

ABORDARE ȘI CONTEXT PSIHO-SOMATIC ÎN PSIHIATRIA DE LEGĂTURĂ

HENRIETA MIHAELA ARTIMON¹

¹Doctorand Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București

Cuvinte cheie: psihiatrie de legătură, psihosomatică, intervenție psihoterapeutică

Rezumat: Psihiatria de legătură cunoaște o tendință ascendentă în ultimele decade, prin prisma abordării integrative, somatice și psihice, a ființei umane aflate în suferință. Interdependența dintre *psyché* și *soma*, evidentă în special în bolile psihosomatice și confirmată prin tot mai multe studii de specialitate, stă la baza acestei duble abordări. Lucrarea de față prezintă rolul și necesitatea prezenței psihiatrului în spitalul general în integrarea dimensiunii psihosociale a pacientului în decursul actului medical.

Keywords: liaison psychiatry, psychosomatic, psychotherapeutic intervention

Abstract: In the last decades, the liaison psychiatry has known an upward trend, through the integrative, physical and mental approach, of a human being in distress. The interdependence between *psyché* and *soma*, obvious especially in psychosomatic diseases and confirmed through much more studies, underlies this dual approach. This paper presents the role and the need for the psychiatrist's presence in general hospital for mainstreaming the psychosocial dimension of the patient during the medical consultation.

Începuturile psihiatriei de legătură sunt strâns legate de cele ale medicinei psihosomatice. Primele cercetări în domeniul psihosomaticii au inclus pacienți cu afecțiuni somatice, medicale sau chirurgicale, care nu aveau o tulburare psihică definită, ci mai degrabă reacții la boală și la spitalizare.(1,2) Dezvoltarea ulterioară a ambelor discipline s-a întrepătruns, ponderea articolelor publicate în jurnalul *Psychosomatic Medicine* care fac referire la psihiatria de legătură cunoscând o tendință ascendentă începând cu anul 1975 (3), în paralel cu apariția tot mai multor departamente de acest gen în spitalele generale din SUA și din Europa. În România, primul serviciu de psihiatrie de legătură a fost înființat în 1995 la Spitalul Universitar de Urgență București.(4)

În prezent, deși există câteva spitale, de regulă universitare, care au departamente de psihiatrie de legătură, totuși acest tip de consultații continuă să fie asigurate, în cazul majorității spitalelor generale românești, de către medici psihiatri din afara spitalului, fapt care scade accesul pacienților internați în secții ne-psihiatrice la consultul și re-consultul psihiatric și afectează negativ comunicarea între specialiști, în fapt însăși viziunea psihosomatică.

Însuși termenul „psihosomatică” este reclamat în ultimele decade ca insuficient de către unele curente psihanalitice, datorită dualității sale, precum și datorită cauzalității liniare pe care o implică. Alăturarea celor doi termeni presupune „un clivaj între un spirit valorizat și un corp material instrumentalizat” (5), nemaivorbind de sintagma „factori psihologici care afectează o condiție medicală generală”, expresie a pragmatismului și ateoretismului nord-american, care duce la „disoluția semantică a psihosomaticii” înseși (6), în același timp în care în SUA psihiatria de legătură este recunoscută ca subspecialitate, menită să înlocuiască terminologic medicina psihosomatică.(7) În ceea ce privește

relația cauzală în tulburările psihosomatice, concepția liniară (tulburare psihică generatoare de afectare somatică sau invers) tinde să fie înlocuită de una „circulară”, care presupune o „întrepătrundere reciprocă”, intimă și nedisociabilă, a manifestărilor psihice și a celor corporale.(5,8) Acestei concepții de sorginte psihanalitică i se adaugă descoperirile din neuroștiințele cognitive, care pledează pentru concomitența celor două manifestări, psihologice și biologice, ca „descrieri diferite ale aceluiași fenomen”.(9) Deși suntem de acord cu această viziune asupra unității spirit-corp, delimitările conceptuale, ca și cele diagnostice, ne sunt totuși utile în abordarea practică a acestui subiect prin prisma psihiatriei de legătură.

