

PSIHOTERAPIA ÎN COMBATAREA DURERII

„...și vei deschide ochii atunci când vei simți nevoia să-i deschizi...
când vine timpul să-i deschizi...”

Yapco¹

Generalități

Potrivit lui Webb W., citat de Inga Deliv [4, p. 3], „**durerea este o percepție centrală bazată pe un sistem complex de influențe psihologice, neurochimice și neurofiziologice, funcționând ca sisteme și subsisteme care interacționează spre activarea sau modelarea experienței dureroase**”. Asociația Internațională de Studiere a Durerii o definește ca „**experiență senzorială și emoțională neplăcută, determinată sau relaționată cu leziuni tisulare reale ori potențiale, sau descrisă în termeni ce se referă la astfel de leziuni**” [4, p. 4].

Definițiile surprind **caracterul multifactorial și pluridimensional** al durerii [14], fapt care o descrie nu doar ca **suferință fizică** (dacă e percepută la nivel somatic), ci și ca **suferință psihică** (o „durere a sufletului”), ambele asociind un **răspuns neuroendocrin proporțional cu intensitatea** fiecăreia [5, p. 44], precum și trăiri și comportamente relativ asemănătoare.

Durerea poate semnaliza o **stare patologică somatică** (afectarea integrității unor țesuturi sau organe), o **condiție fiziologică particulară** (aerofagia sugarilor, creșterea dinților, menstruația), o **agresiune asupra sinelui** (jignire – nu neapărat adâncă, nedreptate – nu neapărat sfruntată, pierdere – nu neapărat gravă și ireparabilă etc.) sau o **stare patologică psihiatrică** (sindromul isteric poate provoca o cefalee, delirul de persecuție și urmărire poate provoca o angoasă ș.a.m.d.).

Receptorii durerii somatice sunt terminațiile nervoase libere – nocioceptorii, nocicepția reprezentând răspunsul neural la stimuli traumatici sau lezionali. Inițial modulată pe traseul neuronal, informația nociceptivă e procesată apoi de funcțiile psihismului, care o modulează, la rândul lor, dând senzației de durere o anume „coloratură” afectivă, ponderând-o, exacerbând-o sau blocând-o. Ca atare, perceperea durerii somatice poate fi influențată prin psihoterapie.

„**Receptorii**” durerii psihice sunt funcțiile de reflectivitate, de capacitate a opțiunii și de sinteză noetică, al căror ansamblul formează **conștiința** [10, p. 23], deci și imaginea sinelui și stima de sine. Întrucât „receptorii” amintiți sunt **funcții mentale**, „sensibilitatea” acestor funcții e dependentă de gradul lor de dezvoltare și de amploarea lumii interioare a fiecăruia dintre noi. În mod definitoriu, sensibilitatea receptorilor durerii psihice poate fi modulată prin comunicare (educație, relaționarea cu sinele, relaționare socială, trăiri și influențe afective etc.) și, cu atât mai mult, poate fi influențată prin psihoterapie; fiindcă „**Toate nocicepțiile determină durere, dar nu toate durerile provin din nocicepție**” [5, p. 43]

DUREREA LA PACIENTUL CU BOALĂ PSIHICĂ

Durerea declarată de pacient poate fi inexistentă, poate fi de origine somatică, deci cu mecanism neurologic, sau de origine psihică, așadar cu un mecanism „para-neurologic” – un rezultat spontan al agresiunii asupra sinelui sau, mai elaborat, o defensă [9, p. 13], un „soft” psihopatologic de apărare; dar, indiferent de etiologie și de mecanism, durerea are un răsunset multisistemic [1, p. 220; 5, pp. 50-51], și asta nu numai la bolnavul psihic. Vorbind despre efectul devastator al plăgilor prin arsură, Bozkurt, Kapi, Gedik și Kuvat [1, p. 220] îi citează pe Uygur F. și colab. și pe Germann G. și colab.: „**Mecanismele fiziopatologice ale arsurilor pot**

¹ ...citat de Irina Holdevici [8, p. 174].

agrava și influența progresia bolii premorbide. În plus, bolile sistemice existente pot modifica progresia arsurilor.”² Această relație bunivocă presupune și o interesare a psihicului pacientului – fie și doar dacă admitem pricipiul integralității organismului.

Pe fondul complexității interferențelor amintite, incluzând și răspunsul endocrin, și componenta strict subiectivă a percepției durerii fizice, putem specula că, filogenetic, *durerea psihică* a apărut ca o „evocare” a *disconfortului durerii somatice*, „extrapolat” reflex într-un răspuns la agresiunea psihică. Ipoteza concordă cu tiparul evoluției vieții: preluarea sistemelor speciilor anterioare, cu înnoirea și/sau integrarea lor în funcțiile mai complexe ale speciilor ulterioare, fapt confirmat de „recapitularea” filogenezei în ontogeneză. Totodată, ea nu contravine nici teoriei generale a sistemelor, de Bertalanffy [2], nici teoriei structurilor disipative, de Prigogine [13], care explică modul în care apar și evoluează *sistemele autopoietice* (auto-generate). Dacă ipoteza avansată anterior se confirmă, ea relevă o dată în plus importanța experienței pacientului cu durerea fizică în perceperea și gestionarea durerii psihice³, factor determinant în alegerea abordării psihoterapeutice.

