

S P I T A L U L

**REVISTA A UNIUNII SOCIETAȚILOR DE ȘTIINȚE MEDICALE
ȘI A ASOCIAȚIILOR STUDENȚILOR ÎN MEDICINA
DIN REPUBLICA SOCIALISTĂ ROMÂNIA**

EXTRAS

4

OCTOMBRIE — DECEMBRIE, 1967

Modele și direcții de dezvoltare iatrogenă*

Dr. M. Lăzărescu, dr. Carp Oprea

Lucrare efectuată în Clinica de psihiatrie Timișoara (prof.: E. Pamfil)

Prin iatrogenie, în sens uzual (și destul de impropriu din punct de vedere semantic) se înțelege producerea unei boli prin intervenția medicului. Desigur, diferențierea între „iatrosomatopatie” și „iatropsihogenie”, așa cum o face Schipkovensky (1) este necesară, dar nu trebuie uitat că instaurarea unei boli la bolnav printr-o intervenție a medicului se produce în cadrul raportului psihogenic complex medic-bolnav. Așa cum arată Pamfil (2), iatrogenia este un produs deformat al unei întâlniri între două persoane între care una, terapeutul, a vrut să obțină vindecarea, sprijinindu-se pe o cunoaștere obiectivă și pragmatică, iar celălalt, bolnavul, a dorit vindecarea, sprijinindu-se pe încrederea în medic, încredere dinamizată de această dorință a sa. De fapt întreaga medicină s-a născut din dorința umană de a scăpa de suferință și moarte pe de o parte, iar pe de altă parte din dorința umană de a ajuta, alina suferința, vindeca și prelungi viața; și această fundare a medicinei însăși în esența fenomenelor umane afective a făcut ca ea să subsiste de la începuturile omenirii și până în zilele noastre, cu toată formidabila penurie a mijloacelor terapeutice reale și fondate științific, dublate de o fantastică farmacopee. Cu toate acestea, cu toate inevitabilele eșecuri pe care medicina le-a înregistrat de-a lungul mileniilor și secolelor, datorate faptului că nu era încă fundată științific de-a lungul acestor milenii și secole, medicina și medicii au continuat să existe, iar încrederea bolnavilor în vindecători și prestigiul acestora nu a suferit nici o discontinuitate de-a lungul istoriei.

Medicina ca act medical nu se poate desfășura fără următoarele condiții: bolnavul, cu statutul său de om care suferă și trebuie ajutat (și cu rolul său corespunzător) (3); boala, ca o personificare în reprezentarea bolnavului a suferinței și morții; medicul, cu statutul său de reprezentant al bolii pe care o poate domina și învinge și cu rolul său de vindecător; și, în sfârșit, relația dintre acești termeni, relația medic-bolnav axată pe boală și în cadrul căreia medicul intervine, pronunțând verdicte și executând acte terapeutice. Iatrogenia apare în cadrul acestui raport complex și pericolul ei este, în zilele noastre,

* Articolul este redactat pe baza materialului lucrării de diplomă cu același titlu a dr. Oprea Carp, susținută la Institutul de medicină din Timișoara, în sesiunea septembrie 1966 (conducător științific: asistent dr. M. Lăzărescu). În raport cu textul lucrării s-au făcut modificări și adăugiri de cazistică, probleme și bibliografie.

destul de mare, din cauza „distorsionării” acestui raport și a „depersonalizării” figurii medicului; pe de o parte, medicul din zilele noastre nu are suficient timp și interes pentru a stabili un contact afectiv cu bolnavul (contact care a purtat medicina pe umerii ei de-a lungul secolelor); pe de altă parte, mirajul investigațiilor de laborator îndepărtează tot mai mult pe medic de bolnav, în sensul de relații interpersonale dintre ei.

În cele ce urmează vom urmări pe scurt câteva din condițiile și modelele de producere a iatrogeniei. Aceasta, deoarece în literatură se exprimă deseori tendința unor exagerări; de la ignorarea totală și seniorală a posibilității iatrogeniei, până la opinii, ca de exemplu cea a lui Schultz, cum că 80% din neuroze sînt iatrogenii.

