporală. „Da”, „Nu” sunt tentative opționale asupra viitorului. Noțiunea de „*mâine*” sugerează posibilitatea. Interdicțiile sunt legate de conduita așteptării. Viitorul apare mai devreme decât trecutul, copilul e prospectiv – investigativ față de bătrân, care este retrospectiv – contemplativ. Școala, cu duratele sale egale de ore, reprezintă o pedagogie a timpului. Tânărul percepe timpul mai lent (așteaptă vacanțele etc.), ca pe niște perioade sacadate, maturul mai repede (accelerarea sarcinilor de servicii etc.). Stările afective pozitive par a avea o durată mai mică. Bătrânul trăiește mai mult trecutul și prezentul pare mai scurt (negarea viitorului unde există finalul; conștientizarea apropiării finalului scade durata). Angajarea în realitate crește durata. În plus, bătrânii nu sunt adaptați la noile ritmuri sociale, arderile lor interioare sunt încetinite și asta accelerează trăirea duratei. La tineri refacerea rănilor e mai rapidă. Oameni de vârste egale se maturizează diferit. La oligofreni și-n involuția psihică , diferențele în diferite sectoare psihice nu sunt egale. La fel și în ceea ce privește evoluția organică și moartea. Potențialul onirogen scade în involuție. Cea mai veche taxinomie a bolilor se bazează pe durată: boli acute, subacute și cronice. În patologia infecțioasă există o anumită ciclicitate, care este actualmente schimbată de intervenția noilor medicamente. Bolile cronice sunt boli ale timpului. Există o anumită ritmicitate a simptomelor (în astm, în ulcer) sau o aperiodicitate (în scleroza laterală amiotrofică, neoplazii). Bolile acute au atuul existenței unui prognostic, deoarece există o cauză evidentă, motiv pentru care efortul terapeutic e mai bine conturat. În bolile cronice

³¹ GORGOS Constantin. *Vademecum în psihiatrie*. București: Editura Medicală, 1985, p.147.

nu se întâmplă astfel. Cauza este mai puțin evidentă. În mod empiric se crede că ele au o cauză interioară, ceea ce le asociază cu o anxietate crescută.

Tulburări

1. Când prezentul devine trecut: ecmnezia (pacientul crede că trăiește în prezent scene pe care le-a trăit demult); criptomnezia (ceea ce a auzit crede că i s-a întâmplat lui); înstrăinarea amintirilor.

2. Când trecutul devine prezent: hipermnazia, mergând până la mentismul hipermnazic, în care revin imagini caleidoscopice ale trecutului; viziunea panoramică retrospectivă.

Percepția timpului în schizo-

Personalitatea este clivată și există o disjunctie între timpul Eului și timpul faptelor. Este ca un fel de imobilizare. Se dorește găsirea unității. Timpul faptelor e perceput corect, dar durata bolii e percepută ca fiind mai mică și se neagă evenimentele petrecute în timpul bolii. Se ipostaziază prezentul, ignorându-se trecutul și viitorul. La fel ca în vis, toate se întâmplă în prezent. „Schizofrenicul trăiește într-o lume arhaică; achizițiile și facultățile sale intelectuale nu sunt deteriorate în mod ireversibil, dar gândirea sa urmează o logică personală, egocentrică, magică. Retrăiește în universul său morbid, el pare inert și indiferent față de lumea care îl înconjoară, trăind în solitudinea și reveriile sale”.³²

Psihozele delirante

Timpul faptelor nu pare modificat ca în schizo-. Timpul Eului pare modificat în ceea ce interferă cu elementele delirului. În afara delirului este apreciat corect. Aici, delirul este trăit în plină autenticitate și delimitarea între timpul faptelor și timpul Eului nu poate fi făcută exact. Hiper- sau hipodimensionarea timpului depinde de delir. Timpul este compact. „Oricât ar fi de grav diagnosticul, bolnavul nu trebuie mințit, dar nici nu trebuie să i se zugrăvească boala și prognosticul în culori sumbre. În dialogul personalului medical cu pacientul trebuie să se țină cont de personalitatea bolnavilor: celor anxioși sau depresivi trebuie să li se insuflă curaj. Cuvântul calm, bine spus, atât cât trebuie și când trebuie, constituie un factor psihoterapeutic benefic.”³³

³² SILLAMY Norbert. *Op.cit.*, p.277.