Principiul lui Le Chatelier (1884) postulează că „*orice sistem supus unei constrângeri își modifică starea în sensul diminuării constrângerii*”⁴. Prin urmare, acesta e principiul care a guvernat organizarea haosului primelor oscilații în particule⁵, de la fotoni și quarci la atomi și molecule⁶, a stat la baza apariției vieții și explică boala ca pe o adaptare la agresiune. Este principiul care ar putea explica „inventarea” durerii fizice din necesități adaptative, de unde și reformularea ei ca durere psihică, asociindu-le și posibilitatea abordării psihoterapeutice.

Subiectiv, pacientul psihiatric poate percepe și declara durerea fizică la nivelul intensității ei reale, ușurând astfel diagnosticul; dar la fel o poate percepe și / sau declara în mod exagerat ca având o intensitate insuportabilă, viciind diagnosticul; dar în ambele situații, durerea trebuie considerată ca o *prezență efecivă* dacă provoacă *efecte*.

Obiectiv, *creșterea concentrației de cortizol* relevă *starea de stres* chiar și în absența durerii fizice. *Stresul asociat depresiei* poate defini această afecțiune ca pe o „*durere*” cu *efect sistemic*, deoarece trauma psihică (provocată de concediere, divorț, moartea partenerului de viață, a unui prieten apropiat etc.) determină efecte somatice prin însăși perturbarea funcționării mentale (cu „simptomele” sociale cunoscute) și a imunității pacientului (prin descărcarea sporită de cortizol, ca rezultat al stresului tristeții intense), asociind modificarea percepției durerii psihice și fizice. Putem specula că anxietatea depresivului se leagă și ea de scăderea imunității prin același mecanism, „teama fără obiect” părând să aibă ca „obiect” însăși această perturbare a capacității de apărare a organismului, o vulnerabilitate neperceptută ca atare, dar cumva „subconștientizată”, asemenea apetenței pentru un anumit aliment, declanșată de nevoia organismului pentru o anumită substanță.

Această perspectivă justifică prezența psihoterapiei în tratamentul durerii psihice și fizice.

² „*The pathophysiologic mechanisms of the burn injury may aggravate and influence the progression of the premorbid disease. Additionally, existing systemic diseases can change the progression of the burn injury.*”

³ ...căci „*corpul trăit* [s.n.] exprimă *infrastructura existenței psihologice a individului, care înrădăcinează ființa conștientă a acestuia în realitatea fizico-biologică*”, îl citează Mircea Lăzărescu pe Henry Ey [10, p. 19].

⁴ „*A change in one of the variables that describe a system at equilibrium produces a shift in the position of the equilibrium that counteracts the effect of this change*” [Le CHATELIER’S PRINCIPLE, <https://chemed.chem.purdue.edu/genchem/topicreview/bp/ch16/lechat.html>]

⁵ Nici azi nu s-a putut formula o definiție unanim acceptată a „particulelor” cuantice – „unde” sau „stări” cu proprietăți „corpulare”, mai mult sau mai puțin „elementare” – căci sunt cu totul *altfel* (de unde și ghilimelele).

⁶ Mărind presiunea într-o incintă cu molecule de azot (N₂) și de hidrogen (H₂), acest haos *anorganic* se va organiza în molecule de amoniac (NH₃), un compus *organic*. Saltul de la anorganic la organic e uimitor de antientropic, iar faptul că dezordinea s-a *autoorganizat* astfel oferă cu o simplitate poetică un exemplu simplu de *sistem autopoietic*.

1. DUREREA ÎN TRAUMĂ

Îndată după producerea unei traume, orice sistem viu declanșează mecanisme de limitare a efectelor ei și de compensare a pierderilor și disfuncțiilor. Din păcate, unele dintre aceste mecanisme produc ele însele manifestări algice, precum restructurarea neuronală secundară amputării, soldată cu durerea membrului fantomă [9, p. 195; 15, p.2], sau restructurarea neuronală post-accident vascular cerebral (AVC), soldată cu o hipersensibilitate dureroasă bizară (alodinie) sau cu dureri aparent inexplicabile.⁷

1.1. Trauma psihică

Studii clasice arată că, în *trauma psihică extremă* (de exemplu, când o persoană își găsește casa în flăcări, cei dragi murind astfel sub ochii ei), adaptarea poate consta într-o descărcare de agitație psihomotorie particulară: fugă fără țintă (pentru eliminarea priveliștii traumatizante), râs paradoxal (o „inversiune afectivă” aparte, cu consecințe neuro-hormonale de presupus protective), derealizare (evitarea durerii psihice atroce prin detașarea de sine) etc.