Circumscrierea iatrogeniei credem că ar putea fi făcută în felul următor: excluzînd bolile sau modalitățile patologice somatice induse printr-o terapie somatică greșită — iatrosomatopathia lui Schipkowensky (care reprezintă o abatere de la principiul *primum non nocere*), se pot distinge două extremități; la una din ele s-ar afla omul matur și echilibrat psihic, capabil de a suporta suferința și ideea morții, la care nici un diagnostic ambiguu, nici supoziții de boală gravă, nici tracasări prin examinări nenumărate nu pot induce iatrogenia: acești oameni pot suporta cu demnitate și realitatea cunoașterii unor diagnostice grave și prezența mutilării importante și totuși să refuze statutul de bolnav; la cealaltă extremitate sînt persoanele decompensate neurotic, cu o simptomatologie de împrumut somatică, care și-au asimilat perfect statutul de om bolnav și consultă medicul pentru afecțiuni imaginare. Aici medicul poate întreține doar simptomul neurotic și statutul de bolnav, dar nu intervine iatrogen propriu-zis. Din cazuistica noastră, 2 cazuri ar putea fi demonstrative.

Primul caz se referă la o femeie la care se practică un Halstedt stîng pentru un presupus cancer mamar, la 18 ani. La 25 de ani pentru un fibroadenom mamar drept se practică o mamectomie. Bolnava își organizează viața metodic și suportă cu multă tărie psihică situații grele de viață, între altele avînd de întreținut o mamă bolnavă și prezentînd dificultăți la serviciu. Un conflict major, la 33 de ani, îi dă doar o reacție depresivă de mică amplitudine, din care și revine singură, continuîndu-și viața angajată pe plan social.

Un alt caz se referă la o femeie la care, după un Halstedt practicat la 42 de ani, apare un simptom ciudat; și anume are impresia că degajă un miros „uterin” foarte intens și neplăcut, motiv pentru care consultă toate somitățile ginecologice din țară care nu găsesc nimic obiectiv ginecologic. Antecedentele sînt însă următoarele: o fire timidă și emotivă din copilărie, se căsătorește la 21 de ani, cu un bărbat cu 22 de ani mai în vîrstă decît ea, un psihopat sadic, care o terorizează interzicîndu-i orice contact social și care este de o gelozie patologică. Existența ei este un calvar; este obligată să se clustreze în casă și de cîte ori iese în societate să afișeze o mască impersonală și să nu angajeze nici o discuție. După 20 de ani de astfel de conviețuire se pronunță divorțul și în același timp se efectuează operația Halstedt. Interdicția de relație socială din partea soțului dispare prin divorț, dar imposibilitatea bolnavei de a se reintegra în social este marcată de apariția simptomului fobic al mirosului uterin. În acest caz, evident, ginecologii nu au putut decît să infirme un determinism local al simptomului subiectiv; singur psihiatrul a putut rezolva cazul prin psihoterapie.

În cazul iatrogeniilor propriu-zise, responsabilitatea medicului poate fi angajată în diverse grade și iatrogenia nu trebuie privită global. Sînt cazuri în care medicul doar întreține iatrogen o boală relativ cronică, dar reală și prezentă, dar care altfel ar rămîne la un nivel subclinic (deci o cronicizare iatrogenă); în alte cazuri, medicul prin atitudinea, afirmațiile și indicațiile sale precipită doar o simptomatologie ipohondriacă la persoane predispuse, care erau la nivelul, la pragul de căutare a unui argument de boală (precipitare iatrogenă); dar la fel există și cazuri în care atitudinea medicului declanșează o stare iatrogenă, care ar fi putut fi evitată sau care fără intervenția sa nu s-ar fi produs (declanșare iatrogenă). Și, în aceste din urmă cazuri, avem de-a

