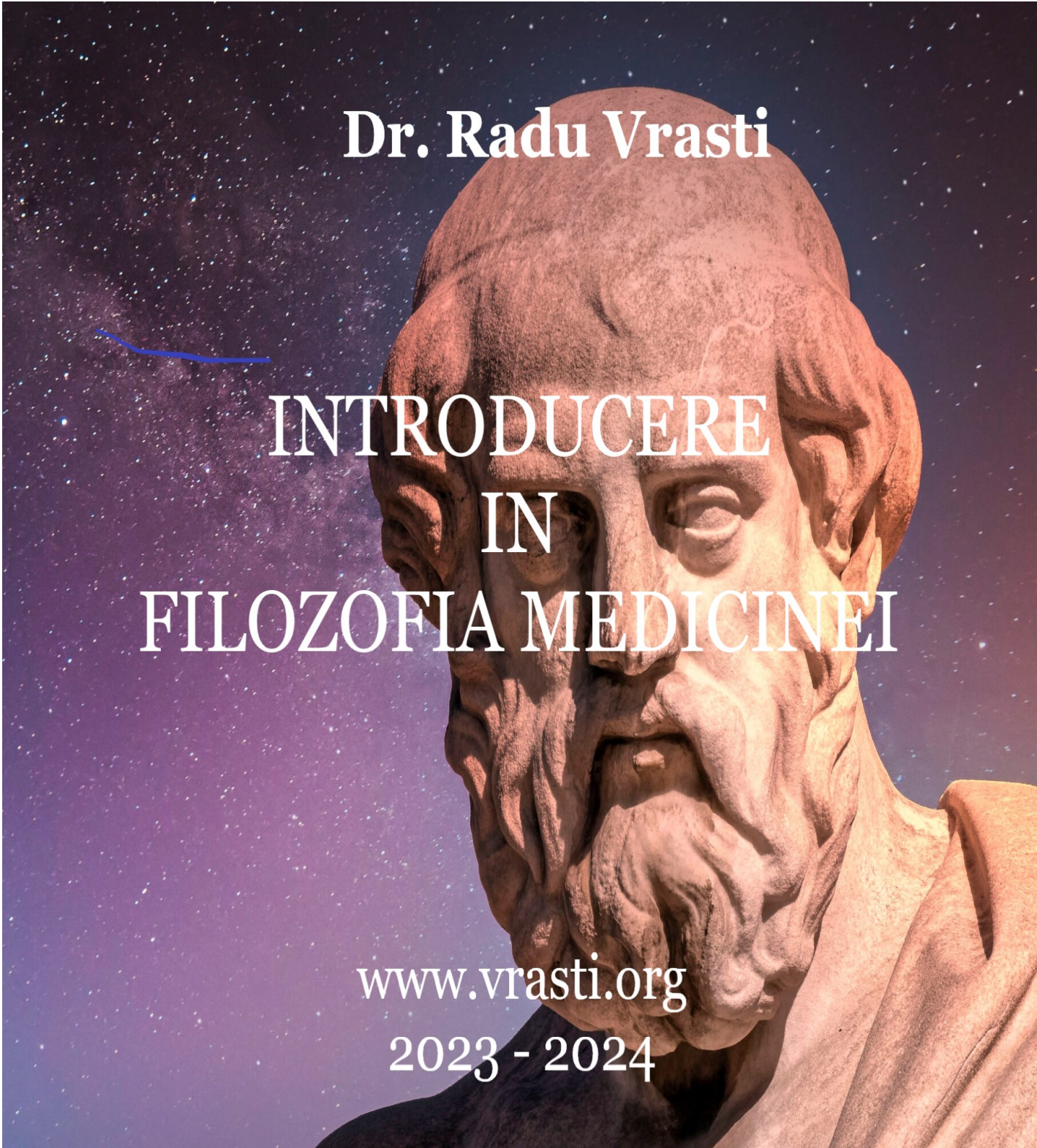




Dr. Radu Vrasti

**INTRODUCERE
IN
FILOZOFIA MEDICINEI**

www.vrasti.org
2023 - 2024

INTRODUCERE IN FILOZOFIA MEDICINEI

Dr. Radu Vrasti

www.vrasti.org

2023 - 2024

*Medicina m-a facut sa cunosc lumea cum
nici o alta ipostaza nu mi-ar fi aratat-o...*

Cuvant Inainte

Mai intai m-am gandit ca nu vreau ca aceasta carte sa aiba un “cuvant inainte”, dar apoi am zis ca nu se cade. Mai apoi m-am gandit cui ii foloseste realmente aceasta carte si am conchis ca cel mai mult mi-a folosit mie, cand am scris-o, pentru ca mi-a procurat o mare bucurie intelectuala. Si apoi, in ultimul rand, m-am gandit ca acest subiect este foarte important in zilele noastre, cand medicina, datorita tehnologizarii excesive si a narcisismului exagerat al unora din practicienii ei, risca sa-si piarda sufletul.

Doresc sa spun ca aceasta carte nu e scrisa de mine, ci de autorii pe care i-am citat in cuprinsul ei. Eu i-am pus doar in pagina in asa fel incat sa-mi slujeasca felului cum vad eu lucrurile dupa mai mult de 50 de ani de practica a medicinei in variate ipostaze in care am facut-o.

Cand m-am apucat sa scriu aceasta carte nu eram “filozof”, dar acum, la sfarsitul ei, am inceput sa fiu...

Nu vreau sa inchei fara sa spun convingerea mea ca nu dupa mult timp acest subiect va fi introdus in curricula de formare a studentilor la medicina. Este si aceasta o ratiune pentru care m-am straduit mai mult de doi ani sa scriu aceasta carte. Filozofia medicinei poate reprezenta modelul prin care medicina moderna poate rezolva criza cu care este confruntata..

In final imi permit sa spun ca daca cineva va dori sa fie filozof, vreau sa cred ca medicii vor fi primii care vor spune ca doresc acest lucru!

17 februarie 2024
Kitchener, Ontario

Dr.Radu Vrasti

Cuprins:

Cuvant Inainte	4
Cuprins	5
1. Ce este medicina	8
2. Medicina ca putere sociala	11
3. Este medicina o stiinta sau o arta	16
4. Cine esti dumneata, domnule doctor?	21
5. Cine este sanatos si cine este bolnav, privire evolutionista	30
5.1. Evolutia naturala biologica, genetica	31
5.2. Evolutia culturala	35
5.2.1. Modelul evolutiei culturale in acord cu modelul evolutiei naturale	35
5.2.2. Ce este cultura	39
5.2.3. Cum se face transmiterea culturala intre generatii	40
5.2.4. Co-evolutia cultura – creier/minte	41
5.2.5. Despre limbaj: parte a cognitiei, parte a culturii	45
5.3. Nisele umane	49
5.3.1. Ce este o nisa	50
5.3.2. Teoria constructiei nisei	51
5.3.3. Nisa sociala	53
5.3.4. Nisa culturala	56
5.3.5. Nisa cognitiva	61
5.3.6. Nisa medicala (sanitara)	64
5.3.6.1. Sistemul comportamentului imunitar	64
5.3.6.2. Comportamentul „ma simt rau”	68
5.3.6.3. Privire evolutionista asupra sanatatii si bolii	73
5.3.6.4. Comportamentul de sanatate	81
5.3.6.5. Comportamentul de bolnav	85
6. Relatia medic-pacient sau despre comunicare, empatie si „privirea medicala”	107

6.1. Comunicarea medic-pacient	111
6.2. Empatia	118
6.3. Privirea clinică	137
7. Epistemologia medicinei	153
7.1. Epistemologia generală descriptivă	153
7.2. Epistemologia medicinei – sursele primare ale cunoașterii în medicină	155
7.3. Epistemologia dualistă a medicinei	158
7.4. Practicile epistemice narative – istoria bolii pacientului	165
7.5. Epistemologia medicinei între obiectivism și subiectivism	172
7.6. Epistemologia medicinei bazate pe dovezi vs epistemologia cunoașterii expertului, <i>value-free</i> vs <i>value-laden</i> , constructivismul social	178
7.6.1. Medicina bazată pe dovezi	179
7.6.2. Cunoașterea expertului	188
7.6.3. Cunoașterea „ <i>value-free</i> ” vs cunoașterea „ <i>value-laden</i> ”	191
7.6.4. Construcția socială a cunoașterii în medicină	196
7.6.5. Discursul medical	201
7.7.6. De ce cazul psihiatriei este unul aparte	206
8. Importanța simptomelor în medicină; problema simptomelor inexplicabile medical	220
8.1. Ce este simptomul pentru medicină	220
8.2. Ce sunt simptomele inexplicabile medical	228
8.3. Epidemiologia simptomelor inexplicabile medical	234
8.4. Considerații nosologice privind simptomele inexplicabile medical	235
8.5. Modelele explicative ale simptomelor inexplicabile medical	239
8.5.1. Modelele explicative monofactoriale	240
8.5.1.1. Teoria focusării somato-senzoriale	240
8.5.1.2. Teoria senzitivizării somatice	241
8.5.1.3. Teoria senzitivizării sistemului imunitar	241
8.5.1.4. Teoria dereglării endocrine	241
8.5.1.5. Teoria filtrării semnalului	242
8.5.1.6. Teoria comportamentului de boală	242
8.5.1.7. Teoria disfuncției sistemului nervos vegetativ	243

8.5.1.8. Teoria proprioceptivitatii anormale	243
8.5.1.9. Teoria stressului	243
8.5.1.10. Teoria evolutiva	244
8.5.2. Modelele explicative integrative, multifactoriale	245
8.5.2.1. Modelul multifactorial biologic	245
8.5.2.2. Modelul multifactorial psihologic	246
8.5.2.3. Modelul multifactorial cultural	249
9. Conceptul de boala – intre naturalism si normativism	268
9.1. Istoria conceptului de boala	266
9.2. Istoria teoriilor despre ce este boala	269
9.3. Problema definirii bolii	276
9.4. Conceptul de boala intre naturalism si normativism	284
9.5. Despre relatia dintre boala si patologie	292
10. Logica diagnosticului medical: despre rationamentul clinic	302
10.1. Despre rolul diagnosticului medical	302
10.2. Rationamentul diagnostic sau judecata clinica	306
10.3. Formularea ipotezelor diagnostice, rationamentul deductiv si inductiv	310
10.4. Rationamentul abductiv	313
10.5. Modelul ipotetico-deductiv	317
10.6. Modelul Bayesian	319
10.7. Modelul de recunoastere a petternului	321
10.8. Rolul intuitiei si afectului in procesul diagnostic	325
10.9. Modelul dual al judecatii clinice	328
10.10. Calea diagnosticului, procesul multistadial al diagnosticului	330
10.11. Erorile de diagnostic	334
11. De ce „Filozofia Medicinii” si problema inteligentiei artificiale	343

Cap. 1: Ce este medicina

Societatea omenească are ca principal obiectiv preservarea vieții, a bunăstării și sănătății membrilor săi. Medicina este acel domeniu social îndrituit de societate cu tratarea și prevenirea bolilor de către un corp profesional specific, medici și surori medicale. Astfel, medicina este o forță socială care are discursul, organizarea, instituțiile specifice, și este în același timp și o forță politică, contribuind, după unii comentatori, la controlul comportamentului membrilor societății.

În secolul XXI oamenii au devenit total dependenți de medicina atât pentru a stăpâni bolile de care suferă sau și pentru a-și ajusta stilul de viață. Niciodată ca astăzi, cunoștințele medicale nu au fost atât de răspândite în populație și niciodată oamenii nu au avut atata apetență pentru acestea.

Termenul de medicină vine de la latinescul “*medicus*” care înseamnă vindicator sau doctor. *Medicus* a fost un adjectiv general folosit pentru oricine era asociat cu arta vindecării sau cu tratamentul bolnavilor. De aici a derivat verbul *medico* sau *medicor* și apoi substantivul “*medicina*” în limba latină. Începând din sec. XIII acești termeni s-au răspândit în Europa desemnând atât persoanele care se ocupă de tratamentul bolilor cât și domeniul care se ocupă de descrierea bolilor și a remediilor lor. Acești termeni au fost preluați mai întâi în limba franceză și apoi de limba engleză în forma nemodificată și ulterior de celelalte limbi europene.

Conform dicționarului internațional, medicina înseamnă știința și arta diagnosticului și tratării bolilor și traumatismelor și menținerea sănătății (Google.com), știința și artă care se ocupă de menținerea sănătății și prevenției, uzurării și vindecării bolilor (Merriam-Webster dictionary), studiul și tratamentul bolilor și traumatismelor (Oxford dictionary), tratamentul bolilor și traumatismelor de către doctori și surori (Collins dictionary) sau studiul, practica, tratamentul și prevenirea bolilor (Macmillan dictionary). Dicționarul explicativ al Limbii Române oferă următoarea definiție: “medicina este știința care are ca obiect păstrarea și restabilirea sănătății și care studiază în acest scop procesele fizice, chimice și biologice ale vieții, structurile și funcțiile organismului, cauzele și mecanismele de producere a bolilor, precum și mijloacele de diagnosticare, tratare și prevenire a lor”.

Istoricii medicinei vestice găsesc originile ei de vreme în istoria omenirii. În mod cert figura centrală a medicinei antice este Hippocrate. El spunea că “*știința este părintele cunoașterii și opinia hrănește ignoranța*”. Pentru el practicarea medicinei înseamnă observarea sistematică

si experienta cumulativa. Urmatoarea perioada din istoria medicinei este cea "*livreasca*" care este asociata cu mentalitatea scolastica a Evului Mediu, epoca cand cunoasterea si practicile medicale erau legate mai mult de ideile religioase si era depozitata in carti mai mult decat in practicantii ei. Urmeaza perioada "*spitaliceasca*" care are in centrul ei medicina franceza din sec. XIX, medicina care s-a practica in principal in spitale ca loc central de diagnostic, tratament si invatamant medical, loc in care s-au strans principalele descrieri ale bolilor. Urmeaza epoca medicinei "*sociale*" cand datorita descoperiri agentilor cauzali ai bolilor infectioase focusul s-a mutat spre preventia bolilor iar in prezent suntem in epoca medicinei "*experimentale*", medicina bazata pe cercetare si pe dovezi epirice (Warrell si colab, 2010).

Medicina utilizeaza profesionisti cu formare specifice, precum medicii care sunt persoanele care prin formare academica sunt capabili sa evalueze, diagnosticheze, trateze si sa previna bolile si traumatismele in vederea prezervarii sanatatii si bunastarii oamenilor, si surorile medicale care sunt persoanele care prin formare academica sunt capabili sa ingrijeasca oamenii bolnavi in vederea restaurarii sanatatii si bunastarii bolnavilor. Existenta acestor specialisti evidentiaza cel mai bine cele doua versante ale medicinei: diagnosticul si tratamentul pe de o parte si ingrijirea pe de alta parte.

Dupa Michael Foucault (1969) medicina este o institutie reglementata, un ansamblu de indivizi, constituind corpul medical, o suma de cunoastinte, o practica si in sfarsit, o competenta recunoscuta de catre opinia publica, justitie si administratie. Medicina a devenit, incepand cu secolul al XIX-lea, instanta majora care, in societate, departajeaza, desemneaza, numeste si instaureaza boala ca obiect de cercetare/studiu. Nikolas Rose (1990) spunea ca din acel moment boala a devenit un teritoriu care poate fi stapanit de o forma de cunoastere, medicina, care poate fi reglementata de rationalitatea specifica stiintei. Dupa el medicina a fost poate prima cunoastere pozitiva care a luat forma de expertiza, in care fiinta umana a fost nu numai obiect de cunoscut dar si subiect pentru reforma si transformare, de coduri rationale si morale si de relatie cu obiective secularizate, precum bunastarea fizica si sociala.

Ce ce numim noi medicina este constituit dintr-o serie de dimensiuni cu diferite istorii, posibilitati si diferite relatii (Rose, 1990) precum: i) expertiza medicala constituita din cunoasterea si practica medicala care in final conduce la posibilitatea distingerii intre sanatare si boala; ii) personalul implicat cu diferite grade si forme de expertiza medicala precum medici, surori, tehnicieni, manageri, etc.; iii) spatiile utilizate de profesionistii medicinei precum spitale,

clinici, dispensare, cabinete, centre de diagnostic și explorare; iv) tehnologiile de sănătate care cuprind formele tehnice care sunt dedicate gestionării sănătății și bolilor; v) modurile particulare de cunoaștere și practica medicală în legătură cu igiena socială, sănătate comunitară, ecologie, stil de viață.

Medicina de astăzi trebuie analizată ca fiind constituită social în sensul că ea este mereu sub influențe sociale fiind legată de modurile în care ideea de societate are o formă și statut. Medicina astăzi înseamnă mai mult sănătate decât boala iar sănătatea devine o valoare seculară care înlocuiește vechea virtute teologică non-corporală. Mai mult, medicina actuală conține și principalele dimensiuni după care noi căutăm să compunem un stil de viață. După cum scria Rose (1990), prezentul nostru este îmbibat cu etică și umanism, etica persoanei normale sociale care este în mod intrinsec o etică a unui corp sanator de care are grijă medicina modernă. Astfel medicina modernă se extinde dincolo de dimensiunea bolii și vindecării într-un management al normalității în sine. Doctorul a devenit un expert în arta trăirii și medicina apare să ne ofere o soluție rațională, seculară și corporeală la problema cum noi ar trebui să ne trăim viața cel mai bine și ce ar trebui să facem mai bine cu viața noastră pentru a o adapta la adevărul nostru, cum spunea Foucault (1969) noi am lăsat medicina să lumineze deciziile noastre despre cum trebuie să trăim.

Bibliografie:

Foucault M (1990): *The Archaeology of Knowledge*, tr. A. M. S. Smith, London, Routledge, (orig. *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 1969).

Rose N (1990) *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*, London; Routledge.

Warrell DA, Cox TM, Firth JD, Ogg GS (2010); *Oxford textbook of Medicine*, 5th Ed. London: Oxford University Press.

* * *

Cap. 2: Medicina ca putere sociala

Cresterea secularizarii societatilor vestice, dependenta de rationalitate si individualism, cresterea asteptarilor pentru o viata lunga si descresterea numarului de decese datorita bolilor a condus la un statut aparte a medicinei din zilele noastre. Medicina sau increderea in medicina este astazi un crez! Acest crez este determinat de asteptarile legate de sanatate care prevaleaza in societatea vestica. Cu toti dorim sa ne simtim bine, fara dureri, fara simptome si dizabilitati, sa traim mai mult.

Deborah Lupton (2003) detalia tabloul pe care medicina il are pe canavaua societatii de astazi si spune ca societatea vestica este caracterizata de deziluzia in crestere fata de medicina stiintifica. In mod paradoxal exista o dependenta in crestere fata de biomedicina care furnizeaza explicatii la suferintele oamenilor si fata de mitologia despre medici providentiali, iar pe de alta parte doctorii sunt criticati despre abuzul de putere, opresiunea si controlul pacientilor lor si despre greselile lor profesionale si si avaritia lor. Mai exista si idea ca accesul la ingrijiri medicale este un bun social si un drept inalienabil care este mereu amenintat de felul de organizare a sistemului medical si de practica aferenta. Pentru multa lume profesia medicala are prea multa putere si un statut prea inalt si ca oamenii plaseaza medicii cu o incredere prea mare.

Dar ce este puterea? Puterea este data de capacitatea de a influenta cum altii gandesc, simt si actioneaza altfel decat daca nu ar fi sub aceasta influenta. Raven (1993) si Gabel (2012) disting mai multe feluri de putere printre care puterea legitimata, puterea expertului, puterea informationala, puterea coercitiva si puterea referentiala. Medicii au atat puterea legitima, conferita de stat care autorizeaza exercitarea profesiei de medic, cat si puterea expertizei pe baza recunoasterii cunostintelor, experientei si expertizei medicului. Medicii mai detin si putere informationala pe baza informatiilor pe care le detin, putere coercitiva pe baza amenintarilor asupra consecintelor negative ale nerespectarii autoritatii informationale si putere referentiala care se exercita in conjunctie cu alte tipuri de putere ale statului.

Pentru Lupton (2003) exista o teorie functionalista a puterii dupa care puterea nu este proprietatea institutiilor, grupurilor sau indivizilor ci este o resursa generalizata care curge prin sistemul politic sustinuta de consensul general fata de cei care au castigat puterea prin contributia lor la societate, de exemplu medicii. Astfel, puterea este bazata pe o autoritate legitima,

împartășită și acceptată de membrii societății, mai curând decât coercitivă. Abordarea functionalistă nu vede relația medic-pacient ca produsul conflictului sau a luptei pentru putere. Mai curând vede profesiunea medicală ca o instituție beneficiară care performează un sacrificiu necesar și celor membrii sunt pe drept investiți cu un prestigiu înalt, statut și putere și altruism. Dominanța medicală sau autoritatea profesiei medicale este văzută ca o metodă dezirabilă pentru menținerea unei distanțe sociale între doctor și pacient, permițând doctorului de a lua controlul și de a performea funcția de vindecare în mod adecvat și în interesul pacientului. Perspectiva functionalistă vede starea de suferință ca fiind pentru mulți pacienți cu nevoi psihologice o dorință ca medicul să ia decizia și să-și asume astfel de responsabilitate și de gestionare a bolii (Mechanic, 1979).

Alături de perspectiva functionalistă asupra puterii în general și a puterii medicinei în special, există și perspectiva politico-economică și cea poststructuralistă și postmodernistă (Lupton, 2003). Conform celei politico-economice, relația de putere este caracterizată nu de înțelegere și beneficiu reciproc ci de un conflict de interese. Dominanța medicală este rezultatul luptei pentru puterea dintre un număr de grupuri de interese, fiecare încercând să dobândească controlul asupra pacientului. Astfel, în multe cazuri doctorii sunt chemați să facă judecăți asupra sistemului legal, angajatori sau alte autorități sociale. Autoritatea medicală este dată de standardul cunoașterii și apartenența la o clasă înaltă.

Pentru Foucault (1974), din perspectiva poststructuralistă, puterea în contextul întâlnirii medicale nu este o entitate unitară, ci o relație strategică care este difuză și invizibilă. Puterea este legată de ideea de a forma o organizare socială în care ordinea socială și conformitatea sunt menținute voluntar. Aici puterea nu mai este numai represivă, ci productivă, producând cunoaștere și subiectivitate. Astfel, în *“The Order of Things”*, el afirmă că există o relație între putere și cunoaștere. Accesul doctorilor la cunoașterea științifică da doctorilor un enorm prestigiu social și influență care a început de la sfârșitul sec. XIX. Privirea clinică (*“clinical gaze”*) așa cum Foucault numește puterea medicală în *“The Birth of the Clinic”* (1973), permite medicilor să-și asume o putere socială considerabilă în definirea realității și în identificarea devianței și bolii. Privirea clinică se referă la experiența clinică a medicilor. Ea a produs o separare medicală a corpului pacientului de persoana pacientului. Foucault (1977) spunea că trebuie să admitem că puterea produce cunoaștere... că puterea și cunoașterea se determină una pe alta; că nu există relație de putere fără constituirea coercitivă a câmpului cunoașterii și nici

cunoastere care nu presupune in acelasi timp relatii de putere. Acest sistem de control a fost posibil prin progresul stiintific si prin emergenta unor noi forme de cunoastere: criminologie, sociologie, psihologie, medicina, etc. Aceasta relatie dintre putere si cunoastere se evidentiaza din felul cum se scrie istoria oficiala. Corpurile profesionale dezvoltă propria istorie prin sublinierea contributiei lor altruistice pentru umanitate. Foucault a dorit sa demistifice felul acesta de a scrie istorie ceea ce face in istoria nebuniei. Dupa el, societatea vestica este reglata de stat si institutiile sale prin dominatia standardelor ratiunii, prin aplicarea stiintei in viata de zi cu zi. Aceasta a dus la standardizare si uniformizare, societatea netolerand idei si stiluri de viata care se indeparteaza prea mult de normal, definit in primul rand de medicina. Medicina este parte dintr-un sistem extins de reglementari morale printr-un regim medical. Astfel s-a medicalizat sexualitatea, emotionalitatea, alimentatie, timpul liber, sportul, relatiile interumane. Rezultatul a fost o bio-politica a populatiei, o politica a corpului uman. Disciplinele moderne, sistemele de supraveghere si control si formele contemporane de cunoastere asupra omului sunt focusate pe corpul uman si reproducerea lui (Turner, 1995). Pe aceasta Foucault o denumeste *"guvernabilitate"*.

Mereu s-a afirmat ca se doreste ca balanta de putere in medicina sa se incline mai mult in favoarea pacientului, pacientului trebuind sa i se ofere libertatea de a alege dintre mai multe optiuni de tratament pentru boala lui. Totusi este de mult inteles ca in medicina "puterea de decizie" o are medicul care este indrituit sa diagnosticheze si sa trateze bolile pacientilor care i se adreseaza. Puterea aceasta vine de expertiza pe care o are in acest domeniu, expertiza data de formarea lui academica, de experienta pe care o are si de institutiile medicale unde isi desfasoara activitatea.

In general conceptul de putere mai include si premii, coercitii, legitimari si charisma. Clinicienii apeleaza si la aceste ingrediente pentru a-si exercita puterea asupra pacientilor, ingrediente care sunt utilizate cel mai ades in cabinetul de consultatii medicale. Canter (2001) citeaza viziunea lui Luke (1974) care vorbea de trei paliere pe care se exercea puterea:

1. coercitia care in cazul medicinei se petrece atunci cand medicul prezinta pacientului numai o alternativa;
2. controlul agendei de comunicare cu persoana asupra careia se executa puterea, de ex, medicul vorbeste pacientului despre boala lui, consecintele ei si modelul de tratament agreat (biomedical), neprezentandu-i alte modele explicative;

3. controlul asupra lumii celui expus puterii, de ex. medicul prezinta datele numai in lumina cunoasterii medicale pe care le insera in lumea pacientului nelasand loc de alta interpretare decat cea biomedicala.

Exista si versantul pozitiv al puterii medicilor asupra pacientilor, de ex. aceasta forma de putere duce la cresterea aderenței pacientului la regimul de ingrijire si tratament prescris de medicul, la interpretarea pe care medicul o da simptomelor si suferintei pacientului si, in final, la formularea diagnosticului. Medicul utilizeaza frecvent puterea referentiala ce duce la internalizarea recomandarilor medicale. Puterea referentiala face ca pacientul sa vada in medic o sursa de informare, de sprijin si de stima de sine. Exemple de exercitare a puterii referentiale de catre medic ar putea fi utilizarea de "self-disclosure", folosirea de feedback pozitiv, utilizarea de propozitii directive care sa incurajeze comportamente ale bolnavului, solicitare de angajamente ale bolnavului, recomandari de auto-control, ajutor pentru mentinerea angajamentului bolnavului, auto-control al comportamentului si cresterea motivatiei (Rodin si Janis, 1979) .

Bibliografie:

Canter R (2001): Patients and medical power: Shifting power in favour of the patient may not be so straightforward, British Medical Journal, 323: 414-418.

Foucault M (1974) The Order of Things, London: Tavistock,

Foucault M (1973): The Birth of The Clinic, London, Tavistock.

Foucault M (1977): Discipline and Punish; the Birth of the Prison, London: Tavistock.

Gabel S (2012): Power, leadership and transformation: the doctor's potential for influence, Medical Education, 46: 1152-1160.

Lupton D (2003): Medicina as Culture: Illness, Disease, and the Body in Western Society, 2nd Ed. London; Sage Publ.

Mechanic D (1979): Future Issues in Health Care: Social Policy and the Rationing of Medical Services. New York, NY: The Free Press.

Raven BH (1993): The bases of power: origins and recent developments. J Soc Issues 1993;49 (4):229-251.

Rodin J, Janis IL (1979): The Social Power of Health-Care Practitioners as Agents of Change, Journal of Social Issues, 35, 1: 60-81.

Turner BS (1995): Medical Power and Social Knowledge (2nd Edition), London: Sage Publications.

* * *

Cap. 3: Este medicina o stiinta sau o arta

Am vazut ca pentru cei din afara ei medicina este o stiinta care a devenit o putere alaturi de alte puteri din societatea umana moderna, dar pentru cei dinauntru ei, sau pentru cei care o admira, medicina a fost si inca a ramas o arta! De fapt problema ar trebuie sa se puna sub forma intrebarii: este medicina o stiinta sau o arta? Raspunsul este ceea ce s-a spus mereu: medicina este atat o stiinta, cat si o arta!

Cei care spun ca medicina este o stiinta se gandesc la faptul ca stiinta a facut totdeauna parte din medicina vestica sau cel putin medicina a aspirat mereu la o fundamentare stiintifica.

Stiinta are o contributie la medicina in trei moduri (McCormick, 2001): i) furnizeaza un corp de cunostinte relatie sigure, ii) din aceste cunostinte s-au dezvoltat tehnologii care au un impact major asupra practicii medicinei, si iii) stiinta ofera medicinei un mod de gandire.

Cunoasterea in medicina a fost mereu imperfecta dar medicina refuza de cele mai multe ori sa recunoasca acest lucru pentru ca exista un progres contunu al cunoasterii medicale si ceea ce nu stiam cu ceva timp inainte devine astazi mult mai clar. Aceasta ne duce la ceea ce spunea Popper (1960) ca *"cu cat aflam mai mult si mai in profuzime despre lume, cu cat vom fi mai constienti, specifici si articulati privitor la ceea ce nu stim, la ignoranta noastra"*. Ceea ce nu stim este de fapt masura incertitudinii, a nestiintei noastre. Apoi, cat este de mult cunoasterea pe care am dobandit-o se verifica in marimea cu care ea este aplicata in practica? Cunoasterea medicala este izvorata din practica si cercetarile medicale si se aplica la *"patul bolnavului"* unde se vede uneori totusi o discrepanta intre cunostinte si rezultate.

Gandirea medicala s-a vrut sa fie stiintifica, adica sa aibe un grad mare de *"irefutabilitate"* (Poper, 1960), dar ea, in fond, este mai mult un proces ipotetico-deductiv bazat pe experienta si probabilitate. Pe de alta parte, cunoasterea in medicina se caracterizeaza prin incomensurabilitate in sensul in care Kuhn (1962) foloseste acest termen. Incomensurabilitatea cunoasterii medicale este oarecum similara cu incomensurabilitatea cunoasterii despre univers, univers care mereu se descopera, care mereu se expandeaza si mereu trebuie sa impingem mai departe cunoasterea noastra despre univers. Aceasta incomensurabilitate vine si din faptul ca fenomenele care cuprind cunoasterea medicala utilizeaza diferite concepte si metodologii ce le face ca sa fie greu comparabile unele cu altele.

Medicii sunt invatati inca din facultate sa asculte de afirmatiile de autoritate academica din curriculum educational a profesiei lor fara sa existe loc la dubii si, in acest sens, Skrabanek (1989) vorbeste chiar de "*scepticemia*" doctorilor care ar fi boala prin care medicii devin imuni la scepticism. Se vede aici ca exista o tensiune intre stiinta, ca forma de organizare a cunoasterii, si medicina. Ortega Y Gasset (1946) afirma ca "*medicina nu este o stiinta ci este o profesie, ea este o problema de practica*", medicina utilizeaza din stiinta ceea ce considera ca este eficient si lasa restul deoparte.

In schimb, cei care spun ca medicina este o arta se gandesc ca aceasta calitate a ei vine din trasaturile specifice ale celui care o practica inclinatia de a culege, din anamneza si din examinarea pacientului, simptomele si semnele bolii si de a pune un diagnostic pe baza acestora, pe cand stiinta medicinei vine din interpretarea lor biologica, legarea acestora de structura si functionarea organica a corpului uman. Aici era vorba si de arta de a vorbi si intelege un pacient, de a distinge din cuvinte adevarul, ce se petrece intr-o lume neobservabila, ceea ce implica in mod inevitabil o deductie subiectiva. Aici intervine arta! Herman (2001) arata ca: a patrunde in secretele bolilor inseamna un parcurs care cere pozitia unui artist in lumea simbolurilor, analogiilor si metaforelor, a transfigurarii realitatii" iar Anton Cehov scria: "cred ca senzitivitatea artistului poate fi egala cu cunoasterea omului de stiinta, ambele au acelasi obiect, natura, si poate cu timpul va fi posibil ca acestea sa se lege intr-o forta miraculoasa care este greu de imaginat astazi" (Coope, 1997).