Tot studiile clasice descriu cum o traumă psihică acută, însă cumva „mai blândă” (un accident auto cu consecințe dramatice, părăsirea subită a relației de către persoana iubită, un divorț cu totul neașteptat, concedierea intempestivă etc.), activează un alt sistem de mecanisme psiho-protectoare: întâi *negarea* realității faptelor, ceea ce întârzie și atenuază impactul factorului vătămător asupra psihicului pacientului; apoi *furia*, ca recunoaștere a situației pe fondul imposibilității de a o schimba – reacție „eliberatoare” prin descărcarea tensiunii psihice acumulate; *negocierea*, ca primă tentativă a pacientului de a căuta o ieșire, o cale de împăcare cu starea de fapt; *depresia*, rezultat al înțelegerii zădărnicii negocierii, sentiment care demotivează pacientul în a se mobiliza să compenseze efectele dramei trăite – de fapt, o pauză pentru regăsirea de sine după impactul cu evenimentul devastator; *acceptarea*, când pacientul devine pregătit să se mobilizeze pentru a reveni la echilibrul psihic anterior traumei [9, p. 262].

Aceste mecanisme de „homeostazie a minții” îi pot sugera terapeutului abordări specifice fazei în care se află pacientul, ca mijloace de atenuare a durerii sufletești trăite de acesta, însoțindu-l, ca om și tămăduitor, de-a lungul evoluției traumei psihice suferite.

În faza de *negare*, terapeutul nu trebuie să-l aducă pe pacient „cu forța” la realitate, ci, prin discuții ce ocolesc drama în sine, să îi ceară detalii privind reacția sa la impactul cu factorul traumatic (ce a simțit, ce a gândit), înfiripând un dialog pe seama *elementelor* acelei reacții și încurajându-l să le găsească o explicație. Va fi o probă a abilității profesionale și a experienței terapeutului menținerea acestei discuții pe un ton calm, ca în relatarea unui fapt divers, pregătindu-l pe cel aflat în suferință pentru abordarea fazei următoare.

În faza de *furie*, terapeutul trebuie să demonstreze pacientului că îi împărtășește frustrarea, convingându-l că e firesc să se revolte, el însuși arătându-se revoltat de incapacitatea omenească de a anticipa hazardul. Această sintonie a „descărcării” terapeutului (mimată, intențională) cu descărcarea pacientului (autentică, spontană) conduce la diminuarea tensiunii psihice prezente la începutul dialogului și, simultan, a tensiunii din sufletul pacientului. Nimic paradoxal în asta, căci e rezultatul milioanelor de ani de evoluție a minții omenești în cadrul mediului social uman: împărtășirea trăirilor intense le reduce intensitatea. Astfel se creează condiții de abordare în circumstanțe mai calme a fazei următoare.

⁷ „Cel mai probabil cauza alodiniei după AVC se datorează dezechilibrului în proiecțiile laterale și mediale a căilor talamocorticale”, iar „descărcarea spontană a neuronilor corticali și/sau talamici cu dereglarea recaptării neuromediatorilor” ar provoca „aparitia ulterioară a durerii” [3, p. 375]. De asemenea, „Aparitia durerii centrale este explicată de lezarea căilor nervoase, talamusului, cortexului și ganglionilor bazali, în urma căreia are loc alterarea proprietăților fiziologice de transmitere a impulsurilor aferente, eferente și de prelucrare a informației dureroase și termale la nivel talamic și extratalamic.” [3, p.374]

În faza de *negociere*, cooperarea pacientului poate fi, în sfârșit, câștigată, fiindcă acesta e de-acum pregătit să caute soluții de percepere în termeni pragmatici a situației dureroase. Terapeutul trebuie să valorifice momentul prin a „demonta”, în consens cu pacientul, mecanismele durerii provocate de evenimentul traumatizant – căci un mecanism demontat nu mai funcționează. Rând pe rând vor fi aduse în discuție bruschețea și impactul devastator al evenimentului, justificând astfel reacțiile pacientului din fazele descrise anterior. Apoi se va căuta să se salveze respectul de sine al suferindului prin conducerea dialogului spre valorizarea persoanei acestuia, a „atuurilor” pe baza cărora va putea construi o cale spre un nou viitor chiar din punctul în care a fost retezat drumul spre cel vechi. Se vor preîntâmpina sau combate sistematic și cu blândețe eventuale viraje ale discuției spre domeniul steril al lui „dacă aș fi făcut așa...”, „dacă n-aș fi spus că...”, inerente celor aflați sub influența ideii că un anume act, o anume afirmație etc. ar fi putut preveni evenimentul; căci nu trebuie nicicum alimentată autoînvinuirea, oricum inerentă fazei următoare.