³³ VUZITAS Gheorghe, Dr. ANGHELESC Aurelian. *Neurologie și Psihiatrie*. București: Societatea Știință și Tehnică, 1996, pp. 156-157.

Psihozele afective

Sunt boli ciclice. În cele expansive se apoteozează clipa, concentrarea duratei și accelerarea desfășurării evenimentelor. „Viața e prea scurtă pentru bucurii”.

Depresivii sunt plonjați în timp, bolnavi ai timpului. Toate simptomele au o referire temporară. Retrageră a investițiilor afective, stereotipiile semnifică reținerea în plan subiectiv a prezentului ce durează foarte mult. Este un refugiu în trecut. Depresia este o sincopă a timpului, depresivul nu poate ieși din timp. Viitorul nu este așteptat, nici dorit. Și-n normalitate se trăiește asta, dar la dimensiuni mai mici (ex.: momentele penibile au o penetranță psihică mai mare).

În *stările confuzionale* nu există conștiința duratei (sentimentul neantizării). Timpul e încorporat în spațiu.

Sindromul Korsakov presupune dezorientare temporal-spațială, amnezie de fixare, confabulație de jenă. Este un vid mnezic, în care se șterge noțiunea de timp. „Sindromul Korsakov la alcoolici (chiar aici l-a și descris Korsakov, ca să-l extindă ulterior) înseamnă polinevrită alcoolică (exprimată mai ales prin dureri de gambe, spontan sau la apăsare) tulburări de memorie, de orientare; o dezorientare temporal-spațială, cu confabulații, euforie, hipomnezie de fixare, cu scăderea memoriei recente. Pacientul nu mai *fixează*, în schimb, umple golul confabulând.”³⁴

Drogurile produc tulburări de conștiință și dezorientare spațio – temporală, alături de productivitate senzorială psihotică. Starea ar dura sute de ani. Sunt foarte multe senzații și idei, fiind dereglate proporțiile timpului. Nu există posibilitatea aprecierii duratei și nici conștiința trecerii timpului. Aceste tulburări variază de la o persoană la alta. Nu este o încetinire, ci mai mult o oprire a timpului. În cursul unei experiențe psihedelice se trăiesc decenii. „Problemele pe care le ridică dependența sunt complexe, multidimensionale, determinate de factori medicali, sociali și psihologici. În cele mai multe cazuri, o simplă intervenție de tip medical nu va fi eficientă în cazul pacienților cu tulburări legate de consumul de substanțe.

Intervențiile psihologice și cele sociale foarte practice sunt necesare, pe lângă intervențiile și tratamentul medical.”³⁵

Dezorientarea temporală oferă un grad mai mare de anxietate și perplexitate (căci reperele spațiale sunt mai accesibile). Spațiul poate fi supus (rol tranchilizant). Timpul este neliniștitor prin caracterul lui imprevizibil, el pune chiar punct existenței.

³⁴ ROMILA Aurel. *Psihiatrie*. București: Asociația Psihiatrilor Liberi din România, 1997, p.361.

³⁵ PRELIPCEANU Dan, VOICU Victor. *Abuzul și dependența de substanțe psihoactive. Manual pentru studenții în medicină și medicii rezidenți*. București: Editura InfoMedica, 2004, p.3.

Conceptele de normal și patologic în viața psihică

Există forme incipiente, manifestări inaparente în care este greu de delimitat normalul de patologic. La mijloc există sociopatiile (dizarmoniile), care sunt diferite de bolile psihice. Conceptul de *sănătate* are o arie mai restrânsă decât acela de *normalitate*. *Normalitatea* (*absența bolii*) ține de medicina curativă, vizând normativitatea și adaptarea. *Sănătatea* (*normalitatea ideală*) presupune victoria asupra bolii și ține de medicina preventivă. Este urmărită calitatea și valoarea. Conceptul de *normalitate* e mai aproape de psihic, iar cel de *sănătate* de somatic.