Dichotomia dintre arta si stiinta are o vechime importanta in viata de toate zilele si in cultura in sens larg. De exemplu, este destul de raspandita practica dupa care parintii indruma copii spre o forma de invatamant sau alta, la stiintele reale sau la cele umaniste. In a doua parte a sec. XX, fizicianul si romancierul englez C.P.Snow (1959) lanseaza termenul de "*doua culturi*" care pune in opozitie intelectualii de litere si oamenii de stiinta. El spune ca fiecare grup este suspicios fata de celalalt cu privire la potrivirea si complementaritatea dintre punctele lor de vedere. Aceasta diferentiere este prelungirea unei mai vechi dezbateri dintre educatia clasica si educatia stiintifica. La nivel filozofic, linia de demarcatie dintre cele doua culturi este definita de diferenta epistemologica dintre pozitivism si interpretativism. Pozitivismul este epistemologia stiintei care spune ca realitatea exista, ca este cognoscibila si ca cunoasterea poate fi dobandita prin simturi. Sarcina cercetatorilor este sa culeaga date, sa faca analize statistice, sa interpreteze rezultatele prin deductie logica si generalizari. Faptele derivate din metoda stiintifica capata statutul de cunoastere. Interpretativismul

poate fi înțeles ca parte a poziției filozofice a idealismului care s-a dezvoltat ca un răspuns la filozofia iluminismului. În interpretativism emfaza este pusă pe experiența personală și introspecție (fenomenologie), interpretarea textelor (hermeneutică), înțelegerea semnificațiilor împărtășite (constructivismul social) și simbolurile ca obiecte sociale derivate cultural având înțelesuri împărtășite care construiesc realitatea. Prezentul și viitorul este destul de prietenos cu epistemologia științei pentru că știința se poate felicita pentru realizările ei (Meisenberg, 2018). Nu același lucru se întâmplă cu arta, cu *"intelectualii literari"* ai lui Snow. Departamentele academice ale științelor sociale, studiile feministe și disciplinele similare care au apărut ca ciupercile în campusurile universitare sunt implicate în crearea de narative *"evidence-free"* a realității sociale. În timp ce știința merge spre toleranță zero față de realități multiple, care sunt văzute ca rezultatul erorilor științifice sau a greselilor, științele umaniste au cultivat relativismul epistemologic. Mai de curând Ricardo Nirenberg (2021) vorbește chiar de o agonie a științelor umaniste și trece în revista lungă lista de comentarii pe această temă dintre care amintesc de conferința lui Nietzsche din 1872 despre viitorul instituțiilor educaționale ale timpului sau în care remarcă educația clasică și educația formală sunt două sfere ireconciliabile și timpul alege mereu educația formală, științifică.

Prapăstia de cunoaștere științifică și cea umanistă crește pe măsura extinderii utilitarismului cunoașterii științifice. Problema este că fiecare societate umană are nevoie de ambele feluri de cunoaștere: cunoașterea factuală, obiectivă, care generează prosperitate materială și o viziune largă a vieții care leagă credințele de valori și principii etice.

Snow (1960) crede că știința este bine plasată să genereze o viziune obiectivă asupra lumii pentru că adevărurile științifice sunt replicabile și astfel scutite de erori și comportamente incorecte. Etica și practica științei sunt centrate pe spunerea adevărului și, în consecință, pot fi judecate ca bine sau rău de către oameni. Totuși, știința nu mai este știința atunci când produce afirmații factuale conform preferințelor oamenilor. Știința nu furnizează valori și maxime morale. În consecință, intelectuali literari ai lui Snow, incluzând jurnaliști și alți scriitori populari și bloggeri, mai curând decât oameni de știință, uzurpă locul vacant lăsat de religie. În loc să creeze toleranță la diversitate, realitățile multiple create de acești intelectuali au construit un tribalism și un război cultural. Mi-am permis să fac această digresiune pentru că problema aceasta reprezintă și *"of-ul"* meu de mult timp!

Această conflictă există și în interiorul medicinei și poate că rezolvarea dilemei dintre știință și artă în medicină ar veni din ceea ce James Marcum scria la sfârșitul cărții lui,

"Humanizing Modern Medicine (2008): *"In mod traditional, modelul medical vede medicina ca o stiinta si ca o practica bazata pe evidente, in timp ce modelul umanist percepe medicina ca o arta si o practica centrata pe pacient. In primul model medicina este focusata pe logos sau rationalitate si in al doilea model este bazata pe etos. Patos-ul poate transforma logosul din biomeicina si cunoastere obiectiva in intelepciune, poate transforma emotionalitatea detasata a doctorului din biomedicine intr-o practica plina de compasiune si empatie...stiinta poate ajuta dar vindecarea depinde de medic...ce se intelege prin arta medicinei este stabilirea unei relatii personale intre medic si pacient prin care se abordeaza nevoile psihologice si emotionale ale pacientului"*.

Arta medicinei mai inseamna si descoperirea semnificatiei spirituale a suferintei pacientului care sta in fata medicului. In felul acesta sanatatea mai inseamna si salvarea individului intr-un context etic si discursul medicului apare presarat de chestiuni privind semnificatia vietii. Astazi se poate spune ca medicul a devenit expert in arta traiirii! Noua noastra ontologie, constituita de medicina moderna, apare sa ne ofere o solutie rationala, seculara si corporeala la problema cum ar trebuie sa ne traim viata cel mai bine si ce ar trebuie sa facem cu viata noastra pentru a o adapta la adevarul nostru. Astfel arta medicinei ne lumineza deciziile despre cum ar trebuie sa ne traim viata (Rose, 2001).

Medicina-stiinta este cea care masoara, cea care experimenteaza si furnizeaza dovezi, medicina-arta este cea care se bazeaza pe povestile/cuvintele pacientului, pe subiectivitatea lui, este arta de a culege simptome, de a le interpreta, arta de a pune diagnosticul care se potriveste bolnavului, este arta pentru ca nareaza suferinta pacientului ca in final medicul sa devine biograful pacientului sau.

Martin Halliwell (2013) inventeaza termenul de "*stiinte umaniste medicale*" pentru a descrie campul larg al relatiilor dintre stiinta medicina, arta si cultura. Se zice ca medicina nu a fost niciodata o profesie sigilata, inchisa si refractara la alte stiinte sau la cultura. A existat o tensiune intre ideile mai largi si exactitatea examenarilor anatomice, fiziologice si patologice care au devenit mai evidente dupa al doilea razboi mondial, cand aplicatiile practice ale descoperirilor experimentale si teoriile biomedicale au intrat in tensiune cu semnificatiile si ideile umaniste. De fapt, nici profesia medicala si nici bolile in sine nu pot fi considerate ca stabile sau monolitice; istoria relatiilor dintre ideile stiintifice ale medicinei si practica medicala, inclinata spre arta, este

complexa si influentata de tranzactiile dintre doctori si pacienti asupra liniilor de demarcatie dintre obiectiv si subiectiv.

Bibliografie:

Coope J (1997): Doctor Chekhov. Chale, Isle of Wight: Cross Publishing,13: 49.

Halliwell M (2013): Therapeutic revolution: Medicine, Psychiatry and American Culture, 1945-1970, New Brunswick: Rutgers Univeresity press.

Kuhn T (1962): The Structure of Scientific Revolutions, Chicago: University of Chicago Press.

Marcum JA (2008): Humanizing Modern Meidicine: An Introductory Philosophy of Medicine, New York:Springer.

McCormick J (2001): Scientific medicine - The contribution of science to medicine, Occasional paper (Royal College of General Practitioners), 36(80):3-6.

Meisenberg G (2018): Editorial: The Two Cultures. An update, Mankind Quarterly, 58, 4: 558-561.

Nirenberg, R (2021): The Long Agony of the Humanities. Academia Letters, Article 1234. DOI 10.20935/AL1234.

Ortega y Gasset J (1946): The Mission of the University. London: Kegan Paul.

1 Herman J (2001): Medicine: the science and the art, J Med Ethics: Medical Humanities, 27: 42–46.

Popper K (1960): On the source of knowledge and ignorance. Proceedings of the British Academy.

Rose N (2001): Medicine, history and the present, in C Jones and R Porter (Eds.): Reassessing Foucault: Power, Medicine and the Body, New York: Routledge.

Skrabenek P, McCormick JS (1989): Follies and Fallacies in Medicine. Glasgow: Tarragon Press.

Snow CP (1959): The Two Cultures and a Second Look. Cambridge: Cambridge University Press.

Snow CP (1960): The Two Cultures and the Scientific Revolution, Cambridge: Cambridge University Press.

* * *

Cap. 4: Cine esti dumneata, domnule doctor?

Medicul este produsul evolutiei de milenii a credintelor despre cauza bolilor si despre felul cum trebuie ingrijiti cei bolnavi, a trecerii treptate de la ingrijirile reciproce a indivizilor dintr-un grup la ingrijirile "specializate" in functie de factorii care le produc: demonii si spiritele in cazul samanilor, si dezordinile corporale in cazul medicilor.

Homo sapiens a fost o fiinta slab dotata fizic pentru a-si dobandi hrana vanand animale de talie mare sau pentru a se apara de pradatori mult mai puternici. Totusi, in final el a dominat regnul animal pentru ca a inteles ca doar prin asociere in grupe mari de indivizi v-a putea supravietui si prospera. Aceasta asociere era bazata pe intrajutorare si avantaj reciproc. Grupul in sine era foarte interesat ca toti membrii sai sa fie valizi si sa participe egal la apararea grupului si la furnizarea de hrana. Cand un membru al grupului prezenta probleme care sa-i diminueze capacitatea de functionare si gradul de participare, grupul devenea imediat interesat sa-i ofere grija si protectia pentru a se recupera la nivelul anterior. El a devenit sensibil la problemele fizice ale fiecarui individ si a dezvoltat abilitatea de a detecta diferitele ipostaze in care un individ isi putea pierde abilitatile functionale: pe plan individual aceasta deficienta devenea o "suferinta". Putem presupune ca fiecare din acestia erau capabili sa-si detecteze capacitatile proprii si pe cele ale celor din jur. Odata cu dezvoltarea simbolizarii existentei si dezvoltarea limbajului aceasta capacitate de identificare a problemelor individuale a devenit sarcina specifica a unor indivizi care ofereau atat evaluarea cat si ingrijirile aferente ai asa au aparut primii vindecatori. Cand intrebarile legate de cauzalitatea problemelor de sanatate si functionare au dat raspunsuri legate de interventia "spiritelor", demonilor si a altor forte imateriale, pe scena vindecatorilor au aparut "smananii", persoane specifice cu abilitati de a media relatia dintre indivizi si fortele supranaturale. Pe masura ce cauzalitatea suferintelor s-a intors pe pamant au aparut o noua cunoastere, realista, parpabila, empirica, care a devenit apanajul medicinei. Medicina a transformat problema de capacitate fiziologica si de functionare in boala, suferindul in bolnav si pe vindecatori in medici.

Istoricii medicinei considera ca in sec. XVIII si XIX medicina era o profesie insidioasa si vulnerabila. Ei aveau prestigiu putin, nu erau bine platiti, credibilitate lor era dubioasa si mijloacele terapeutice pe care le foloseau aveau foarte putina eficienta. Pe de alta parte,

domeniul îngrijirii sănătății nu era bine reglementat iar scolile de medicină nu ofereau o educație solidă și unitară (Kernahan, 2012)..

Începând din sec. XIX, ca răspuns la comentariile ostile referitor la eficacitatea profesiei lor, medici au căutat să profesionalizeze practica curentă. Odată cu apariția terapiei medicamentoase de pe la începutul sec. XX, publicul a luat cunoștința de progresele medicinei ca mai apoi, odată cu apariția antibioticelor și a vaccinului contra poliomielitei a lui Jonas Salk în 1955, să devină conștient de miracolele medicinei și să constientizeze ca parte din viața lor o datorează medicinei. Aceasta a fost "*varsta de aur*" a medicinei.

Structura bolilor la care medicina a trebuit să răspundă în timpul vârstei ei de aur și imediat după, s-a schimbat. Modelele mortalității, morbidității și dizabilității nu mai sunt astăzi ce au fost ieri! Omran (1971) sugerează ca schimbările acestor modele pot fi împărțite în trei perioade istorice distincte: i) perioada epidemiilor și foametei ce caracterizează perioada premodernă a evoluției preindustriale a societății, perioada caracterizată prin mortalitate crescută asociată cu expunere la factori de mediu neprielnici, accidente și conflicte; ii) perioada retragerii epidemiilor, îmbunătățirea locuinței, a igienei, nutriției și sănătății publice (apa potabilă, gunoarie, etc.) ceea ce a dus la declinul bolilor infectioase și parazitare și creșterea speranței de viață și iii) perioada bolilor degenerative și bolilor generate de activitatea umană, când mortalitatea continuă să scadă și speranța de viață a ajuns în jur de 70 ani; în această perioadă bolile cronice sunt principală cauză de mortalitate, iar morbiditatea este considerată a fi expresia schimbărilor stilului de viață: sedentarism, stress, alimentație bogată în lipide și glucide, etc. Sunt autori care propun și alte perioade precum cea de întârziere bolilor degenerative, perioada în care cauzele majore ale bolilor rămân neschimbate dar ele devin mai frecvente la vârsta înaintată, cu creșterea în consecință a îngrijirilor paliative și alta perioadă, care apare în zilele noastre, perioada care s-ar denumi cea a amenințărilor globalizate asupra sănătății caracterizată de apariția de noi boli infectioase (de ex. pandemia cu Covid-19) și de resuscitarea altora mai vechi (TBC, malarie, etc) și de emergenta amenințărilor ambientale globale (poluare, bioterrorism, etc.) (McKibb și Marceau, 2002).

Ca urmare a acestor evoluții, poziția socială a doctorului în societate apare să se fi schimbat. Medicina ajunsese la apogeu datorită noilor metode și tratamente chirurgicale și doctorii erau percepuți ca fiind de mare ajutor. Schimbările ulterioare în modelul morbidității și mortalității fac ca medicina de astăzi să se îndrepte mai mult spre stilul de viață și îngrijirea

pacientilor sub acest aspect. Multi dintre doctori si-au schimbat focusul de la monitorizarea conditiilor incurbile (de ex. diabet, hipertensiune, astm, artrite, cancer) la imbunatatirea calitatii vietii pacientilor. Astazi stilul de viata defectos, precum sedentarismul, alimentatiei bogata in lipide si carbohidrati, consumul de alcool si droguri recreationale, etc. este responsabile de aproape 80% din mortalitatea prematura. Odata cu cresterea interesului pentru medicina preventiva si forma holistica a sanatatii a crescut si constiinta faptului ca stilul de viata si fortele sociale care construiesc acest stil, au impact important asupra sanatatii (Logan si colab., 2019). Cresterea accesului publicului la cunoasterea medicala a dus la intelegerea responsabilitatii personale in geneza boli si suferintei iar ingrijirea paternalista medicala a ajuns pe planul doi. Ingrijirea propriei sanatatii, grija fata de greutate, exercitiile fizice, dieta, auto-examinarea tradeaza acceptarea statutului individului de fi agentul propriei sanatatii. La toate acestea se adauga faptul ca informatiile medicale de pe internet face ca multe intalniri cu medicul sa nu mai fie necesare.

In prima jumatate a sec. XX medicii din lumea vestica se bucurau de stima si prestigiul social impreuna cu admiratia fara precedent pentru munca lor si medicina era un model profesional de mare prestigiu. Rolul medicului oscila intre unul sacerdotal la cel tehnic sau social. Totusi, de pe la inceputul anilor 1950, odata cu cresterea poverii bolilor determinate de stilul de viata, a bolilor cronice, din ce in ce mai multe voci se indoiesc de profesia medicala. Aceasta critica venea din faptul ca functia medicului era de a aplica o cunoastere generala la un individ particular, pacientul din fata lui. La aceasta se mai adauga si faptul ca publicul devenise din ce in ce mai competent in a decela malpraxisul. Unul dintre rezultate acestei evolutii a fost cresterea criticismului si a cereri pacientilor de a participa in relatia terapeutica. Relatia terapeutica se transforma treptat din cea sacerdotata sau tehnica intr-una mai mult "*colegiala*" sau "*contractuala*". Erodarea statutului medicilor se manifesta prin libertatea din ce in ce mai mare a pacientilor de a critica actul medical, de a identifica malpraxisul, de a solicita a doua opinie, de a schimba medicul si de a solicita daune. In general, cei care se plangeau de medicina pomeneau de patru feluri de abuzuri: i) malpraxis, ii) proceduri nenesare sau incompetenta, iii) onorarii exagerate si iv) acte lipsite de etica. Aceasta critica a medicinei, care anunta sfarsitul epicii de aur a ei, ataca de fapt contractul pe care medicina il avea cu statul.

Atunci cand s-au inventariat factorii care au condus la eroziunea profesionalismului si la declinul profesiei medicale din a doua jumatate a sec. XX si inceputul sec. XXI, McKinlay si

Marceau (2002) inventatiari o serie de factori intrinseci si factori extrinseci profesiei medicale.

Dintre acestia autorii enumera:

1. Factori intrinseci:

- schimbarea naturii si a rolului statului in suportul profesiei medicale;
- birocratizarea si corporatizarea doctorilor si in consecinta pierderea autonomiei profesionale;
- competitia cu alti furnizori ai ingrijirii sanatatii, furnizori non-medicali, ce a dus la inlocuirea medicilor in unele situatii;
- globalizarea si informatizarea cu subordonarea medicilor locali sau nationali, spargerea monopolului lor asupra cunoasterii medicale, monitorizarea electronica a actului medical si a comportamentului doctorului;
- tranzitia epidemiologica spre boli non-transmisibile cu ingrijiri paliative si amenintarile globale asupra sanatatii, schimbarea conceptului de corp, medicina stilului de viata;
- schimbarea naturii relatiei medic-pacient si eroziunea increderii pacietilor in doctori;

2. Factori extrinseci:

- pozitia mai precara a medicilor pe piata muncii datorita inmultirii numarului de medici si de profesii auxiliare sau non-medicale implicate in ingrijirea sanatatii;
- fragmentarea asociatiilor de medici, diferentierea excesiva a specialitatilor medicale ce a condus la scaderea puterii sociale a doctorilor in general.

Comparativ cu alte profesii, medicina este beneficiara unui contract social cu statul.

Contractul social este acea intelegere intre participantii sociali care mizeaza pe cooperare si care postuleaza principiile dupa care se stabilesc drepturile si obligatiile in beneficiul reciproc. Acest contract se bazeaza pe asteptarile legitime ale partilor ca o intelegere mutuala. Profesia medicala este asa de pretioasa pentru stat incat merita protectia statului si, in schimb, medicii sunt protejati impotriva competitorilor cu privire la statutul de tereapeuti. Astfel statul devine garantul autonomiei practicii medicinii, a monopolului cunoasterii medicale si a utilizarii ei, privilegiului auto-administrarii, a beneficiilor materiale si, in schimb, medicii sunt asteptati sa puna interesul pacientilor deasupra interesului propriu, sa demonstreze competenta, moralitate si integritate.

Cruess si Cruess (2008) fac o lista a asteptarilor statului de la medici comparativ cu asteptarile medicilor fata de stat. Astfel, statul asteapta de la medici sa fie competenti, sa dovedeasca moralitate, integritate si onestitate, sa se plieze pe sistemul de organizare a sanatatii

și să respecte legile și regulamentele acestui sistem, să dovedească responsabilitate față de performanță, productivitate și costuri, transparență în luarea deciziilor, participare în echipe multidisciplinare de îngrijire a sănătății, să ofere informații confidențiale și să promoveze bunăstarea publică. În schimb, medicii așteaptă de la stat să li se ofere încredere, autonomie suficientă pentru exercitarea profesiei, auto-reglare organizatorică, rol în dezvoltarea politicilor de sănătate. Monopol în problema licențierii profesionale, beneficii financiare și non-financiare, precum statut și respect.

Privind lista de mai sus se poate vedea că ar exista un posibil conflict între comercializarea sănătății și angajamentul medicinei de a îngriji sănătatea oamenilor dincolo de interesele proprii. Când se analizează profesiunile din punct de vedere social, se pune problema balanței între autointeresul profesionistilor și altruismul lor, nevoia de a se pune în interesul altora. Această balanță este între cunoașterea specifică a profesiei și nevoile sociale ale aplicării acestei cunoașteri. Parsons (1951) vorbea despre această diferență ca diferență dintre un businessman care își urmărește propriile interese și necesitatea altruistică de a plasa bunăstarea altora deasupra celei personale. Această distincție este în fond dintre piață și medicină, medicii făcând parte din ambele teritorii. Comercializarea medicinei din ultimele decenii a făcut ca balanța să se incline mai mult spre piață pentru că altruismul nu a putut să fie instituționalizat. În plus, în această perioadă de timp a apărut și un al treilea jucător, industria farmaceutică.

Comercializarea medicinei, marketizarea ei, a dus și la consumerismul pacientului, în sensul că el se comportă ca un client într-o piață, alege serviciile de sănătate după criterii proprii, le compară, le analizează și ia decizii autonome (Timmermans și Oh, 2010).

S-a spus mereu că fiecare pacient merita să aibă un doctor bun. Totuși, de prin anii 1970 a început să se vorbească despre "*deprofesionalizarea medicinei*", ca mai apoi criticile să releve chiar o neîncredere substanțială a publicului larg. Criticile și sondajele publice relevau nu numai scăderea credibilității profesiei medicale dar și creșterea alternativelor la practica medicală convențională. Aceste critici au culminat cu cartea lui Ivan Illich "*Medical Nemesis*" în care se vorbește de lăcomia medicilor, de pretențiile și impostura lor în societatea americană (Burnham, 1982). Deziluzia cu medicii a continuat în deceniile următoare și s-a spus că "*medicul a căzut de pe piedestal*".

Dar ce înseamnă profesionalismul medical? Profesionalismul medical semnifică un set de valori, comportamente și relații care susțin încrederea publicului în doctori.

Profesionalismul medical este mai mult decat o activitate care competitieaza pe piata si se bucura de reglementari guvernamentale. Este mai mult decat o necesitate tehnica si nu poate fi redusa la contractul negociat cu societatea. Profesionalismul este o activitate care implica atat modul de distribuire si acces la ea, cat si o alocare corecta a acestui bun social in acord cu relatiile morale. Finalmente, se poate spune ca profesionalismul este o forta protectiva morala in societate (Wynia si colab. 2015). Rolul social al profesionalismului ca forta stabilizatoare sociala nu este unic profesiei medicale. Societatea are nevoie de meritocratie, de profesii dedicate care sa functioneze in beneficiul comun al societatii. Aceasta nevoie de profesionalism este mai mult decat una tehnica. El asigura respectul fata de valorile umane, increderea si competenta de a raspunde la nevoile umane.

O definitie succinta ar fi ca profesionalismul este un cos de valori si comportamente care permit publicului sa aibe incredere in doctori (Wass, 2006). Desi exista o larga dezbatere despre ce fel de valori este vorba, in acest cos ar intra cunoasterea profesionala, abilitatile clinice, angajamentul fata de profesie, respectul mutual, integritatea, compasiunea, altruismul, responsabilitatea individuala, perfectionarea continua, parteneriat cu alte profesii. Ar fi de lasat afara autonomia profesionala, privilegiile si auto-reglarea profesionala, caracteristici care au condus la "*imperialismul*" medical. Wynia si colab.(2015) considera ca profesionalismul medical are trei componente: i) o angajare etica fata de serviciul medical, un devotament fata de aceasta activitate si valorile ei; ii) o etica ce mentine standardul profesiei si a valorilor implicite si iii) o negociere privind valorile profesionale legate de mentinerea sanatatii in contextul altor valori sociale. Atunci cand se discuta de cum ar trebui sa fie un medic bun MacKenzie (2009) vorbeste de patru deziderate de etica medicala, precum sa actioneze totdeauna interesul cel mai mare al pacientului, sa nu faca rau in nici o imprejurare, sa respecte autonomia pacientului, si sa aloce cu justete resursele costisitoare ale ingrijirea sanatatii fara a putea fi corupt.

Confruntata cu atatea deziderate externe si interne, medicina se priveste pe ea insasi ca o profesia aflata sub asediu. Amenintari din diferite directii apar in fiecare zi, Modelul ingrijirii sanatatii este ajustat mereu de catre stat in functie de imperativele politice, economice, sociale, epidemiologice, etc. Este clar ca termenii contractului social dintre medicina si stat este mereu in schimbare datorita progresului cunoasterii stiintifice cat si datorita cerintelor sociale. Aceasta a modificat modelul de profesionalism medical, de la modelul ideal, expus mai sus, la modelul de astazi cand ea implica nu numai o casta profesionala ci si fiecare medic in parte. La toate acestea

se mai adauga provocarea care este data de justitia sociala care pune in lumina diferenta latentă, tacita dintre pozitia medicului in societate si cea a bolnavului.

Nokoas Rose (2001) spunea ca triumful ratiunii este in acelasi timp triumful principiilor de sanatate asupra bolilor si a virtutii asupra viciului, pe scurt, triumful moralitatii sociale, a moralitatii omului normal. In timpurile noastre ingrijirea sanatatii a devenit o problema a normalizarii. Prezentul nostru este imbibat de etica si umanism, etica persoanei normale sociale fiind in mod intrinsec o etica a corpului sanatos. Toate aspectele ingrijirii sanatatii trebuie reorganizate in termenii unei cautari a normalitatii. Astfel, medicina moderna se extinde dincolo de dimensiunea bolii si vindecarii intr-un management al normalitatii in sine.

Impreuna cu medicina stilului de viata ne indreptam si spre o noua varsta de aur a medicinei. Medicul de astazi urmeaza drumul invers din anii 1950 si este aproape sa se urce din nou pe pedestal, pe un altfel de pedestat, cel al medicinei stilului de viata. Aceasta presupune sa se mearga chiar dincolo de principiile de baza ale modificarilor a stilului de viata ca interventii terapeutice, intelegand ca fiecare persoana si comunitate trebuie sa fie vazuta ca o manifestare biologica a experientelor acumulate si alese evolutiv de ecosistemele dinamice sociale, politice, economice si culturale care compun istoria de viata a lor. De ex. 90% din cardiologii americani si 59% din interenisti spun ca nutritia a fost absenta sau foarte putin prezentata in formarea lor academica.

Desi majoritatea pacientilor sunt interesati de a primi sfaturi asupra stilului de viata, medicii nu sunt pregatiti sa ofere ghiduri specifice de stiluri de viata si nu sunt angajati cu pacientii lor in aspecte ale medicinei stilului de viata. Recomandarile lor referitoare la stilul de viata sunt facute mai mult in functie de credintele lor personale decat de formarea lor profesionala. Medicii mai si descriu barierele in adoptarea si institutionalizarea tratamentelor preventive, educatie sanitara si counseling in practica clinica, incluzand lipsa de timp, presiunea de a gestiona nevoi urgente, lipsa de resurse, lipsa de materiale informative, lipsa de finantare si de plata a acestor interventii, evitarea ofensarii pacientilor sau lipsa de incredere a acestora in astfel de practici. Dar cea mai mare piedica in adoptarea medicinei stilului de viata este autoritarismul, machiavelismul si orientarea spre dominare sociala a corpului medical actual (Logan si colab. 2019). In alte cuvinte aceste pozitii s-ar traduce in inclinatie spre elitism, atractia spre prestigiu si ierarhie, lipsa de consideratie fata de alti, cinism, lipsa de empatie. S-a constatat ca orientarea spre dominare sociala si autoritarism sunt trasaturi prezente la multi

candidati la medicina (Merrill si colab. 1993). Logan si colab. (2019) spun ca o varsta de aur a medicinei sec. XXI poate fi realizata prin schimbarea criteriilor de recrutare in scolile de medicina si schimbarea curiculei invatamantului medical in asa fel incat sa se dea prioritate medicinei stilului de viata si a eticii medicale.

Bibliografie:

Burnham JC (1982): American medicine's golden's age: what happened to it? *Science*, 215: 1474-1478

Cruess RL, Cruess SR (2008): Expectations and Obligations: professionalism and medicine's social contract with society, *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4): 579–598.

Kernahan PJ (2012): Was there ever a "Golden Age" of medicine? *Minnesota Medicine*, Sept. 2012.

Logan AC, Prescott SL, Katz DL (2019): Golden Age of medicine 2.0: Lifestyle medicine and planetary health prioritized, *Journal of Lifestyle Medicine*, 9 (2): 75-91.

MacKenzie CR (2009): What Would a Good Doctor Do? Reflections on the Ethics of Medicine, *HSSJ*, 5: 196–199.

McKinlay JB, Marceau LD (2002): The end of the Golden Age of doctoring, *International Journal of Health Services*, 32 (2): 379–416.

Merrill JM, Camacho Z, Laux LF et al (1993): Machiavellianism in medical students. *Am. J. Med. Sci*, 305: 285-288.

Omran AR (1971): Epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change, *Milbank Q.*, 49: 309–338.

Parsons T (1951); Illness and the role of the physician: a sociological perspective, *Americal Journal of Ortopsychiatry*, 21(3): 452-460.

Rose N (2001): Medicine, history and the present, in C Jones and R Porter (Eds.): *Reassessing Foucault: Power, Medicine and the Body*, New York: Routledge.

Timmermans S, Oh H (2010): The Continued Social Transformation of the Medical Profession, *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S) S94–S106.

Wass V (2006): Doctors in society: medical professionalism in a changing world, Clin Med, 6:109–113.

Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW, Emanuel LL (2015): Medical professionalism in society, New England Medical Journal of Medicine, 341(21): 1612-1616.

* * *

Cap. 5: Cine este bolnav și cine sănătos. O tentativă de abordare evolutionista

Toți oamenii au experimentat simptome de-a lungul vieții lor dar nu toți au căutat ajutor pentru ele, toți oamenii s-au simțit bolnavi dar nu toți au ajuns la medic și atunci este justificat să se pună întrebarea: cine este bolnav și cine nu? În căutarea acestui răspuns oamenii, în general, și oamenii de știință, în special, au trebuit să definească ce este sănătatea și ce este boala și s-au formulat diferite concepte care să explice variația dintre comportamentele legate de sănătate și boala precum comportamentul de bolnav, comportamentul de căutare a ajutorului, comportamentul de păstrare a sănătății și așa mai departe.

Eu consider că o abordare evolutionista poate să explice coerent cum comportamentele umane legate de sănătate și boala nu sunt altceva decât expresia procesului de evoluție, o evoluție care se petrece atât la nivel biologic (determinată de nișa ecologică și cea metabolică) cât și la nivel cultural, evoluții care sunt concomitente, generate de viața în nișa culturală, în nișa cognitivă, în nișa socială și, îmi permit să adaug, în nișa sănătății și bunăstării corporale.

Pentru a fi susținută această abordare o să încep cu drumul parcurs de omul ancestral până la omul modern și legile care au dictat această evoluție.

Simplificând sau mai bine zis schematizând, există trei tipuri de evoluție, o evoluție fizică, a materiei neorganice precum evoluția sistemului solar, o evoluție organică, biologică, precum cea a ființelor vii și o evoluție culturală, precum cea a ideilor și credințelor, atitudinilor și comportamentelor. Odată cu postularea teoriei selecției naturale a lui Darwin, s-a înțeles că evoluția organică sau biologică este rezultatul acestei selecții naturale având ca mecanism transmiterea genelor de la o generație la alta, iar evoluția culturală este rezultatul inventivității umane constând în principal în comunicarea orală și tehnică și acumularea și dezvoltarea ei transgenerațională. Există rațiuni pentru a considera că aceste evoluții interacționează una cu alta și, ulterior, se determină una pe alta (Reynolds, 1984).