ianuarie, mai face două crize prin autosugestie, doar la amintirea crizelor anterioare. În urma acestora se internează într-o Clinică medicală, unde i se pune diagnosticul de tahicardie paroxistică și fără nici o indicație deosebită i se face ieșirea. Din acest moment, bolnavul nostru se consideră bolnav și-și concentrează întreaga atenție pe aparatul cardiovascular. Își verifică mereu pulsul, ziua și noaptea, comparându-și-l cu al altora; solicită mereu să i se ia tensiunea arterială și să i se facă unele examinări cardiace. Trăiește o permanentă stare de panică anxioasă; își simte uneori mâinile și picioarele reci și-și imaginează că ar fi fost posibil să răcească, să facă un reumatism și deci să aibă stenoză mitrală (mai ales că începe să studieze diverse cărți de medicină). Bolnavul ajunge la convingerea că tahicardia paroxistică devenită aproape cronică de când trăiește, starea de panică anxioasă, „îi obosește inima”; de aceea începe să consume multă glucoză, să facă injecții cu vitamina B₁ și fosfobion „pentru a-și susține și întări inima”. Impasul neurotic anxios progresează treptat și grav; controlul pulsului capătă o altă semnificație: își controlează pulsul pentru a se convinge că inima sa mai bate. Are impresia că arterele sînt mai subțiri: va face ateroscleroză. Urmează să moară și frica de moarte îl terorizează; în orice moment trebuie să fie cineva alături de el, pentru că dacă situația lui se agravează să poată chema salvarea. Impasul devine apoi depresiv: are convingerea că va muri; începe să citească Biblia și își scrie zilnic testamentul etc.

Un tratament adecvat medicamentos, dublat de o psihoterapie sistematică, reușește să-l scoată din această stare gravă, dar și după 2 ani de la debut nu a dispărut ideea (pe care o consideră acum absurdă) de a-și face controale cardiace la cei mai calificați specialiști, care să-i confirme inexistența unei boli de inimă.

Cazul de mai sus nu a ajuns sub ochii psihiatrului în momentul cel mai important, cel al primei internări. Dat fiind trecutul său fobic, tahicardiile paroxistice legitime pe care le-a avut trebuiau să-l facă pe medic să cîntărească raportul, între simptom și structura persoanei și astfel, printr-un tratament adecvat medicamentos și psihoterapeutic să oprească de la început „alunecarea” bolnavului în neuroză.

Deseori, medicul este responsabil pentru cronicizarea impasurilor neurotice. Thieman, pe un material de 1000 de neurotici, constată că 51,6% sînt cazuri cronice care s-au cronicizat iatrogen. Și Müller-Hegeman este de părere că o mare parte din neurozele care se cronicizează, se temporizează la infinit din cauza medicului sau în orice caz cu binevoitorul său concurs. La aceasta mai intervine și practica, atît de răspîndită și la noi, de a „trata” (mai corect spus de a scăpa de) neurotici cu o gamă întreagă de medicamente anodine (de la vitamine la ser neurotonic) în loc de a-i încredința de la început unui psihoterapeut.

Medicul mai poate interveni printr-o cronicizare iatrogenă și într-un alt mod și anume, întreținînd și punînd în sarcina unei boli o dată avute toate fenomenele patologice subiective noi, care în mare măsură pot fi nevrotice. În acest caz, bolnavul ajunge să-și utilizeze inconștient simptomele vechii boli în orice impas existențial.

V. I. în vîrstă de 47 de ani, o fire sociabilă, ordonată, muncitoare, destul de bine încadrat în grupul social. La 27 de ani are un reumatism acut localizat la genunchiul stîng. La 32 de ani mai face un puseu reumatismal la umărul drept. Se constată un focar amigdalian care se elimină. I se recomandă cure balneare pe care le face regulat la Herculane și Victoria. Între timp apar și alte simptome: cefalee, simptome digestive variate, constipație. Cefaleea este mereu pusă în seama reumatismului. În ultimii ani are o serie de trăiri conflictuale la serviciu și concomitent apar o serie de acuze cene-stopate rău sistematizate, variabile (cefalee, insomnii, scăderea randamentului în muncă). Medicii îl tratează în continuare ca un reumatic și singur se consideră un reumatic pînă cînd o întîlnire cu psihiatrul reduce într-o singură zi (printr-un transfer bine făcut) o simptomatologie care trena de luni, care era pusă în seama reumatismului și care în fond era neurotică și independentă de vechiul reumatism care persista doar ca model și argument.