Formularea negativă: sănătatea este absența bolii. Medicina înlătură simptomele.

Formularea pozitivă: sănătatea este starea de bine, capacitatea de muncă, relațiile cu alții, adaptarea la mediu, acceptarea sexualității etc.

Sănătatea optimală este cea mai bună în condițiile existente; sănătatea ideală are valoarea utopiei.

Sănătatea ca adaptare presupune că orice tulburare psihică prejudiciază adaptarea; contează comportamentele sociale aprobate, adaptarea la pulsunile proprii, adaptarea flexibilă la conflicte (de ex., psihoticii în remisiune rămași cu „defect”).

Sănătatea ca normă (medie) este o limită convențională ce depinde de mediul sociocultural, pentru a estima constantele biochimice. Vorbim despre o expresie statistică, gaussiană. Nu obținem date despre o sănătate reală, ci normativă, ceea ce contează fiind grupul, nu insul.

Sănătatea ca proces – sănătatea este o stare de echilibru. Va conta potențialul genetic în câmpul biologic, psihologic și social. Sănătatea nu se menține, ci se promovează, pentru că ea este mereu alta, depinzând de etapă, moment, circumstanță.

Sănătatea ca integrare socială – vor conta factorii sociali, psihologia grupului, mediul cultural și istoria individului. Omul nu este un element al relațiilor sociale, ci un promotor al lor, ce se adaptează și se integrează.

Sănătatea ca valoare – omul este creator al propriei sănătăți, cadrul socioeconomic și cultural fiind doar o condiție. Potențialul sanogenetic trebuie actualizat. Din perspectivă transculturală, sănătatea psihică e apreciată diferit în diferite grupuri (contează și evaluatorul). Sănătatea psihică din perspectivă morală - contează scala de valori a societății – psihopații ”tulbură” valurile vieții sociale (patologia comportamentală „extramurală”). Sunt foarte importante responsabilitatea și evaluarea corectă a realității.

Boala acută presupune o distincție față de normalitate, o anumită procesualitate, un tablou clinic evident și anumite simptome ce pot fi reunite în sindroame.

În boala cronică, viața e salvată, dar tulburarea nu e total și ireversibil înălăturată. Fenomenologia clinică poate fi ușoară, dar de lungă durată. Poate fi vorba de forme latente, cu evoluție inaparentă, infraclinică. Bolile cronice dau morbiditatea.

În psihopatologie, etiologia e mai puțin conturată, nosografiile sunt mai puțin exacte, debutul e mai insidios. Se cunoaște doar debutul clinic aparent. Boala pare a avea un anumit grad de normalitate, mai ales că uneori oamenii normali au reacții patologice sau invers.

Boala este o deviere de la normalitate.

Anormalitatea aparține medicinei somatice, fiind legată de lezional, de funcțional. *Anormalitatea* vizează conduita și comportamentul, constituind noțiunea de fundal (structura psihică, personalitatea premorbidă).

Boala vizează procesualitatea. Este un hiatus. Faptul individual constă în procesul morbid. „Oricât de valabile am crede că sunt asemenea concepții despre boală și sănătate, fără îndoială că trebuie să luăm foarte în serios viața interioară și credințele fiecărei persoane și să nu încercăm să-i impunem propria noastră viziune despre lume. Aceasta este diferența dintre igiena mentală – în care știm dinainte ce e mai bine pentru pacient - și psihoterapie – în care nu știm. E ușor să nu sesizăm violența care se manifestă aici, deși ea este prezentă de fiecare dată când încercăm să zdrobim sistemul de credințe al unui pacient, impunându-i un nou sistem de valori și principii. Am putea compara această situație, prin contrast, cu metoda care caută nu erorile, ci adevărul din relația unei persoane cu lumea din jur și cu efortul de a mobiliza ceea ce este particular în povestea persoanei respective, pentru a o ajuta să se cupleze iarăși la dorința de viață – cu alte cuvinte, nu s-o facem pe ea să se adapteze la realitatea noastră, ci să aflăm în ce constă realitatea ei și cum îi poate fi de folos acest lucru.”³⁶

Nivelele și importanța psihoprofilaxiei

Trebuie cunoscute cauzele și condițiile favorizante ale bolilor. Pentru boala psihică, profilaxia poate însemna inclusiv împiedicarea evoluției defavorabile. În domeniul bolilor infecțioase e mai simplu, căci se cunoaște etiopatogenia.