5.1. Evoluția naturală biologică, genetică

În această secțiune voi fi cât se poate de scurt, multe informații fiind foarte comune. Szathmari și Smith (1995) spuneau că ideea centrală în biologia contemporană este informația.; biologia dezvoltamentală poate fi văzută ca studiul felului cum informația din genom este translată în structura adultului iar biologia evoluționară este în primul rând despre cum informația apare aici...în final este vorba despre originea genelor, celulelor și limbajului și cum toate acestea privesc stocarea și transmiterea informației. Traiește mereu întrebarea referitor la felul cum se poate explica evoluția umană de la antecesorii humanoizi la omul modern, ce forțe au generat această evoluție? Răspunsul este dat de consensul actual că această evoluție este procesul natural de transmitere a informației genetice și procesul natural de transmitere a informației culturale (Mesoudi, 2011).

Transmiterea biologică a informației se bazează pe mecanismele biologice fundamentale precum replicarea, transcripția și traducerea ADN, mecanisme care au apărut foarte devreme în istoria vieții pe pământ și care au dat naștere vieții celulare și au creat potențialul pentru evoluție și pentru apariția organismelor din ce în ce mai complexe.

Tehnologiile de evidențiere a genomului diferitelor vietuitoare și în special al omului au schimbat radical înțelegerea noastră asupra arhitecturii genetice a bolilor. Actualmente la mai mult de 120.000 de indivizi li s-a cunoscut secvența întregului genom care este făcută și publică și la mai multe sute de mii de alți indivizi această secvență este cunoscută de către companii private de genomica (Karczewski și colab., 2020). Este de asemenea posibil actualmente de a extrage și secvențele arhaice de ADN din ramurile organismelor veghe de mii de ani permitând oamenilor de știință să reconstruiască istoria adaptărilor umane recente cu o rezoluție fără de precedent (Benton și colab. 2021).

Este obișnuit ca liniile după care animalele au evoluat conform teoriei selecției naturale să deseneze trunchiuri și ramuri și astfel formează "arborele evoluției". Liniile legate de evoluția oamenilor moderni au fost redesenate în ultimele decade incluzând mai multe ramuri ca mai înainte. Această taxonomie este o activitate care vine mereu cu modificări pentru că antropologii nu pot observa direct felul de viață al antecesorilor din urmă cu zeci de mii de ani și nici efectele condițiilor de mediu asupra genomului uman. Ei își bazează concluziile pe evidente indirecte precum resturi de schelete, instrumente de piatră, picturi rupestre și informații

despre grupurile umane actuale care inca traiesc in conditii primitive social si economic. Aici putinatatea informatiilor este o problema foarte serioasa.

Daca consideram ca stramosul omului modern este Homo sapiens, care il putem denumi si ca "omul anatomic modern" pe baza pe asemenarea cu el, se poate vedea ca ipoteza unei singure origini a Homo.sapiens a fost inlocuita de ipotezele multiregionale dupa care variate populatii de Homo sapiens s-au dezvoltat separat si in paralel cu populatiile locale pe diferite continente (Neandertal in Europa si Homo erectus in Asia). In scenariul o singura origine, omul anatomic modern s-a raspandit in Europa si Asia inlocuind neandertalienii si H erectus sau i-au absorbit prin incrucisare (Hatfield, 2013).

Pentru Schurr (2013) linia de la care porneste desenul arborelui evolutiv al omului incepe de la cimpanzeu, cea mai apropiata primata humanoida, ca mai apoi, in urma cu 6-7 milioane sa apara forme de trecere precum Parantropus boisei, Parantropus robustus, Australopithecus habilis si apoi forme la care apare un volum mai mare a calotei craniene si in consecinta un creier mai mare in volum ca la Homo ergaster, in urma cu 1,8-2,3 milioane de ani, la care apar si dintii mai mici care denota o schimbare a dietei, Homo erectus, in urma cu 1,8 milioane de ani, la care apare bipedalismul constant, Homo heidelbergensis, in urma cu aproximativ 600.000 ani, Homo neanderthalien, in urma cu 200.000 ani, care a disparut in urma cu 28.000 ani si in final Homo sapiens, stramosul nostru cel mai apropiat cu creier mare, frunte mai inalta, maxilar inferior mai mic, dinti mai mici si bipedalism. Aceasta evolutie exterioara a fost insotita de rearanjari ale structurii cromozomiale prin fisiune, fuziune si inversiune ducand in final la cariotipul uman cu 46 cromozomi. Exista asemanari si diferente intre genomul uman si cel al cimpanzeului, ruda noastra cea mai apropiata, care explica despartirea si evolutia separata a celor doua specii. Studii recente au evidentiat diferente ale unor regiuni ale genomului uman explicate printr-o epurare selectiva genetica legata printre altele de modificari ale genelor legate de receptorii olfactivi, bipedalism si dezvoltarea si functionarea sistemului nervos central sau functionarea sistemului imunitar (Williamson si colab. 2007).

Una din cele mai fascinante intrebari in archeologia biologica este cand membrii liniei noastre biologice au devenit oameni? Cand stramosii nostri au evoluat asa de mult incat s-au desprins de primatele humanoide? Limbajul, cultura, folosirea uneltelor, marimea creierului si bipedalismul au fost cele mai des citate care au contribuit la diferentierea amului ancestral de primatele humanoide. Aceste trasaturi sunt unice umane si noi astazi intelegem ca ele au aparut

și s-au rafinat sub presiunea evolutionista de-a lungul mileniilor pentru a contribui la apariția omului modern. Apariția și dezvoltarea controlului voluntar al vocii, a fetei, mainilor a fost o altă deosebire față de humanoizi. Și unii și alții au fost capabili de a învăța și imita, dar numai oamenii au putut învăța pe alții (Schurr, 2013).

Oamenii utilizează și un vocabular și repertoriu simbolic mare, au capacitatea de a citi mintea altora și capacitatea de a înțelege gramatica recursivă și non-recursivă. Apariția limbajului și a vorbirii s-a bazează pe trăsăturile anatomice ale aparatului vocal: dimensiunea și construcția tractului vocal, poziția limbii în cavitatea bucală, localizarea laringelui. La aceasta se adaugă regiuni specializate în creier precum aria lui Broca din girusul frontal inferior pentru planificarea și executia limbajului și aria Wernike, localizată pe secțiunea posterioară a girusului temporal superior, pentru înțelegerea limbajului vorbit. La acestea se adaugă circuitele care leagă aceste regiuni de ganglionii bazali și alte structuri subcorticale care reglează comportamentul motor inclusiv producerea vorbirii, precum și sintaxa și alte procese cognitive (Lieberman și colab., 2007).

S-a mai afirmat că mărimea relativă a creierului, numită și encefalizare, a fost trăsătura primară care a făcut demarcația dintre humanoizi și oameni ancestrali, în special dezvoltarea mare a lobului frontal. Această mărime se crede a fi în legătură cu abilitatea limbajului, comportamentul cultural și utilizarea simbolurilor (Dunbar, 1995, Wood și Collard, 1999). Studiile genetice au arătat că această dezvoltare este legată și de modul de mers al omului și de comportamentul social.

Nu putem să nu ne întrebăm și despre care au fost condițiile în care s-a născut omul modern? Se suspectează că un răspuns corect este că aceste condiții au fost foarte variabile. Adevărul este că condițiile sub care aceste transformări au fost făcute sunt incomplet înțelese astăzi. Cu toate acestea oamenii de știință sunt cu toți de acord că natura umană a fost formată în ce antropologii au denumit recent de "adaptarea evoluționară la mediu". Se bănuiește că ar fi vorba de schimbări climatice, de modificări ale dietei, de apariția bipedalismului, apariția limbajului și a acumulării culturale. (Nesse și Williams, 1996). Mediul care a fost habitatul în care omul ancestral a trăit și unde a început să cioplească unelte de piatră, să comunice, să coopereze și să învețe din experiența lui și a celorlalți din grupul în care trăia este cel în care omul ancestral a construit și trăit o nișă ecologică și una metabolică. Reamintesc că în ecologie

"nisa" este întâlnirea unei specii cu condițiile specifice de mediu, și ca speciile există într-o nisa ecologică specifică, împărtășind comportamente, adaptări și trăsături funcționale.

Viziunea actuală asupra evoluției este că speciile, prin acțiunea complexă a selecției naturale, dezvoltă acele caracteristici care sunt cele mai potrivite pentru a supraviețui și a se reproduce în mediul lor natural. Deși schimbările de mediu pot duce la provocări ale selecției, perspectiva standard a evoluției este că schimbările din organism, mai curând decât cele de mediu, sunt responsabile de generarea potrivirii organism-mediu care este descrisă ca adaptare. Din această perspectivă, organismele pot fi considerate ca fiind modelate de selecție pentru a se potrivi cu mediul lor inconjurător. Levins and Lewontin (1985) descriind modul de construcție a nisei, evidențiază capacitatea organismului de a modifica mediul și astfel ele îl construiesc bucată cu bucată. Facând aceasta, organismele "co-participă" la propria evoluție în procesul de selecție acționând asupra lor însele prin intermediul modificărilor făcute mediului inconjurător. Sub acest aspect omul a fost și este inginerul propriei nise (Post și Palkovacs, 2009).

Laland și O'Brien (2011) susțin că procesul de construcție a nisei furnizează și a doua cale evoluționară stabilind potrivirea adaptativă sau fit-ul dintre organism și mediu. Din perspectiva construcției nisei, asemenea potriviri nu au nevoie să fie tratate ca produse ale unui proces one-way, implicând exclusiv răspunsurile organismului la problemele puse de mediu ci ele trebuie gândite ca produse dinamice ale unui proces two-way implicând atât răspunsul organismelor la problemele puse de mediul lor cât și rezolvarea unora din aceste probleme. Organismele și mediul sunt tratate ca fiind angajate în relații cauzale reciproce care sunt negociate atât ontogenetic cât și filogenetic, sunt întetesute. În cazul construcției nisei intervine acest model al cauzării reciproce care include o buclă de reglare cu ambianța ca atunci când activitățile organismelor modifică ambianța selectivă a generațiilor de dinainte. Astfel, nu numai genele singure cauzează fenotipul ci și factori non-genetici precum cei epigenetici și cei parentali alături de factorii fizici și culturali. Astfel se explică de ce putem avea diferite combinații de gene care dau un anumit genitor în timp ce aceleși gene pot produce diferite rezultate în diferite contexte (Edelman și Gally, 2001).

În cazul de față, omul ancestral și-a construit o nisa ecologică pe care a modificat-o mereu construind unelte de piatră, adăpost, arme, etc din ce în ce mai perfecționate și o nisa metabolică în care domesticea animale pentru lapte și carne, cultiva cereale, unelte pentru gătit, moduri de preparare și stocare a hranei, etc.

Constructia acestor nise a modificat selectia nu numai la nivel genetic ci si la nivel ontogenetic si cultural cu consecinte nu numai asupra indivizilor care au construit-o ci si asupra celorlalti. Constructia niselor umane, prin modificarile aduse ambianței, creiaza artefacte si alte resurse mostenite ecologic care sunt o surse pentru selectia biologica a genelor umane dar si pentru facilitarea invatarii si traditiile mediate cultural (Laland si O'Brien 2010). Astfel, constructia si dezvoltarea acestor nise l-au dus pe omul ancestral mai departe prin invatare, acumulare de cunostinte, gandire cauzala, imaginatie tehnologica si asa ajungem la influenta evolutiei culturale in aparitia omlui modern de care voi vorbi mai departe.

5.2. Evolutia Culturala

5.2.1. Modelul evolutiei culturale in acord cu modelul evolutie naturale genetice

Exista intrebarea fundamentala: ce determina aceasta uriasa variatie a comportamentului uman pentruca genele singure nu o pot explica? Nu s-au putut prezenta nici macar dovezi ca o singura trasatura comportamentala se transmite genetic, pentru ca chiar in cazul gemenilor monozigoti, indicele de heritabilitate pentru comportamentul uman fiind abia intre 40-50%. S-a gandit atunci ca transmisia culturala este capabila sa explice variatia comportamentului din populatia generala fiind evident ca oamenii doresc sa descopere acele comportamentele corecte utilizand informatiile culturale obtinute de la inaintasi (Masoudi, 2011).

Studiul evolutiei culturale a pornit de la faptul ca nici evolutia genetica naturala si nici invatarea individuala nu poate explica singure variatia comportamentului uman. Daca invatarea umana ar explica aceasta variatie atunci noi ne-am astepta sa vedem o stransa relatie intre comportamentul persoanei si conditiile ecologice non-sociale in care persoana traieste precum climat, teren, fauna si flora. Conditii ecologice diferite ar trebui sa cauzeze solutii la problemele puse de acestea.

In 1974, Donald T. Campbell inventeaza termenul de "epistemologie evolutionara" pentru a desemna acea ramura a epistemologiei care aplica conceptele evolutiei biologice la felul cum unitatile cunoasterii, precum ideile si teoriile stiintifice, care s-ar concura intre ele pentru a supravietui si transmite la urmatoarea generatie. Faptul ca o teorie stiintifica a supravietuit nu inseamna ca este cea mai buna, ci doar ca ea a fost adoptata pentru ca conduce la beneficii mai mari decat costuri, conform principiilor conceptului evolutionist de "*trade-off*". O idee sau o teorie va supravietui pana cand alta mai benefica societatii care o utilizeaza va apare. Noi putem

interpreta informațiile și instrucțiunile pe care cultura în care trăim ni le dă pentru a ne organiza viața în același mod în care comportamentele generate de gene ne îndrumă pentru a supraviețui și adapta la mediu. Cultura poate fi considerată echivalentul comportamentului înnașcut al fiintelor vii!. Totuși, fără gene nu ar fi posibilă cultura și trecerea ei de la o generație la alta. Inventiind cultura omul introduce o nouă dimensiune între succesul reproducerii lui și procesul genetic (Reynolds, 1984).

Evoluția culturală este o teorie evoluționistă care se ocupă de felul cum se fac schimbările comportamentale sociale ale omului de-a lungul timpului. După această teorie cultura este capabilă să afecteze comportamentul indivizilor prin ceea ce ei obțin de la alți membri ai speciei prin învățare, imitație și alte forme de transmitere socială (Richerson și Boyd, 2005). Urmand această idee devine evident că în stradația pentru supraviețuire biologică, important este nu numai ceea ce se transmite prin reproducerea fizică, dar și acele acțiuni, idei, înțelesuri, sisteme logice și mituri a căror transmitere se face prin cuvinte și fapte. Genele nu sunt singurele responsabile de apariția omului modern, mai trebuie să adăugăm și cultura, cultura spune membrilor ei cum să-și trăiască viața și fiecare generație cade sub vraja ei (Reynolds, 1984). Paralela și analogia dintre evoluția biologică darwiniană și cea culturală, susținută de faptul că ambele ascultă de aceleași procese de variație, selecție și transmitere (Mesoudi, 2007), are ca scop să explice schimbarea și variabilitatea continuă a culturii umane.

Mesoudi (2011) explică foarte clar că fiecare individ posedă trei genotipuri, fiecare cu rolul lui de a susține cel mai bun comportament uman: i) un genotip înnașcut, care explică direct comportamentul ales prin selecție naturală și transmitere genetică; ii) un genotip al "învățării individuale", care face ca oamenii să încerce la întâmplare diferite comportamente și să aleagă pe cel mai bun prin balanță cost/beneficiu, și iii) genotipul învățării culturale care spune că oamenii vor copia comportamentul altor indivizi din populație ca mai apoi indivizii să se concureze între ei de-a lungul generațiilor cu privire la cel mai bun comportament. Conform acestor modele, învățarea, indiferent dacă este individuală sau colectivă, este cea mai favorabilă pentru adaptare pentru că mediul se schimbă rapid și genele nu pot ține pasul cu această schimbare rapidă. Noi transmitem această învățare dealungul generațiilor utilizând povești, rețete și tradiții, prin practicile de creștere a copiilor, împărtășirea atenției și alte forme de interacțiune interpersonale (Muthukrishna și Henrich, 2016).

Odata ce noi am primit genele de la părinții noștri, noi suntem legați de moștenirea genetică dar ea nu poate anticipa schimbările rapide ale lumii. Experiențele individuale pot duce la un răspuns dar sunt costisitoare pentru că încercând variate moduri de comportament există riscul de a greși. Cultura însă permite individului să evite aceste riscuri pentru că indivizii copiază ceea ce este deja încercat de alții și transmis în grup ca fiind pozitiv.

Studiul evoluției culturii evidențiază că ea suferă un proces continuu de schimbare, iar această schimbare în credințele, cunoașterea, obiceiurile, abilitățile, atitudinile și limbaje sunt transmise între indivizi și generații, iar acest proces al transmiterii și schimbării aminteste de principiile evolutioniste ale lui Darwin (Mesoudi și colab. 2004). Darwin însuși făcea o legătură între evoluția în cazul biologiei și în cazul limbajelor spunând că formarea diferitelor limbaje și a speciilor diferite este o probă că amândouă s-au dezvoltat printr-un proces gradual și, în mod foarte curios, sunt paralele. Astfel, o imagine clară a evoluției culturale poate fi obținută doar prin întoarcerea la teoria darwiniană. Conform acestei teorii, evoluția cuprinde trei elemente sau precondiții: variația, competiția și transmiterea; indivizii dintr-o specie variază în caracteristicile lor și ei se concurează ca în final să castige cel ce prezintă caracteristicile cele mai adaptative, profil care se transmite apoi la generațiile următoare.

Mesoudi (2011) se întreaba dacă se poate susține că cultura prezintă cele trei precondiții de care am vorbit mai sus? Cert, există prima precondiție, variația interindividuală. Dacă toți indivizii ar fi la fel nu ar fi nimic de selectat. Variația biologică dintre indivizi este explicabilă prin codificarea genetică. Există și variație culturală interindividuală. Credințele religioase, ideile politice, afilierea la ideile științifice și așa mai departe, variază de la individ la individ. Spre exemplu Mesoudi (2011) ne aminteste că între 1790 și 2006 s-au înregistrat 7,7 milioane de patente în US, s-au înregistrat în jur de 10.000 religii distincte în lume, s-au listat 6.800 de limbi și dialecte vorbite pe glob, Dictionarul Oxford conține 615.000 de diferite cuvinte deși oamenii folosesc în fiecare zi doar în jur de 16.000 cuvinte, iar în august 2009 Wikipedia conținea 3 milioane de pagini doar în limba engleză. Deci este rezonabil să conchidem că există o imensă varietate a culturii umane de ordinul miliarde de miliarde de variante.

Dar există și a doua precondiție, competiția. Conform principiilor de selecție naturală, indivizii care pot castiga chiar și un mic avantaj față de alții au mai multe șanse să supraviețuiască și să procreieze decât restul. La fel și cu ideile care competiționează, cu tehnologiile sau cu produse culturale de diferite feluri. Ele competiționează și supraviețuiesc

doar cele care isi gasesc cea mai profitabila utilizare pentru oamenii dintr-o cultura anume, cele care ii ajuta sa se adapteze si sa dobandeasca bunastare fizica si sociala. Conform lui Mesoudi (2006, 2011) aceasta competitie in cultura este atat la nivel psihologic cat si pentru spatiu de memorie.

Referitor la a treia preconditionie pentru evolutie, transmiterea, Darwin spunea ca o varietate care nu este transmisa inseamna ca ea nu este importanta pentru indivizi pentru ca acestia vor transmite doar ceea care duce la cresterea sansei de supravietuire pana ce se procreiaza, principiu ce se numeste "*fitness*". Este evident ca oamenii dobandesc credinte, atitudini, deprinderi si cunoastere de la alti oameni prin transmitere culturala. Aceasta transmitere culturala se face de la om la om prin invatare, prin imitare si prin limbaj. Dar ea nu este suficienta pentru a explica transmiterea culturala. Mai participa si acumularea de cunostinte care la un moment dat devine heuristica.

Cavalli-Sforza si Feldman (1981) si Boyd si Richerson (1985) au descris felul cum trasaturile culturale invatate, copiate sau absorbite prin limbaj se raspandesc si se transmit generatiei urmatoare. Acesti autori au descris procesele de microevolutie a trasaturilor culturale si ne invita sa ne imaginam o populatie presupus a fi compusa din indivizi posedand fiecare un set particular de trasaturi culturale. Aceasta variatie este apoi transmisa la generatia urmatoare, stimuland procesul de transmisie culturala de la individ la individ. Procesele microevolutionare explica transmiterea culturala prin trei cai (Creanza si colab. 2017): i) transmiterea verticala, de la parinti la copii, copii fiind "cultural spongiosi" adica capabili de a invata de la diferiti oameni si diferite surse, ii) transmitere oblica, de la adulti sau intre adulti si iii) transmitere orizontala, de la indivizi sau intre indivizii cu varsta asemanatoare sau aceiasi generatie. Selectia culturala se petrece datorita faptului ca o trasatura culturala este mai probabil sa fie dobandita decat o alta trasatura alternativa. Aceasta selectie se poate petrece din trei motive: i) trasatura este preferential adoptata pe baza atractivitatii intrinseci, ii) ea este preferential adoptata pe baza caracteristicilor sursei de unde este preluata (de exemplu de la indivizi care au prestigiu profesional), in functie de sex, de varsta (de exemplu de la batrani), sau similaritate si credibilitate, sau iii) este preferential adoptata pe baza frecventa trasaturii, de exemplu copierea trasaturii cele mai populare. In final, prin procesul de selectia naturala, trasatura culturala creste sau descreste in frecventa din cauza efectului ei asupra supravietuirii si reproducerii biologice la care se mai adauga procesul migratiei prin care trasatura difuzeaza de la un grup la altul.

Este usor sa ne inchipuim cum diferite idei, credinte, atitudini sau comportamente referitor la sanatate si boala s-au selectionat si transmis de-a lungul secolelor pentru a ajunge la variabilitatea celor pe care le avem astazi si care fac ca un individ sa se considere bolnav sau nu, sa se duca la medic sau nu, sa se vaccineze sau nu, sa creada in stiinta medicala sau doar in remedii naturiste, etc. Despre acestea voi vorbi pe larg cand voi descrie nisa sanatatii care stange laolalta toate aceste idei privitor la sanatate si boala.

5.2.2. Ce este cultura

Dar ce este cultura? Kroeber si Kluckhohn (1952) trec in revista 164 definitii ale culturi si in final ei conchid ca cultura este un produs istoric ce include idei, modele si valori, care sunt selective, invatate, bazate pe simboluri si care sunt o abstractizare a comportamentului uman.

O definitie veche este cea a lui Tylor din 1871 (citata de Stout, 2020) care definea cultura ca acel intreg care include cunoasterea, credintele, arta, moravurile, legile, obiceiurile si ori ce alte capabilitati si deprinderi dobandite de om ca membru al societatii.

D'Andrade (1982) vede cultura ca o cunoastere impartasita si reguli de actiune, descrise ca un program cultural. Aceasta cultura poate fi privita ca similara cu ADN celular care furnizeaza informatiile necesare pentru auto-reglare si crestere specializata. Pentru oameni, instructiunile necesare pentru adaptarea la mediu si performarea rolurilor sociale specializate sunt furnizate de informatiile invatate care sunt simbolic codificate si transmise cultural.

Pentru Mesoudi (2011) cultura este informatia care este dobandita de la alti indivizi prin mecanismele de transmitere sociala precum imitatie, invatarea sau limbajul. Prin informatie el intelege cunoasterea, credintele, atitudinile, normele, preferintele si abilitatile. Informatia cultural transmisa este stocata in creier in reseaua neurala ce sustine memoria si alte procese cognitive, in limbajul scris, in limbajul de computer si in notatiile muzicale. In aceasta definitie este vorba numai de informatie si din aceasta cauza este una ideationala pentru ca nu se refera si la comportament. Asta nu inseamna ca informatia nu afecteaza si comportamentul.

Gendron si colab. (2020) afirma ca cultura poate fi definita ca un set coerent de reprezentari mentale (idei, credinte si valori) si manifestarile lor (practici comportamentale, artefacte si institutii) impartasite de un grup si dobandite de noua generatie prin invatare sociala. Aceasta definitie larga ne spune ca lumea in care oamenii navigheaza si experientele lor in aceasta lume sunt inerent culturale.

Personal, îmi place definiția culturii pe care o dau Marsella și Yamada (2007): "Cultura este comportamentul și înțeleșurile învățate și împărtășite care sunt transmise social cu scopul de a duce la adaptări și ajustări. Exterior, cultura este reprezentată de artefacte (de ex. mâncarea, îmbrăcămintea, muzica), roluri (de ex. roluri sociale) și instituții (de ex. familia, guvernul). Intern, cultura este reprezentată cognitiv și emoțional de valori, atitudini, credințe, epistemologii, cosmologii, modele de conștiință, etc. Cultura este codificată în limbă, imagistică, proprioceptivitate, corporalitate și emotivitate ducând la diferite procese și structuri experiențiale." Autorii continuă afirmând că cultura este lentila sau șablonul pe care-l folosim pentru a construi, defini și interpreta realitatea.

5.2.3. Cum se face transmiterea culturală între generații

Toată lumea este astăzi de acord că transmiterea culturii de la o generație la alta este un proces extragenetic care se bazează pe transmisia socială. Învățarea socială este cea care asigură transmiterea culturală. Hatfield (2013) descrie patru tipuri de învățare socială care asigură transmiterea culturală. Un tip este cel când un model atrage atenția celui care învață. Aceasta se poate face prin îndreptarea atenției celui care învață asupra circumstanțelor ambientale și comportamentului celui de la care învață. Acest tip se numește facilitare socială sau accentuare sau amplificarea socială. A doua formă implică dorința de a imita efectul comportamentului unui individ care are o acțiune orientată către un scop. A treia formă de învățare socială implică copierea procedurii, iar a patra implică intervenția activă a celui de la care se învață, profesorul, în scopul îmbunătățirii performanței celui care învață și se numește învățare activă sau instruire intențională.

Ce face ca oamenii să aibă această abilitate distinctă de a dezvolta și transmite cultura, pe când la majoritatea vietuitoarelor comportamentele nu pot fi transmise social? Unii oameni de știință cred că abilitatea oamenilor de a gândi despre, a planifica și controla secvențe motorii complexe este cheia diferenței acestei abilități. Ființele umane au o mai mare capacitate de a imita secvențe motorii. Apoi oamenii sunt capabili să transmită ceea ce au învățat de la alții la viitoarea generație și astfel ceea ce s-a învățat nu va fi pierdut și astfel învățarea este cumulativă. Tomasello (1990) a denumit acest aspect al învățării sociale cumulative ca fiind efectul unui mecanism cu piedică (de ex. o roată zimțată care poate să se învârtă doar într-un sens datorită unui piedici) care face ca ceea ce este învățat să nu se piardă, să nu se poate merge înapoi. În concepția lui, acest mecanism stă la baza abilității umane de dezvoltare complexă

culturala. Acest proces al transferului culturii si informatiei sociale este si unul secvential. Mai intai se face transferul informatiei sociale intre indivizi, apoi se construiesc traditiile prin repetarea acestui transfer si in final aceste traditii se cumuleaza pentr-un mecanism cu piedica care nu lasa ca ceea ce s-a castigat sa parcurga drumul inapoi. Deci este vorba de un proces in care achizitia, transmiterea si retentia informatiei culturale duce la progresul cultural, precum cel tehnic, de exemplu.

5.2.4. Co-evolutia cultura-creier/minte

Sectiunea care urmeaza doreste sa raspunda la o alta intrebare: cum s-a dezvoltat cultura pana in zilele noastre cand, dupa parerea mea, omul se straduieste sa inlocuiasca nisa ecologica in care s-a nascut, cu o nisa culturala, fabricata exclusiv din artefacte culturale, si care a fost contributia creierului/mintii noastre la aceasta evolutie?

Cu milioane de ani inainte, chiar inainte de aparitia agriculturii, oamenii erau raspanditi pe tot globul si supravietuirea lor in diverse habitaturi de pe glob a depins nu numai de adaptari genetice specifice dar si de o mare cantitate de cunostinte, abilitati si deprinderi transmise cultural. Aceasta cantitate de cunostinte s-a acumulat treptat si a fost favorizata de organizarea sociala, marimea grupurilor umane, structura familiei si modelul de alegere a partenerilor pentru reproducere, ca in final sa creieze o diversitate mai mare decat le oricare alta specie animala (Henrich, 2011). Din punct de vedere al antropologiei evolutive, aceasta diversitate este explicabila in mare parte prin acumularea culturala si prin impartasirea regulilor sociale. Nici o alta specie nu depinde de informatiile culturale in aceiasi masura ca specia umana si se poate spune ca noi suntem o specie "ultra-culturala" a carui creier, gene si biologie au fost mereu modelate de interactiunea dinte cultura si evolutia genetica. Astfel, cultura apare sa fi avut o importanta covarsitoare asupra felului cum se prezinta omul recent.

Conform modelului construit de Boyd si Richerson (1985) si Laland si colab. (1995), se considera ca oamenii au o mostenire duala, biologica si culturala care se influenteaza reciproc intr-o perpetua co-evolutie. Conform acestui model, indivizii se adapteaza la mediu prin faptul ca ideile, credintele, valorile, modelele mentale si strategiile lor sunt adaptative, adica sunt in acord cu mediul in care traiesc. In al doilea rand aceste adaptari cognitive dau nastere la al doilea palier al mosteniri care este reprezentat de transmiterea acestora prin invatare la generatia urmatoare, iar pe treilea palier aceste modificari cognitive adaptative, preluate transgenerational, se modeleaza prin inteconectare cu mostenirea genetica si sfarsesc prin a evolua impreuna ceea ce

duce la idea ca genomul nostru este modelat continuu de cultura de-a lungul evolutiei (Laland si colab. 2010, Richerson si colab. 2010).

Odata ce incepe invatarea repertoriului comportamental de la unul la altul, incepe si procesul evolutiv cultural. Invatarea culturala cumulativa prin invatare, imitare, limbaj si complexificare duce la practici adaptative, apar unelte, tehnici si cunoastere care continua sa se acumuleze, sa se perfectioneze si specializeze de la o generatie la alta. Aceasta dezvoltare a cunoasterii duce la o relatie speciala cu mediu cu presiune asupra procesului de selectie naturala. Nisa ecologica si cea metabolica sunt primele care suporta aceasta presiune ca mai apoi ea sa se continue spre nisa cognitiva, lingvistica si sociala, de care voi vorbi mai departe.

Invatarea culturala, imitatiea, sunt si procesele evolutive culturale de care se leaga dorinta indivizilor de a obtine un status social, tendinta de ierarhie si dominare, de a avea prestigiu, la fel ca si comportamentul de deferenta, supunere si conformitate (Henrich si Boyd, 1998). Se sugereaza ca evolutia culturala da nastere la normele sociale pentru ca cei care invata dobandesc standarde culturale prin care interpreteaza comportamentul altora. In plus, diferite grupuri vor dobandi diferite norme care vor ajunge sa competitioneze unele cu altele. Evolutia va favoriza acele norme care vor conduce la succes in competitia dintre grupuri (Boyd si Richerson, 2002; Boyd si colab., 2011; Henrich, 2004). De-a lungul a sute de mii de ani, aceasta competitie dintre grupuri a generat selectia acelor grupuri care au adoptat norme adaptative si care astfel au mers mai departe iar aceste adaptari cognitive au devenit ulterior norme psihologice (Chudek & Henrich, 2010; Henrich, 2011). De exemplu, grupurile care au adoptat norme de protectie si prevenire a imbolnavirilor, norme de igiena si de alimentatie, de utilizare a apei potabile, etc. sunt cele care au "triat" grupurile si care au dus la aparitia ideilor de vigoare si ulterior de sanatate.