În faza de *depresie*, recunoscută chiar prin avalanșa de autoînvinuiri, terapeutul trebuie să-l susțină pe pacient printr-o contraargumentație logică și prin accentuarea valorizării persoanei acestuia, de natură să-l mobilizeze în a abandona sentimentul zădărniceii oricărei perspective. Pacientul trebuie să conștientizeze că natura fatalității este exterioară naturii sale, deci evenimentul n-avea cum fi evitat; și că, iată, deși oricine poate fi lovit de nenorocire în orice moment, lumea își continuă mersul. Deci el, pacientul, trebuie să înceteze cu autoînvinuirile și să își perceapă *iarăși* importanța, calitățile și posibilitățile, ca astfel să înceapă a configura un alt *viitor* – chiar în cazul unui om rămas fără familie, fără adăpost, fără șansa de a-și mai practica vreodată meseria din cauza bolii invalidante, a mutilării survenite etc. – și că, dincolo de ireparabil, nimic nu e zadarnic.

În faza de *acceptare*, ca rezultată a fazelor anterioare, terapeutul trebuie să consolideze în mintea pacientului ideea că toate cele trăite de acesta din momentul producerii evenimentului traumatic și până în prezent nu trebuie uitate, ci valorificate ca încă o experiență de viață aptă să-i întărească psihicul pentru posibile noi încercări.

1.2. Trauma fizică

Am început acest demers cu *durerea psihică*, socotind că analiza percepției acesteia va fi o bună bază de discuție privind *durerea fizică*, atât de psihologizată la om.

În fapt, evoluția minții umane a pornit de la apariția primului organism unicelular, iar perceperea durerii fizice a urmărit îndeaproape evoluția filogenetică, devenind, la om, un fenomen a cărui complexitate s-a „mulat” pe complexitatea minții fiecăruia; așa că, odată discutată durerea psihică, răsunetul durerii fizice asupra psihicului subliniază iarăși că, la om (și la mamifere în general), *orice durere* este o problemă de *percepție*, deci de procesare⁸, ceea ce e explicabil: datele evoluției fac dovada că filogeneza nu a excelat niciodată în imaginație; și a fost și zgârcită, preferând preluarea, cu modificări, a unor funcții vechi pentru obținerea unor funcții noi (când i-au trebuit), așa cum s-a amintit mai sus. Tocmai de aceea, la om, în *trauma fizică extremă* se remarcă stadiile care urmau a fi preluate de ulterior-inventata *traumă psihică extremă* [9, p. 262].

Vorbind de trauma fizică extremă sau gravă, ne gândim la trauma care aduce pacientul în *stare de pericol*; iar când vedem cum un bărbat cu o tăietură minusculă în talpă e trimis de

⁸ Să uităm puțin de durere și să ne imaginăm efectul mângâierii la om, la câine, la găină, la viperă, la melcul de grădină și la gândacul de bucătărie. Apariția la primele mamifere a unui sistem de recompensă diferențiat, deci imperios necesar acestora, prezent și la om (sistemul paleomamilar, cunoscut ca sistemul limbic), ne scutește de efortul unor asemenea comparații. Dar se nasc întrebări: cum procesează durerea un om incapabil de tandrețe? Să considerăm că o resimte la fel ca toți ceilalți? Oare sentimentul de nevinovăție al psihopatului exacerbează senzația dureroasă? Nu există studii. Terapeutul va trebui să se descurce cum poate.

serviciul UPU de la Spitalul Bagdasar la camera de gardă a Spitalului de Psihiatrie Obregia (strict autentic!), înțelegem o dată în plus că și durerea fizică se asociază cu problematica minții prin percepția deformată a situației.

Dacă, în trauma psihică, psihoterapia se adresează pacienților apti să își înțeleagă și să își analizeze condiția [9, p. 156], în cazul durerii fizice sunt eligibili și pacienți cu capacități de analiză mai reduse, tratarea lor neimplicând discuții pe teme existențiale de profunzime. Astfel, dacă primăvara sau toamna pacientul acuză la nivelul toracelui o durere asemenea celei din arsură, asociată cu pustule dispuse de-a lungul dermatoamelor, ea sugerează o recrudescență a virusului ce provoacă zona zoster, „încurajată” nu doar de vulnerabilitatea pacientului la schimbarea anotimpului (trecerea de la iarnă la primăvară, sau de la toamnă la iarnă), ci și de posibili factori vulneranți suplimentari, nedeclarați de bolnav (probleme personale nou-apărute, stres crescut etc.). Pentru el, perceperea unei asemenea descărcări de durere – intensă și „nejustificată” – poate fi copleșitoare până la panică. Explicându-i bolnavului cauza stăii lui, realizăm primul pas în „diminuarea” intensității durerii prin simpla *informare* a acestuia, eliminând astfel elementul „surpriză” al durerii, „nejustificarea” ei și spaima în fața necunoscutului pe care îl reprezintă; căci nimic nu provoacă o teamă mai mare decât necunoașterea sursei de suferință – și recunoaștem tiparul ancestralei frici de întuneric.

2. DUREREA POST-VINDECARE ȘI CEA DIN TRAUMA NEVINDECABILĂ

De neînțeles pacientului convins că vindecarea aduce alinarea, persistența durerii după vindecare îl va face pe cel vindecat să acuze medicii de incompetență [4, p. 13], cu ulterioara *neglijare a unor noi semne de boală* și cu *amânarea consultului* până când e prea târziu.