Multe din acuzele neurastenice și pitiazice sînt întreținute și cronicizate de interniștii care nu remarcă în spatele suferinței reale, personalitatea care

utilizează modelul (subiectiv și uneori obiectiv) al stării patologice ca și simptom al unor impasuri neurotice.

Uneori, modelele patologice pot fi utilizate nu numai în decompensări neurotice, ci și în stări scopozice.

V. S. în vîrstă de 35 de ani, de meserie brutar. În antecedente, un reumatism poliarticular acut care se remite. Urmează o serie de conflicte la locul de muncă și se internează din nou cu simptomatologie subiectivă reumatică, dar fără simptome obiective. Este transferat pentru investigații la ortopedie. Bolnavului îi apare ideea de a se pensiona și a pleca la țară unde, avînd și pensie, să se angajeze ca brutar la o gospodărie colectivă (rezolvînd astfel și problema locuinței). Supralicitează o serie de simptome subiective pe membre și prin extindere pe aproape toată schema corporală, dar care se remit la eludarea intenționalității.

Evident, în aceste cazuri, medicul poate fi indus în eroare de bolnav.

Există însă și cazuri în care responsabilitatea medicului este minimă în declanșarea unei decompensări ipohondriace cu aparență de iatrogenie. Este cazul personalităților anormale (de obicei anankaști) predispuse spre dezvoltări ipohondriace și care aproape „caută” argumente, așa încît acestea pot apărea aproape oriunde.

B. G. în vîrstă de 42 de ani. Cu structură caracterială a fost totdeauna o fire nervoasă, închisă, predispusă la ruminatii, la stări melancolice, la interpretări ipohondriace. În urma unei hepatite, la indicațiile de ieșire, medicul se pronunță între altele că trebuie să evite eforturile, chiar și efortul sexual. Bolnavul reține doar această din urmă indicație. Își impune o abținere totală, consumă bromuri, se culcă în pat și apoi în cameră separată de cea a soției pentru ca nu cumva să se excite. Se instalează o stare depresiv ipohondriacă: este convins că are ciroză, că va muri. Are idei de suicid, pe care le rumegă la modul anankast. Își revine apoi, la vechiul nivel.

Cu această ocazie trebuie notat că mulți psihopați, mai ales anankaști, fac dezvoltări ipohondriace (5).

În concluzie, iatrogenia nu trebuie abordată ca o problemă unimodală. Există diverse modele și direcții de dezvoltare iatrogenă, în care responsabilitatea medicului este angajată în diverse grade.

Pentru ca iatrogenia să fie cît mai rară, actul medical trebuie să tindă cît mai mult a se dezvolta în cadrul său natural, care este cel al relației interpersonale între bolnav și medic. Această relație trebuie să fie cît mai *personală*; cei doi indivizi trebuie să se întâlnească nu numai prin masca pe care o poartă statutul și rolul lor impersonal (un bolnav, o boală, un medic ca reprezentant al bolii și al artei de a o rezolva). Medicul trebuie, pe cît posibil, să-și cunoască cît mai bine bolnavul, să-și cunoască personalitatea și să i se dăruiască afectiv și doar în aceste condiții să poarte cu el dialogul prin care-l pune la curent cu situația obiectivă a bolii sale, a pericolelor și măsurilor de luat; în această ambianță doar să întreprindă actele terapeutice concomitent, insuflînd bolnavului încrederea în el însuși, stăpînire stoică și calm în fața suferinței și a bolii.