Este clar ca proprietatile specifice ale cognitiei umane, sustinute de proprietatile arhitecturii neuronale a creierului, are un efect puternic asupra evolutiei culturii. Intr-o maniera reciproca, cultura a influentat evolutia genetica a structurii creierului care sustine cognitia. Asa cum am mai spus, aceasta co-evolutie este atat biologica cat si sociala. Dupa Lumsden si Wilson, (1985), legatura cognitiei cu evolutia genetica are la baza memoria semantica care stocheaza sub forma de abstractizare si analogii obiectele si actiunile percepute. Ea sta la baza proceselor de invatare, imitare, acumulare, inovatie, imaginatie, deductie, etc. Memoria semantica si suportul ei cognitiv este obiectul selectiei genetice in sensul adaptarii si fitness-ului si sufera variatii

fenotipice care apar in functie de particularitatile istorice culturale. Aceasta duce in final la corespondenta dintre fitness-ul genetic, adica se reproduc indivizii cei mai capabili biologic, si "fitness-ul cultural", adica se reproduc sau supravietuiesc produsele culturale si normele cele mai adaptative. S-a demonstrat ca fitness-ul genetic din timpul co-ecolutiei gena-cultura este foarte probabil sa dea nastere, sub influenta unor stimuli care au dus la aparitia variatiei, la o trasatura sau comportament devenit ulterior stabil sau foarte frecvent. Exemple de comportamente care s-au selectate prin co-evolutia gena-cultura: obiceiuri alimentare, mode de preparare hrana, obiceiuri maritale, moduri de imbracare, precepte etice, evitarea incestului, cresterea copiilor, altruism, cooperare, empatie, compasiune, recunoasterea si ingrijirea celor bolnavi.

Unicitatea mintii umane este datorita mecanismelor cognitive specifice care creiaza cultura, iar mecanismele cognitive sunt mostenite genetic si opereaza dupa regulile epigenetice. Faptul ca sunt genetice, mecanismele biologice de la baza cognitiei fac sa existe un grad de constrangere a formelor pe care cultura le ia in mod global si astfel se poate explica de ce unele forme ale culturii iau o singura si bine definita directie care este relativ constanta de la o societate la alta, ca de exemplu recunoasterea celui care are nevoie de protectie sau a celui care este bolnav. Aceasta particularitate a culturii, constituind istoria naturala a comportamentului invatat, isi are originea in co-evolutia gena-cultura.

Sunt mai multe teorii care incearca sa explice ce calitati ale cognitiei umane legate de arhitectura neuronală a omului pot sa stea la baza cumularii si transmiterii culturii. O sa le inventariz asa cum a facut-o Gary Hatfield (2013). Prima teorie a fost cea a lui Donald (1991) privind originea mintii moderne. El conchide ca schimbarile principale biologice in cognitia oamenilor ancestrali apar in abilitatile motorii si in memorie. El descrie patru stadii ale dezvoltarii umane. In primul stadiu structura cognitiva este episodica, omul ancestral, ca si primatele superioare, percepe si isi aminteste partial evenimente dar nu si le poate reaminti atunci cand doreste. In al doilea stadiu apare capacitatea de planificare si executare a secventelor motorii ceea ce necesita reprezentari abstracte ale posibilitatilor; apare si comunicarea mimetica si invatarea deprinderilor motorii iar aceasta dezvoltare este caracteristica lui Homo erectus. In stadiul al treilea, stadiul mitic, se dezvolta limbajul complex care este caracterizat prin aparitia lexicului si dezvoltarea aparatului fonologic ce permite mimarea sunetelor. Stadiul final este produsul dezvoltarii culturale, este vorba de un stadiu teoretic caracterizat de inventia vizuo-

simbolica din imaginatie si scris, memorare semantica, creativitate si imaginatie; este vorba de tranzitia de la mitic la teoretic.

Dunbar (1993) emite ipoteza rolului inteligentei sociale dupa care cresterea numarului indivizilor in grupul social a cerut mai intai o crestere a capacitatii de reprezentare pre-lingvistica si mai apoi o impartasire a cunostintelor prin imitatie. Mai tarziu, Mithen (1996) vorbeste de fluiditatea cognitiva asigurata de limbaj ceea ce ar explica explozia culturala a lui Homo sapiens. Carruthers (2006) mentioneaza sapte pilieri ai cognitiei umane care stau la baza capacitatii omului de transmitere culturala: imitatie, intentionalitatea impartasita, citirea mintii, limbajul, creativitatea, coordonarea motorie fina, abilitatea de a face deductii pentru a gasi cea mai buna explicatie si abilitatea de a forma si implementa norme sociale.

Toate acestea ne fac sa putem afirma ca creierul implementeaza cultura, transmite cultura si este conectat cu lumea prin cultura. Creierul fiind expresia corpului care-l poseda si atunci putem spune atunci ca cultura este intrupata, incorporata in organismul uman (Kitayama si Salvador, 2017). Dealungul vietii personale creierul devine legat de modelul lumii care va controla corpul intr-o maniera eficienta prin procese perceptiv-senzoriale. Astfel, mediul intern corporal va fi acordat la trasaturile fizice si socioculturale ale situatiilor frecvent intalnite de individ. Transmisia culturala prepara individul pentru intalnirea cu aceste cerinte recurente prin faptul ca modelul intern este acordat la ambianta. Astfel creierul se sculpteaza si se resculpteaza continuu sunt influenta atat a cerintelor interne cat si a celor externe. Functiile creierului, prin constructia continua culturala proprie, va categorisi inputul senzorial dintr-un context dat si va ghida actiunea si crea experienta. In aceasta viziune, modelul intern nu este exclusiv in cadrul creierului individului. Datorita acestor influente structurante ale culturii asupra creierului uman, Gendron si colab. (2020) afirmau ca creierul poate fi considerat el insusi ca un artefact cultural.

Conceptia "*enactivismului*", care este cea mai noua teorie explicativa a cognitiei sociale, spune ca cognitia izvorase prin interactiunea dinamica dintre organismul in actiune si mediul sau. Ea clameaza ca ambianta unui organism este adusa sau "ceretificata" (de la cuvantul englezesc "*enacted*") prin participarea activa a proceselor senzorio-motorii ale acelui organism. Mediul sta in relatie cu aceste fiinte prin specificatii mutuale si co-determinare, pentru ca organismele primesc informatii in mod activ din ambianta pe care acestea o figureaza ulterior in reprezentari dinamice. Organismele participa activ la generarea semnificatiilor, sunt angajate in transformarea informatiei, ele construiesc selectiv lumea prin interactiune si termenul de enactivism este legat

de intelesul acestei interactiuni prin participare corporala, senzorio-motorie, definita ca maniera in care un subiect al perceptiei potriveste actiunile lui in mod creativ cu cerintele situatiei. Aceasta conceptie a fost introdusa de Varela, Thomson si Rosch in cartea de acum celebra "*The Embodied Mind*" (1991).

Ceea ce apare evident din cercetarile recente de neurobiologie este ca fiinta umana este plastic plurala, ireductibila la biologie sau cultura, la creier sau corp, ci mai curand poate fi gandita ca o fiinta formata prin imbratisarea creierului, corpului si lumii (Boddice, 2020).

5.2.5. Despre limbaj: parte a cognitiei, parte a culturii

Cultura este un produs si un facilitator al abilitatii umane de a coopera. Si alte animale pot coopera dar nu formeaza planuri complexe pentru a coopera. Oamenii folosesc planuri complexe pentru a se hrani, pentru a se apara, pentru a-si gasi un partener pentru procreiere, pentru a creste copii, etc. si asemenea comportament coordonat cere o anume forma de limbaj (Chase, 2006). Se concepe astfel ca cooperarea a aparut intai si apoi limbajul complex sintactic, ceea ce este unic la om. Limbajul este forma cea mai comuna de coordonare sociala pentru ca noi gandim in timp ce vorbim sau luam parte la o conversatie. Limbajul trebuie sa fie plasat in ecologia umana pentru ca el ne ajuta sa fim impreuna cu altii si impreuna cu mediul inconjurator. Astfel, limbajul este atat dialogic cat si ecologic (Cowley, 2011; Raczaszek-Leonardi si Cowley, 2013).

Aspectul cel mai remarcabil al limbajului este puterea lui expresiva, abilitatea de a transmite un numar nelimitat de idei de la o persoana la alta, dar face posibila si transmiterea de informatie. Prin limbaj noi creiem si impartasim cu altii modul nostru de a face lucruri si modul de a fi in lume, cultura noastra. Limbajul este un instrument exceptional de organizare a realitatilor particulare, inclusiv a unei varietati largi de relatii sociale si sisteme sociale.

Prin limbaj noi ne socializam in mod continuu, construim sau rezistam in fata vicisitudinilor, noi ne rugam, ne certam si imaginam. Noi punem nume si dam inteles la aspectele experientei dintr-o perspectiva particulara. Limbajul si cultura sunt legate in transmiterea cunoasterii, constructia vietii sociale si a ideilor despre lumea in care traim.

Referitor la aparitia limbajului, Pinker si Bloom (1990) afirmau ca limbajul uman este o adaptare complexa biologica care s-a dezvoltat prin selectie naturala pentru comunicare in

utilizarea cunoașterii și interdependența socială. Pentru Donald (1991) apariția limbajului a fost posibilă datorită capacității umane de a imita. El a apărut odată cu nevoia de planificare și executare a secvențelor motorii care necesită reprezentări abstracte și cu nevoia de comunicare, cooperare, de împărtășire a experienței, de prezentare a așteptărilor. Este vorba de fundamentul pe care s-a dezvoltat ulterior limbajul caracterizat prin inventia lexicului și structura narativă extinsă pentru a construi explicații, povești și mituri. Ulterior, odată cu acumularea cunoașterii, apare și scrisul, memorarea textelor și creativitatea în construirea lor. La această teorie trebuie să mai adăugăm și ideile lui Dunbar (1993) care sugerează că creșterea numărului indivizilor în grupul social a cerut în permanență o creștere a capacității de comunicare și împărtășire a cunoștințelor. După Cowley (2011) limbajul este o activitate incorporată ("*embodied*") care se petrece într-un mediu împărtășit bazat atât pe procesele rețelei neuronale cât și pe percepțiile sociale structurate în co-acțiuni. El mai spune că puterea coordonatoare a limbajului se trage din dinamica corporală interindividuală și că limbajul furnizează un canal cultural pentru distribuția cognitivă, ca în cazul credințelor sau miturilor, etc. sau distribuția acțiunilor ca în cazul comportamentelor. Datorită relației speciale dintre limbaj și creier, prin limbaj noi ne sculptăm continuu creierul prin practici noastre culturale ce au la bază interacțiunea umană.

Jennings și Thompson (2012) arată cum expresia coordonării fizice conduce la modele verbale, de exemplu, participând mereu la anumite feluri de acțiuni, oameni dezvoltă anumite modele de vocalizare și de comunicare care sunt apoi permanentizate și distribuite prin canalele cognitive. Prin această combinație a aspectelor verbale și acționale ale coordonării sociale, oameni utilizează modelele lingvistice globale pentru a interacționa cu ambianța și a utiliza împreună resursele disponibile.

Se pune întrebarea: este limbajul o parte distinctă a fenotipului uman? Pinker (2003) inventariază cinci caracteristici care ar susține că limbajul aparține fenotipului uman: i) limbajul este universal, la toate societățile umane cunoscute, ii) se conformează unei construcții universale având la bază o formă de gramatică, iii) se dezvoltă ontogenetic, respectiv prin învățarea limbajului matern, iv) dacă nu ar avea de învățat nici o limbă copii vor dezvolta propria limbă și v) nu există o legătură directă între limbaj și inteligența generală. Pinker crede că limbajul ar putea să se dezvolte ca un produs al macro-mutației sau ca "*by-product*" al altor dezvoltări ontogenetice precum un creier mai mare sau a felului de poziționare a neuronilor.

Daca limbajul apartine fenotipului uman aceasta ar insemna ca el se transmite genetic si ca la baza lui ar fi o structura biologica. Este ceea ce teoria lui Chomsky (1965) a vrut sa demonstreze. El a aratat ca achizitia limbajului la copil depinde de prezenta unei structuri anterioare neuronale care este innascuta si nu invatata. Datorita lui, in a doua jumatate a sec XX, viziunea ca limbajul este un produs cultural s-a schimbat si idea dominanta a devenit presupunerea ca limbajul uman este generat de o inzestrare neuro-cognitiva speciala care furnizeaza suportul pentru un model universal de structura lingvistica, inzestrare care este mostenita, mai curand decat a fi invatata intr-un mediu cultural. Din aceasta perspectiva limbajul devine o parte a biologiei si, prin extensie, furnizeaza o explicatie a evolutiei limbajului care tine de procesele evolutioniste, mai ales mecanismele care sustin structura gramaticala universala (Chomsky, 1980).

O conceptie oarecum diferita, eclectică, lanseaza Chater si Christiansen (2010) care afirma ca limbajul trebuie vazut ca un sistem cultural colectiv construit bucata cu bucata de multe generatii de utilizatori. Din acest punct de vedere, evolutia limbajului trebuie sa fie inteleasa in termenii procesului gradual de schimbari operate asupra formulelor lingvistice de-a lungul generatiilor de utilizatori, un proces prin care noi utilizatori continua sa introduca noi modele de variatie si in care formele lingvistice sunt propagate in populatie de vorbitori de-a lungul generatiilor prin invatarea lui. Totusi, natura neurala si cognitiva este necesara pentru a explica de ce unele forme lingvistice sunt transmise de la o generatie la alta si altele dispar. Asa cum sistemele biologice sunt modelate de mediu care determina succesul reproductiv, tot asa si limbajul este modelat de sisteme care transmit generational limbajul generat de creier. Acesti autori doresc ca limbajul sa fie vazut ca un sistem cultural colectiv construit de multe generatii de utilizatori.

Problema originii limbajului ramane inca in dezbatere si astazi sunt teorii care sustin ca selectia naturala opereaza asupra genelor limbajului sau asupra capabilitatilor utilizate de facultatea limbajului si sunt teorii care sugereaza ca oamenii invata usor limbajul nu din cauza mecanismului genetic de absorbtie a limbajului, ci din cauza ca limbajul se dezvolta pentru ca este capabil sa fie invatat si utilizat de creierele umane. Ambele grupuri de teorii sunt insa de acord ca limbajul izvoraste din structura creierului si ca evolutia limbajului poate fi modelata de structura lumii, asa cum structurile cognitive preexistente ne permit. Indiferent de originea lui, limbajul implica comunicarea despre lume, despre structura acestei lumi cu care oamenii au

interactionat inainte ca limbajul sa se fi dezvoltat dar si cu lumea actuala care are din ce in ce mai putin cu cea in care limbajul a aparut (Perfors si Navarro, 2014).

Limbajul si cultura sunt intim legate prin multiple conexiuni. Prima si cea mai importanta ar fi ca mintea noastra, gandurile noastre, au structura limbajului. Wittgenstein spunea ca atunci cand gandesc in cuvinte nu exista alt inteles care sa fie inafara expresiei verbale: limbajul este in sine vehiculul gandirii (reprodus din Appelqvist, 2020).

Relatia dintre cognitie si limbaj este foarte bine subliniata de teoria Edward Sapir si Whorf din anii 1950 (Malt si Wolff, 2010) care spuneau ca limbajul determina ce noi vedem in lumea din jur. Ei au postulat ca gramatica si limbajul sunt parti ale proceselor mentale care ajuta sa modelam modul in care individul interpreteaza si vede lumea din jur. Aceasta este teoria determinismului lingvistic care sustine ca structura limbajului influenteaza modul in care individul gandeste despre lumea perceptuala, cu alte cuvinte structura cognitiva a oamenilor este determinata de structura limbajului. Cultura noastra, prin limbaj, ne ghideaza sa vedem lucrurile in termeni de categorii arbitrar stabilite. Ceea ce nu este stabilit sau numit de limbaj, nu putem intelege. Tot asa este si cu bolile si sanatatea, corpul nostru ne trimite un continuum de "pulsatii" de la aproape imperceptibile la foarte perceptibile si noi, datorita conventiilor lingvistice culturale, le denumim sanatate, mai putina sanatate sau chiar boala, simptome usoare, simptome mai severe, boli usoare sau mai severe, etc. Limbajul ne spune ceea ce este si nu este, daca nu avem un cuvant pentru ceva, acel ceva nu exista, aceasta asertiune numindu-se teorema lui Whorf. Voi discuta pe larg in capitolul dedicat nisei sanatatii si in capitolul constructia sociala a bolii, cum aceasta teorema o putem gasi in ceea ce se numeste "*naming and framing*" in constructia bolii si simptomelor (Brown, 1995; Golstein-Jutel, 2011;). Astfel avem boli si simptome pe care populatia le discuta cu diferite prilejuri in masura in care ele au fost numite si concepute de medicina si apoi raspandite in limbajul popular.

Ipoteza lui Whorf, in traditia psihologiei cognitive, se focalizeaza in general pe influenta segmentelor particulare ale limbajului (de ex. categoriile lexicale si gramaticale) asupra perceptiei, categorisirii si reprezentarii cunoasterii. Evidenta acumulata in ultimile decenii au condus cercetatorii sa rejeteze versiunea tare a ipotezei lui Whorf.

O sa citez din Imai, Kanero si Masuda (2016) care spuneau ca daca cultura inseamna narativele, sistemul intelesurilor, sistemul gandurilor, epistemologia culturala a lumii, stilurile de comunicare si constructia sefului, atunci limbajul poate fi considerat a fi o colectie inseparabila de

elemente consistand din cuvinte, gramatica, pragmatica si stiluri narative care impreuna functioneaza ca un mediu prin care viziunile culturale si epistemologiile specifice culturale sunt reflectate. Astfel se trateaza limbajul ca o colectie de narative care reflecta sistemele si epistemologiile specifice culturale si nu invers. Este adevarat insa si ca expunerea frecventa la un stil de discurs particular ce reflecta anumite valori culturale, de exemplu discursul medical, poate modela gandirea, si ca modele comportamentale cultural specifice (de exemplu comportamentul de bolnav) pot fi dezvoltate prin narative cultural specifice care mai departe ne directioneaza in formarea atentiei, perceptiei si modului de gandire cultural specific. Aceasta este aplicata foarte bine la felul cum se formeaza si transmit datorita limbajului ideile populare despre sanatate si boala de care voi vorbi in capitolul dedicat nisei sanatatii si a medicinei.

5.3. Nisele umane

Se pune mereu intrebarea fascinanta referitor la care sunt trasaturile biologice si psihologie pe care oamenii contemporani la poseda fata de cele pe care le aveau antecesorii lor de acum zeci de milenii: Cu alte cuvinte ce s-a petrecut de a aparut omul modern?

Fuentes (2017) considera ca natura umana nu este reprezentata numai de un set de mecanisme genetice si cognitive innascute, ci mai curand o suita de potentialitati rafinate de istoria noastra evolutionara care s-a construit progresiv capacitatea noastra flexibila de a crea si sustine cultura umana, de a o modela, totul petrecandu-se in "nisa" umana.

Sally McBrearty and Andrew Brooks in cartea lor "The Revolution That Wasn't" (2000) spuneau ca este rezonabil sa credem ca diferentele calitative dintre omul ancestral si cel modern s-au petrecut in urma cu 50.000 ani cand modernitatea cognitiva s-a produs si cand au aparut inovatiile tehnologice si comportamentale, gandire abstracta, abilitatea de a planifica si de a coordona actiuni cu altii si abilitatea de a face si utiliza simboluri fizice. Simbolurile fizice au fost identificate ca o piatra de hotar a modernitatii noastre cognitive. Utilizarea simbolului este un semn al revolutiei culturale, tranzitia de la coexistenta cu altii la identificarea propriei persoane fata de altii. In conceptia noastra, modernitatea comportamentala este capacitatea colectiva de a retine si upgrada sistemul de informatie si tehnica. Componenta specifica a modernitatii este capacitatea cognitiva de cumulare a culturii care a condus la acumularea de capital cognitiv. Aceasta a condus atat la prezervarea confidenta a informatiei cat si la expandarea confidenta a informatiei.

Vorbim despre teoria evoluționară a nisei pentru în nisa umană a apărut și s-au dezvoltat ideile noastre despre sănătate și boală, aici s-a construit cunoșterea medicală și instituțiile de îngrijirea sănătății, aici au apărut simbolurile și naratiunile despre bunăstarea fizică, psihică și spirituală, despre longevitate, despre vitalitate și moarte, despre identificarea și îngrijirea celor suferinzi și tot ce știm și vom ști despre noi ca persoane care avem un destin biologic în relație cu mediul fizic și social.

5.3.1. Ce este nisa

În mod obișnuit ecologii definesc nisa în termenii factorilor ambientali care sunt tolerați sau ceruți de indivizi, populații sau specii (Begon și colab. 2006). Fiecare viitoare trăiește într-o zonă ecologică care definește habitatul ei. Habitatul este mediul natural unde organismul utilizează resursele disponibile pentru hrană, adăpost, protecție sau parteneri pentru reproducere. În schimb nisa este poziția și rolul efectiv al unei specii în mediul în care trăiesc și alte specii, pentru că în interiorul nisei specia se întâlnește efectiv cu condițiile specifice ale mediului pe care l-a ales să trăiască. Nisa implică atât felul cum organismul găsește și utilizează resursele și cum se adaptează la factorii ambientali, definiția Grinnell, dar și felul cum indivizii speciei respective schimbă mediul și comportamentul pentru a se dezvolta și supraviețui, definiția Elton.

Pocheville (2015) ne povestește istoria utilizării conceptului de nisa amintind că prima folosire a termenului de nisa ca loc ocupat de o specie în mediu este datorită lui Roswell Johnson (1910). Grinnell a utilizat termenul de nisa (1913) înțelegând orice ce condiționează existența unei specii într-o locație dată, incluzând factorii abiotici precum temperatura, umiditatea, sau factorii biotici, precum prezența hranei sau a predatorilor, competitorilor, etc. iar această definiție a fost privită ca "nisa habitat". Elton (1927) vorbește mai mult relația dintre existența unei specii și factorii trofici și această definiție a fost numită "nisa funcțională". În 1957 Hutchinson formalizează conceptul de nisa ca un atribut al speciei și nu al mediului. Nisa a fost descrisă într-un spațiu al variabilelor ambientale, biotice și abiotice, ca reprezentând limitele viabilității speciei, ca un spațiu care permite speciei să existe indefinit, și această nisa a fost denumită "nisa fundamentală".

Mai tarziu, Odling-Smee, Laland and Feldman (2003) spuneau ca "noi vom trata nisa oricarei populatii ca suma tuturor presiunilor asupra selectiei naturale la care o populatie este expusa"; ei denumesc aceasta ca "nisa evolutionara".

Conceptul de nisa s-a nascut pentru a descrie conditiile ambientala, atat biotice cat si abiotice care permit existenta continua a individului, populatiei sau speciei, deci originar este vorba de o "nisa ecologica". Ea desemneaza pozitia unei specii intr-un ecosistem si subsumeaza toate interactiunile dintre specie si mediul ambiental. Spre deosebire a aceasta "nisa evolutionara" se refera numai la populatie, la felul cum ea evolueaza in timp in relatie cu mediul, oricare ar fi acesta, in timp ce nisa ecologica se refera la conditiile care permit indivizilor sau speciei sa aibe o nisa.

Pentru a intelege ce ne fac particulari printre alte vetuitoare, trebuie sa imaginam detaliile comportamentului uman ancestral, dezvoltarea corpului si mintii umane si a lumii in care a evoluat. Astfel, vom intelege cum s-a creiat si dezvoltat nisa umana. Nisa umana s-a dezvoltat lent in ultimii 300.000-400.000 ani si a inceput sa se complexifice dramatic in ultimii 125.000, ca sa explodeze in ultimii 12.000. Astazi nisa umana poate fi inteleasa ca sfera spatiala, ecologica si sociala care include toti partenerii sociali, contextele perceptuale si ecologice ale indivizilor, grupurilor si comunitatilor si a multor alte specii care traiesc alaturi de oameni. Ea este contextul in se petrec experientele umane: in aceasta nisa oamenii creiaza si participa la impartasirea cunoasterii, structurilor sociale si de sanatate, a culturii in care se produce dezvoltarea organismelor umane de-a lungul vietii.

5.3.2. Teoria constructiei nisei

De-a lungul perioadei geologice pleistocen, cu aproximativ 2,5 milioane de ani in urma, omul a construit treptat "nisa umana" implicand la inceput uneltele de piatra si apoi inovatii succesive intr-o relatie reciproca, dinamica, dintre actiuni, perceptie si structuri cognitive care a condus la achizitia si acumularea de informatii si perfectionarea mecanismului de luare a deciziilor. Aceasta dezvoltare i-a permis sa se supravietuiasca si sa se raspandeasca pe toata suprafata pamantului; nu exista alta specie care are o astfel de raspandire! Aceasta evolutie s-a produs atat ca proces biologic, generat de gene si selectia trasaturilor genetice cu rezultat asupra capacitatii de reproducere si adapte, cat si ca proces de constructie a nisei umane si transmiterea ei urmasilor sub forma de informatie si acumulare culturala (Fuentes, 2017). Principiul general al

teorie construcției nisei este că organismele pot direct influența procesul evolutiv prin modificarea mediului în care trăiesc. Construcția nisei afectează direcția și viteza schimbărilor evolutive și trebuie considerată împreună cu selecția naturală ca un important proces evolutiv (Laland și Sterelny 2006; Laland și colab. 2014). În plus, recente lucrări teoretice au discutat ce fel de procese sunt subsumate construcției nisei și cum diferite feluri de nise pot fi definite (Aaby și Ramsey 2019; Trappes, 2021), lucru de care vom vorbi mai departe.

Problema construcției nisei a fost ridicată de Odling-Smee (1988) care afirmă că construcția nisei este procesul general prin care organismele modifică propriile lor nise prin intermediul metabolismului lor, activităților lor și alegerilor lor. Caracteristica definitorie a construcției nisei nu este modificarea *per se* a mediului datorită organismului, ci mai curând modificările relațiilor dintre organism și mediul său. El mai spunea că perspectiva construcției nisei diferă de cea convențională în recunoașterea a celor două procese adaptative în evoluție: selecția naturală și construcția nisei și cele două forme de menținere: genetică și ecologică. Menținerea ecologică se referă la modificările ambianței incorporând presiunile de modificare a selecției pe care descendenții le mențin de la antecesorii. Organismele transmit progenitorilor lor ambianțe fizice selectiv modificate atât prin acțiunea asupra ambianței biologice ca și non-biologic, prin alegerile habitatului. Procesul evoluționist al schimbărilor construcției nisei este un mod fundamental prin creșterea unei mențineri ecologice, prin modificarea fenotipurilor, a normelor de reacție și prin permiterea caracteristicilor dobândite să joace un rol semnificativ în evoluție. Modificând propria ambianță, organisme devin proprii ingineri constructori ai mediului ambiant pentru ei și descendenții lor. Aceste modificări vor influența dezvoltarea noii generații

Teoria construcției nisei a fost destul de greu acceptată pentru că ea spargea monopolul teoriei standard a evoluției și a rolului singular al fenotipului, respectiv a teoriei că diferite fenotipuri supraviețuiesc și se reproduc diferențiat datorită selecției naturale și sansei, iar beneficiul asupra sanselor se reproduce trece de la o generație la alta prin gene. După Odling-Smee și colab. (2003) teoria construcției nisei a înlăturat acest monopol arătând că construcția nisei modifică componentele mediului și făcând aceasta organismele modifică presiunea ambianței asupra selecției naturale care mai târziu acționează ca surse de selecție asupra lor și descendenților lor. Apoi Laland și colab. (2007) afirmă răsplată că fenotipurile construcției nisei generează al doilea sistem de menținere în evoluție, menținerea ecologică...La oameni, construcția culturală a nisei contribuie direct la transmiterea ecologică.

Teoria constructiei nisei se adreseaza atat comportamentului uman si cultural cat si rolului genelor in evolutie. Aceasta teorie se adreseaza ambelor perspective, biologica si sociala prin explicarea rolului proactiv al dezvoltarii umane si al proceselor culturale in evolutia umana prin modificarea mosteniri ambient selectiv.

Mai departe ma voi opri la discutia despre felurile niselelor umane si a rolului lor in evolutia si variatia comportamentelor oamenilor moderni ca in final sa prezint nisa sanitara sau nisa sanatatii, cum ar fi mai bine de numit, nisa in care oamenii au inventat si construit mediul in care sa fie sanatosi, mediul in care sa formuleze credintele lor despre sanatate si boala, sa identifice, diagnosticheze si sa trateze bolile lor, mediul in care sa le previna si in care sa dezvolte strategiile care sa-i conduca la bunastare fizica, mentala si spirituala. Pe baza acestei constructii fiecare din noi, in felul lui, poate defini cine este bolnav si cine nu, subiectul acestui capitol.

5.3.3. Nisa sociala

Asa cum nisa ecologica, de care am vorbit mai sus, este un subset al tuturor ambiantelor ecologice posibile in care o populatie poate persista si procrea, tot asa in nisa sociala este vorba de ambiantele sociale care permit gruparea si interrelatia dintre indivizi. Nisa sociala este rezultatul proceselor tranzactionale dintre persoana si ambient dar la baza are susceptibilitatea la socializare care este controlata de structura neuronală cognitiva si este produsul evolutiei genetice. Socializarea individuala este sensibila la factori epigenetici precum premiarea oferita comportamentului prosocial si punitia pentru comportamentul antisocial

Oamenii sunt definiti de relatiile lor sociale si traditiile lor culturale. Aceasta realitate este creiata si continuu recreiata de oameni prin interactiunile lor sociale, prin actele de interpretare si influentate de contextul in care se petrec (Ryke si colab. 2004). Astfel, realitatea nisei sociale in care traiesc oamenii si grupurile de oameni este simbolica iar pentru a intelege nisa sociala trebuie neaparat capturata experienta celor care traiesc in ea. Din aceasta perspectiva Taylor (1997) definea nisa sociala ca locurile si conditiile in care este gasita o categorie specifca de persoane, locurile tipice utilizate de acele persoane, resurselor disponibile acelor persoane si alte categorii de persoane gasite in mod obisnuit asociate cu acele persoane.

Mai sunt disponibile si alte definitii ale nisei sociale pe care le aminteste Saltz si colab. (2016). Astfel, dupa Bergmuller si Taborsky (2010) nisa sociala reprezinta totalitatea conditiilor

sociale de care are nevoie un individ ca să-și trăiască viața în felul său. Aceste condiții sunt modelate de interacțiunile cu semenii săi și în mod tipic un individ are în față diferite opțiuni de nișă socială sau roluri sociale atunci când adoptă o nișă socială anume. Kohn și colab (2011) afirmă că o nișă socială este generată de gregaritatea și atractivitatea indivizilor. Un atribut major al nișei sociale este gradul ei de stabilitate, indivizii pot menține nivelul echivalent atât al gregarității cât și atractivității pentru un timp sau o perioadă. Astfel, nișă socială capturează variațiile individuale în sociabilitate și definește disponibilitatea informației direct din interacțiunea socială. Pentru Ryan (2011) nișă socială definește interacțiunile cu semenii și alte vietăți inclusiv competitori, parteneri, rude și descendenți precum și paraziti, predatori și victime. Nișă socială este influențată în mare măsură de unde aceste interacțiuni au loc și de cum sistemul senzorial și cel cognitiv influențează percepția nișei sociale ca și a lumii inconjurătoare.

Este important să se facă diferența dintre ambianța socială și nișă socială. Ambianța socială este constituită de un grup social și conține interacțiunile unui individ anume cu un număr de alți indivizi. Ambianța socială reprezintă o descriere a vieții sociale a individului sau set de indivizi anume. Individul nu alege ambianța socială și poate trăi în ea fără să o poată controla sau poate fi expulzat din ea. În schimb în nișă socială individul are parte de alegerile sale, participă la construcția nișei sale sociale și se bazează pe cooperarea cu cei care trăiesc în aceeași nișă. În nișă socială pot trăi părinții și copiii, rudele sau cunoscuții cu care cooperează. Liantul din nișă socială este comportamentul ales și liber împărtășit (Saltz și colab., 2016).