Pacienții mai reactivi pot manifesta „spirală durerii” – fenomenul potențării și amplificării durerii prin reacțiile afective care, la rândul lor, sunt amplificate de durere [4, p. 31].

La limită, *deznădăjdea* produsă de durerea insuportabilă – declarată de medici ca ireductibilă (mare greșeală!) – poate induce *modificări psihice marcante*, unele putând provoca tentația sinucidului sau chiar înfăptuirea lui (durerea din cancer, de exemplu). Ca o confirmare a dramatismului unor asemenea împrejurări, unele state au adoptat legi specifice, cum este Legea Morții cu Demnitate, promulgată în Oregon (SUA) în 1994 [9, p. 259].

Există o serie de *traume vindecate*, însă cu o continuare a simptomatologiei dureroase (durerea membrului fantomă, produsă de preluarea de către alți neuroni a funcțiilor ariilor corticale afectate, prin dezaferentație, de amputarea unor organe [15, p. 369]), precum și *traume nevindecabile* (cancerul avansat sau în stadiu terminal), când lupta cu durerea pare pierdută. În asemenea situații, este imperios necesară asocierea unui tratament psihoterapeutic adecvat atât condiției intelectuale a pacientului, cât și medicației și procedurilor fizioterapeutice consacrate combaterii durerii (pentru construirea și/sau susținerea complianței la tratament).

Asocierea „psihoterapie + alopatie și/sau fizioterapie” prezintă un efect favorabil dublu: susținerea moralului pacientului, deci *evitarea depresiei* și, prin aceasta, *sprijinirea efectelor tratamentului antialgic și a mecanismelor antialgice ale organismului* în lupta cu durerea, inclusiv a efectului placebo.

Ne amintim de rolul endorfinelor – morfinele produse de creier în cazul apariției unei suferințe; dar suferința prelungită poate deregla sau epuiza această primă linie de apărare, ajungându-se astfel la forme de depresie mai ușoare sau mai grave – *depresia-rezultat*. Invers, o traumă psihică poate provoca o patologie depresivă, la rândul ei *cauză* a unor leziuni cerebrale [4, p. 29] – și nu numai⁹.

⁹ Misterul etiologiei bolilor autoimune s-ar explica și prin abordarea exclusiv somatică, deși bolile psiho-somatice și somatizările unor probleme psihice sunt de mult cunoscute. Oare suspiciozitatea patologică este o „alergie” a

Alteori, o condiție psiho-traumatică insidioasă poate produce modificări neașteptate la nivel somatic – vorbim de „somatizarea” tulburării psihice. La fel, prezența durerii după vindecarea unei traume fizice sau după ameliorarea efectelor somatice ale unei asemenea traume poate fi și rezultat al unei achiziții de adaptare – pentru a obișnui pacientul să protejeze segmentul organic afectat, devenit vulnerabil – sau o imperfecțiune a mecanismelor de reparare și apărare. Aici putem vorbi și de frecvent-păguboasa „apărare” prin auto-agresiune, de la alergie la – iarăși! – sinucidere.

Această multitudine de *cauze somato-psihiice* sau *psiho-somatice* ale durerii constituie o grea încercare pentru medicul curant. „Descâlcirea” drumului spre stabilirea realității durerii, a cauzei și a mecanismelor care o produc – și, în consecință, a unei terapii corespunzătoare – ține de competența și de experiența lui clinică, de curajul de a-și recunoaște limitele și de sprijinul acordat de colegii mai experimentați și/sau cu alte specialități.

2.1. Durerea după vindecare

Un exemplu este durerea secundară unui accident vascular cerebral (AVC) – o durere de tip central [3, p. 374]. Relativitatea „vindecării” unui AVC (cu eventualele sechele, căci țesutul nervos distrus nu se reface) și mecanismul practic necunoscut al alodiniei sau al durerii secundare (o funcționalitate „stângace”, „mecanică”, a populației neuronale care a preluat atribuțiile celei distruse?) au făcut să nu se poată stabili o schemă eficientă de tratament [3, p. 377]. Alături de medicația propusă acestor pacienți, se mai recomandă fizioterapie, kinetoterapie și terapie ocupațională [11, pp. 34-39]. Psihoterapia trebuie și ea încercată.

Există studii care atestă eficiența a două tehnici psihoterapeutice: sugestia și hipnoza [7, pp. 264-266]. Ele sunt privite frecvent ca „exotice” atunci când se scapă din vedere că durerea fizică nu se limitează la semnalizarea unei leziuni, ci este o senzație complexă (gândiți-vă în câte feluri o poate interpreta și descrie pacientul!) și, prin urmare, prezintă o încărcătură de semnificații și trăiri strict personale [7, p. 261], tot atât de specifice ca amprentele suferindului. Or, spre deosebire de o infecție, imposibilitatea standardizării coloraturii subiective a durerii o face abordabilă chiar pe calea care o modulează: cea verbală – pentru că gândim în cuvinte, concepțiile și credințele le gândim și le exprimăm în cuvinte; și cum cuvântul poate manipula gândirea, poate manipula și percepția durerii.