³⁶ LEADER Dorian. *Ce este nebunia?*. București: Editura Trei, 2016, p.16.

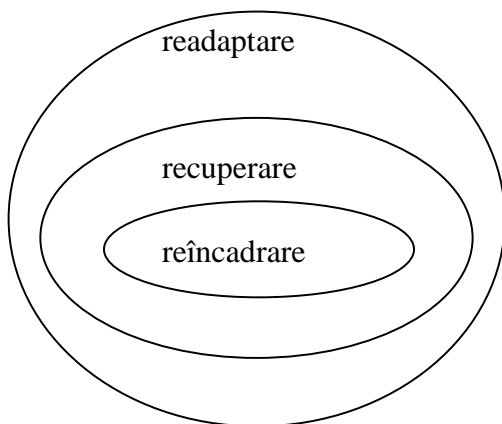
Etiopatogenia primară are rol limitat, căci nu se cunosc cauzele. Ea asigură consolidarea sănătății psihice (psihoigiena). Totodată, reunește măsurile preventive, cele biologice în stadiile precoce (prevenirea factorilor infecțioși, toxici), iar cele psihologice și sociale mai târziu (la școlari – factorii educaționali, la bătrâni – factorii sociali). Măsurile biologice sunt constituite de încurajarea nașterilor la tinerete, sfat genetic. Măsurile psihologice sunt răspunzătoare de cristalizarea și dezvoltarea normală a personalității, adaptarea adecvată a părinților la copii, nu carențe afective, ci încurajare, aprobare, emoții pozitive ce fac să crească toleranța la stress, confruntarea copiilor cu dificultățile, ceea ce are ca rezultat creșterea responsabilităților. Măsurile sociale constau în evitarea suprasolicitărilor, a incertitudinii, insecurității, climat social favorabil, nu conflicte, psihotraume, stressuri. Aceste măsuri sunt importante la vârsta a III-a.

Etiopatogenia secundară prevede scăderea manifestărilor și duratei de evoluție a bolii, remisiuni lungi, de calitate, recuperare precoce, prevenția sechelelor, căci în majoritatea cazurilor există „defect”. În acest tip de etiopatogenie întâlnim precocitatea diagnosticului, oportunitatea tratamentului, screening-ul, existența laboratoarelor de sănătate mintală și accesibilitatea la tratament, intervențiile „în criză”, instruirea personalului avizat în ceea ce privește semiologia psihopatologică.

Etiopatogenia terțiară este viabilă pentru cei ce au prezentat un proces psihotic. Intervine prevenirea dezadaptării, dependenței, deficienței psihice, a gradului de incapacitate, care este o consecință a gradului de invaliditate. Sunt foarte importante psihoterapia, ergoterapia, socioterapia.

Resocializarea se referă la dimensiunea prospectivă pe baza comportamentelor și situației prezente. Ea privește mai mult individul, nu boala. „În cadrul igienei mentale se au în vedere: 1) cunoașterea cauzelor dezordinilor mentale: ereditare, socioculturale (viață profesională, habitat, loisiruri etc.) și individuale (alcoholism etc.); 2) informarea publicului larg, prin conferințe, discuții în grupuri, broșuri, asupra celor mai diverse probleme (eșec școlar, neînțelegeri conjugale etc.); 3) depistarea și tratamentul precoce al tulburărilor caracteriale și ale altor inadaptații, în cursul consultațiilor medico-psihologice gratuite organizate în aproape toate orașele.”³⁷

³⁷ SILLAMY Norbert. *Op.cit.*, p.152.



Moartea și doliul

Eutanasia este actul deliberat al medicului de a cauza decesul unui pacient prin administrarea directă a unei doze letale dintr-un medicament sau o altă substanță (moartea din compasiune sau milă).