Pacient somatic versus pacient psihiatric

În consultațiile de psihiatrie din spitalul general, psihiatrul consultă atât pacienți cu afecțiuni somatice, fără antecedente psihiatrice (dar dintre care unii au o tulburare psihică mai veche, nediagnosticată), precum și pacienți somatici cu antecedente psihiatrice, unii dintre aceștia fiind în tratament psihiatric. Însuși faptul de a fi într-o categorie diagnostică determină (sau poate determina) atitudinea pacientului față de consultul psihiatric. Contextul social pe care îl reprezintă spitalul și consultul medical, precum și eticheta diagnostică, tind să constrângă persoana în suferință să intre într-un tipar mecanicist, ignorând adeseori complexitatea bio-psiho-socială a lui a fi (*a te simți*) bolnav, ba chiar transformând-o în *a fi în rolul* de bolnav. Atenția acordată dimensiunii psihosociale a individului în cadrul consultului de psihiatrie de legătură ar trebui să vizeze atenuarea acestei percepții (și autopercepții) a pacientului ca și „corp defect”, prin plasarea afectării somatice într-un context mai larg, psihosocial.

a) *Pacienții somatici fără antecedente psihiatrice (la primul consult psihiatric)*

¹Autor corespondent: Henrieta Mihaela Artimon, Str. Constantin Noica, Nr. 20, Sibiu, România, E-mail: mihaela_artimon@yahoo.com, Tel: +0742 090579

Articol intrat în redacție în 12.03.2013 și acceptat spre publicare în 08.05.2013

ACTA MEDICA TRANSILVANICA Iunie 2013;2(2):142-144

În această situație putem întâlni mai frecvent pacienți cu o afectare de tip depresiv, anxios și/sau somatoform, precum și de tipul alcoolismului cronic sau al deteriorărilor cognitive.

- Pacienții suferind de tulburări depresive și/sau anxioase care precedă apariția simptomelor somatice sau care apar ca reacție disfuncțională la boala somatică (recent diagnosticată sau cronică) stabilesc în general o reacție terapeutică bună cu psihiatrul. Acești pacienți prezintă frecvent o regresie afectiv-comportamentală, căutând protecție și ajutor.
- Pacienții având o afectare predominant somatoformă adeseori nu înțeleg necesitatea consultului psihiatric (unii își încep discursul cu „Nu știu de ce am fost trimis aici” sau „Nu sunt nebun”). Dacă simptomele corporale sunt trăite cu anxietate, atunci pacientul poate înțelege necesitatea tratamentului psihiatric pentru ameliorarea acesteia. Chiar în contextul mascării suferinței psihice în simptome corporale, unii dintre acești pacienți acceptă explicațiile psihiatrului cu privire la natura acestora și pot colabora, chiar de durată, cu acesta, urmând un tratament medicamentos sau intrând într-o psihoterapie structurată.
- Pacienții cu o tulburare mentală organică:
 - o pacienții alcoolici sunt trimiși la consultul psihiatric în urma depistării markerilor etilismului cronic (creșteri ale valorilor transaminazelor, ale gamaglutamiltranspeptidazei, macrocitoză) sau când apar semnele și simptomele de sevraj. Acești pacienți reacționează frecvent prin minimalizarea consumului de alcool, chiar prin negarea acestuia (mai ales de către femei, datorită percepției sociale a acestuia ca viciu), uneori devenind ostili față de psihiatru.
 - o pacienții cu deteriorări cognitive sau chiar suferind de demențe de diverse etiologii sunt frecvent diagnosticați în cursul spitalizării pentru afecțiuni somatice. Aceștia sunt în general cooperanți, uneori, în faze mai avansate ale bolii, confuzia primează și atunci pot fi ostili, neînțelegând ce se întâmplă. În formele ușoare de deteriorare, pacienții se plâng de deficiențele subiective ale memoriei și solicită ajutor.
 - o pacienți cu delirium de diverse etiologii sunt confuzi, dezorientați. Intervenția terapeutică se limitează în aceste cazuri la administrarea medicației psihiatrice specifice.