În practica medicală, sigur, lucrurile sunt mai complicate, de la selectarea pacienților până la alegerea strategiei de abordare terapeutică și a unei tehnici de control al durerii: sugestie directă, anestezie, deplasare, disociere, substituție, metafore terapeutice, distorsionarea timpului, autohipnoza (Hart, 1993 [7, pp. 263-267]).

Reținem că „*Hipnoza nu este un fenomen supranatural, ci doar o stare modificată de conștiință*”, așa cum putem întâlni și în viața obișnuită. De exemplu, „*cineva poate fi atât de absorbit de lectura unui roman [...], încât nu mai aude sonria de la ușă*”; la fel, „*Șoferul care conduce noaptea și este fascinat de dunga luminoasă a șoselei, care îi produce o îngustare a câmpului conștiinței [...], este și el victima unei stări asemănătoare cu hipnoza*” [7, p. 7].

...și mai reținem că, uneori, emoția pacientului în fața acestei terapii „misterioase” poate fi amuzantă și păguboasă în egală măsură. Astfel, „*Domnul Rădulescu s-a străduit atât de tare să intre în hipnoză, încât abia la a treia ședință a reușit cu adevărat acest lucru.*” [8, p. 208]

În căutarea explicării durerii post-AVC, ar fi de verificat prezența unei corelații între structura psihică a pacientului și apariția sau calitatea durerii. Cercetările ulterioare vor confirma sau infirma și această ipoteză.

minții, aptă să inducă o hipervigilență imunitară? Oare depresia afectează imunitatea nu doar prin slăbirea ei, ci și printr-o exacerbare „delirantă”? Să fie acestea două posibile ipoteze pentru două viitoare direcții de cercetare înrudite? Oricum, n-am găsit studii care să coreleze incidența bolilor autoimune cu depresia; doar aluzii [12].

2.2. Durerea membrului fantomă

Apărută ca efect al remanierii senzitivității după amputare (una din posibilele explicații vehiculate în prezent, precum s-a mai spus [15, p. 368-369]), *durerea membrului fantomă* poate impune și ea psihoterapia prin sugestie sau prin hipnoză; și asta cu atât mai mult, cu cât straniul situației de a simți durerea venită „din gol” poate crea o anxietate capabilă să modifice în mod vizibil și de durată comportamentul sau chiar personalitatea pacientului.

Fiind o durere organică, șansele psihoterapiei de a o combate par minime; însă chiar mecanismul ei „dubios” – și tocmai de aceea cu o implicare psihică certă – pare să îi semnaleze psihoterapiei atât necesitatea de a se implica în tratament, cât și eficiența, dovedită nu doar o dată. Alături de medicație, tehnicile hipnozei, deja amintite (sugestia directă, anestezia, deplasarea, disocierea, substituția etc.) pot avea o bună contribuție terapeutică.

2.3. Doliul nedus la capăt

Pare o greșeală: acest subtitlu nu are ce căuta în abordarea durerii fizice. Dar, înțelegând că până și cele mai vechi funcții somatice omenești sunt controlate de mecanisme psihologice, nu numai neuro-endocrine (funcția sexuală, de exemplu), și cunoscând faptul că evoluția s-a bazat mereu pe funcțiile vechi, dar mărimdu-le complexitatea pentru funcții noi, sau creând după tiparul celor vechi funcții cu totul noi (cum e perceperea timpului¹⁰), putem suspecta că, la rigoare, un fenomen similar durerii membrului fantomă poate fi *doliul nedus la capăt*.

Pare o extrapolare abuzivă: nu se poate compara amputarea unui organ cu „amputarea” unei familii prin moartea unuia dintre membrii ei. Așa și este, dacă pierdem din vedere (iarăși!!) evoluția; dar ipoteza potrivit căreia boala bipolară se leagă de ciclurile activităților primilor agricultori ne sugerează că și vulnerabilizarea familiei sau grupului prin *atașamentul* față de cel dispărut poate fi la fel de veche, ca factor de coeziune și asistență reciprocă pentru supraviețuirea comunității [10, p. 100], ritualurile de înmormântare apărând, probabil, ca urmare a acestui atașament, perpetuându-l de-a lungul timpului întru menținerea amintitei coeziuni; ceea ce explică, poate, faptul că pierderea unui membru al grupului provoacă o tristețe care, pentru unii, pare fără de leac: golul lăsat în urmă cel dispărut reverberează dureros la vederea obiectelor lui personale, a patului rămas liber, a amintirilor evocate de toate acestea ș.a.m.d. Însă dincolo de metafora „amputării” (metaforă să fie!, ar zice Bowlby¹¹), pierderea cuiva drag provoacă o tristețe concretă, care trebuie combătută – stăruitor! – înainte să se cronicizeze ca depresie-boală cu efectele morbide amintite; iar combaterea ei poate fi efectuată pe același „canal” pe care s-a produs: cel psihic.