Sinuciderea asistată de către medic presupune darea de informații sau punerea la dispoziție a mijloacelor ce permit celui în cauză să-și ia în mod deliberat viața. Asociația Medicală Americană și Asociația Psihiatrică Americană se opun atât eutanasiilor, cât și sinuciderii asistate, cu excepția statului Oregon – *Legea Morții cu Demnitate*, 1994. Această lege poate intra în vigoare când medicul estimează că cel în cauză nu mai are de trăit mai mult de 6 luni. Un al doilea medic trebuie să decidă dacă pacientul este competent mintal și dacă nu are cumva depresie. Medicii nu sunt obligați să dea curs solicitărilor de acest fel. Pacientul trebuie să-i dea medicului o cerere semnată de doi martori cu 48 de ore înainte. Cererea trebuie reînnoită oral chiar înainte ca medicul să elibereze prescripția. Farmaciștii pot refuza să elibereze prescripția. Legea nu specifică ce medicație poate fi folosită. De obicei se dă o supradoză de barbiturice și medicație antiemetică.

Asistența paliativă se referă la îndepărtarea durerii și suferinței celor aflați pe moarte la suportul emoțional, social, spiritual și tratamentul psihiatric (dacă e cazul). Intenția este de a trata și nu de a încuraja moartea. Cei ce se gândesc la suicid trebuie examinați psihiatric. Medicația ce li se prescrie pentru suferință și durere nu trebuie să fie în doză de a cauza decesul. Este posibil ca pacientul să decedeze ca urmare a tratamentului paliativ (ex. o doză crescută de morfină deprimă centrul respirator), dar decesul nu este intenționat.

Deciziile privind sfârșitul vieții – principiul autonomiei bolnavului. Medicul trebuie să respecte deciziile cu privire la tratamentul de susținere sau la indicația de a nu resuscita. Tratamentul de susținere prelungeste viața, fără să influențeze favorabil boala (ex. ventilare mecanică, dializă renală, transfuzii de

sânge, chimioterapie, nutriție artificială). Pacienții în stadii terminale nu trebuie forțați să suporte suferințe intolerabile în efortul de a le prelungi viața.

Doliul poate apărea după moartea cuiva drag, aflarea unei boli incurabile, pierderea unei persoane iubite prin despărțire, pierderea unui obiect cu încărcătură emoțională (posesiune dragă, slujbă, poziție valorizată), pierderea unui obiect fantasmă al iubirii (moartea intrauterină a fătului, nașterea unui copil malformat), pierderea ce rezultă dintr-o lezare narcisică (amputație, masectomie). „Idea de moarte provoacă, în general, anxietate, căci ea este conștiința unui neant de neconceput. Moartea unei persoane este resimțită, de obicei, de către cei apropiați, ca o pierdere iremediabilă, provocând suferință, uneori nevroză și chiar moartea.”³⁸ Cel în cauză trebuie încurajat să-și ventileze sentimentele, să vorbească despre ceea ce a pierdut. Nu este recomandat să nu i se dea voie să-și exprime plânsul sau mânia. Este bine să rememoreze experiențele plăcute legate de cel pierdut și să discute și cu alții care l-au cunoscut și l-au apreciat. Sunt mai bune câteva cuvinte calde decât medicamentele. La nevoie, se poate da o jumătate de tabletă de diazepam. Dacă sunt necesare vizitele la un psihiatru, este bine ca aceste să fie dese și să dureze puțin. Reacția de doliu poate apărea și întârziat și se poate manifesta prin modificări comportamentale, agitație, labilitate emoțională, abuz de substanțe (de ex., reacțiile aniversare). Atunci când există o reacție de doliu anticipativă (înainte de producerea propriu-zisă a pierderii, la conștientizarea acesteia) este posibil ca reacția de doliu acută din momentul pierderii reale să descrească în intensitate. Dacă cel ce a murit s-a sinucis, este posibil ca aparținătorii să nu dorească să discute despre sentimentele lor de teama de a nu fi stigmatizați.

Fazele de doliu după John Bowlby:

Amorțire sau *protest* – Caracterizată de suferință, frică, mânie. Poate dura luni de zile.

Dorul și căutarea figurii pierdute – Lumea pare goală și lipsită de sens, dar stima de sine rămâne intactă (altfel nu ar fi doliu normal, ci patologic, cu depresie). Se caracterizează prin preocupare pentru persoana pierdută, neliniște fizică, plâns, mânie. Poate dura luni de zile sau ani.