Construcția nișei sociale descrie situația în care indivizii, singuri sau împreună, influențează compoziția și dinamica ambianței lor sociale. Indivizii pot alege ambianța lor socială și se pot angaja în comportamente ce influențează dinamica lor în ambianța socială. Se consideră că construcția nișei sociale se petrece oricând un individ, prin comportamentul sau trasaturile sale, modifică ambianța socială a lui. Yamagishi și Hashimoto (2016) cred că construcția instituției este nucleul construcției nișei sociale. O instituție este un set de indemnuri sau stimulente care încurajează sau descurajează oamenii să se comporte în anume fel. Construcția nișei sociale privită în acest fel analizează psihologia și comportamentul specific instituției ca o strategie de maximalizare a beneficiului individual specific unei anume instituții. Stimulentele care stau la baza construcției unei instituții sunt lucruri pe care individul le dorește. Exemple de ce oamenii doresc să le fie furnizat de alții sunt banii, dragostea, prestigiul, etc. În acest fel, stimulentele sunt inseparabile de acțiunile întreprinse de alții pentru a furniza altora

obiectul dorit. Comportamentul de a oferi stimulente este o strategie care o folosesc institutiile sociale pentru a provoca un comportament de obtinere a obiectului dorit. Privite din aceasta perspectiva, institutiile de ingrijire a sanatatii utilizeaza diferite stimulente, precum proceduri diagnostice, tratamente, prin care provoaca celorlalti dorinta de a-si prezerva sanatatea.

Daca discutam despre nisa sociala care ne spune ca oamenii traiesc si interactioneaza impreuna intr-un mediu pe care si-l aleg si in final si-l construiesc prin interrelatii reciproce, cum se impaca aceasta asertiune cu teoria evolutionista care prediceaza o competitie riguroasa intre indivizi si comportamentul egoist ca o consecinta inevitabila.

Tim Phillips (2015) explica aceasta prin prisma psihologiei evolutioniste care sugereaza ca ambianțele trecute au fost diferite de ambianța curentă pe care omul a moștenit-o. Se sugereaza ca conditiile mediului original au favorizat strategii care au promovat altruismul si cooperarea intre indivizi. Apoi, expansiunea creierului uman este vazuta ca o conditie care a sustinut investirea in cooperare si intrajutorare. Altruismul semnaleză abilitate si dispozitia de a furniza investire intr-un posibil partener. In al doilea rand, dezvoltarea armelor extra-somatice a condus ca competitia dintre grupurile de oameni sa fie preacostisitoare pentru ca disputele au devenit mai letale. Strategia cooperativista a prezentat un mai mare beneficiu pentru fitness decat disputele letale si lipsa cooperarii. Genele asociate cu altruismul si cooperarea umana dintre non-rude au crescut in frecventa si sunt exprimate in populatia umana moderna in ciuda faptului ca ambianței in care ele s-au dezvoltat nu mai este aceeași in lumea moderna. Se spune ca predispozitia spre altruism explica succesul evolutionist remarcabil al speciei noastre. Printre alte predispozitii sunt virtutile caracteriale precum onestitatea, curajul, increderea, consideratia, la care se adauga reciprocitatea ca predispozitie de a coopera cu altii pentru o sarcina colectiva. Aceste comportamente sunt altruiste in sensul ca ele sporesc schimburile cu alte grupuri cu un cost mai mic ("*trade-off*") si astfel au efect benefic asupra grupului cu repercursiuni asupra fitness-ului (Gintis si colab. 2005).

La cele de mai sus Boyd si Richerson (1992) mai adauga importanta stimulilor care au generat virtutile sociale precum mandria si blamarea, ostracizarea, asortarea, reciprocitatea indirecta si punitia, toate acestea reprezentand in final factorii care au facut ca cooperarea sa devina o trasatura stabila umana.

In final, Kurzban si colab. (2015) sumarizeaza acesta problema in cateva propozitii: i) evolutia explica de ce organismele biologice prezinta trasaturi care le fac sa-si ajute rudele;

printre acestea cel mai evident este cazul cetaceelor, maimulelor evoluat și oamenii; ii) un mod în care adaptarea pentru cooperare a putut să se dezvolte a fost schimburile mutuale a beneficiilor obținute prin cooperare și înțajutorare; dintre toate vietuitoarele, oamenii se angajează în cele mai multe tranzacții reciproce; iii) modelele recente ale evoluției cooperării sugerează că indivizii pot beneficia din cultivarea reputației de a fi generos ceea ce poate duce la obținerea de ajutor de la alții în schimb; iv) indiciile că cineva este generos conduce la beneficii pentru persoana respectivă, de exemplu pentru a fi aleasă ca partener de schimburi, prieten sau partener sexual.

Fără altruism și cooperare nisa socială nu ar fi putut să existe, iar altruismul și cooperarea fac parte din valorile morale care sunt transmise din generație în generație prin procesele de socializare. Aceste valori sunt ținute în viață de internalizarea normelor, un proces în care purtătorii de valori le transmit celor care nu le au sau noii generații prin intermediul interacțiunilor personale bazate pe un complex de interacțiuni efective și de autoritate. Prin internalizarea normelor, cei inițiați furnizează valori morale celorlalți pe baza pozițiilor de rol pe care le ocupă. Internalizarea normelor presupune o predispoziție genetică pentru cogniții morale care poate fi explicată prin co-evoluția gena-cultură (Gintis și colab. 2005).

5.3.4. Nisa culturală

Cultura este un spațiu al înțelesurilor și semnificațiilor iar acest spațiu este reprezentat de nisa culturală. Acest spațiu este definit de faptul că cunoașterea este împărtășită și distribuită și ea este pusă în operă de indivizii care populează această nisa culturală.

Încă de la începutul secolului trecut Murdoch (1932) afirma că individul se naște și crește într-o ambianță culturală care îl va influența în fiecare moment al vieții lui. Toate manifestările culturii, fie ele materiale, sociale sau ideologice, pot fi derivate de la o cunoaștere de bază care înseamnă cum să facem lucrurile, cum să interacționăm cu alții sau cum să implorăm ajutorul unei forțe supranaturale (Goodenough, 1956).

Cultura este definită esențialmente de toate credințele umane, practicile și instituțiile făcute de om și în 2002 D'Andrade nota că dacă acceptăm această definiție, putem spune că cultura este un factor selectiv al evoluției umane? Este evident că corpurile noastre precum și viața noastră psihică au fost afectate de istoria lungă a trăirii modului cultural al vieții. Aceasta înseamnă că având un anume corp, și un anume psihic, fiind prevăzuți cu anumite emoții, dorințe

și abilități cognitive, toate acestea au fost selectate pentru că am trăit milioane de ani într-o lume culturală, într-o nișă culturală. Ba mai mult, punem spune că prin această evoluție oamenii sunt constituiți cultural.

Inovațiile tehnologice sunt printre cele care le-au permis oamenilor să se așeze în habitaturi față de care nu erau destul de bine echipați biologic. Abilitatea oamenilor de a produce tehnologie a fost un avantaj evolutiv care le-a dat oamenilor capacitatea de a depăși obstacolele mediului fizic în care au trăit. Există un consens astăzi în a explica acest succes ecologic prin cunoașterea ceea ce a permis inovații succesive care să se acumuleze și să se complexifice.

Datele empirice și argumente teoretice sugerează că activitățile culturale au influențat evoluția umană genetică prin modificarea surselor selecției naturale și prin alterarea frecvențelor genotipice în populațiile umane. Trăsături culturale precum folosirea uneltelor, armelor, focului, gatitului, simbolurile, limbajul și comerțul au jucat un rol important în dezvoltarea evoluției umane în general și evoluției minții umane, în special. Prin aceste activități oamenii au modificat mediul lor fizic și l-au transformat într-unul cultural. Abilitatea de a învăța deprinderi relevante și a prelua cunoaștere de la alții a făcut ca oamenii să fie capabili să influențeze propria lor evoluție. Problema este că procesele culturale operează mai repede decât selecția naturală. Această analiză ne conduce la concluzia că teoriile evoluționare nu pot să lase deoparte felului cu ființele umane au modificat sursa selecției naturale din mediul lor, adăugând pe cea culturală (Laland și colab. 2001).

Organismele în mod obișnuit consumă resurse, generează deșeuri, distrug unele componente ale mediului din jur, și toate aceste activități conduc la construcția activă a nișei în care trăiesc. Organismele nu numai că se adaptează la mediul lor dar și participă la construcția acestuia. În general, organismele vii, indirect, via componentelor abiotice, creează o serie de lucrări "ingineresti" care afectează stabilitatea ecosistemului care poate fi înțeleasă și ca un feedback eco-evoluționar. Se poate spune pe drept cuvânt că vietuitoare, și mai ales omul sunt "ingineri" ecologici, aducând mereu modificări nișei în care vietuiesc (Jones și colab., 1994). Prin această construcție organismele modifică presiunea selecției naturale la care organismele și descendenții lor sunt supuși. Construcția nișei este un proces general în lumea vietuitoarelor, dar omul contribuie în cel mai mare grad la construcția nișei sale. Capacitatea de construcție a nișei a fost amplificată de cultură. O suită de caracteristici umane implicând limbajul, cogniția, emoțiile și comportamentul, toate importante pentru supraviețuirea speciei, devin contextul acestei

presiuni selective culturale. La fel, inovatiile si tehnologia au avut un impact enorm asupra ambiantrei in care traieste omul.

Un caz special este cel al constructiei nisei culturale, respectiv alterarea ambiantei prin practici culturale. Constructia nisei culturale implica dinamici complexe prin care presiunea selectiva evolutiva actioneaza asupra culturii insasi interactionand cu evolutia genetica si mediul influenteaza viteza atat transmisia trasaturilor genetice cat si a celor culturale. Din cauza ca schimbarile culturale au potentialul sa se intample mai repede decat cele genetice, dinamica constructiei nisei joaca un rol proeminent in evolutia umana (Creanza si colab. 2017). Mai mult, exista o incredere in cultura ca ea poate duce la constructia nisei umane in modul cel mai potrivit (Kendal si colab. 2011; O'Brien si Laland, 2012).

Aceste procese culturale care participa la constructia nisei culturale au jucat un rol crucial in evolutia omului de mii de ani. De ex. pastoralismul, domesticirea animalelor si utilizarea produselor lactate au alterat in mod semnificativ mediul si au selectat gene care au modificat fenotipul si comportamentele umane. Din cauza ca procesele culturale opereaza in mod tipic mai repede decat selectia naturala, constructia nisei culturale probabil ca va avea mai multe consecinte decat constructia nisei bazate pe gena si astfel poate juca un rol mai important in evolutia umana (Laland si colab. 2001). Boyd si colab. (2011) au aratat cum se petrece acesta influenta. In primul rand activitatea culturala altereaza mediul abiotic si se constituie ca presiune selectiva evolutiva noua cu care omul este confruntat. O suita de caracteristici umane implicand limbajul, cognitia, emotiile si comportamentul, toate importante pentru supravietuirea speciei, devin contextul acestei presiuni selective culturale. Oamenii astazi sunt ceea ce sunt din cauza intersectiei dintre evolutia biologica si evolutia culturala. In paragraful § 5.2. despre evolutia culturala am prezentat pe larg co-evolutia gena-cultura.

Reducerea numarului de nasteri, reducerea dimensiunii familiei, reducerea ratei fertilizarii se pot explica prin presiunea pe care factorii culturali constitutivi ai nisei culturale o au asupra evolutiei biologice naturale. Alte exemple de cum presiunea selectiva exercitata de constructia nisei culturale influenteaza selectia pot fi felul cum neanderthalienii, care erau vanatori-culegatori, au fost inlocuiti de sapiens care aveau practici de cultivatori, sau avantajul cultural pe care l-au avut invadatorii Yamnaya din stepa rusa asupra fermierilor din neolitic pentru ca inventasera calaritul cailor, sau aparitia rezistentei la malarie la populatiile din Africa de vest care, prin practicile lor agricole, erau expusi mai mult la tantari decat populatiile care

erau doar vanatori, sau practicile alimentare și de igienă care au favorizat dezvoltarea microbionului uman dar în schimb au dus la apariția bolilor autoimune, boli inflamatorii ale intestinului, diabet, etc. Alte modificări din nișa culturală sunt reprezentate de inovațiile tehnice recente precum internetul care au dus la difuzarea virală a informațiilor. Aceste schimbări culturale au totuși un răsunet asupra sănătății personale și colective (Creanza și colab. 2017).

Boyd și colab (2011) puneau întrebarea de ce oamenii se adaptează mai ușor la o ambianță nouă decât alte mamifere? Răspunsul este generat de ideea că oamenii sunt mai deștepti decât alte mamifere, noi avem un creier mai mare cu o putere de calcul mai mare și aceasta ne permite să ne adaptăm la o mai mare varietate de medii. Ei mai spun că alte animale sunt limitate de ce se numește "inteligență dedicată", adică o învățare specifică pentru un domeniu și un mecanism de luare a deciziilor care este limitat la o anumită ambianță. În schimb, oamenii au dezvoltat o "inteligență împovăzătoare", o suită de capacități cognitive flexibile care permit speciei umane să dobândească un comportament adaptativ larg. Pe scurt, noi ne-am dezvoltat și am construit o "nișă cognitivă". Aceste capacități sunt augmentate de abilitatea de a învăța de la alții, în special utilizând un limbaj gramatical. La aceasta se adaugă un castig evolutiv special și unic care ne dă abilitatea calculatoare de a improviza soluții la probleme noi. Abilitatea de a învăța de la alții duce la dobândirea de informații la un cost foarte scăzut evolutiv. Această capacitate unică de a învăța de la alții este absolut crucială pentru succesul ecologic uman. Ea a permis acumularea graduală de informații de-a lungul generațiilor și dezvoltarea de instrumente adaptate nevoilor, de credințe și practici pe care nici o altă ființă le poate inventa. Aceasta este nișa culturală și exploatarea acestei nișe a avut un puternic impact asupra traiectoriei evoluției a ființei umane. Sterenly (2011) arată că viața culturală umană depinde de capacitatea noastră de a acumula și transmite capitalul cognitiv. Individual sau colectiv, oamenii acționează în lumea lor economică, socială și tehnologică în acord cu informațiile pe care le moștenesc de la generația anterioară. Acest transfer depinde, în parte, de adaptările cognitive pentru învățare socială (de ex. limbaj, imitație) dar depinde și de lumea în care au crescut și dezvoltat. Oamenii acumulează capital cognitiv prin interacțiunile dintre mintile oamenilor, interacțiuni care sunt organizate de mediul cultural.

O punere în cuvinte oarecum diferită asupra rolului nișei culturale ne oferă Laland și O'Brien (2011) care sugerau că construcția nișei modifică selecția nu numai la nivel genetic ci și la nivel ontogenetic și cultural cu consecințe nu numai asupra indivizilor care au construit-o ci și

asupra celorlalți. Construcția nisei umane, prin modificările ambianței, creează artefacte și alte resurse moștenite ecologic care sunt o sursă pentru selecția biologică a genelor umane dar și pentru facilitarea învățării și tradițiile mediate cultural, de ex. construcția satelor și orașelor creează noi hazarduri asociate de agregarea umană ceea ce favorizează apariția epidemiilor. Oamenii pot răspunde la această nouă presiune selectivă fie prin evoluție culturală precum construcția de spitale, dezvoltarea vaccinurilor, la nivel ontogenetic dezvoltând anticorpi care să favorizeze imunitatea, și la nivel comportamental prin noi relații care să ducă la distanțare socială, sau pot răspunde mai lent prin procesul de evoluție biologică, adică prin selecția fenotipurilor rezistente. Atunci când la teoria evolutionistă genetică se adaugă și ipoteza evoluției culturii vorbim de teoria evolutionistă extinsă (Odling-Smee, 2007).

Teoria evoluționară extinsă diferă de cea standard în primul rând pentru că adaugă un nou proces, construcția nisei culturale. Adaptarea nu este numai o problemă a selecției naturale care selectează trăsăturile adaptative ale organismului. Este la fel și o problemă a organismelor de a transforma presiunile selecției naturale în ambianța lor prin construcția nisei. Rezultatul este că mediul selectiv ales de organisme este atât determinat de sursele independente de selecția naturală ca de ex. climat, vreme, evenimente fizice sau chimice, cât și de organismele înșiși prin construcția nisei modificând ambianța în care trăiesc. Acest proces ne arată că în evoluție avem de-a face atât cu o transmitere ecologică cât și cu una genetică. Când antecesorii noștri au domesticit vacile și au început să bea lapte, ei au generat o presiune asupra selecției naturale în favoarea genelor care cresc absorbția lactozei prin sintetizarea enzimei lactază. Ca o consecință, majoritatea covârșitoare din adulți de astăzi pot continua să consume lapte și produse lactate, modificare pe care au făcut-o antecesorii noștri cu câteva zeci de mii de ani înainte și care ne-a pavat drumul spre acest tip de alimentație. Acest exemplu arată cum prin construcția nisei umane fenotipul poate fi uneori influențat de evoluția umană.

Teoria evoluționară extinsă convertește co-evoluția gene-cultură din transmiterea duală la o teorie de transmitere triplă. Ea încorporează i) moștenirea genetică directă prin selecția naturală, ii) moștenirea ecologică prin construcția nisei și iii) moștenirea culturală prin procesele culturale. Transmiterea culturală este diferită de cea genetică și ecologică prin aceea că nu aparține sistemului de moștenire generală în evoluție, ci este un proces exclusiv uman. Principala inovație introdusă de teoria evoluționară extinsă este ideea că fenotipul uman nu este numai "un vehicul pentru gene", dedicat unei singure sarcini evolutive, precum supraviețuirea și reproducerea, ci

realitatea este ca fenotipul uman modifica el insusi selectia naturala prin constructia nisei, iar constructia nisei culturale este cel mai pregnant mod in care fenotipul uman modifica mediul in care co-evolutia gena-cultura duce la diferite genotipuri care la randul lor construiesc nise care subsecvent duc la modificari fenotipice ce merg mai departe (Odling-Smee, 2007).

Astazi se stie structura genomului uman si cu ocazia aceasta s-a constatat ca noi posedam aproximativ 40.000 gene si doar o mica proportie, aproximativ 5% din acestia, au participat la selectia activa recenta a omului (ultimii 15.000-50.000ani). Visiunea dominanta in evolutionism este ca specia noastra a suferit putine schimbari in ultimele milenii, in special cu privire la adaptarile mentala care au fost privite ca produsul complex a mai multor gene. Oamenii s-au raspandit pe tot globul, au fost expusi glaciaciunii, au inceput sa practice agricultura, a crescut numarul si densitatea lor, au domesticit animale si au fost in proximitatea agentilor patogeni de origine animala. Ceea ce este izbitor la aceste provocari este ca majoritatea covarsitoare a schimbarilor au fost auto-impuse, adica rezultatul modificarilor activitatilor umane care au creat presiune pe selectia evolutiva. Aceste activitati sunt dovada constructiei umane a nisei, modificari care au precipitat raspunsul evolutionar al genomului uman. Capacitatea pentru cultura a fost in mod clar un factori important ce sta la baza constructiei nisei umane (Laland si colab. 2007). Insa astazi societatea umana contemporana se confrunta cu probleme si oportunitati fara precedent. Multe din problemele noastre si oportunitatile noastre par a fi din cauza conjunctiei dintre comportamente "vechi" adesea generate de creierul nostru socio-cultural si tehnologiile noi generate de procesele culturale contemporane. Suntem din ce in ce mai inconjurati de produsele noastre culturale si am putea spune ca ele tapeteaza nisa ecologica naturala transformand-o intr-o nisa exclusiv culturala. Am mai putea spune ca din cauza ca traim doar in relatie cu nisa culturala, am pierdut legatura cu nisa ecologica a carui produs originar suntem iar procesele evolutionare de schimbare a genotipului au devenit aproape exclusiv culturale. Este poate deplasat sa spun, dar incepem sa devenim un produs al propriului nostru narcisism cultural si creierul nostru uita ultimii 50.000 ani in care s-a dezvoltat ca o minune.

5.3.5. Nisa cognitiva

Una din caracteristicile principale ale dezvoltarii si unicitatii lui Homo sapiens consta in abilitatea lui de a utiliza ambianta intr-un mod care este epistemologic relevant. Succesul lui se bazeaza in primul rand pe abilitatea de a strange si schimba informatii si pe cunoasterea

ambianței și pe capacitatea de a o schimba. Aceste modificări vin să formeze un esafodaj pentru operațiunile lui cognitive de care depinde succesul lui (Bertolotti și Magnani, 2016).

Construcția nisei cognitive este procesul prin care organismele modifică mediul lor care afectează fitness-ul evolutiv prin formularea relațiilor cauză-efect și prin transformarea ambientului în moduri care facilitează adaptarea individuală. Aceste modificări se pot combina în transmiterea culturală pentru a mari șansele de rezolvare a problemelor și să conducă la noi forme de gândire și judecată. Cognitivii au explicat aceste caracteristici prin calitățile creierului uman de învățare socială și creativitate, acumulare, gândire heuristică, judecată tehnică și transmiterea prin canalele cognitive.

După Tooby și deVore (1987), părinții nisei cognitive, excepționala encefalizare a omului ancestral s-a datorat capacității de abstractizare conceptuală de la o situație la un model de manipulare necesar pentru atingerea scopurilor. Aceasta encefalizare și putere sporită computațională a reprezentat mugurele nisei cognitive. Nisa cognitivă a omului ancestral era definită de utilizarea uneltelor de vanatoare și a altor artefacte legate de obținerea hranei care au condus la construirea unui stil specific de vanatoare. Acest specific a constituit un element surpriza evolutiv în "cursa înarmărilor" dintre pradatori și pradă ce a condus la dezvoltarea rapidă a unor noi forme inteligente de atac bazate pe arme, capcane, ambuscade și o suită de alte inovații tehnologice și comportamentale. Este această explicație suficientă pentru a explica triplarea în volum a creierului uman de acum 2 milioane de ani? Răspunsul ar fi ca la ipoteza lui Tooby și deVore să adăugăm elementele sociale care definesc nisa socio-cognitivă: cooperarea, egalitarismul, citirea minții altuia, limbajul și cultura (Whiten și Erdal, 2012). Citirea minții a implicat o interpretare mentală profundă între indivizii, limbajul a permis conexiunea între indivizi și simbolizarea, iar cooperarea și egalitarismul au dus la coeziunea de grup și înțajutorare.

După Pinker (2003), Tooby și deVore au dezvoltat o explicație unificatoare a multor trăsături umane printre care manufacturarea extensivă a uneltelor și dependența de instrumente, dieta și habitatul larg, lungimea copilăriei și a vieții, hipersocialitatea, modelul complex de găsimă a partenerilor și sexualitate. Ei au sugerat că limbajul a multiplicat beneficiile cunoașterii care s-a diseminat prin împărtășire sau schimb cu alții și au postulat cele trei trăsături ale stilului de viață uman: cunoașterea, socialitatea și limbajul. Facând o descriere detaliată a conceptului de nisa cognitivă, Odling-Smee și colab. (2003) spuneau că construcția nisei, în particular

constructia nisei cognitive, trebuie sa fie privita, dupa selectia naturala, ca al doilea participant major in evolutie.

Stiintelor cognitive au pus accentul pe cognitiva intrupata care prezenta relatia dintre sistemul senzoriomotor si mintea umana, apoi pe teoriia mintii extinse si ulterior pe enactivism si teoria cognitiei distribuite, toate la un loc sub umbrela conceptului de "cognitie largita". Acest concept spune ca procesele interne ce se petrec in creierul individului nu sunt suficiente pentru a explica fenomenele cognitive, este nevoie de interactiune dintre indivizi si de componentele mediului inconjurator. In felul acesta, prin interactiunea umana si relatie cu mediul se construiesc nisa cognitiva. Pentru Pinker (2010) nisa cognitiva este modul de supravietuire caracterizat de manipularea ambianței prin rationamente cauzele si cooperare sociala.

La constructia nisei cognitive participa si reprezentarile mentale pe baza carora, ulterior, acumularea culturala si invatarea sociala devin heuristice, procese prin care mintea insasi inventeaza fara sa aibe relatie directa cu ambianta fizica. Aceste reprezentari cognitive interne s-au numit artefacte cognitive si exemple de astfel de artefacte cognitive sunt calendarele, checklist-urile, hartile, diagramele, abacul si alte simboluri care faciliteaza deducerile cognitive (Hohol si colab. 2021).

Foarte interesanta si scilpitoare este abordarea lui Pinker (2010 cand el se intreaba: de ce oamenii au abilitatea de a urmari idei intelectuale abstracte precum stiinta, matematica, filozofia sau dreptul, dat fiind ca aceste oportunitati de a exercita aceste talente nu existau in stilul de viata a omului ancestral? Mai departe el sugereaza ca aceasta dilema se poate rezolva folosind doua ipoteze: i) omul s-a dezvoltat umpland o "nisa cognitiva", un mod de supravietuire caracterizat de manipularea mediului prin rationament cauzal si cooperare sociala si ii) facultatile psihice care s-au dezvoltat pentru a prospera in nisa cognitiva pot fi cooptate de domenii abstracte prin procesul de abstractizare metaforica si combinatie productiva, ambele manifestate din plin in limbajul uman.

Nisa cognitiva este bazata pe ideea ca in orice ecosistem exista posibilitatea pentru un organism sa depaseasca defensele altor organisme prin rationament cauza-efect si actiuni de cooperare, prin informare si deductie, mai curand decat prin caracteristicile fizice sau chimice. Aceste deductii sunt facute in modele mentale ale lumii, guvernate de conceptii intuitive de fizica, biologie si psihologie. Ele au permis oamenilor sa inventeze instrumente, capcane si arme, sa extraga otravuri sau remedii si sa se angajeze in actiuni coordonate in stradania de

supravietuire printre pradatori. Aceste stratageme cognitive au mers in diferite combinatii in acord cu ecologia locala. Ele au aparut prin proiectare mentala si au fost desfasurate, testate si reglate prin feedback de-a lungul vietii indivizilor si de-a lungul generatiilor. Astfel oamenii au avut un enorm avantaj in aceasta cursa a inarmarii fata de alte vietuitoare.

Dupa Pinker (2010) trei caracteristici au stat la baza constructiei nisei cognitive: i) cunoasterea tehnologica, ii) cooperarea cu altii si iii) limbajul gramatical. Astfel, nisa cognitiva a fost construita treptat in jurul inteligentei, limbajului si sociabilitatii omului ancestral. Nisa cognitiva, prin castigurile din cooperare, comunicare sau cunoastere ajunge sa modifice mediul social si presiunea selectiei naturale. Abilitatile psihologice sustinute de cunostintele tehnologice, de comunicare si cooperare s-au dezvoltat mereu si a sporit valoarea fiecareia dintre ele. Astazi, nisa cognitiva in care traim este definita de rationarea despre structura cauzala a lumii, de cooperarea cu alti oameni si de impartasirea cunoasterii si negocierea acestor aranjamente cu ajutorul limbajului. Aceasta triada a adaptarii co-evolueaza una cu alta.

5.3.6. Nisa medicala (611sanitara)

Referiri consistente asupra rolului sistemului imunitar uman au aparut incepand din a doua jumatate a sec. XX cand s-a vorbit de o integrare a diferitelor functii ale organismului. Asa a aparut si psihoneuroimunologia care a integrat functiile biologice, comportamentale si psihologice de aparare a integritatii organismului in fata agresiunilor patogene. S-a ajuns si la ideea ca raspunsul imunitar, precum productia de anticorpi, si raspunsul comportamental, precum aversiunea si evitarea, pot fi considerate ca aparand atat dupa expunerea la patogeni, cat si ca functii biologice si comportamentale integrative de aparare a sanatatii si bunstarii organismului (Saad si Prochaska, 2021). Din aceasta categorie fac parte sistemul comportamental imunitar si comportamentul de a te simti rau de care voi vorbi mai departe.

5.3.6.1. Sistemul comportamental imunitar

Din cele mai vechi timpuri oamenii au fost in contact cu diferiti agenti patogeni si acestia, prin consecintele infectiilor microbiene si parazitare, pot fi considerati ca unul din cei mai importanti factori din istoria noastra evolutiva care ne-au modelat comportamentul. Chiar si astazi, conform datelor Organizatiei Mondiale a Sanatatii, aproape un sfert din toate decesele din lumea intrega sunt datorate bolilor infectioase. Fata de aceasta amenintare continua, oamenii, ca si alte virtutoare, au dezvoltat de-a lungul mileniilor de evolutie o gama de raspunsuri care merg

de ce cele imunitare până la adaptări culturale precum practicile de preparare și păstrare a alimentelor perisabile sau comportament de a te simți rău.

Răspunsul sistemului imunologic față de infecții este un răspuns fiziologic specific cu eficiență remarcabilă dar este costisitor și uneori chiar imperfect metabolic. Din cauza acestor dezavantaje, evoluția a selectat și alte mecanisme defensive care să atenueze amenințările bolilor infecțioase. Unul din aceste mecanisme este sistemul comportamental imunologic descris de Schaller și Duncan (2007). Sistemul explică relațiile dintre infecția acută, comportamentul preventiv față de boli și comportamentul de apărare. Acest comportament imunologic are în principal trei funcții: i) detectarea indicilor referitori la prezența patogenilor în mediul înconjurător, ii) inițierea funcțiilor cognitive și afective legate de boală, și iii) declanșarea de comportamente active de evităre a infecției cu patogeni (Schaller și Park, 2011).

Schaller (2011) descrie pe larg cum a ajuns la ideea de sistem comportamental imunitar. El spune că apărarea imunologică împotriva patogenilor este costisitoare biologic iar apărarea umană comportamentală împotriva agenților patogeni este mai ieftină și este orientată spre reducerea sau stoparea contactului cu aceștia. Acest sistem comportamental imunitar cuprinde procesele care reduc riscul infecției la indivizi și sugestii perceptuale, afective și comportamentale aversive și de evităre. Aceste procese sunt dimensionate în funcție de context și de agresivitatea presupusă a agenților patogeni. Ele au implicații importante pentru cogniția socială și comportamentul uman cu privire la gregaritatea socială, percepția persoanei, prejudiciul intergrup, preferința pentru parteneri, comportamentul social și conformitatea față de norme.

Schaller (2011) continuă să ne spună că oamenii, ca și alte animale, au o lungă istorie de trai în proximitatea microorganismelor patogene, precum bacterii, virusi și helminți, care cauzează boli infecțioase. Această proximitate a impus o presiune substanțială asupra selecției la populațiile ancestrale ceea ce a condus la diferite adaptări cu scopul de a diminua costul potențial asupra fitness-ului pus de acești patogeni. Cea mai importantă dintre adaptări este reprezentată de suita de mecanisme fiziologice sofisticate care definesc sistemul biologic imunitar, mecanisme destinate să detecteze prezența patogenilor în corp și să mobilizeze răspunsuri fiziologice care distrug sau elimină acești patogeni. Mecanismul imunologic este foarte costisitor metabolic consumând resurse care sunt deturnate de la alte procese biologice necesare supraviețuirii și adaptării. În schimb, un răspuns comportamental față de pericolul

contactului cu patogeni este mai ieftin si este proactiv, oferind un fel de profilaxie comportamentala in fata infectiei.

Termenul de sistem comportamental imunologic descrie o suita complexa de mecanisme cognitive, afective si comportamentale care au in ultima instanta scopul de a preveni transmitia patogenilor in fata amenintarii cu infectia. Functiile acestui sistem sunt de a detecta amenintarea, sa ofere indicatii relevante din ambianta si sa activeze raspunsuri pentru a diminua aceste amenintari. Din cauza ca nu toate situatiile duc la acelasi nivel de infectie sau aceiasi amenintare, sistemul comportamental imunitar prezinta flexibilitate functionala, senzitivitate la costurile si beneficiile evitarii patogenilor. De exemplu, oamenii care se percep pe ei insisi ca vulnerabili la boala exprima mai mult etnocentrism si mai putina sociabilitate, doua din manifestarile imunologice comportamentale ca rapuns la indicatiile pe care le percep. Sistemul comportamental imunologic este la fel marcat de tendinta de suprageneralizare, inclinat sa se activeze chiar in cazuri cand amenintarea patogena este absenta (Ackerman si colab. 2018).