Prin „modelarea” sau schimbarea incidenței din care este percepută pierderea, psihoterapia cognitiv-comportamentală este una dintre indicații; la nevoie, hipnoterapia.

2.4. Psihoterapia în cancerul terminal

Cu totul sporadic, în „folclorul” oamenilor de știință se face referire la bolnavi cu tumori maligne vindecate prin psihoterapie. Negăsind studii confirmate pe această temă (puțini cercetători își asumă riscul unei asemenea compromiteri academice), vom discuta cazul comun al pacientului chinuit de durerile unei forme de cancer în stadiul terminal și de spaima apropiatei morți. E situația când psihoterapia poate fi ultimul gest medical de care mai poate beneficia bolnavul, obiectivul ei fiind lupta cu această durere, fizică și psihică, de o factură cu totul aparte.

¹⁰ ...printr-un tipar modificat al percepției spațiului – de la ochiul pineal la epifiză, și înapoi, la ochii care măsoară schimbarea poziției astrelor (ceasul solar) și reconvertesc timpul în spațiu („30 de minute până la cabană”).

¹¹ „Teoria atașamentului a lui Bowlby clarifică faptul că persoana de atașament este asimilată și internalizată (în instanța *Internal working model*).” [10, p. 99]

S-a stabilit că „peste 70% dintre pacienții cu cancer dezvoltă dureri semnificative în cursul bolii, durerea fiind rezultatul nu numai al bolii, ci și al chimioterapiei, intervențiilor chirurgicale și radioterapiei (Henry, 1999-2000).”¹² [6, p. 5] „Chapman și Garvin (1999) au sugerat că noocioepția prelungită poate provoca un răspuns de stres susținut, dezadaptativ la pacienți”; o dezadaptare care poate merge până la „hipervigilență somatică” („somatic hypervigilence” [6, p. 75]), ceea ce ne reamintește de ipoteza depresiei apte să provoace sistemului imunitar o reacție exacerbată „delirant”, cauză posibilă a unor boli autoimune consecutive (cum spuneam în nota de subsol 9). „În acest fel, dimensiunea emoțională a durerii persistente poate, prin manifestarea sa fiziologică, să contribuie în mare măsură la dizabilitățile asociate cu durerea cronică de cancer neameliorată.”¹³ [6, p. 75]

În tandem cu durerea neameliorată, ale cărei cauze au fost schițate mai sus, comunicarea diagnosticului sumbru are asupra bolnavului, de regulă, un impact existențial devastator. Acest ansamblu de suferințe susține că, precum spunem, în cancerul de fază terminală ne luptăm cu o durere fizică și psihică de o factură cu totul aparte; așa că tratamentul trebuie să fie pe măsură.

„Cu excepția satisfacerii imediate a trebuințelor biologice, omul trăiește într-o lume nu a lucrurilor, ci a simbolurilor”¹⁴, spune von Bertalanffy [2, p. 215]. Sigur, cuvintele sunt, la rigoare, simboluri. Ca extremă, observăm o concentrare a lumii simbolurilor în stările schizofreniforme, fapt care s-ar putea explica atât prin labilitatea logicii și rarefierea legăturii cu lumea concretă, cât și, poate compensator, prin interpretabilitatea și creativitatea de intensitate patologică.

Există o simbolistică propriu-zisă, asociată unor cuvinte precum „drapel”, „stemă”, „îmn”, „sceptru”, „cruce”, „blazon” ș.a.m.d. Există și o simbolistică a cuvintelor obișnuite, precum „casă” (adăpost), „familie” (protecție), „mamă” (iubire și dăruire), „tată” (forță ocrotitoare), „bunic”, „bunică” (înțelepciune și bunătate), „școală” (cunoaștere) etc.; dar semnificațiile simbolice (cuvintele dintre paranteze) pe care autorul acestui demers le-a asociat cuvintelor obișnuite (cele dintre ghilimele) nu sunt aceleași pentru toți. O bună cunoaștere a pacientului în fază terminală îl va ajuta pe psihoterapeut să evite cuvinte precum „casă” (mediu toxic), „familie” (străini ostili), „mamă” (egoism feroce), „tată” (spaima cartierului) etc. Doar cuvintele cu simboluri pozitive vor avea un efect benefic, și ele trebuie aflate chiar de la pacient.

Abordarea cognitiv-comportamentală va putea ține cont tiparul discutat la subcapitolul 1.1.; căci, în fața unui prognostic sumbru, pacientul va trece, probabil, prin faza de negare, de furie, de depresie etc. (dar nu e un fapt obligatoriu). Se poate încerca din start hipnoterapia, dacă evaluarea bolnavului o face mai indicată (pacient sugestiv). Iar durerea somatică atroce va putea fi amendată cu hipnoterapie încă de la început, ea putând ușura și împăcarea pacientului cu destinul său și cu sine, mai ales dacă i se ameliorează cu adevărat durerea.