BIBLIOGRAFIE

1. SCHIPKOWENSKY N. — Iatrogenie oder Befreiende psychotherapie, Ed. S. Hirzel, Leipzig, 1965.
2. PAMFIL E. — Profilaxia iatrogeniei. Comunicare la a V-a sesiune științifică a I. M. Timișoara, 1966.
3. DELAY J., PICHOT P. — Abregé de psychologie, Ed. Masson, Paris, 1966.
4. NEUMARKER K. J. — Iatrogene hypocondrische Neurosen und ihre Individualtherapie, *Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)* 1966, vol. 18, nr. 5.
5. PETRILOWITSCH N. — Abnorme persönlichkeiten S. Karger, 1960.
6. WOWERN F. VON — Iatrogenesis. Sensation of Diseases and Aggravation of Pre-existing, Diseases, Produced by Doctors, *Psychiat. et Neurol. (Basel)*, 1966, vol. 151, nr. 1.
7. MIHAI C. — Elemente de patologie iatrogenă, Ed. medicală, București, 1965.
8. LÖÖ P. Les névroses, Paris, 1966.

9. LOHAN T., LOHAN V. — Iatrogeniile și psihoterapia, Comunicare la U.S.S.M., Filiala Banat, Secția psihiatrie, 1966.

10. WEINBERG H. B. — Iatrogenic Heart Disease, *Ann. intern. Med.*, 1953, nr. 38, p. 9.

Articol intrat în redacție la 16.V.1967.

Indicele de clasificare: 616.S9—02:616—071.1

RÉSUMÉ

M. Lăzărescu, Carp Oprea — MODÈLES ET DIRECTIONS DE DÉVELOPPEMENT IATROGENE

Les auteurs analysent le problème du contexte dans lequel se déploie l'iatriogénie et des directions et modèles de son développement. La méthode employée est l'analyse de cas et la discussion du rapport médecin-malade envisagé à travers la perspective historique. Les conclusions font état du fait que l'iatriogénie est le résultat de la „dépersonnalisation“ du rapport médecin-malade, accompagnée de la connaissance insuffisante de la personnalité du patient par le médecin, et du fait que l'iatriogénie doit être envisagée non comme un processus global, mais bien comme un processus différencié.

ZUSAMMENFASSUNG

M. Lăzărescu, Carp Oprea — IATROGENE ENTWICKLUNGS-MODELLE UND —RICHTUNGEN

Verff. stellen sowohl die Frage der Zusammenhänge in denen sich die Iatrogenese entfaltet als auch die Frage ihrer Entwicklungsrichtungen und -modelle zur Diskussion. Das angewendete Verfahren besteht in Auswertung der Kasuistik und in Betrachtung des Verhältnisses Arzt: Patient in einer historischen Perspektive. Die Schlussfolgerungen gehen dahin, dass die Iatrogenese das Ergebnis einer „Entpersönlichung“ des Verhältnisses Arzt: Patient ist mit ungenügender Kenntnis der Persönlichkeit des Patienten von Seiten des Arztes und auch dahin, dass die Iatrogenese nicht als ein Ganzes sondern als ein differenzierter Prozess angesehen werden soll.

SUMMARY

M. Lăzărescu, Carp Oprea — IATROGENIC DEVELOPMENTAL DIRECTIONS AND MODELS

The authors discuss the problem of the context of iatrogenic relationships and their development. The cases must be analyzed and the doctor-patient correlation viewed from a historical standpoint. Iatrogenic relationships appear to be the result of „depersonalization“ of the doctor-patient correlation, with the doctor's insufficient knowledge of the patient's personality. Iatrogenic relationships should be approached as a differentiated and not as a general process.

РЕЗЮМЕ

М. Лăзăреску, Карп Опрѐа — МОДЕЛИ И НАПРАВЛЕНИЯ ЯТРОГЕННОГО РАЗВИТИЯ

Авторы обсуждают вопрос обстановки, в рамках которой развивается ятрогения, вместе с обсуждением направлений и моделей ее развития. Применяемым авторами методом является анализ казуистики и обсуждение отношения: врач/больной с исторической точки зрения.

В своих выводах авторы говорят, что ятрогения является результатом „деперсонализации“ отношения врач — больной, с недостаточным знакомством врача с личностью больного и что ятрогению следует рассматривать не как общий, а дифференцированный процесс.