b) Pacienții psihiatrici internați în spitalul general

- Pacienții suferind de tulburări psihice de tipul psihozelor (schizofrenie, tulburare afectivă bipolară, tulburare schizoafectivă, tulburări delirante), care urmează sau au urmat un tratament psihiatric, se pot simți protejați de psihiatrul din spitalul general. De asemenea, psihiatrul poate deveni un bun liant în comunicarea dintre medicii somaticieni și acest tip de pacienți. Atunci când atitudinea acestora este ostilă, necooperantă, non-compliantă, psihiatrul intervine în special medicamentos, pentru a facilita colaborarea acestor pacienți la actul medical, totodată securizând echipa medicală în ceea ce privește posibila „amenințare” pe care ar putea-o reprezenta un astfel de pacient (amenințare rareori reală în cazul pacienților aflați sub tratament psihiatric, dar frecvent imaginată de personalul medical ne-psihiatric, fapt care adeseori determină transferul pacientului psihiatric afectat de dezechilibre somatice uneori importante în spitalul de psihiatrie, însoțit de minime indicații de tratament, care

uneori nici nu pot fi urmate, în lipsa mijloacelor medicamentoase necesare).

- Pacienții psihiatrici suferind de afecțiuni de tipul tulburărilor depresive, al tulburărilor anxioase sau, mai rar, obsesiv-compulsive, pot fi reevaluați în consultațiile de psihiatrie de legătură și totodată securizați în contextul somatopat pe care îl traversează. Acești pacienți pot fi foarte cooperanți, chiar hipersolicitanți de atenție în relația cu psihiatrul. Frecvent, boala somatică provoacă la acești pacienți o regresie afectivă și comportamentală, care se manifestă prin nevoi de dependență crescute (exprimate, spre exemplu, prin nevoia de reasigurări repetate în ceea ce privește posibilitatea rezolvării favorabile a bolii somatice, sau prin solicitarea de întâlniri mai frecvente cu psihiatrul) și care poate să le crească sugestionabilitatea. De altfel, în general, situația de bolnav este caracterizată de o sugestionabilitate crescută. Modul în care intervine medicul, psihiatru sau somatician, pe acest teren receptiv al insului îngrijorat sau chiar anxios cu privire la integritatea sa corporală, este decisiv.
- Pacienții suferind de tulburări somatoforme și/sau de tulburări hipocondriace pot să își recunoască unele suferințe de natură psihică (dispoziție depresivă, anxietate, insomnii), dar refuză cel mai adesea să recunoască substratul psihogen al suferinței lor, fapt care determină *in extremis* o atitudine ostilă față de consultul psihiatric, mergând până la refuzul acestuia.

Răspunsuri terapeutice și reacții contratransferențiale

Reacția psihiatrului la modul pacientului de a se prezenta în fața sa, precum și răspunsul său terapeutic nu diferă în esență de cele ale unui medic de altă specialitate care intră în relație cu pacientul său. Există însă, în general, o complexitate mult mai mare a acestei relații, datorată rolului de confidant al psihiatrului, rol pe care rareori medicii de alte specialități îl adoptă. Răspunsul care se vrea/ar trebui să fie terapeutic (adică să îl facă pe pacient să se simtă înțeles și să își înțeleagă și să își accepte suferința) poate fi contaminat de reacții contratransferențiale care, neconștientizate sau necontrolate, pot dăuna relației terapeutice și pacientului însuși.

a) *Reacțiile contratransferențiale* mai frecvente care pot apărea în relația terapeutică sunt: agresivitatea, directivitatea excesivă (paternalismul), identificarea cu suferința pacientului, atitudinea de „salvator”, neluarea suferinței pacientului în serios sau negarea acesteia și atitudinea moralizatoare.(10,11) Recunoașterea și controlarea de către psihiatru a propriilor reacții contratransferențiale (atât obiective, induse de atitudinea pacientului, cât și pur subiective) este extrem de importantă pentru stabilirea unei bune alianțe terapeutice, în absența acesteia eșecul oricărui demers terapeutic, atât medicamentos, cât și psihologic, fiind previzibil.