Cercetarile asupra sistemului comportamental imunitar au relevat doua consecinte cheie ale activarii sistemului precum cresterea aversiunii, evitarea tintelor nefamiliare si din afara grupului si intarirea coeziunii cu cei familiari si din grup. Cand o indicatie de risc de infectie este detectata, ea atrage o cascada de raspunsuri psihologice adaptative. Aceste raspunsuri nu includ numai experiente emotionale de dezgust dar si activarea de cognitii aversive stocate in memorie si activarea sistemului motivational care ghideaza strategii de luare de decizii si deplasari motorii pentru a minimaliza riscul infectiei (de ex. comportament de evitare si condamnari sociale ale oamenilor care apar sa puna un risc de infectie).

Dupa Schaller (2011) si Ackerman si colab. (2018) aceste rezultate ale sistemului comportamental imunitar se obtin prin mai multe mecanisme:

1. Mecanismele de detectie. Sistemul comportamental imunitar include atat detectia cat si mecanismele de raspuns. Mecanismele de detectie folosesc sistemele senzoriale si cognitive pentru a detecta lucruri care par sa puna un risc de infectie. Aceste lucruri includ atat obiecte inanimate cat si indivizi care pot fi considerati ca punand un risc de infectie pentru ca apar deja infectati sau se comporta intr-un mod care creste probabilitatea ca infectia sa fie raspandita de ei (de ex. lipsa de igiena, comportament iresponsabil, etc.). Dezgustul motiveaza evitarea surselor identificate ca potential continand patogeni. Cum patogenii nu pot fi observati direct, sistemul comportamental imunitar raspunde la indiciile sau sugestiile ambientale care in trecut au fost

corelate cu prezenta patogenilor, precum alimente alterate, mirosuri de descompunere a substanțelor organice, secreții corporale sau rani. Din cauza că indicii despre patogeni nu sunt perfecti corelați cu prezenta reală a lor, sistemul poate în mod eronat să fie activat chiar când patogenii nu sunt prezenți sau să nu fie activat când patogenii sunt prezenți.

2. Atenție orientată spre persoanele vulnerabile. O varietate de procese cognitive formate de vreme în viață sunt recrutate pentru identificarea amenințărilor patologice potențiale. Astfel atenția vizuală este orientată spre oamenii care prezintă indicații că ar fi bolnavi. De ex. perceperea fetelor care prezintă anomalii fizice precum roseata, paloare, transpirație sau comportament motor specific stării de rău organic.

3. Reducerea gregarității sociale. Gregaritatea socială poate fi considerată în mod benefic și cercetări empirice arată că extrovertibilitatea este asociată cu rezultate pozitive la nivelul bunăstării generale și creșterea oportunităților pentru găsirea de parteneri convenabili. În schimb gregaritatea poate avea și costuri specifice referitor la pericolul infecțiilor pentru oamenii gregari tind să aibă contacte interpersonale multe cu creșterea riscului de contaminare și transmitere a germenilor patogeni. Acest risc este cu atât mai mare cu cât indivizii sunt mai vulnerabili. Percepția indivizilor care prezintă indicii de a poseda sau manipula patogeni duce la inhibiția gregarității sociale. Se poate spune că prezenta patogenilor prevalează asupra atractivității unui posibil partener.

4. Activarea stereotipurilor și atitudinilor prejudiciale față de persoane necunoscute, respectiv socializare discriminatorie. Oamenii prezintă o socializare discriminatorie în funcție de diferite criterii, cele mai multe fiind criteriile personale. În condițiile existenței riscului față de infecție, comportamentul cel mai frecvent este de reducere a contactelor cu acei oameni care sunt cunoscuți a fi bolnavi sau care sunt judecați a fi bolnavi sau purtători de germeni, iar acest răspuns este unul aversiv emoțional. Acest comportament este discriminatoriu și prejudicial bazat pe o stigmatizare socială pe criterii medicale. La fel sunt prejudiciați și indivizii cu proastă igienă sau cu aspecte exterioare care să indice risc pentru infecții sau vehiculi pentru transmiterea patogenilor. Nu de puține ori se constată că prejudiciați sunt și oamenii care aparțin unei alte culturi pentru că sunt judecați superficial că având deprinderi de igienă sau alte comportamente care favorizează transmiterea infecțiilor.

4. Dezgust față de încălcarea normelor culturale și regulilor în grup. Sistemul comportamental imunitar joacă un rol în modelarea atitudinilor și comportamentelor în grup

precum conformitatea la normele sociale si sanitare si nivel mare de dezgust fata de calcarea normelor morale, inclusiv aversiunea fata de contactele fizice din timpul ritualurilor culturale sau fata de cei care ignora cu buna stiinta sau din inconstienta a normelor si regulilor care sunt active in comunitate. Karlsson si colab. (2022) au studiat cele doua fatete ale sistemului comportamental imunitar aversiunea fata de germeni si perceperea infectiozitatii si le-au corelat cu intentia de vaccinare antigripala in timpul recente pandemii si au constatat ca indivizii care se perecep pe ei insisi mai vulnerabili la boli au fost mai inclinati spre vaccinare si spre limitarea contactelor sociale.

Toate consideratiile pe care le-am prezentat mai sus referitor la sistemul comportamental imunitar au fost evidente pentru fiecare in timpul pandemiei de COVI-19 cand fiecare din noi a putut sa vada la altii si la propria persoana activarea acestui comportament prin declansarea mecanismelor de aversiune si distantare sociala ca si faptul ca a existat o variatie considerabila a acestui comportament, variatie care a subliniat orginea lui evolutiva, care a mers de la comportamente de intensitate extrema la cele abia schitate.

5.3.6.2. Comportamentul "ma simt rau"

Dupa parerea mea, "cariera de bolnav" a omului incepe cu o infectie, prima infectie fiind si prima legatura intre corpul omului si mediu in care va trai cat timp ii va fi dat. Ca o regula, primele infectii se petrece in primele luni de viata si continua in anii copilariei. Cu aceste ocazii se stabilesc programele sau modele prin care omul va dialoga cu mediul, programe din care omul nu va mai evada niciodata. Sistemul imunitar este cel care va face aceasta lagatura si nu poti sa prosperi biologic daca nu ai luat contact cu o infectie, altfel vei ramane ca sub un clopot de sticla si organismul tau nu va intelege nimic cu adevarat din ceea ce este in jurul lui. Pe scurt, nu poti fi in continuare sanatos daca nu ai avut in prealabil o infectie, este botezul tau, initierea ta pentru ceea ce va urma sa fie.

Comportamentul pe care il au oamenii atunci cand se simt rau poate fi considerat parintele celorlalte comportamente care apar ulterior, pe parcursul dezvoltatii, in legatura cu sanatatea si boala, precum comportamentul de suferinta si cel de boala, cel de cautare a ajutorului, cel de prezervare a sanatatii, etc. Comportamentul de a te simti rau invata individul sa monitorizeze si sa interpreteze anumite senzatii corporale ca semne biologice, prin legarea acestora de functionarea corpului. Acum individul invata ca simptomele sunt un mod de

comunicare metaforica cu ceilalti, de ex. ca o cerere de ajutor, si va folosi mai departe in viata, constient sau inconstient, acest mod de comunicare.

Desi s-a crezut ca sistemul imunologic si procesele care guverneaza comportamentul social sunt separate, adica entitati care nu comunica intre ele, cercetarile din ultimele decade a aratat altceva. Azi exista o considerabila evidenta ca procesele inflamatorii si comportamentul social exercita o influenta reglatorie reciproca. Activitatea inflamatorie este cunoscuta in special pentru rolul ei de prima linie de aparare impotriva distrugerii tisulare si infectiilor microbiene, iar cercetarile mai recente au evidentiat ca activitatea inflamatorie este la fel si organizatoarea comportamentului. De ex. cytokinele proinflamatorii, unul din mesagerii cheie ai sistemului imunologic, nu numai ca orchestreaza raspunsul inflamator periferic de prevenire a infectiei, dar aceste cytokine semnalizeaza la fel creierul pentru a schimba comportamentul. In mod specific, printr-o varietate de mecanisme, incluzand activarea nervului vag si patrunderea prin bariera hematoencefalica, cytokinele pot semnaliza creierul pentru a genera o constelatie de comportamente cunoscute ca comportamentul de a te simti rau (Dantzer, 2001; Kelley et al, 2003; Quan and Banks, 2007). Astfel, in timpul tulburarilor infectioase se asista la o crestere a moleculelor efectoare a sistemului imunitar, precum cytokinele si la aparitia unei constelatii de comportamente umane precum somnolenta, inapetenta, retragere sociala, lentoare motorie, descresterea libidoului, febra sau tulburari cognitive, toate la un loc primind denumirea de comportamentul de a te simti rau (Larson si Dunnn, 2001; Miller si colab. 2005). Astfel se releva ca inflamatia este un organizator puternic al comportamentului social (Eisenberger si Cole, 2012; Hennessy si colab., 2014).

Conceptul de comportament de a te simti rau ("*sickness behavior*") isi datoreaza existenta abordari evolutioniste a bolilor infectioase care au aratat ca febra joaca un rol pozitiv asupra supravietuirii celor care o fac in timpul bolii. S-a aratat ca febra este mai mult decat o expresie a infectiei, ea este si un raspuns adaptativ alaturi de celelalte semne ale infectiei. Acest comportament este definit de o suita de schimbari comportamentale care s-au distilat de-a lungul evolutiei cu scopul de a ajuta supravietuirea si a limita raspandirea infectiilor atat la oameni cat si la alte mamifere prin organizarea prioritatilor energetice de lupta contra infectiei si prin semnalizarea nevoii de restrangere a contactelor sociale (Shattuck si Muehlenbein, 2015).

Cytokinele, care sunt principali mediatorii ai comportamentului de a te simti rau, sunt proteine secretate de macrofage si alte celule imunitare in timpul activarii imunitare si servesc la

reglarea inflamatiei si recrutarea altor celule la locul infectiei. In mare, cytokinele sunt considerate a fi de doua feluri: pro-inflamatie sau anti-inflamatie. O balanta bine reglata intre cytokinele pro si anti-inflamatorii este cruciala pentru mentinerea unui raspuns imunologic adecvat. Mai multe cytokine proinflamatie au fost puternic asociate cu comportamentul de a te simti rau la oameni si mamifere. Aceste cytokine sunt interleukina-1b (IL-1b), interleukina-6 (IL-6) si factorul de necroza tumorala-a (TNF-a) care sunt sintetizati si eliberati in timpul fazei acute de raspuns, faza care incepe la locul infectiei sau leziunii si care duce la eliberarea mediatorilor imunologici care reprezinta raspunsul direct imun al organismului. Cytokinele secretate se acumuleaza in sange si apoi ajung la creier in principal strabatand bariera hemato-encefalica. La acest nivel cytokinele influenteaza sistemul nervos central si genereaza simptomele caracteristice starii de rau general din infectii.

In afara de cytokine, la aparitia comportamentului de a te simti rau mai participa unii hormoni precum testosteronul, cortizonul, leptina si grelina care sunt responsabili de modularea suportului energetic din timpul reactiei inflamatorii si explica aparitia letargiei si inapetentei din acest cortegiu simptomatic caracteristic comportamentului de rau din infectiile acute.

Asa cum spuneam mai inainte, relatia dintre inflamatie si comportamentul de a te simti rau furnizeaza un avantaj pentru supravietuire, avantaj rafinat prin procesele evolutive. Reactia inflamatori pune organismul social intr-o situatie de vulnerabilitate particulara si astfel este nevoie de o modificare comportamentala pentru a naviga in continuare in lumea sociala. Rolul adaptativ socio-biologic al starii de rau se exprima prin: i) cresterea senzitivitatii la experientele sociale amenintatoare cu scopul unei mai bune identificari si evitari a amenintarii la bunastarea individului din timpul acestor stari si ii) cresterea comportamentului de abordare a celor apropiati sau a altor indivizi care pot furniza ajutor in ingrijire si astfel de a facilita recuperarea si vindecarea din starea de rau si implicit din starea de inflamatie (Eisenberger si colab. 2017). Astfel, inflamatia, prin legatura pe care o are cu sistemul nervos central, recruteaza un comportament social sanogenetic prin apelul indreptat altora in injrijirea persoanei in cauza.

Este cunoscut ca atat oamenii cat si multe specii animale prezinta o retragere sociala semnificativa atunci cand prezinta tulburari infectioase, retragere care promoveaza recuperarea din boala prin prezervarea resurselor energetice. Totusi inflamatia altereaza comportamentul social in functie de prioritatile motivationale legate de riscurile de infectie sau de gravitatea procesului inflamator. Astfel, in cazul inflamatiilor in care nivelul cytokinelor proinflamatorii

este crescut apare si o crestere a senzitivitatii la experientele sociale negative cu scopul protectiei individuale. Aceasta crestere a sensivitatii la stimuli sociale negativi poate fi unul din mecanismele care genereaza retragerea sociala din mediile neprietenoase social si poate ajuta, atat individul cat si pe ceilalti, sa opereze raspandirea infectiei. Exista insa si senzitivitate la experientele sociale pozitive, inflamatie reducand interesul fata de lumea sociala si in final la retragerea sociala. Aceasta ipoteza se potriveste cu alte cercetari care au aratat ca inflamatie induce simptome depresive existand chiar o similaritate deosebita intre tabloul simptomatic din comportamentul de rau si simptomele depresive (Eisenberger si colab. 2010a). Exista o multime de date care sustin legatura dintre inflamatie si depresie (Miller si colab., 2009). Printre acestea este si observatia ca 50% din pacientii cu cancer care primesc interferon alpha dezvoltă depresie pentru ca acest tratament duce la cresterea nivelului de cytokine proinflamatorii comparativ cu un lot de control (Capuron si Miller, 2004). La fel, administrarea de mediatori proinflamatie precum endoxina la voluntari sanatosi duce la aparitia depresiei. Totusi nu se cunoaste exact cum inflamatie duce la un tabloul clinic complet de depresie si este posibil ca consecintele sociale ale inflamatiei sa fie piesa lipsa in intelegerea legaturii dintre inflamatie si depresie (Eisenberger si colab., 2010b).

Leonard (2016) pune intrebarea daca comportamentul de a te simti rau in tulburarile psihiatrice este o parte a continuumului pe care se dezvoltă depresia majora sau este separat de procesele patologice care rezulta in depresie. Probabil ca o privirea evolutionista asupra comportamentului de rau ar furniza un raspuns. Astfel, la toate speciile de animale simptomele care urmeaza unei infectii sistemice sunt esentialmente similare, precum letargia, anorexia, hipersomnia, pierderea libidoului, febra iar la oameni se adauga anhedonia. Asemenea simptome ar fi benefice pentru supravietuire pentru ca permit organismului sa se retraga intr-un mediu de siguranta unde procesele de vindecare pot sa se petreaca in liniste. Avantajul evolutionar al unui asemenea comportament ar fi evitarea contactului cu altii din grup si reducerea raspandiri infectiei. In cazul in care inflamatie este cronica situatia pare sa nu fie favorabila pentru organism, ca in cazul bolilor autoimune, a bolilor cardio-vasculare sau diabet. Pe de alta parte, un grad de inflamatie cronica este o trasatura caracteristica tulburarilor afective si ar fi rezonabil sa gandim ca comportamentul de a te simti rau poate fi si o forma aparte a depresiei.

Privirea evolutionara asupra comportamentului de a te simti rau spune ca organismele vor aloca resurse de timp si energie proceselor legate de reproducere, crestere si mentinere in asa fel

incat sa maximalizeze reproducerea. Acest proces este diferit in diferite etape ale istoriei vietii. Comportamentul de a te simti rau schimba aceasta tendinta naturala inspre supravietuire in detrimentul reproducerii si cresterii (Shattuck si Muehlenbein, 2015). In plus, faptul ca acest comportament este orchestrat de sistemul imunitar si ca persista de-a lungul evolutiei sugereaza ca joaca un rol important in apararea organismului, pentru ca acest comportament impune auto-izolarea in cazul infectiilor. Unele dintre simptomele acestui comportament duc la reducerea interactiunii cu altii, atat din partea gazdei cat si din partea celorlalti care recunosc individul ca fiind bolnav dupa semnele exterioare. Evolutia a inarmat indivizii sanatosi cu abilitatea de a detecta sugestiile generate de comportamentul celorlalti, precum indiciile prezentei infectiei. Indivizii bolnavi emit activ "semnale" celorlalti din jur ca se simt rau si astfel acest comportament este parte a sistemului imunitar comportamental colectiv (Shakhar, 2019). Acest semnal solicita raspuns din partea celorlalti ca de ex. reducerea timpului de contact intre cei care impartasesc aceiasi locuinta prin izolare a celor care se simt rau. La fel, comportamentul acesta solicita comportament de ingrijire cu efect benefic imediat pentru individul bolnav. Exista o balanta aici intre beneficiul pe care primeste cel bolnav si costurile pe care le incumba ingrijirea acestuia de catre grup. Exista si evidente experimentale care arata ca inflamatiile sunt asociate cu o dorinta mai mare de a fi impreuna cu cei suportivi sau cu cei din familie. Schimbarile in comportamentul si contactele sociale depind de contextul relationarii si familiaritatii. Intre prieteni si in familie, comportamentul de a te simti rau poate solicita ingrijire si un contact mai strans in timp ce cu straini acelasi tip de informatie poate rezulta in evitare.

Expresiile sociale ale comportamentului de a te simti rau sunt in parte construite cultural. Shattuck si Muehlenbein (2015) au aratat ca normele si valorile culturale pot modela multiplele aspecte ale bolii si sanatatii precum comportamentul de a te simti rau si raportarea simptomelor. Acesti factori pot influenta similar starea de rau semnaland cine si cand are nevoie de ingrijire si protectie. De ex. stoicismul si credintele despre utilizarea serviciilor medicale influenteaza momentul cand persoana se adreseaza la medic pentru aceste simptome. Este posibil ca oamenii care sunt orientati catre familie sa se simta mai confortabili semnaland starea de rau in acest cadru. Individualismul si colectivismul influenteaza in mod similar comportamentul acesta, mediul sociocultural modeland in mod clar perceptia starii de rau si dezvaluirea potrivita a simptomelor si perceptiile celorlalti. Comportamentul de a te simti rau trebuie privit prin lentile socioculturale, el s-a filtrat de-a lungul evolutiei pentru ca grupul sa intelega cine este bolnav, ce

nevoi are, cum trebui tratata in grup infectia pentru a se limita contagiunea, scopul final fiind ca prin grija, intajutorarea, coperarea, altruismul sa se contribuie la sanatatea colectiva (Shattuck si colab. 2021).

5.3.6.3. Privire evolutionista asupra sanatatii si bolii

Exista o lipsa de cunoastere a felului cum caracteristicile mecaniciste bazale ale bolii se articuleaza cu ratiunile evolutioniste ale speciei umane. Decodarea evolutiei genomului uman furnizeaza un context valabil pentru a raspunde la intrebarea de ce avem boli Comparatiile dintre oameni si cele mai apropiate rude ale noastre, precum cimpanzeii, au relevat faptul ca bolile fie ca nu apar la alte specii, fie ca au o evolutie diferita. De exemplu, oamenii au o rata a cancerelor de trei ori mai mare decat la alte specii. Medicina evolutionista ne poate aduce clarificari asupra felului cum procesele evolutioniste au produs caracteristicile disfunctionale ale bolilor umane, dar nu poate sa desluseasca "teoria bolilor" asa cum Erasmus Darwin credea acum 200 ani (bunicul lui Charles darwin, botanist,zoolog si medic englez 1731-1802). Abordarea pe care medicina evolutionista o face se bazeaza pe ideea ca bolile umane apar din constrangeri, compromisuri, nepotriviri si conflicte inerente sistemelor biologice complexe ce interactioneaza peremanent cu schimbarile mediului. Principiul major este ca selectia actioneaza asupra fitness-ului si nu asupra sanatatii si longevitatii si ca istoria noastra evolutionista nu cauzeaza boli ci numa vulnerabilitati pentru boli intr-un mediu particular (Gluckman si colab. 2011).

Benton si colab. (2012) au identificat mai multe explicatii pentru a evidentia rolul zestrei genetice in aparitia bolilor umane. O prima explicatie evolutionista este ca selectia naturala nu duce la organisme perfecte, ci opereaza cu conditii reproductive relative constranse de interactiunile cu variatiile biologice preexistente. Astfel, selectia naturala nu promoveaza sanatatea sau longevitatea ci mai curand sustine si maximizeaza fitness-ul care este o reprezentare cantitativa a succesului reproductivitatii individuale. A doua explicatie este nepotrivirea dintre mostenirea noastra biologica si ambianta moderna, nepotrivire dintre adaptarile noastre biologice facute la ambianta ancestrala si stilurile de viata moderna de astazi cea ce contribuie la multe boli precum obezitatea, diabetul si bolile de inima, favorizate sedentarism si proasta nutritie. Oamenii traiesc astazi in moduri diferite si in medii diferite de cele in care majoritatea proceselor selective au operat pentru a modela specia noastra. Majoritatea schimbarilor au avut loc cu cel putin cateva mii de ani inainte. Aceasta duc la

expunerea limitelor capacitatilor adaptative, la constrangeri si la susceptibilitatea la boli. Schimbarile rapide la mediului si expunerea la noi ambiane pot conduce la o proasta sanatate. Urmatoarea explicatie, a treia, este ca exista compromisuri si negocieri ("*trade-off*") intre trasaturi si nu exista trasaturi care pot fi simultan optimizate de selectia naturala; conceptul de "*trade-off*" prezinta faptul ca de cele mai multe ori o trasatura de dezvoltare pe seama alteia. A patra explicatie ne arata ca organismele pluricelulare au la baza agregate de gene si genomi cu diferite istorii evolutioniste si cu diferite interese strategice ceea ce face ca trasaturile exprimate sa fie un compromis echilibrat intre diferite elemente genetice si sisteme corporale; patologia umana apare de multe ori din conflictul care perturba aceste compromisuri.

Nesse si Stearns (2008) se intrebau: daca selectia naturala ne-a adus in acest punct al dezvoltarii noastre umane, punct in care narcisismul uman este mai infloritor ca niciodata, de ce selectia naturala nu-a lasat totusi corpul vulnerabil la boli? Ei sumarizeaza sase categorii principale de explicatii posibile: mismatch-ul cu ambianta moderna, patogenii care se co-dezvolta cu gazda, constrangerile create de ce selectia poate face, procesul de neevitat al compromisului, reproducerea pe cheltuiala sanatatii si defensele precum durerea sau febra care sunt indicatori ai disfunctiilor corporale.

Evolutia oamenilor o insemnat un drum lung de adaptari in care, alaturi de procesele evolutive de "*trade-off*", un rol important au jucat si procesele de "*mismatch*", de nepotrivire intre trasaturi si mediu (Nesse si Stearns, 2008). Caracteristicile biologice au fost create printr-o evolutie lunga a organismului in relatie cu mediul ancestral iar mediul modern nu mai este in contigenta cu cel vechi si aceasta nepotrivire poate explica prevalenta mai multor boli actuale precum obezitatea, diabetul sau bolile de inima. Alelele ancestrale, care au fost adaptate la mediul ancestral, pot fi facute raspunzatoare pentru riscul multor boli actuale. Asa s-a intamplat ca lunga istorie de expunere la helminti intestinali a creat un anumit profil imunologic care apara peretele intestinal, care astazi, cand helmintii nu mai cohabiteaza in organismul individului, a dus la aparitia de vulnerabilitati. Astazi am creat mecanismele de defensa impotriva helmintilor dar am anihilat mecanism ancestral imunologic de aparare a peretelui intestinal. In felul acesta se poate explica aparitia bolilor inflamatorii ale colonului ca boala Crohn, sau a sclerozei multiple sau a unor boli autoimune ca fiind datorate nepotrivirii dintre nivelul curent de paraziti intestinali si sistemul imunitar care s-a dezvoltat in mediul ancestral cu o incarcare mare de paraziti intestinali. La fel este privit si diabetul tip 2 care poate fi considerat un raspuns al individului la o

alimentație care conține zahăr dincolo de capacitatea lui de a-l metaboliza stabilită în milenii în urmă. Alte exemple ar fi pierderea capacității de a sintetiza vitamina C sau apariția miopiei care ar apărea din cauza nepotrivirii dintre ceea ce a fost setat cu mult timp înainte și cerințele mediului actual. Există și teoria că multe din tulburările psihice s-ar putea explica prin faptul că capacitatea de prelucrare a comunicațiilor interumane a fost setată cu milenii în urmă pentru indivizi care trăiau în grupuri de 100-150 indivizi (Dunbar, 2003), iar individul de astăzi trebuie să facă față la o comunicare într-un mediu mult mai complex decât de sociala actuală.

Conceptul de trade-off este relevant clinic pentru că poate explica evoluția vulnerabilităților corpului uman, multe boli fiind strâns interconectate în sensul că descreșterea riscului pentru una crește riscul pentru alta. Acest lucru se datorează competiției din cadrul corpului pentru resurse care sunt limitate. Exemplul tipic fiind constatarea empirică că cei care fac boala Alzheimer nu fac cancer cerebral și invers, ceea ce poate să se explice prin resursele energetice limitate pentru una sau alta din aceste afecțiuni (Nesse și Williams, 1995). Ceea ce este demn de reținut este că modificările genetice datorate evoluției nu explică apariția bolilor ci numai apariția vulnerabilității pentru aceste boli. Nesse și Williams (1995) spuneau că marele mister al medicinei este prezenta a ceea ce pare a fi greseli, fragilități și mecanisme gresite în organismul nostru care generează majoritatea bolilor, în ciuda existenței ADN care conține un plan pentru 10 trilioane de celule specializate dar nu conține nimic despre cum să se îndrepte ceea ce devine al un moment dat daunător. De ce nu s-au selectat gene care ar fi putut elimina susceptibilitatea noastră la boli sau să ne dea abilitatea de a repara ceea ce s-a stricat la un moment dat? Tot ei spun că soluția misterului bolii trebuie găsită în selecția naturală. Procesul fundamental al selecției naturale este foarte simplu: selecția naturală se petrece și ocupă de trăsăturile influențate genetic care afectează supraviețuirea și reproducerea lor și nu pentru alte condiții, cum ar fi boala.

Mai există și fenomenul de pleiotropism antagonic care se referă la genele care conferă un avantaj devreme în viața dar care mai târziu în viața aduc efecte negative (Gluckman și colab. 2010). Astfel, fătul sau nou născutul care a fost expus la condiții nutritive precare în primele luni de viață și care s-a adaptat la acest mediu pentru a supraviețui, va deveni mai târziu în viață susceptibil să dezvolte obezitate, diabet zaharat sau boli cardiovasculare (Barker și colab. 2002). Sau un alt exemplu, o dezvoltare biologică rapidă cerebrală în primii ani de viață poate avea

consecinte negative mai tarziu, cu aparitia tulburarilor emotionale si ideatie suicidara (Michauld si colab. 2006).

Toate cele de mai sus si multe altele i-au condus la Stearns si colab.(2010) sa spuna ca evolutionismul a furnizat medicinei cel putin patru mesaje fundamentale:

1. Viziunea gresita ca organismul este similar cu o masina a carei proiectare si constructie poate fi optimizata. In schimb, organismul este o sumedenie de compromisuri modelate de selectia naturala pentru a maximiza reproducerea si nu sanatatea, ele sunt pe de-antregul compromisuri si constrangeri de neevitat;
2. Din cauza ca evolutia biologica este mult mai lenta decat schimbarile culturale, multe din boli apar din mismatch-ul corpurilor noastre cu ambianta moderna;
3. Patogenii se dezvoltă mult mai repede decat organismele umane asa ca infectia este inevitabila;
4. Ideea ca bolile comune mostenite sunt cauzate de cateva gene defecte este incorecta pentru ca viziunea evolutionista sugereaza ca multe boli sunt datorare interactiuni a mai multe gene care interactioneaza cu mediul si cu alte gene pe timpul dezvoltarii pentru a influenta fenotipurile de boala.

La toate acestea se mai poate adauga constatarea ca studiile genetice au demonstrat ca rezultatul selectiei este inregistrat in genotip si regiunile genomice, selectia naturala actionand asupra fenotipului, deci asupra rezultatului general, exterior, functional, al mutatiilor genetice. Cunoasterea noastra asupra acesuti fenomen este insa dezechilibrata pentru ca ce stim despre genom poate fi corect dar ce stim despre fenotipuri este minim, pentru ca multe boli fenotipice sunt influentate de mii de gene cu milioane de variante.

Legatura dintre evolutionism si sanatate si boala poate fi bine evidentiata de evolutia sistemului imunitar. Componentele innascute ale sistemului imun furnizeaza mecanisme moleculare de recunoastere a selfului de non-self si de raspuns la patogeni care se dezvoltă intr-un mod treptat utilizand diferite gene si procese preexistente. Sistemul imun uman s-a dezvoltat prin co-evolutie de milioane de ani cu patogeni si se poate spune ca infectia cu patogeni a contribuit la raspunsul uman de astazi (Dunne si Cooke, 2005). Astfel, oamenii au dezvoltat mecanisme de defensiva impotriva bolilor infectioase precum sistemul comportamental imunitar sau comportamentul de a te simti rau, de care am vorbit in paragrafele anterioare.

Mai amintim încă odată că sistemul comportamental imunitar cuprinde evitarea interacțiunilor sociale care expun individul la riscul de a contracta infecții precum și conformitatea și menținerea normelor culturale. Activarea acestui sistem este asociată cu creșterea vigilenței și evitarea membrilor care nu fac parte din grupul propriu. S-a dovedit că oamenii sunt capabili de a recunoaște chiar semne subtile după care cineva este bolnav, precum îmbrăcăminte, mersul, fizionomia, recunoaștere care activează răspunsul imunitar la cel ce observă și generează rejecția și evitarea persoanei bolnave (Schaller, 2011).

În timp ce sistemul comportamentului imunitar este activat de indivizii sănătoși pentru a preveni infecțiilor, comportamentul de a te simți rău ("*sickness behavior*") se referă la starea psihofiziologică cauzată de agenții infecțioși. Comportamentul de a te simți rău este caracterizat prin oboseală, pierderea apetitului și apatie, lentitate psihomotorie, retragere socială și febră. El reflectă o reacție defensivă adaptativă evoluționară de a conserva energia și reduce riscul de a fi vulnerabil. La fel ca în cazul sistemului comportamental imunitar, indivizii cu comportamentul de *sickness* evită contactul cu străinii și caută proximitatea celor apropiați, rude sau prieteni, chiar dacă acest comportament crește riscul infecției indivizilor înrudiți genetic.

În mod arbitrar sistemul imunologic este împărțit în două subsisteme, cel înnașcut și cel dobândit. Sistemul imunitar înnașcut este un sistem nespecific care reacționează la toate agresiunile în mod egal și este alcatuit din barierele externe ca pielea sau mucoasele și barierele chimice precum proteinele antibacteriene care cuprind complementul, interferonii, apărările celulare care cuprind leucocitele, macrofagele sau celulele *killer* naturale. Sistemul imunitar înnașcut este responsabil de reacțiile nespecifice la infecții care sunt: răspunsul de fază acută și inflamația. Acest răspuns inflamator apare după distrucția celulară generată de infecție și include durere, edem, roșeață sau febră. El este datorat acțiunii cascadei de factori ai inflamației printre care cunoscutele de acum, citokinele.

Sistemul imunitar dobândit produce un răspuns specific față de agresiunea microbiană și de aceea se mai numește și sistemul imunitar adaptativ. El este un sistem specific și incredibil de divers care luptă cu miliarde de patogeni pentru a ne menține starea funcțională și care are o memorie capabilă de un răspuns rapid față de patogeni cu care am avut contact în trecut. Complexitatea răspunsului imun rivalizează cu cel al sistemului nervos în ceea ce privește conexiunile dintre celule componente, celule care sunt răspândite în tot corpul astfel încât să fie capabile să întâlnească agenții patogeni (Flajnik și Kasahara, 2010). Sistemul imun adaptativ

operează pe baza mecanismelor darwiniene astfel că de-a lungul vieții fiecărui individ, se activează un vast repertoriu intamplator de receptori specifici care sunt modelați de o serie de procese de selecție. Specificitatea antigenică a unei celule limfocitare afectează șansele de supraviețuire și proliferare de-a lungul maturității printr-un proces de învățare și se transmite ulterior generațiilor. Este vorba de o imunitate darwiniană care cuprinde toate sistemele de imunitate care se bazează pe procesele evolutioniste ale organismului gazdă ducând la combinarea diversității receptorilor somatici și selecția clonală. În schimb, sistemul de imunitate înnașcut are o transmitere lamarkiană în sensul că ce se transmite generațiilor următoare este neschimbat și înafara intervenției factorilor de mediu. Evoluția sistemului imunitar a însemnat o diviziune a muncii între componentele înnașcute și cele adaptative implicând un transfer de informații astfel ca acestea să poată acționa ca un tot unitar (Muller și colab., 2017).