Dezorganizare și disperare - Presupune neliniște, lipsă de scop, creșterea preocupărilor somatice, retragere, introversie, iritabilitate, retrairi repetate ale amintirilor.

Reorganizare - Sunt formate noi patternuri, obiecte, scopuri. Doliul cedează și este înlocuit cu amintiri dragi. E realizată identificarea sănătoasă cu decedatul.

³⁸ SILLAMY Norbert. *Op.cit.*,p.199.

Fazele de doliu după Parkes

Alarmă (modificări fiziologice); *Amorțire* (cel în cauză pare doar superficial afectat, dar în realitate se protejează de suferință); *Nostalgie* (caută sau își amintește persoana iubită); *Depresie* (lipsă de speranțe asupra viitorului, simte că nu poate continua să trăiască, se retrage față de familie și prieteni); *Recuperare și Reorganizare* (realizează că viața sa va continua cu noi ajustări și scopuri diferite).

Doliul copilului după pierderea unui părinte

Faza de protest (își dorește cu putere părintele înapoi); Faza de disperare (lipsă de speranțe, retragere, apatie); Faza de detașare (atașamentul emoțional cedează); Transferarea nevoilor asupra altor adulți.

Doliul după pierderea unui copil

Trăirea este mai intensă decât după pierderea unui adult, existând sentimente de vinovăție și neajutorare. Apar faze de *șoc*, *negare*, *mânie*, *negociere*, *acceptare*. Acest tip de doliu poate dura toată viața. 50% din căsătoriile în care un copil a decedat sfârșesc prin divorț.

Complicațiile travaliului de doliu: doliu absent, doliu exagerat, doliu prelungit, morbiditate medicală, mortalitate, tulburări anxioase, tulburări prin uz de substanțe, tulburări depresive.

Doliu normal *versus* depresie după pierderea cuiva drag

În doliul normal se face identificare cu persoana pierdută, în vreme ce în depresie există ambivalență crescută și mânie inconștientă (întotdeauna este mai greu să te desprinzi dintr-o relație proastă; cu cât relația cu cel pierdut a fost mai solid construită, cu atât travaliul de doliu se parcurge mai firesc). Ideile suicidale caracterizează depresia, nu doliul (în doliu există doar plâns, retragere, insomnie, dificultăți de concentrare). În doliul normal nu există sentimentul unei devalorizări generale. Persoana în doliu trezește în jur empatie, în vreme ce depresivul stârnește mai mult neplăcere și iritare. Travaliul de doliu durează firesc 6 luni–1 an. În depresie simptomele se pot înrăutăți și nu ameliorează și poate dura ani de zile. În doliul normal, cel în cauză răspunde la reasigurări și contacte sociale, ceea ce nu face subiectul aflat în depresie. Medicația antidepressivă nu-și găsește justificarea în travaliul firesc de doliu. Diferiți tanatologi au descris anumite stadii ce ar constitui travaliul de doliu. Aceste stadii nu se manifestă întotdeauna în ordinea prezentată. Pot exista salturi, recăderi sau anumite stadii pot să nu fie atinse niciodată. Copiii mai mici de 5 ani nu înțeleg moartea. Ei o văd ca pe o separare asemănătoare somnului. Între 5 și 10 ani o percep ca pe ceva ce li se poate întâmpla altora, în special părinților. După 10 ani conceptualizează moartea ca pe ceva ce li se poate întâmpla chiar lor.

Stadiile descrise de Elisabeth Kuber – Ross

Șoc și negare, atunci când cel în cauză merge de la un medic la altul în speranța că va găsi pe cineva care să îi sprijine poziția;

Mânie, cu frustrare și iritabilitate (ex. „De ce eu, când X sau Y sau Z...?“). Revolta poate fi deplasată asupra medicilor, familiei (când se încearcă găsirea unui vinovat – „Dacă nu mă duceam la X...”, „Dacă nu făceam cutare lucru, nu s-ar fi întâmplat...”) sau poate fi direcționată către sine (boala sau pierderea văzută ca pedeapsă);

Negocierea cu medicii, cu prietenii, cu Dumnezeu – real (donații, mers la biserică) sau simbolic (comportamente și idei obsesiv – compulsive, ritualuri);

Depresie, unde intervin retragerea, bradikinezia, insomnia, lipsa de speranță, ideea suicidală;

Acceptarea, cel în cauză realizând că moartea este inevitabilă și acceptând universalitatea ei.