b) Intervenția psihoterapeutică

Pe lângă prescrierea medicamentului sau/și a intervenției psihologice (psihoterapie), psihiatrul trebuie să intervină psihoterapeutic chiar în momentul consultației de psihiatrie de legătură. Pacientul psihosomatic are o dublă suferință și o dublă vulnerabilitate, de aceea evidențierea legăturii dintre psihic și corp, ca și semnificarea experienței pe care o traversează, precum și clarificarea aspectelor esențiale ale suferinței sale, ca și a planului terapeutic (de ce și pentru ce) sunt esențiale, semnificarea și clarificarea fiind modalități utilizate în general în psihoterapiile scurte.(9,12,13)

Clarificarea – constă în explicarea cauzelor suferinței pacientului, precum și a felului în care suferința somatică și cea

psihică se leagă. De cele mai multe ori, pentru pacientul psihosomatic suferința somatică trece înaintea celei psihice, aceasta din urmă fiind minimalizată și ne(re)cunoscându-i-se importanța în contextul somatic care îl aduce în spitalul general de regulă în faze avansate ale afectării sale corporale subiective.

Spre exemplu, unui pacient suferind de diabet zaharat dezechilibrat și de depresie, i se va spune că diabetul îi poate favoriza apariția dispoziției depresive și o poate întreține, dar că, la rândul ei, depresia va face ca diabetul să evolueze nefavorabil. Astfel, pacientul poate înțelege necesitatea tratamentului depresiei, deși inițial preocuparea sa principală era doar reechilibrarea diabetului, considerând starea sa depresivă o tristețe oarecare, cu care deja se obișnuise. Sau, unui pacient suferind de hipertensiune arterială oscilantă și atacuri de panică, i se va explica influența anxietății asupra creșterilor tensiunii arteriale și va fi învățat cum să controleze această anxietate, pentru a preveni atacul de panică. De asemenea, i se va vorbi despre importanța psihoterapiei și/sau a tratamentului medicamentos al anxietății pentru prevenirea creșterilor tensionale. Un segment delicat este acela al tulburărilor somatoforme internate în spitalul general uneori pentru noi investigații sau pentru repetarea unor care au ieșit negative, în „speranță” depistării unei cauze organice a simptomelor. Reacția unui astfel de pacient la consultul psihiatric a fost discutată anterior. Dacă pacientul este la primul consult psihiatric, este esențial să i se explice mecanismul suferinței sale. Cei mai mulți dintre acești pacienți sunt contrariați nu doar de faptul că, „nu li se găsește nimic”, cât mai ales de faptul de a li se spune că „nu au nimic”! Explicarea relației dintre subconștient (cogniții, emoții) și sistemul neurovegetativ și endocrin, care induc manifestări disfuncționale în organism, poate să liniștească și chiar să câștige pacientul ca aliat în terapia psihiatrică și psihologică. De asemenea, este important ca acești pacienți să înțeleagă faptul că trăirea cu anxietate a acestor simptome nu face decât să le amplifice.

Pacienților care consumă alcool în mod abuziv sau pe model de dependență, li se va sublinia, o dată în plus, rolul nefast al acestui consum asupra sănătății lor somatice și psihice.

- *Împuternicirea* (engl. „empowerment”) pacientului în ceea ce privește propria soartă, presupune responsabilizarea lui, ca participant activ (prin urmarea tratamentului medicamentos specific afecțiunii somatice, a măsurilor comportamentale, precum și prin urmarea unui tratament psihiatric și/sau psihologic) în procesul de ameliorare sau de remisiune a bolii somatice, cât și de redobândire a echilibrului psihic.
- *Resemnificarea (recadrarea)* – oferirea unei perspective mai optimiste contextului patologic în care pacientul se află, prin stabilirea de noi semnificații acestei situații existențiale. Bolile psihosomatice pot fi astfel prezentate, paradoxal, drept oportunități pentru pacient, oportunități pentru a se autocunoaște mai bine, pentru a decodifica limbajul propriului corp și pentru a înțelege unde anume trebuie să intervină, ce schimbări ar trebui să facă pentru a-și redobândi sănătatea. Acestea pot fi schimbări în stilul de viață, dar și în modul de a gândi (atitudini disfuncționale). Atunci când corpul reacționează prin dezechilibru somatic sau funcțional, el trage un semnal de alarmă care indică, de regulă în afecțiunile psihosomatice, un dezechilibru emoțional. O situație particulară este, din nou, cea a pacienților somatoformi, care mai degrabă neagă originea psihogenă a simptomelor lor, aceștia neavând parte de obiectivarea somatică pe care ceilalți pacienți psihosomatici o au. În cazul acestora proba terapeutică (prin răspunsul pozitiv la medicația psihiatrică) poate avea un rol important în această conștientizare. Spre exemplu, o

medicație anxiolitică poate stabiliza tensiunea arterială sau poate ameliora semnificativ simptomele funcționale.