În loc de încheiere

Prezentul demers nu și-a propus oferirea unor soluții, ci doar a unor (posibile) direcții de acțiune, formulate în funcție de o anumită (posibilă) explicație a mecanismelor patologice care produc durerea fizică și psihică – deci s-a încercat o abordare cauzală. Utilizarea psihoterapiei în ameliorarea condiției pacientului aflat în suferință marcată rămâne totuși un gest a cărui utilitate nu necesită prea multe argumente: valabilitatea principiului lui Le Chatelier, susținută de

¹² „more than 70% of patients with cancer develop significant pain over the course of their illness, with pain being the result not only of the disease, but also of chemotherapy, surgery, and radiotherapy (Henry, 1999-2000).”

¹³ „Chapman and Garvin (1999) suggested that prolonged nociception may cause a sustained, maladaptive stress response in patients. [...] In this way, the emotional dimension of persisting pain may, through its physiological manifestation, contribute heavily to the disability associated with chronic unrelieved cancer pain.”

¹⁴ „Except for the immediate satisfaction of biological needs, man lives in a world not of things but of symbols.”

reactivitatea tuturor sistemelor, conducând la formarea de *structuri autopoietice* anorganice¹⁵, apoi organice și, în sfârșit, *biologice – disipative prin definiție*, explicând integralitatea prin complexitate a sistemelor vii și „recapitularea” evoluției filogenetice în ontogeneză, și comunicarea, și interacțiunea psihică a terapeutului cu pacientul într-un punct nodal al tratării bolilor și spaimelor omenesti.

...și deschidem ochii.

Bibliografie

1. Bozkurt, Mehmet; Kapi, Emin; Gedik, Ercan; Kuvat, Samet Vasfi - *Impact of para-neurologic and para-mental premorbidities on burn injury patients*, https://jag.journalagent.com/travma/pdfs/UTD-82160-CLINICAL_ARTICLE-BOZKURT.pdf (16 martie 2023)
2. von Bertalanffy, Ludwig - *General System Theory*, George Braziller, Inc., New York, 1968
3. Cobzac, Vitalie; Voica, Mihai - *Durerea centrală post-ictus* (Revista literaturii) https://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/3749/1/Durerea_centrala_post_ictus.pdf (2 aprilie 2023)
4. Deliv, Inga - *Durerea psihogenă*, [http://sanatatemintala.md/images/resurse/Durerea%20psihogena%20\(16.APR.2019\).pdf](http://sanatatemintala.md/images/resurse/Durerea%20psihogena%20(16.APR.2019).pdf) (15 martie 2023)
5. *Disfuncția neurologică*, Curs 4, ATI Mureș, (p. 50) https://atimures.ro/wp-content/uploads/2013/02/Curs_4_Disf_Neurolog.pdf (23 martie 2023)
6. Hadjistavropoulos, Thomas; Craig, Kenneth D. - *Pain / Psychological Perspectives*, LAWRENCE ERLBAUM ASOCIATES, PUBLISHERS, Mahwah, New Jersey, London, 2004
7. Holdevici, Irina - *Hipnoterapia. Teorie și practică*, Editura DuAl Tech, București, 2006
8. Holdevici, Irina - *Hipnoza clinică*, Editura Trei, București, 2010
9. Kaplan & Sadoc, *Manual de psihiatrie clinică*, 2001
10. Lăzărescu, Mircea - *Psihopatologie clinică*, Editura Helicon, Timișoara, 1995
11. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, *Reabilitarea medicală a bolnavului cu accident vascular cerebral / Protocol clinic național / PCN - 181* <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/07/13319-PROTOCOL20AVC2022.11.12.pdf> (4 aprilie 2023)
12. MEDICOVER. *Boli autoimune. Care sunt și ce anume le declanșează* <https://www.medicover.ro/despre-sanatate/boli-autoimune--care-sunt-si-ce-anume-le-declanseaza,1066,n,295> (7 aprilie 2023)
13. Prigogine, Ilya - *Time, structure and fluctuations*, Nobel Lecture, 8 December, 1977, <https://www.nobelprize.org/uploads/2018/06/prigogine-lecture.pdf> (3 aprilie 2023)
14. Spital Gătaia - *Terapia durerii*, <https://spitalgataia.ro/terapia-durerii/> (18 martie 2023)
15. Tornea, Elena - *Modificările neuroimagistice cerebrale la pacienții cu durere cronică*. (Revista literaturii) https://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/3748/1/Modificarile_neuroimagistice_cerebrale_la_pacientii_cu_durere_cronica_Revista_literaturii.pdf (29 martie 2023)

¹⁵ ...ca bulele formate de moleculele de apă în timpul fierberii – celulele Benard, care mențin temperatura de 100 de grade Celsius prin absorbția căldurii care le agită până la autoorganizare, disipându-se când nu o mai primesc – structuri *supramoleculare* și *autopoietice*, numite „*structuri disipative*” de Ilya Prigogine (Premiul Nobel pentru Chimie în 1977 [13, p. 5]).