Medicul nu trebuie să adopte întotdeauna aceeași atitudine în fața unui pacient cu o boală incurabilă („Eu îi spun întotdeauna adevărul”), ci să se lase călăuzit de comportamentul bolnavului, în spatele căruia se află ceea ce el își dorește, în funcție de propria-i personalitate premorbidă. Mulți pacienți doresc să-și cunoască diagnosticul, în timp ce alții nu vor. Medicul trebuie să-și dea seama mai întâi cât de mult a aflat și înțelege bolnavul din prognosticul său. Nu trebuie reprimăte speranțele pacientului și nu trebuie luptat cu negarea sa (dacă el o folosește ca defensă majoră) atâta timp cât acceptă tratamentul și ajutorul medical. Pacientul trebuie reasigurat că va fi îngrijit, indiferent de cum se comportă. După ce și-a aflat diagnosticul, medicul trebuie să rămână cu pacientul, dat fiind șocul psihologic. Bolnavul trebuie încurajat să pună întrebări și trebuie să i se dea răspunsuri care să reflecte adevărul. Doctorul va reveni după câteva ore pentru a răspunde și altor întrebări care îi pot apărea în minte între timp. În caz de anxietate se pot administra 5 mg de diazepam (1/2 de tabletă). Familiei trebuie comunicate datele reale. Aceștia trebuie încurajați să viziteze bolnavul și să-l lase să vorbească despre fricile sale (aceștia se tem nu numai de pierderea celui drag, dar sunt confrunțați astfel cu propria moarte potențială, ce este anxigenă). Trebuie înlăturată durerea și suferința. Nu există nici o rațiune de a nu administra narcotice unui muribund de frica dependenței.

BIBLIOGRAFIE

1. Abrudan D.D., Boșcai B.G., Popovici R.A. *Elemente de leadership în serviciile medicale*. Timișoara: Editura Victor Babeș, 2022, 91 p.
2. Adler A. *Cunoașterea omului*. București: Editura Științifică, 1991, 212 p.

3. Anty M. *Psychiatrie à l'usage de l'équipe médico-psychologique*. Paris: Masson, 1975, 257 p.
4. Bal A. *L'Attention et ses maladies*. Paris: Presses Universitaires de France, 1962, 125 p.
5. Barral J-P. *Să înțelegem mesajele corpului nostru. Ecoul emoțiilor noastre asupra organelor*. București: Editura Lider Internațional, 2016, 294 p.
6. Chiru D.A., Barbu I. *Managementul îngrijirii pacientului. Ghid clinic pentru asistentul medical*. București: Editura RCR Editorial, 2014, 452 p.
7. Cosma D. *Psihologie medicală*. Iași: Polirom, 2010, 464 p.
8. Cuc C.I. *Medicina psihosomatică*. București: Editura Litera, 1981, 262 p.
9. Cung C. *Cum putem scăpa de stres*. Iași: Polirom, 2003, 212 p.
10. Enăchescu C. *Artă și nebunie. Universul plastic al iraționalului*. București: Noi Media Print, 2006, 107 p.
11. Foucault M. *Istoria nebuniei în epoca clasică*. București: Editura Humanitas, 1996, 540 p.
12. Gasparik A.I. *Aspecte teoretice ale comunicării medic – pacient*. București, Editura University Press, 2020, 439 p.
13. Goldberg D. *Ghid de psihiatrie practică (Maudsley)*. București: Editura Fundației Pro, 1999, 357 p.
14. Gorgos C. *Vademecum în psihiatrie*. București: Editura Medicală, 1985, 676 p.
15. Hedges P. *Personalitate și temperament. Ghidul tipurilor psihologice*. București: Editura Humanitas, 1999, 216 p.
16. Holdevici I. *Ameliorarea performanțelor individuale prin tehnici de psihoterapie*. București: Editura Lider Internațional, 2016, 350 p.
17. Iamandescu I.B. *Manual de psihologie medicală*. București: Editura InfoMedica, 2010, 320 p.
18. Jeican R. *Psihiatrie pentru medicii de familie*. Cluj-Napoca: Editura Dacia, 2001, 357 p.
19. Josa L. *Relaționarea medic – pacient. Modelul medicului formator*. Iași, Institutul European, 2018, 122 p.
20. Jués J-P. *Characterologia. Cele 10 sisteme de bază*. București: Teora, 1999, 231 p.
21. Launven A. *Mâine eram veșnic leu. O călătorie în lumea schizofreniei*. București: Editura Trei, 2021, 206 p.
22. Leader D. *Ce este nebunia?*. București: Editura Trei, 2016, 511 p.
23. Luban-Plozza B., Pödlinger W., Kröger F. *Boli psihosomatice în practica medicală*. București: Editura Medicală, 2000, 219 p.
24. Minkowski E. *Schizofrenia*. București: Editura IRI, 1999, 219 p.
25. Oană S.-C. *Relația medic-pacient în practica medicală*. București: Editura ALL, 2021, 262 p.
26. Pașca M. D., Iacob A.E. *Introducere în sociologia medicală*. Târgu Mureș: Editura Ardealul, 2021, 204 p.