Este important ca medicul somatician să identifice necesitatea consultului psihiatric al pacientului internat în spitalul general. Deseori, această necesitate nu este evidentă, doar suficient timp acordat bolnavului și ascultării acestuia putând să determine această decizie. Studii efectuate în Germania și Austria au găsit rate ale consultațiilor de psihiatrie de legătură de 2,66, respectiv 3,30%, scăzute în comparație cu prevalența afecțiunilor psihiatrice în spitalele generale, care se situează între 41,3 și 46,5%.⁽¹⁷⁾ Un studiu efectuat în 13 spitale publice din Spania a concluzionat că 18,9% dintre pacienții spitalizați pentru afecțiuni medicale aveau simptome depresive. Cu toate acestea, consultul psihiatric fusese solicitat doar pentru 13,7% dintre acești pacienți.⁽¹⁵⁾

Nerecunoașterea comorbidității psihiatrice de către somatician afectează negativ evoluția ulterioară a pacientului atât din punct de vedere al stării psihice, cât și al afecțiunii somatice, iar diagnosticul somatic pus unei tulburări funcționale (somatoforme)- ca, de exemplu, „spasmofilie”, „hipertiroidie în stadiul funcțional” sau „lambliază”- în dorința mai mult sau mai puțin conștientă a medicului de a găsi o explicație organică a simptomelor, va organiza și va „organiza” suferința pacientului. Este totodată extrem de importantă abordarea psihiatrică din perspectiva psihosomatică, simpla înmănare a unei prescripții medicamentoase pacientului internat în spitalul general sau trimis la consultul psihiatric ambulatoriu de către un coleg de altă specialitate, riscă să îi mențină acestuia confuzia, sau chiar să i-o sporească, în absența dialogului empatic și clarificator.

REFERINȚE

1. Alexander F. Medicina psihosomatică, Ed.Trei, București; 2008.
2. Smith GC. From psychosomatic medicine to consultation-liaison psychiatry, Med J Aust. 1993, Dec.6-20;159:(11-12).
3. Lipsitt DR. Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine: The Company They Keep, Psychosomatic Medicine, Nov./Dec. 2001;63:896-909.
4. Tudose F, Tudose C. Psihiatria de legătură- o direcție prioritară în reforma asistenței medicale în România, Rev Medicală Română. 2009;LVI(2).
5. Chahbazian M. Le lien psychosomatique. De l'affect au rythme corporel, Éditions EDK, Sèvres; 2007.
6. Iamandescu IB. Psihologie Medicală, vol. Psihosomatică generală, Ed. Infomedica, București; 2008.
7. Gitlin DF, Levenson JL. Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty, Acad Psychiatry. 2004;28(1):4-11.
8. Bonfils S. Impertinente psychosomatique, John Libbey Eurotext, Montrouge; 1993.
9. David D. Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale, Ed. Polirom, Iași; 2006.
10. Moreau A. Psihoterapie- metode și tehnici, Ed. Trei, București; 2007.
11. Robertiello RC, Schoenewolf G. 101 greșeli în psihoterapie, Ed. Trei, București; 2009.
12. Dafinoiu I. Elemente de psihoterapie integrativă, Ed. Polirom, Iași; 2001.
13. Dafinoiu I, Vargha JL. Psihoterapii scurte, Ed.Polirom; 2005.
14. Rothenhausler HD. Mental disorders in general hospital patients, Psychiatr. Danub. 2006;18(3-4).
15. Crespo D, Gil A, Porras C. Prevalence of depressive disorders in consultation-liaison psychiatry, Actas Esp Psiquiatr. 2001;29(2):75-63.