Poate că Liston și colab. (2021) definesc cel mai bine ce este sistemul imunitar și originea lui atunci când spuneau că sistemul imunitar posedă o imensă varietate interindividuală din cauza că este controlat de gene polimorfe și modelat de senzori foarte sensibili la ambianța care pot impune sistemul imunitar la miliarde de configurații funcționale, fiecare configurație fiind expresia existenței unui individ aparte. Aceste configurații îi dau sistemului imunitar specificitatea particulară pe care nu o mai are decât sistemul nervos central. Această configurație interindividuală continuă să se mărească cu vârsta, pe măsura ce individul întâlnește mai multe provocări ambientale. Originea acestei diversități este înrădăcinată în traseul nostru evolutionist. Sistemul imunitar este unicul în care se văd avantajele variației genetice. Această variație se datorează co-evoluției dintre agenți patogeni și gazde dar și originii poligenice a sistemului imunitar.

În organismul uman trăiesc aproximativ 100 trilioane de microbi, majoritatea lor fiind în tractul digestiv unde se găsesc în jur de 1000 specii diferite de microorganisme. Este ceea ce se numește "microbiomul" uman compus din comunități de microbi, virusuri și fungi într-o complexitate mai mare decât chiar a genomului uman (Amon și Sanderson, 2017). Oamenii au co-evoluat cu trilioane de microbi care au fost în corpul lor și care au creat astfel un habitat complex, un ecosistem adaptativ care există și astăzi și care se reglează fin cu fiziologia organismului. Disbiozele microbiomului au fost asociate cu numeroase boli printre care boala inflamatorie a intestinului, scleroza multiplă, diabetul, alergiile, astmul și cancerul. Microbiomul este un contributor major al variației imunitare, el influențează atât dezvoltarea cât și funcția

imunitară. Odată germenii stabilizați după naștere, unii dintre ei sunt principalii producători de acizi grași cu lanț scurt care sunt o sursă importantă de energie din carbohidrații care nu sunt digerabili, acizi grași care sunt și imunomodulatori având și proprietăți supresive asupra tumorilor. Dar cea mai mare importanță o are în educarea sistemului imun personal și promovarea unei toleranțe imunologice care se atenuează sau chiar se suspendă în disbioze ducând apariția bolilor autoimune. Microbiomul contribuie și la sinteza vitaminelor, în special vitamina K și a unor aminoacizi esențiali (Lloyd-Price și colab. 2016). Variațiile interpersonale sunt date de bogăția sau sărăcia cantitativă a unor specii de germeni dar și de varietatea acestor specii. O sărăcie în diversitatea microbiană a microbiomului este găsită în obezitate, boala inflamatorie a colonului, diabet, dermatitele atopice și psoriazisul; ea se mai petrece și după cure de antibiotice. În final se poate spune că activitatea microbiomului este inserată în activitatea imunitară a gazdei și participă în mod esențial la personalizarea sănătății ei.

Atunci când organismele caută să se izoleze de agenții patogeni ei esuează în a-și educa sistemul imunitar și de a-l învăța să aibă răspunsuri de apărare specifice față de diferiți agenți patogeni. Această constatare a făcut să se nască "ipoteza igienei" care spune că prezența patogenilor în mediul uman este absolut necesară pentru dezvoltarea sistemului imunitar. Fetusul uman, înainte de a se naște este considerat că având un sistem imunitar în stare de repaus ceea ce este necesar ca să nu rejeteze țesuturile mamei care sunt "antigenice" pentru el. După naștere sistemul imunitar al copilului este continuu expus prezenței microorganismelor din mediu ceea ce face ca acest sistem să pornească și să se dezvolte devenind din ce în ce mai competent. A ține un organism într-o stare de aseptie înseamnă să-l privești de dezvoltarea celui mai important sistem de apărare a sănătății (Pfefferle și colab. 2021).

Omul modern euroasian are 2% din genomul neandertalian iar populația din Asia sud est și Oceania are 1% din genomul denisovan. Introgresia locilor neandertalieni și denisovani a îmbogățit genele imunitare adaptative și innascute. Această selecție pozitivă s-a făcut mai ales sub influența virusurilor ARN. Aproximativ 8% din genomul uman cuprinde ADN care are originea în retrovirusuri (Griffiths, 2001). S-a constatat că haplotipul neandertalian crește transcripția codată a proteinelor și fagocitoza și echilibrul dintre citokine și conduce la o rezistență naturală față de Covid-19 mai bună decât la cei din Asia de sud est.

Actualmente se mai știe că capacitatea imunologică poate varia în funcție de nutriție. O nutriție adecvată menține un răspuns imunitar sănătos dar nu este clar cum dieta influențează

raspunsul imun sau daca aceasta variatie actioneaza direct sau prin intermediul microbiomului, greutatea corporala sau efectele inflamatorii asociate. Totusi s-a pus in evidenta rolul deficientei de fier asupra numarului scazut de celule imunitare B si T la copii din tarile sarace, sau s-a arata cum o dieta bogata in sare este asociata cu riscul de boli autoimune.

O teorie fascinanta este cea a co-evolutiei intre sistemul nervos si cel imunitar. Ambele sisteme au ca principal rol evolutionist optimizarea detectiei pericolului. Astazi se inmultesc evidentele care sugereaza o integrare a ambelor sisteme la nivel genomic, molecular, celular si la nivelul tesuturilor. Reglarea reciproca a acestor sisteme se desfasoara pe mai multe straturi: semnalele neuronale regleaza foarte fin puterea raspunsurilor imunitare in timp ce mecanismele traditionale asociate cu imunitatea mediaza cresterea neuronala, dezvoltarea si functia neuronala, aceste interactiuni fiind produsul a milenii de co-evolutie (Foster et al., 2017, Chu et al., 2020). Kraus si colab. (2021) ne aminteste ca au fost descrise si unitati de celule neuroimune cu diferite locatii anatomice unde celulele imunologice si neuronale interactioneaza fizic si regleaza fiziologia si defensele tisulare. Neuronii inerveaza organele limfoide influentand migrarea celulelor imunologice si dezvoltarea lor si, in schimb, celulele imunitare sunt prezente peste tot in tesutul nervos unde ele regleaza capabilitatile regenerative. Aceasta interactiune influenteaza si raspunsul dureros la stimuli nocivi. In plus, acesti autori propun doua scenarii ipotetice in care presiunea evolutionara de la microbi a condus la formarea de unitati de celule neuroimune ca modalitate de comunicare si coordonare intre neuroni si celulele imune prin mediatori precum cytokine, chemokine, neuropeptide si canale de ioni in urma cu 700 milioane de ani. Mai intai pericolul este sesizat de neuronii care furnizeaza un raspuns rapid si ulterior initiaza pe cel imunologic. Neuronii detecteaza conditiile ambientale si transmit informatii aferente care se integreaza la nivelul sistemului nervos central si subsecvent trimit semnale eferente la periferie pentru un raspuns coordonat. Cand se detecteaza patogeni de catre neuronii senzoriali, semnalele eferente conduc atat la comportamente de evitare cat si la raspunsuri imunologice. Sistemul nervos, prin mecanismul de protectie impotriva patogenilor filtrat evolutiv, a condus la comportamente de evitare precum sistemul comportamental imunologic sau comportamentul de avertizare de a te simti rau ("*sickness*"). Neuronii controleaza si raspunsul imun local precum inflamatiile si furnizeaza primul nivel al reglarii imunitare. In felul acesta neuronii pot fi considerati ca un fel de "*checkpoint*" la fiecare pas al raspunsului de aparare, de la primul contact cu patogenii pana la rezolutie si vindecare.

La cele de mai sus vreau sa mai adaug ca atat creierul cat si sistemul imunitar stau cu fata la lume si invata mereu ce lumea le spune. In timp ce creierul, inventind mintea, ramane mereu democratic, deschis la nou, sistemul imunitar este sovinitic si egocentric, aparand cu indaratnicie corpul in care salasuiește.

5.3.6.4. Comportamentul de sanatate

Modelul de sanatate bazat pe faptul ca organismul uman este unul fizic iar functionarea lui poate fi comparata cu cea a unei masini este o abordare reductionista care ingusteaza realitatea umana. Conceptul personalistic al sanatatii (Cuddeback si Taboada, 2002) afirma ca fiinta umana este in primul rand o persoana care este constienta de experientele corpului ceea ce o face radical diferita de orice alta fiinta si astfel, sanatatea nu poate fi reduisa la realitatile biologice sau fizice. Recunoasterea nevoi unui model personalist inseamna sa aduci conceptul de persoana in caracterizare adecvata a sanatatii umane. Sanatatea umana are un puternic caracter personal. Dimensiunea specifica personala a sanatatii umane inseamna a da persoanei umane statutul de subiect care traieste si experimenteaza constient corp sa si starile lui. Identificata ca persoana, fiinta umana este un subiect care face ca sanatatea umana sa fie radical diferita prin aceea ca este traita si experimentata constient. Astfel, atunci cand vorbim de comportamentul de sanatate trebuie sa privim aspectele subiective care sustin acest comportament, precum credintele, emotiile, cognitiile umane.

Este un truism sa spui ca sanatatea este inseparabila de comportament uman. Exista o pletora de studii care evidentiaza legatura dintre diferite comportamente nocive, precum fumatul, dieta bogata in carbohidrati si lipide sau sedentarismul si diferite boli precum bolile cardio-vasculare sau diabetul. In orice moment al vietii, sanatatea unui individ si comportamentele care o sustin, reflecta combinatia dintre inzestrarea fizica si un set cumulativ de experiente si circumstante care s-au dezvaluit in timp in contextul distinct fizic si social.

Astazi avem formulate doua tipuri de modele ale comportamentului de sanatate. modele ecologice, care strang laolalta influentele sociale proximale precum familia si prietenii si caracteristicile comunitatii, a organizatiilor si sistemului politic, si modele individuale ale comportamentului de sanatate care includ numai actiunile observabile, actiunile deschise, starile emotionale si credintele si atitudinile indivizilor.

Privitor la definiția comportamentului de sanătate, Kasl and Cobb (1966) afirma că comportamentul de sanătate se referă la acele activități care sunt întreprinse de o persoană care se referă la ea ca fiind sănătoasă cu scopul de a preveni o boală sau de a o detecta într-un stadiu asimptomatic. La două decenii diferentă, Gochman (1987) definește comportamentul de sanătate ca acele atribute precum credințele, așteptările, motivele, valorile, percepțiile și alte elemente cognitive, caracteristicile de personalitate și modelele comportamentale care sunt legate de menținerea sănătății, restaurarea sănătății și îmbunătățirea sănătății. Cu alte cuvinte, comportamentul de sanătate cuprinde acele acțiuni luate de un individ, care se percepe sănătos, care au ca scop păstrarea sănătății. Aceste acțiuni pot fi intenționale sau neintenționale și pot promova sau afecta sănătatea individului sau a altora. Aceste comportamente sunt dinamice, variind de-a lungul vieții, în diferite locații, și în diferite momente în timp. Harris și Guten (1979), după un studiu empiric, au stabilit că importanța conceptului de comportament de sanătate rezidă în faptul că fiecare individ efectuează cu anumite regularități anumite acțiuni cu scopul de a-și proteja sănătatea, activitatea privind nutriția și obiceiurile alimentare este parte a celui mai comun comportament de sanătate și aspectele empirice cele mai frecvent identificate sunt practicile personale de igienă, practicile privind siguranța individuală, acțiunile preventive, evitarea germenilor și evitarea substanțelor toxice.

De-a lungul generațiilor, comportamentul de sanătate al părinților modelează pe cel al copiilor, iar în aceeași generație, comportamentul tinerilor influențează pe cel al prietenilor.

Perspectiva care pune accentul pe rolul mediului social al sănătății este cunoscută ca teoria determinantilor sociali ai sănătății. Importanța acestora, ca factori nemedicali, a crescut odată cu nevoia de a explica disparitățile din sanătate, atât a indivizilor cât și a grupurilor de indivizi. Acești factori nemedicali includ caracteristicile individuale precum educația, venitul și credințele de sanătate și multe altele care derivă din contextul individual social și fizic, familie, școală, loc de muncă, vecinătate, context organizatoric și instituții specifice și context politic. Această abordare interdisciplinară caută să înțeleagă cum societatea modelează sănătatea oamenilor. Cercetătorii în domeniu disting între "nivelul de jos", individual, corporal și "nivelul de sus", cel structural social, sau nivelul macro al cauzelor comportamentelor sociale. Se descrie și nivelul "intermediar" dintre cele două extreme care este fundamental pentru înțelegerea comportamentului de sanătate. Acest nivel se focalizează pe locurile în care trăiește subiectul,

precum vecinatate, loc de munca, familie precum si alte relatii interpersonal care au loc in aceste locatii (Short si Mollborn, 2015).

Aplicarea teoriei cognitivismului social la problemele sanatatii cere o intelegere a determinismului reciproc care implica factorii cognitivi personali, ambientul fizic si social si factorii de comportament. Factorii cognitivi personali includ abilitatea individuala de autodeterminare sau autoreglare a comportamentului ce reflecta amploarea confidentei individului in angajarea comportamentului (auto-eficacitatea), abilitatea lui de a previziona rezultatul si nivelul de intelegere asupra dinamicii comportamentului. In final, acesti factori promoveaza, permit sau descurajeaza un anumit comportament.

Modelele individuale ale comportamentului de sanatate

Aceste modele comportamentale sunt initiate si focalizate pe individ si au originea in psihologia individuala si in felul cum persoana isi evalueaza propria sanatate. O cercetare experimentală facuta pe 407 indivizi de peste 20 ani a incercat sa identifice felul cum isi evalueaza sanatatea persoane din populatia generala comparativ cu un standard medical pentru a identifica ce i-ar putea face pe acestia sa declanseze comportamentul de cautare a sanatatii. Rezultatele au aratat o concordanta de numai 60% intre evaluarile sanatatii facute de indivizi si de catre medici. Considerentele somatice au fost cele mai relevante in aprecierea sanatatii pentru medici, iar factorii sociali, bunstarea impreuna cu conditiile somatice au fost indicatorii care au determinat mai mult evaluarea sanatatii la persoanele din populatia generala (Unden si Elofsson, 2001).

1. Modelul credintelor referitoare la sanatate

Acest model a fost dezvoltat de inceputul anilor 1950 de catre US Public Health Services cu scopul de a intelege esecul oamenilor in adoptarea strategiilor de preventie a bolilor sau de a face teste de screening pentru sanatate pentru a detecta anumite boli (de ex. mamografie). Mai tarziu modelul a fost utilizat pentru a analiza raspunsul pacientilor la simptome si complianta cu tratamentul medical. Modelul sugereaza ca credinta persoanei in evaluarea amenintarii unei boli impreuna cu credinta persoanei in eficacitatea comportamentelor de sanatate recomandate sau efectuate prediceaza felul cum o persoana va adopta un comportament. Astfel, modelul credintelor despre sanatate se bazeaza pe ideea ca oameni se vor angaja in comportamente de sanatate sau intreprind actiuni recomandate in acest sens doar atunci cand ei cred ca acestea vor

reduce amenintarea anumitor factori asupra sanatatii. Ideile lor provin din asteptarile si credintele privind amenintarilor asupra sanatatii precum perceperea probabilitatii si severitatii lor. Modelul credintelor referitoare la sanatate contine sapte componente sau constructe primare care prediceaza daca oamenii vor lua actiuni de prevenire, detectare sau control ale conditiilor de sanatate. Aceste constructe sunt: perceperea susceptibilitatii, perceperea severitatii, perceperea beneficiilor, perceperea bariereale in angajarea intr-un comportament, sugestiile pentru actiune si auto-eficacitatea (Skinner si colab. 2015). Acest model are in spate o balanta decizionala, relatia dintre beneficiile percepute comparata cu barierele percepute in a se angaja intr-un comportament privitor la sanatate (Rejeski si Fanning, 2019).

2. Teoria comportamentului planificat si modelul comportamentului integrat

Acest model se bazeaza pe faptul ca factorii motivationali individuali sunt printre determinantii performarii comportamentelor de sanatate. Se presupune ca cel mai bun predictor al comportamentului este intentia care este determinata de atitudinile si perceptiile normelor care ghideaza un comportament sanogenetic. Modelul acesta evidentiaza relatia dintre atitudini, intentii si comportamente. Conform teoriei cognitivismului social predictia comportamentului si a schimbarilor comportamentale sunt reglate de anticipari, planificari si sensul personal de control, iar influentele cognitive asupra comportamentului se bazeaza pe auto-eficienta, asteptarile privind rezultatul si cunoasterea procesului.

Modelul comportamentului integrat include patru componente: i) daca o persoana are puternice intentii comportamentale, ii) daca sunt sau nu constrangeri ambientale care fac ca comportamentul sa fie dificil sau imposibil de efectuat, iii) comportamentul trebuie sa fie evident pentru persoana, si iv) experienta performari comportamentului poate duce la obisnuinta (Montano si Kasprzyk, 2015).

3. Modelul transteoretic al stadiilor schimbarii si stadiile schimbarii

Acest model s-a dezvoltat din analiza comparativa a 25 de teorii psihanalitice ca la urma sa fie integrate intr-un singur model (Prochaska, 1979). Aceste teorii incearca sa explice de ce oamenii se schimba si a identificat mai multe procese ale schimbarii, adica strarile motivationale prin care oameni trec cand isi schimba comportamentul. Acest proces al schimbari parcurge sase pasi, destul de cunoscuti din alte aplicatii ale acestui model: precontemplatia, contemplatia, prepararea, actiunea, mentinerea si rezolutia. Faza de rezolutie se caracterizeaza prin lipsa totala de tentatie pentru recaderea la vechiul mod comportamental si exprima o stare de auto-control

total asupra comportamentului. Acest model este aplicabil la schimbarile dorite in cazul comportamentelor daunatoare precum consumul abuziv de alcool, fumatul, alimentatie excesiva.

Modelele de mai sus au pus accentul mai mult pe factorii sociali, in cazul teoriei determinantilor sociali ai sanatatii sau pe factorii psihologici, ca in cazul modelelor individuale ale comportamentului de sanatate. Trebuie insa sa mai pomenesc si de faptul ca toate culturile au teorii specifice despre boli, precum atributii si credinte care explica cauzele acestora. Aceste atributii culturale influenteaza in mod semnificativ comportamentul de sanatate pentru ca joaca un rol important atat in decizia de a actiona cat si in decizia de a alege intre diferite alternative de actiune. Oamenii din diferite culturi prezinta atributii specifice relativ la suferinta, sanatate, boala, simptome si tratament. Diferentele culturale in atributiile privind sanatatea au implicatii majore pentru profesionistii sanatatii din cauza ca ele joaca un rol esential in formarea credintelor privind sanatatea si boala (Kleinman si colab. 1986, Furnham si colab., 1999). Pe baza acestor atributii oamenii construiesc modelul suferintei si al comportamentelor de evitare a acesteia. Stainton (1991) descrie opt "modele" pe care oamenii le utilizeaza atunci cand se gandesc la sanatate si boala: ca masina, corp sub asediu, inegalitatea accesului, critica culturala, promovarea sanatatii, individualism, puterea divina si puterea vointei. Fiecare din aceste atributii genereaza un comportament aparte de sanatate.

In final trebuie sa spun ca evaluarea comportamentului de sanatate si a radacinilor lui are mare importanta pentru modul cum individul acceseaza sistemul de ingrijire a sanatatii, credintele despre stiinta medicala si increderea in tratament.

5.3.6.5. Comportamentul de bolnav

Putem face o prima presupunere ca noi suntem in majoritatea vietii fara simptome sau disconforturi corporale. Uneori, cand ne intoarcem atentia catre corpul nostru constatam ca nu avem nimic de spus cu privire la sanatatea acestuia. Dar in acelasi timp putem spune, fara a exagera, ca fiecare din noi, intr-un punct oarecare al viati noastre va prezenta totusi senzatii corporale ce indica disfuncii organice, numite si simptome, si ca uneori le putem explica prin cunostintele noastre empirice despre functionarea corpului. De obicei, acestea nu sunt suficient de severe ca sa le putem incadra intr-o boala. O alta presupunere este ca pot exista si momente cand vom avea simptome total necunoscute sau inexplicabile sau simptome de severitate mare care sa ne faca, dupa o perioada de grija, sa ne ducem la doctor. Cand vom deschide usa unui

cabinet medical pentru a cauta explicatii pentru simptomele noastre, acceptand sa fim examinati fizic, sa facem analize, sa primim un diagnostic si un tratament, si, cu aceasta ocazie, sa capatam eticheta de bolnav. Exista desi aceasta presupunere ca intr-un anumit moment al vietii noastre, fiecare din noi poate sa se simta destul de rau incat sa accepte acest statut si sa devina pacientul unui medic (Zola, 1973).

In drumul sau de a se considera bolnav individul face, de cele mai multe ori cu participarea altora, o autoevaluare, o judecata dupa de standardele implicite a ceea ce inseamna sa te simti sau nu bine. A te simti bine are intelesuri specifice pentru diferiti oameni in functie de valorile individuale, de clasa sociala si de cultura. Prima etapa a acestei decizii este stabilirea daca schimbarile din sanatate au depasit un prag de semnificatie a normalului. Acest prag variaza in functie de asteptarile persoanei referitor la forta, capacitatea, functionarea, confortul, bunastare fizica personala. Dincolo de acest prag, senzatiile corporale capata statutul de simptome. Mai participa la aceasta decizie si comparatia cu istoria altora din acelasi grup sau comunitate. De aici si pana la a vedea un doctor mai este de parcurs un drum.

Analizele din populatia generala constata ca 75-90% din episoadele identificate de persoane ca boala nu duc la recurgerea la sistemul medical. Acest procentaj poate fi considerat a fi dat de indivizi cu un prag ridicat referitor la semnificatia patologica a simptomelor, la rezistenta fizica si soarta lor privind sanatatea. Ceilalti 10% vor fi cei care vor utiliza sistemul de sanatate prin vizite repetate la medic. Ramane de discutat cat de inteleapta este decizia acelor care nu se duc la doctor, desi au indici privind existenta unei boli. S-a evidentiat ca cel putin jumatate din ei au avut dreptate! Daca este asa, putem accepta ca ceea ce vad medicii in cabinetele lor de consultatie nu este magnitudinea reala a unei afectiuni in comunitate, ci doar esantionul "clinic", dat de cei care se considera bolnavi inca inainte de a trece pragul cabinetului de consultatie (Eisenberg, 1990).

Finley si colab. (2018) releva rezultatele unui studiu multi-centru cuprinzand 12 baze de date, din 12 tari si 5 continente, incluzand peste 20.000 consultatii medicale si care a vizat care au fost ratiunile pentru vizite medicale raportate de medicii de familie, in contrast cu ratiunile raportate de pacienti. Cele mai frecvente zece motive pentru vizitele medicale raportate de medicii din reseaua primara au fost: infectiile cailor respiratorii, hipertensiunea arteriala, examene periodice de control a starii de sanatate, artritele, diabetul, depresia sau anxietatea, pneumonia, otita medie acuta, durerea de spate si dermatitele. Cele mai frecvente motive de a

vizita un medic generalist din punctul de vedere al pacientilor au fost urmatoarele: tusea, durerea de spate, simptome abdominale, faringite, dermatite, febra, durerile de cap, dureri de picioare, probleme respiratorii nespecificate, si oboseala.

Deci, cine este pacient? Pacient este o persoana care prezinta o stare de suferinta corporala sau indici ai unei perturbari ale functiilor organice, pe care in mod curent le numim simptome, pentru care se adreseaza medicului si ramane in relatie cu acesta in vederea examinarii medicale, a diagnosticului si al tratamentului medical cu scopul dobandirii stari anterioare de sanatate. Nu poti fi "pacient" fara sa ai un medic curant!

Clothier (2003) facea remarca ca majoritatea pacientilor sufera de disconfortul sau simptomele lor cu o remarcabila tarie si rezistenta, iar altii, de obicei persoane dependente, cauta sa fie ascultate chiar si numai pentru probleme familiale, tragedii personale sau pentru varsta inaintata. Multi pacienti se bucura sa fie examinati, manipulati sau injectati doar pentru ca le lipseste contactul personal si atentia. Cei care sunt cu adevarat bolnavi pot fi ori bravi, ori fricosi, depinzand de varsta, circumstante sau calitati personale. Totusi, un lucru este sigur, fiecare pacient va gandi ca reactia lui este justificata, data de o boala, si se asteapta sa primeasca toata atentia necesara. Daca ei nu obtin aceasta atentie, vor fi tristi sau ofensati.

Noi ne gandim la boala ca la o perceptie individuala de a nu te simti bine sau de a avea diferite simptome corporale ca posibila expresie a alterarii functiilor corpului sau proceselor fiziologice care au deviat de la normele stabilite de stiinta biomedicala (Chrisman, 1977). Cu toate acestea, putem spune ca in fiecare zi noi avem o multime de disconforturi corporale dar numai pentru o parte infima din ele mergem la medic. Nici prezenta lor, nici alte evidente ale prezentei lor, nici severitatea sau disconfortul obiectiv nu par sa saca diferenta dintre acele episoade care ne fac sau nu sa mergem la medic. Atunci ce ce face ca sa mergem la medic? Mai putem formula aceasta intrebare in alte cuvinte: de ce o persoana si nu alta, cu aceiasi plangere corporala, ocupa in mod legitim pozitia sociala de persoana suferinda sau de pacient? Pentru a afla raspunsul trebuie gasita explicatia de ce oamenii trateaza cu indiferenta o anume problema de sanatate pe care alti nu o considera asa. Pentru a da o explicatie trebuie sa luam in considerare ce este important pentru anumiti oameni intr-o situatie particulara si care sunt implicatiile pentru comportamentul lor social. De ex. ce deosebeste doua persoane supraponderale, una care se vede grasa iar alta nu? Explicatia ar fi diferentele dintre conceptiile privitoare la comportamentul alimentar, diferente in ceea ce priveste ce e normal sau dezirabil cu privire la forma corporala,

diferite stiluri de viață, ritualuri alimentare, nivel de activitate fizică, poziție în familie și la serviciu, în general diferite cu privire la percepțiile sociale și cerințele personale.

Studiile arată că majoritatea persoanelor cu simptome semnificative întârzie să se ducă la medic. Ei au simptome cu mult înainte de a merge la doctor. Aceasta duce la presupunerea că există o perioadă în care subiectul încearcă să se acomodeze cu simptomul iar când această perioadă nu duce la nici un rezultat, atunci el decide să vadă un medic. Zola (1973), făcând un studiu asupra rațiunii pentru care un lot de pacienți vin pentru prima oară la un medic, constată că nu există un simptom în sine care să-i facă pe oameni să caute ajutor medical, ci mai curând aceasta depinde de circumstanțele sociale concomitente. El indică cinci condiții care duc la decizia de a căuta ajutor medical: concomitența unei crize interpersonală, perceperea interferenței unei boli cu relațiile sociale, îndrumul unei alte persoane că o vizită medicală este de dorit, perceperea legături cu activitățile fizice și magnitudinea comportamentului de amânare (de ex. "ma duc săptămâna viitoare").

Să mergi la doctor este un proces social complex pe care pacienții îl planifică, repetă și negociază cu alte prilejuri în interacțiunea lor cu profesioniștii. Oamenii caută mai întâi sfaturi de la neprofesioniști, prieteni, familie, reviste, internet, etc. Acest mod de abordare se numește sistemul de îndrumare popular sau laic. În discuția despre cine este bolnav și cine nu, trebuie să recunoaștem importanța conceptului laic de sănătate în care elemente din cunoașterea științifică a boli sunt integrate cu credințele și practicile sistemului popular care sunt bazate pe experiența de toate zilele. De obicei persoana solicită pe alții pentru ajutor în identificarea bolii, pentru sugestii pentru tratament și recomandări pentru ajutor competent. Faptul de a consulta pe alții înseamnă că există credințe și practici de sănătate răspândite în lumea din jur și că există indivizi disponibili care să influențeze deciziile personale despre ceea ce este bine de făcut.

Trecerea unui individ din lumea sanatoșilor în lumea pacienților este o problemă de mare complexitate. Studiile privind starea de sănătate în populația generală au relevat frecvent că numărul celor care prezintă simptome este mult mai mare decât al celor care se prezintă la medic sau al celor la care medicul nu găsește nimic anormal biologic. Astfel putem avea sanatoși simptomatici. Tot așa putem avea și bolnavi fără simptome. Exemplificativ este studiul lui Peterson și colab. (1977), care au comparat simptomele de ulcer cu rezultatele endoscopiei gastrice, și au constatat că există bolnavi care nu mai au simptome dar au încă imagini endoscopice de ulcer, și alții la care imaginea ulcerului a dispărut dar mai au simptome de ulcer.

Disparitia simptomelor nu garanteaza si disparitia boli. In plus, aceasta constatare arata distinctia dintre boala, asa cum este conceptualizata de medic si suferinta experimentata de pacient. Boala si suferinta nu stau intr-o relatie unu la unu. Este bine stiut ca acelasi tip de leziuni dau diferite grade de durere la diferiti subiecti. La fel, cursul boli este disociat de multe ori de cursul simptomelor sau a suferintei in general (Eisenberg, 1990).

Cu mult mai devreme de aceste studii si comentarii, Schuman (1965) a avut perspicacitatea de a formula un algoritm tipic pe care un subiect il parcurge in drumul lui de a vede un medic si a-si incepe cariera de pacient. El divizeaza evenimentele legate de problemele de sanatate in cinci stadii ce reprezinta tranzitia majora spre a se lasa ingrijit de un medic: i) stadiul de experienta a simptomului, ii) stadiul asumarii statutului de bolnav, respectiv a unui individ care crede ca are nevoie de ingrijire profesionala; iii) stadiul de contact cu medicul si cu sistemul de ingrijire a sanatatii; iv) asumarea statutului de pacient in sensul ca individul transfera controlul sanatatii asupra medicului si v) stadiul de recuperare si reabilitare. Acest parcurs pe care-l face un individ in drumul invers de la boala la sanatate s-a numit teoria traiectoriei bolii (Carpentier si colab., 2010).

Probabilitatea ca un doctor sa fie vizitat este legata si de perceptia factorilor personali de risc pentru sanatate, precum riscuri care au existat in istoria familiala sau la colegi, prieteni sau vecini (Damman si colab. 2017). Cand vine vorba de factorii de risc pentru boala pentru care cineva se adreseze la medic, Contrada si Guyll (2001) amintesc de diferentele interindividuale dintre modalitatile comportamentale legate de factori de personalitate precum sociabilitatea, cautarea noutatii, asumarea riscului, neuroticismul, optimismul sau ostilitatea.

Clothier (2003) continua analiza sa si ne spune ca pacientul de astazi este foarte diferit de cel da acum 100 ani. Pana la aparitia mass mediei, relatiile dintre medic si pacient se asemanau cu relatiile dintre preot si credincios, dintre profesor si elev, dintre avocat si client. Expresia “autoritate inteleapta” incapsula ascendenta pe care medicul o avea asupra pacientului. Aceasta relatie era uneori fericita pentru ambele partii. Astazi, mass media si mai ales televiziunea a schimbat aceasta relatie. Am trecut dincolo de teatrul de operatii si alte lucruri private si vedem ce fac doctori cu adevarat. Cortina a fost trasa si magicul a fost revelat. Cand misterul s-a risipit, intrebarile apar repede!