27. Pelicier Y. *Guide psychiatrique pour le praticien*. Paris: Masson, 1978, 224 p.
28. Postel J. *Larousse. Dicționar de psihiatrie*. București: Editura Univers Enciclopedic, 1998, 618 p.
29. Prelipceanu D. (Ed.), Voicu V. (Ed.) *Abuzul și dependența de substanțe psihoactive. Manual pentru studenții în medicină și medicii rezidenți psihiatri*. București: Editura InfoMedica, 2004, 191 p.
30. Prévost C.-M. *La psychologie clinique*. Paris: Presses Universitaires de France, 1988, 123 p.
31. Ralea M., Botez C.I. *Istoria psihologiei*. București: Editura Academiei Republicii Populare România, 1958, 738 p.
32. Ribot T. *Memoria și patologia ei*. București: Editura IRI, 1998, 166 p. ISBN 973-97627-8-6
33. Romila A. *Psihiatrie*. București: Asociația Psihiatrilor liberi din România, 1997, 605p.
34. Romila A. *Expresia psihopatologică în pictură*. București: Editura Trei, 2019, 383 p.
35. Scull A. *O istorie culturală a nebuniei. De la Biblie la Freud, de la casa de nebuni la medicina modernă*. Iași: Polirom, 2017, 464 p.
36. Sillamy N. *Larousse. Dicționar de psihologie*. București: Editura Univers Enciclopedic, 1996, 347p.
37. Trifu A.C. *Fenomenul Hikikomori. De la sindrom la boală*. București: Editura Universitară, 2021, 183 p.
38. Trifu S. *Cuplul – o entitate veche ca Biblia însăși ...* București: Editura Viața Medicală Românească, 2002, 248 p.
39. Trifu S. *Alianța terapeutică în spațiul "PSI". Realități și paradigme clinice*. București: Editura Universitară, 2017, 189 p.
40. Trifu S., Drăgoi A.M., Andronache D. *Psihiatrie psihodinamică*. București: Editura Universitară, 2018, 478 p.
41. Trifu S., Drăgoi A.M., Vlaicu I. *Psychodynamic Psychiatry. Clinical theories*. Mauritius: Lambert Academic Publishing, 2019, 462 p.
42. Trifu S., Drăgoi A.M. *Interferențe clinice în psihiatrie. Experiințe diagnostice*. București: Editura Universitară, 2021, 367 p.
43. Vuzitas G., Angheliescu A. *Neurologie și Psihiatrie*. București: Editura Carol Davila, 2002, 192 p.
44. Ungureanu G., Covic A. *Terapeutică medicală*, Iași: Polirom, 2014, 887 p.
45. Yalom I.D. *Efemeride și alte povești de psihoterapie*, București: Editura Vellant, 2015, 181 p.