Si lumea nu sta pe loc. S-a petrecut schimbari importante economice, culturale, politice de cand Zola (1973) a scris articolul seminal despre drumul parcurs de un individ de la sanatate

pana in cabinetul medical. Una din cele mai perceptibile schimbari este faptul ca pacientii sunt mai inclinati sa caute sfaturi de ingrijire a sanatatii mai mult pe internet decat de la doctori si in locatii domestice decat cele spitalicesti (Nettleton si Hanlon, 2006). Una din trasaturile neanticipate in a doua jumatate a sex. XX este ca oameni care nu se simt bine sau care sunt bolnavi nu mai cauta in mod invariabil ajutor medical. Acest fenomen a fost denumit "*icebergul clinic*" de catre Last (1963). si Banks si colab. (1975). Acesti autori au aratat ca o mare parte din simptomele pe care le au, oamenii le gestioneaza fara a apela la sistemul de sanatate si astfel avem un iceberg al simptomelor in care unele sunt vizibile pentru ca stau deasupra nivelului marii, dar cea mai mare parte sunt ascunse privirilor noastre fiind situate in partea de jos a iceberului. Banks si colab. (1975) constatau ca numai unul din 37 simptome au fost raportate la medicul de familie, iar Scambler si Scambler (1984) au gasit ca doar unul din 18 simptome duc la o consultatie medicala. Si se pare ca acest iceberg a crescut cu anii!

Toate acestea au dus la nevoia de a explora cum si de ce indivizii nu cauta ajutor medical. Astazi avem o alt fel de medicina care se numeste "medicina consumatorista" in care pacientii au devenit mai solicitanti si care asteapta o plaja mai larga de servicii si moduri de tratament. Serviciile de ingrijire a sanatatii au devenit mai diverse si fragmentate. La fel si pacientul, el a devenit o figura multifacetata, un pacient informat, un pacient "expert", un utilizator de servicii, un consumator, o persoana reflexiva asupra serviciilor pe care se simte legitim sa le ceara (Nettleton si Hanlon, 2006). Horton (2003) editor la revista medicala Lancet observa ca schimbarea cea mai importanta intre trecut si prezent in medicina este accesul la informatie. Inainte era o diferenta exagerata intre doctor si pacient, acum este pe cale sa se stearga. Pacientii inteleg astazi riscurile si beneficiile medicinei moderne si doresc sa aibe mai multe informatii inainte de a se increde in doctori. Aceasta nevoie de transparentizare a ceea ce doctorul stie sau nu stie, a schimbat modul in care medicina este practicata astazi. Schimbarea naturii conceptului de expert si proliferarea informatiei si a tehnologiilor de comunicatie, schimbare care explica metamorfoza lumii noastre spre o modernizare reflexiva, fac ca pacientii, in calitatea lor de cetateni ai societatii, sa devina mai individualisti si reflexivi, iar furnizorii de ingrijire sa fie mai flexibili, mai putin paternalistici si mai responsivi la nevoile acestora. Un nou tip de individ a ocupat pozitia centrala a relatiei medic-pacient si autoritatea in domeniul sanatatii se reformuleaza intre profesional si laic.

Thorsen si colab. (2001) au facut un studiu care sa evidentieze asteptarile pacientilor cand se duc la medic si motivele cereri lor de a fi vazuri de un medic. Ei cuantifica care sunt dorintele pacientului fata de examinarea medicala. Astfel, pacienti vor ca vocea si plangerilor lor sa fie auzite, apoi sa fie intelese si acceptate ca valide de doctor si apoi explicate. Ei se duc la consultatie in functie de ce servicii si ce raspuns ar putea avea de la acel doctor. Pacientul si doctorul au diferite modele explicative ale bolii iar faptul ca pacientul agreeaza eticheta diagnostica pusa de doctor suferintei lui nu inseamna ca pacientul este si de acord cu etiologia, prognosticul si tratamentul propus de doctor. In 50% din cazuri pacientul si doctorul nu sunt in acord cu natura problemelor principale prezentate. Se mai constata existenta unei discrepante intre numarul de probleme ridicate de pacient si cele retinute de medic. Medicul da prioritate numai unor probleme si ignora altele in functie de modelul biomedical in care este ancorata practica lui. Campbell si Roland (1996) incearca sa inventarieze criteriile deciziei de a cauta ingrijire medicala si apeleaza la modelul credintelor despre sanatate de care am vorbit in capitolul §5.3.6.4. "Comportamentul de sanatate" si amintesc de faptul ca credintele despre boala ale unui individ pot fi influentate de istoria personala si familiala, de cultural locala, mass-media si cele sapte constructe psihologice ce determina perceptia individuala asupra propriei sanataii: perceptia susceptibilitatii, perceptia severitatii, perceptia beneficiilor si costurilor in cautarea sanataii, perceptia barierelor, cunostintele despre boala, credintele in eficacitatea auto-ingrijirii si sugestiile pentru actiune facute de altii.

Referitor la intrebarea care nu ne da destula liniste: de ce oameni se prezinta la medic? sunt doua constatarii oarecum conflictuale. Este evident pe de-o parte ca nu toti oamenii care prezinta simptome se duc la doctor si multi asteptata sa vada ce se intampla si, pe de alta parte, la un procent cuprins intre 40-65% din cei care se prezinta pretextand ca au simptome, medicii nu pot detecta nici o cauza organica pentru plangerile lor (Cameron si colab. 1995). Deciziile de a cauta ingrijire sunt clar afectate de factorii de care am mai vorbit precum varsta, sexul si statutul socioeconomic, de asigurarea medicala si de modelul personal al bolii precum rapiditatea instalarii simptomelor, perceptia severitatii simptomelor si stressul psihologic. Acesti factori pot fi asociati cu rate inalte de cautare a ingrijirii din cauza ca ei influenteaza interpretarea simptomelor, usoare sau serioase, din cauza ca ei sporesc motivatia de a cauta ajutor profesional ca un mijloc de a recastiga controlul asupra potentialei boli si reducerea stresului cauzat de aceasta. Dar la toate acestea se mai adauga ceva mult mai important, reprezentarile cognitive pe

care un individ le formuleaza referitor la simptome sale. Aceste reprezentari integreaza felul cum senzatiile somatice sunt procesate, de ex. integrate in memoria experientelor somatice anterioare si legatura lor cu informatiile din domeniul laic, adica cu intelesul pe care simptomele il au in cultura locala. Reprezentările simptomelor includ cognitiile referitor la posibilele cauze, de ex. raceala, tristete, anxietate, indispozitii digestive, cancer, consecintele anticipate, posibilele masuri de control si asa zisele reprezentari de bun simt contingente cu presupusa boala. Este ceea ce se numeste modelul de bun simt al auto-reglarii propus de Leventhal si colab. (2008). Aceste reprezentari ghideaza deciziile de angajare in comportamente de coping, relaxare, odihna, dieta, medicatie sau apelare la un medic. Cand senzatiile somatice sunt ambigue si ele se petrec in proximitatea unui eveniment stressant, ele pot fi atribuite necazului emotional.

Elvetianul Henry Sigerist (1929, citat de Siri si colab. 2013) a arata cum de-a lungul istoriei diferite societati au recunoscut statutul social specific al persoanei bolnave caruia i-a atasat privilegii si obligatii,. Mai tarziu, Talcott Parson (1951) introduce termenul de rol de bolnav care evidentiaza privilegiile persoanei bolnave precum exceptarea de la responsabilitatile normale familiale si sociale, dar include si obligatiile de a incerca sa se faca bine, sa cauta ajutor specializat si sa coopereze la tratament. Mechanic si Volkart (1961) investigand modurile in care oameni reactioneaza la simptomele fizice in contextul factorilor culturali si psihosociali de influenta, introduc conceptul de comportament de boala sau comportamentul de bolnav pe care il definesc ca raspunsul variat al indivizilor la indicatiile corpului, cum ei monitorizeaza starile interne, definesc si interpreteaza simptomele, face atributiile, intreprind actiuni de remediere si utilizeaza variate surse de informare si de ingrijire formala. Ei spuneau ca comportamentul de boala nu face altceva decat sa defineasca ceea ce oameni fac cand nu se simt bine si se refera la indivizii ca "pacienti". Mechanic si Volkart il defineau in modul urmat: modul in care simptomele sunt percepute, evaluate si actiunile pe care le ia o persoana care simte durere, disconfort sau alte semne ale malfunctiei organice. Pilowsky (1969) introduce termenul de comportament de boala anormal pe care-l descrie ca persistenta unui mod maladaptativ de traire, percepere, evaluare si raspuns a unui individ la propria stare de boala, in ciuda faptului ca un doctor i-a furnizat o evaluare detaliata a situatiei si managementului de urmat, cu oportunitati de discutie, negociere si clarificare, bazat pe o evaluare adecvata al tuturor factorilor biologici, psihologici, sociali si culturali. Aceasta conceptie a lui Pilowsky a stat la baza formularii somatizarii si a altor idei ce sunt comune medicinei psihosomatice.

Mai tarziu, Mechanic (1995) elaboreaza mai departe definitia spunand ca comportamentul de boala se refera la variatele moduri in care indivizii raspund la indicatiile corpului, cum monitorizeaza ei starile lor interne, definesc si interpreteaza simptomele, fac atributii si ia masuri remediale si utilizeaza variate resurse de ingrijire formala si informala. Comportamentul de boala a deschis usa si spre conturarea altor concepte precum comportamentul de sanatate, perceptia bolii sau comportamentul de cautare a ajutorului.

Daca mergem inapoi la conceptul de traiectorie a bolii, putem spune ca aceasta traiectorie cuprinde trei stadii majore:comportamentul preventiv de sanatate, comportamentul de boala si statutul de pacient. Individul intra in comportamentul de boala atunci cand devine constient ca ceva este rau cu sanatatea lui; el poate neglija simptomele, poate amana luarea unor masuri si poate asteapta sa inteleaga ce sa intampla ca mai apoi sa incearca sa vada un medic. Deci comportamentul de bolnav este perioada de timp dintre momentul in care individul ia prima ora contactul cu simptomul si decizia lui de a cauta ajutorul unui expert. Cand si daca el va accepta diagnosticul profesionistului este deja in al treilea stadiu al modelului cu trei stadii al traiectoriei bolii. Intensitatea si seriozitatea simptomelor, impreuna cu informatiile de la variate surse si presiunea sociala a familiei si retelei de suport pot conduce individul sa caute ajutor de la expert mai repede.

Comportamentul de bolnav este un concept diferit de cel al comportamentului de pacient, pentru ca pacient inseamna atunci cand individul este deja intr-o relatie consolidata cu expertul (medic/terapeutul/vindecator), a acceptat ingrijirea, diagnosticul si tratamentul prescris. Acest comportamentul captureaza mai mult timpul scurs ca raspuns la simptom si cuprinde ceea ce gandeste si face individul confruntat cu prezenta simptomului, cu amenintarea bolii, lucru mediat de factorii sociali, economici si culturali (Quah, 2014).

Exista cel putin patru moduri prin care comportamentul de bolnav poate fi vazut: ca o dispozitie a persoanei, ca un rezultat al interactiunii dintre factorii personali si de mediu, ca un proces de decizie sau ca un raspuns fata de sistemul de ingrijire a sanatatii (Mechanic, 1986). Aceasta abordare presupune ca persoanele au o orientare stabila pentru a raspunde la boala. In timp ce unele persoane tind sa fie stoice in fata bolii, altii sunt activi sau hipocondriaci. In timp ce unii pacienti cauta ingrijire chiar pentru simptome minore, altii nu doresc ingrijire chiar pentru boli grave. Studiile epidemiologice au mai adaugat ca oamenii se angajeaza in practici specifice de ingrijire si in functie de factori sociali printre care nivelul de interferenta cu rutinele

sociale si vocationale, prezenta sau absenta unei asigurari medicale, scepticismul fata de medici si medicina, marimea retelei de suport social si conditia financiara. Comportamentul de boala mai poate fi influentat si de caracteristicile sistemului de ingrijire a sanatatii. Un element crucial ale cautarii ajutorului este accesibilitatea ingrijirilor medicale si barierele care se pot construi din cauza locatiei, cerintelor financiare, birocratiei, distantei sociale dintre client si profesionist si stigma cautarii asistentei medicale.

Rolul pe care il joaca reprezentarile cognitive ale bolii este foarte important pentru ca ele stau la baza interpretarii simptomelor, recunoasterea lor adecvata, atribuirea lor, etichetarea lor, modelul explicativ sau evocarea diagnosticului posibil: mai contribuie si modelele explicative populare si consultatia laica cu familia si prietenii (Leventhal si colab. 1980 si 2008). Boala poate fi atunci considerata de neevitat sau din contra, sub control propriu, poate fi evaluata cat de amenintatoare este, cat de invalidanta, ca si felul cum va evolua natural sau sub tratament. Conform modelului auto-reglari lui Leventhal si colab. (1980), aceasta reprezentare cognitiva a boli proprii determina cautatea ajutorului, mecanismele de coping adoptate si deznodamantul bolii. Finalmente, din aceste consideratii izvoraste perceptia si interpretarea simptomelor, sentimentul de controlului bolii, ca sta sau nu in puterea proprie, masurile care trebuie luate pentru tratarea bolii, cu alte cuvinte stabileste cine este bolnav sau nu, din punctul de vedere a subiectului.

Bibliografie:

Aaby BH, Ramsey G (2019): Three kinds of niche construction, Br J Philos Sci.
DOI 10.1093/bjps/axz054

Ackerman JM, Hill SE, Murray DR (2018): The behavioral immune system: Current concerns and future directions, Soc. Personal. Psychol. Compass., 12:e12371, DOI 10.1111/spc3.12371.

Amon P, Sanderson I (2017): What is the microbiome? Arch Dis Child Educ Pract Ed. 1-4. DOI 10.1136/archdischild-2016-311643.

Appelqvist H (2020): Wittgenstein and the Limits of Language, New York and London: Routledge.

Banks MH, Beresford SAA, Morrell DC et al (1975): Factors influencing demand for primary medical care in women aged 20-44: a preliminary report, Ind. J. Epidemiol. 4: 189-195.

Barker DJP, Eriksson JG, Forsen T, Osmond C (2002): Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. *International Journal of Epidemiology*, 31: 1235-1239.

Begon M, Townsend CR, Harper JL (2006) *Ecology: from individuals to ecosystems*, 4th edn. Blackwell Publishing, Malden, MA

Benton ML, Abraham A, LaBella A et al (2021): The influence of evolutionary history on human health and disease, *Nature Reviews/Genetics*, 22: 269-283.

Bertolotti T, Magnani L (2016): Theoretical considerations on cognitive niche construction, *Synthese*, DOI 10.1007/s11229-016-1165-2.

Boddice R (2020): The cultural brain as historical artifact, in LJ Kirmayer et al. (Eds.): *Culture, Mind and Brain: Emerging Concepts, Models, and Application*, New York: Cambridge University Press.

Boyd R, Richerson PJ (1985): *Culture and the Evolutionary Process*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Boyd R, Richerson PJ (2002): Group beneficial norms can spread rapidly in a structured population, *Journal of Theoretical Biology*, 215: 287–296.

Boyd R, Richerson PJ, Henrich J (2011): Rapid cultural adaptation can facilitate the evolution of large-scale cooperation, *Behavioral Ecology and Sociobiology*, 65(3): 431-444.

Brown P (1995): Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness, *Journal of Health and Social Behavior*, 35: 34-52.

Cameron L, Leventhal EA, Leventhal H (1995): Seeking medical care in response to symptoms and life stress¹, *Psychosomatic Medicine*, 57: 37- 47.

Campbell SM, Roland MO (1996): Why do people consult the doctor? *Family Practice*, 13: 75-83.

Capuron L, Miller AH (2004): Cytokines and psychopathology: lessons from Interferon-alpha, *Biol. Psychiatry* 56: 819–824.

Carpentier N, Bernard P, Grenier A et al (2010): Using the life course perspective to study the entry into the illness trajectory: the perspective of caregivers of people with Alzheimer's disease, *Social Science & Medicine*, 70: 1501–1508.

Carruthers P (2006): *The Architecture of the Mind: Massive Modularity and the Flexibility of Thought*, Oxford: Oxford University Press.

Cavalli-Sforza LL, Feldman MW (1981): Cultural Transmission and Evolution. Princeton: Princeton University Press.

Chasse PG (2006): The Emergence of Culture: The Evolution of a Uniquely Human Way of Life, New York: Springer.

Chomsky N(1965): Aspects of the Theory of Syntax. Cambridge, MA: MIT Press; 1965.

Chomsky N (1980): Rules and Representations. New York: Columbia University Press; 1980.

Chrisman NJ (1977): The health seeking process: an approach to the natural history of illness, Culture, Medicine and Psychiatry, 1: 351-377.

Chu C, Artis D, Chiu IM (2020): Neuro-immune interactions in the tissues, Immunity 52: 464–474, DOI 10.1016/j.immuni.2020.02.017.

Chudek M, Henrich J (2010): Culture-gene coevolution, norm-psychology, and the emergence of human prosociality, Trends in Cognitive Sciences, 15(5): 218-226.

Creanza N, Kolodny O, Feldman MW (2017): Cultural evolutionary theory: How culture evolves and why it matters, PNAS, 114(30): 7782-7789.

Clothier CM (2003): On being a patient, in DA Warrell, TM Cox, JD Firth (Eds.): Oxford Textbook of Medicine, (4th ed.), Oxford: Oxford University Press.

Contrada RJ, Gyll M (2001): On who gets sick and why: The role of personality and stress, in A Baum et al (Eds.): Handbook of Health Psychology, Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cowley SJ (2011): Distributed language. In SJ Cowley (ed.): Distributed language, Amsterdam: John Benjamins.

Creanza N, Kolodny O, Feldman MW (2017): Cultural evolutionary theory: How culture evolves and why it matters, PNAS, 114(30): 7782-7789.

Cuddeback KF, Taboada P (2002): in P. Taboada, KF Cuddeback, P Donohue-White (Eds.): Person, Society and Value: Toward a Personalistic Concept of Health (Philosophy and Medicine Book 72), Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

D'Andrade RG (1982): Cultural meaning systems, in RM Adams et al (Eds.): Behavioral and social science research: A national resource, Part II, Washington: National Academy Press.

D'Andrade R (2002): Cultural Darwinism and language, American Anthropologist, 104(1): 223–232, DOI 10.1525/aa.2002.104.1.223.

Dammen OC, Bogaerts NM, van den Haak MJ et al (2017): How lay people understand and make sense of personalized disease risk information, Health Expectations, 20: 973-983.

Dantzer R (2001): Cytokine induced sickness behavior: Mechanisms and implications, *Ann. N Y Acad. Sci.*, 933: 222–234.

Donald M (1991): *Origins of the Modern Mind: Three Stages in the Evolution of Culture and Cognition*, Cambridge: Harvard University Press.

Dunbar RIM (1995): Neocortex size and group size in primates: A Test of the hypothesis, *Journal of Human Evolution*, 28:287–296.

Dunbar RIM (2003): The social brain: mind, language, and society in evolutionary perspective. *Annual Review of Anthropology*, 32: 163–181.

Dunne DW, Cooke AA (2005): A worm's eye view of the immune system: consequences for evolution of human autoimmune disease. *Nat. Rev. Immunol.*, 5: 420–426.

Edelman GM, Gally JA (2001): Degeneracy and complexity in biological systems, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 98(24): 13763–13768: DOI 10.1073/pnas.231499798.

Eisenberg L (1990): What Makes Persons “Patients” and Patients “Well?“, *The American Journal of Medicine*, 69: 277-288.

Eisenberger NI, Berkman ET, Inagaki TK, et al (2010a): Inflammation-induced anhedonia: Endotoxin reduces ventral striatum responses to reward. *Biol. Psychiatry* 68: 748–754.

Eisenberger NI, Inagaki TK, Mashal NM, Irwin MR (2010b): Inflammation and social experience: an inflammatory challenge induces feelings of social disconnection in addition to depressed mood, *Brain Behav. Immun.* 24: 558–563.

Eisenberger NI, Cole SW (2012): Social neuroscience and health: neurophysiological mechanisms linking social ties with physical health, *Nat. Neurosci.* 15: 669–674.

Eisenberger NI, Moieni M, Inagaki TK et al (2017): In Sickness and in Health: The Co-Regulation of Inflammation and Social Behavior, *Neuropsychopharmacology*, 42: 242–253.

Finley CR, Chan DS, Garrison S et al (2018): What are the most common conditions in primary care? Systematic review, *Canadian Family Physician (Le Médecin de Famille Canadien)* 64: 832-840.

Flajnik MF, Kasahara M (2010): Origin and evolution of the adaptive immune system: genetic events and selective pressures, *Nature Review, Genetics*, 11: 47-59.

Foster SL, Seehus CR, Woolf CJ, Talbot S (2017): Sense and immunity: context-dependent neuro-immune interplay, *Frontiers in Immunology*, 8: 1463. DOI 10.3389/fimmu.2017.01463.

Fuentes A (2017): Human niche, human behaviour, human nature, *Interface Focus* 7: 20160136, DOI 10.1098/rsfs.2016.0136.

Furnham A, Akande D, Baguma P (1999): Beliefs about health and illness in three countries: Britain, South Africa and Uganda, *Psychol. Health. Med.*, 4(2): 189-201.

Gendron M, Mesquita B, Barrett LF (2020): The Brain as a cultural artifact: Concepts, actions, and experiences within the human affective niche, in LJ Kirmayer et al (Eds.): *Culture, Mind and Brain: Emerging Concepts, Models, and Application*, New York: Cambridge University Press.

Gintis H, Bowles S, Boyd R, Fehr E (2005): *Moral Sentiments and Material Interests: on The Foundations of Cooperation in Economic Life*. Cambridge, UK: MIT Press.

Gluckman PD, Hanson MA, Buklijas T (2010): A conceptual framework for the developmental origins of health and disease, *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 1: 6–18.

Gluckman PD, Low FM, Buklijas T et al (2011): How evolutionary principles improve the understanding of human health and disease, *Evol Appl.* 2011, 4(2): 249-263.

Gochman DS (1997): Health Behavior Research: Definitions and Diversity. In DS Gochman (Ed.): *Handbook of Health Behavior Research: Vol. I: Personal and Social Determinants*. New York: Plenum Press.

Goldstein-Jutel A (2011): *Putting a Name to It: Diagnosis in Contemporary Society*, Baltimore: John Hopkins University Press.

Goodenough WH (1956): Cultural anthropology and linguistics, *Philadelphia Anthropological Society Bulletin*, 9(3): 3–7.

Griffiths DJ (2001): Endogenous retroviruses in the human genome sequence, *Genome Biol.* 2: 1017.1–1017.5, DOI 10.1186/gb-2001-2-6-reviews1017.

Harris DM, Guten S (1979): Health-protective behaviour: An exploratory study, *Journal of Health and Social Behavior*, 20(1): 17–29.

Hatfield G (2013): Cap. 1 Introduction: The Evolution of Mind, Brain, and Culture, in G Hatfield, H Pittmen (Eds.): *Evolution of Mind, Brain and Culture*, University of Pennsylvania Museum of Archaeology and Anthropology, Philadelphia.

Hennessy MB, Deak T, Schiml PA (2014): Sociality and sickness: have cytokines evolved to serve social functions beyond times of pathogen exposure? *Brain Behav. Immun.* 37: 15–20.

Henrich J, Boyd R (1998): The evolution of conformist transmission and the emergence of between-group differences, *Evolution and Human Behavior*, 19: 215-242.

Henrich J (2004): Cultural group selection, coevolutionary processes and large-scale cooperation, *Journal of Economic Behavior & Organization*, 53: 3-35.

Henrich, J (2011); A cultural species: How culture drove human evolution, *American Psychological Association, Psychological Science Agenda*, November, vol.25, No. 11.

Hohol M, Wołoszyn K and Brozek B (2021) Making cognitive niches explicit: on the importance of external cognitive representations in accounting for cumulative culture, *Front. Integr. Neurosci.*, 16, DOI 10.3389/fnint.2021.734930.

Horton R (2003): *Second Opinion: Doctors, Diseases, and Decisions in Modern Medicine*, London: Granta Books.

Imai M, Kanero J, Masuda T, (2016): The Relation between Language, Culture, and Thought, *Current Opinion in Psychology*, 8: 7-77.

Jennings RE, Thompson JJ (2012): The biology of language and the epigenesis of recursive embedding, *Interaction Studies*, 13(1): 80–102.

Jones CG, Lawton JH, Shachak M (1994): Organisms as ecosystem engineers. *Oikos* 69: 373–386.

Karczewski KJ, Francioli LC, MacArthur DG (2020): The mutational constraint spectrum quantified from variation in 141,456 humans, *Nature*, 581: 434–443.

Karlsson LC, Soverib A, Lewandowsky S et al (2022): The behavioral immune system and vaccination intentions during the coronavirus pandemic, *Personality and Individual Differences*, 185, DOI 10.1016/j.paid.2021.111295.

Kasl SU, Cobb S (1966): Health behaviour, illness behaviour, and sick role behaviour, *Archives of Environmental Health*, 12: 246–266.

Kelley KW, Bluth RM, Dantzer R, et al (2003): Cytokine-induced sickness behavior, *Brain Behav. Immun.* 17: S112–S118.

Kleinman A (1986): Concepts and a Model of the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. In: C Currer, M Stacey (Eds.): *Concepts of Health, Illness, and Handicap*. Geneva: Harwood Academic Publishers.

Kraus A, Buckley KM, Salinas I (2021): Sensing the world and its dangers: An evolutionary perspective in neuroimmunology, *eLife*, 10: e66706, DOI 10.7554/eLife.66706

Larson SJ, Dunn AJ (2001): Behavioral effects of cytokines, *Brain Behav. Immun.* 15: 371–387.

Leonard BE (2016): Neuroinflammation in Psychopathology, *Encyclopedia of Mental Health*, Volume III, DOI 10.1016/B978-0-12-397045-9.00131-2.

Liston A, Humblet-Baron S, Duffy D, Goris A (2021): Human immune diversity: from evolution to modernity, *Nature Immunology*, 22: 1479–1489.

Lloyd-Price J, Abu-Ali G, Huttenhower C (2016): The healthy human microbiome *Genome Medicine*, 8: 51-56.

Kendal J, Tehrani JJ, Odling-Smee FJ (2011): Human niche construction in interdisciplinary focus. *Phil Trans R Soc B*, 366: 785–792.

Kitayama S, Salvador CE (2017): Culture embrained: Going beyond the nature/nurture dichotomy, *Perspectives on Psychological Science*, 12(5): 841–54. DOI 10.1177/1745691617707317

Kroeber AL, Kluckhohn C (1952): Culture: A critical review of concepts and definitions, *Papers Peabody Museum of Archeology and Ethnology*, 47(1), VIII, 223.

Kurzban R, Burton-Chellew MN, West SA (2015): The evolution of altruism in humans *Annu. Rev. Psychol.*, 66(10). 1–10.25.

Laland KN, Kumm J, Feldman MW (1995): Gene-culture co-evolutionary theory - a test - case. *Current Anthropology*, 36(1): 131-156.

Laland KN, Odling-Smee J, Feldman MW (2001): Cultural niche construction and human evolution, *J. Evol. Biol.*, 14: 22-33.

Laland KN, Sterelny K (2006): Seven reasons (not) to neglect niche construction. *Evolution*, 60(9): 1751-1762, DOI 10.1111/j.0014-3820.2006.tb00520.x.

Laland KN, Kendal JR, Brown GR (2007): The niche construction perspective: Implications for evolution and human behaviour, *Journal of Evolutionary Psychology*, 5 (1–4): 51–66, DOI: 10.1556/JEP.2007.1003

Laland K, Odling-Smee, Myles S (2010): How culture shaped the human genome: Bringing genetics and the human sciences together. *Nature Reviews Genetics*, 11(2): 137-148.

Laland KN, O'Brien MJ (2010): Niche construction theory and archaeology. *J Archaeol Method Theory*, 17: 303–322.

Laland KN, O'Brien MJ (2011): Cultural niche construction: A introduction, *Biol. Theory*, 6: 191-202; DOI 10.1007/s13752-012-0026-6.

Laland KN, Uller T, Feldman M, et al (2014): Does evolutionary theory need a rethink? *Nature*, 514(7521): 161–164, DOI 10. 1038/ 51416 1a.

Last JM (1963): The iceberg: completing the clinical picture in general practice, *Lancet*, 2: 28-31.

Leventhal H, Meyer D, Nerenz D (1980): The Common Sense Representation of Illness Danger, in S Rachman (ed): *Medical Psychology*, vol 2, New York: Pergamon Press.

Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ (2008): Self-regulation, health and behavior: a perceptual-cognitive approach, *Psychology & Health*, 13: 717-733.

Levins R, Lewontin RC (1985): *The dialectical biologist*. Harvard University Press, Cambridge.

Lieberman E, Michel JB, Jackson J et al (2007): Quantifying the Evolutionary Dynamics of Language, *Nature*, 449: 713–716.

Lumsden CJ, Wilson EO (1985): The relation between biological and cultural evolution, *J. Social Biol. Struct.*, 8: 343-359.

Malt BC, Wolff P (Eds) (2010): *Words and the Mind: How Words Encode Human Experience*. London: Oxford University Press.

Marsella AJ, Yamada AM (2007): Culture and Psychopathology: Foundations, Issues, Directions, in S Kitayama and D Cohen (Eds.): *Handbook of Cultural Psychology*, New York: The Guilford Press. reprinted in *Journal of Pacific RIM Psychology*, 2010, 4(2): 103-115.

McBrearty S, Brooks A (2000): The revolution that wasn't: a new interpretation of the origin of modern human behavior, *J. Hum. Evol.*, 39: 453–563, DOI:10.1006/jhev.2000.0435.

Mesoudi A, Whiten A, Laland KN (2004): Is human cultural evolution Darwinian? Evidence reviewed from the perspective of *The Origin of Species*, *Evolution*, 58: 1–11.

Mesoudi A, Whiten A, Laland KN (2006): Towards a unified science of cultural evolution, *Behavioral and Brain Sciences*, 29: 329–383.

Mesoudi A (2007): Biological and cultural evolution: Similar but different, *Biological Theory*, 2(2): 119–123.

Mesoudi A (2011): *Cultural Evolution: How Darwinian Theory Can Explain Human Culture and Synthesize the Social Sciences*, Chicago and London: University of Chicago Press.

Mechanic D, Volkart EH (1961): Stress, illness behavior and the sick role, *American Sociological Review*, 26(1): 51–58.

Mechanic D (1986): *Illness Behavior: An Overview*, in S McHugh, T.M Vallis (Eds.); *Illness Behavior: A Multidisciplinary Model*, New York: Plenum Press.

Mechanic D (1995): *Sociological dimensions of illness behavior*”, *Social Science & Medicine*, 41(9): 1207–1216.

Michaud PA, Suris JC, Deppen A (2006): *Gender-related psychological and behavioural correlates of pubertal timing in a national sample of Swiss adolescents*, *Molecular & Cellular Endocrinology*, 254–255: 172–178.

Miller A, Capuron L, Raison C (2005): *Immunologic influences on emotion regulation*. *Clin. Neurosci. Res.*, 4: 325–333.

Miller AH, Maletic V, Raison CL (2009): *Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression*, *Biol. Psychiatry* 65: 732–741.

Mitchen SJ (1996): *The Prehistory of the Mind: A Search for the Origins of Art, Religion, and Science*, London: Thames and Hudson.

Montano DE, Kasprzyk D (2015); *Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and the Integrated Behavioral Model*, in K Glanz et al. (Eds.): *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*, 5th ed., London: Wiley.

Muller V, de Boer RJ, Bonhoeffer S, Szathmary E (2017): *An evolutionary perspective on the systems of adaptive immunity*, *Biol. Rev.* (2017), DOI 10.1111/brv.12355.

Murdock GP (1932): *The science of culture*. *American Anthropologist*, 34(2): 200–215, DOI 10.1525/aa.1932.34.2.02a00020.

Muthukrishna M, Henrich J (2016): *Innovation in the collective brain*, *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 371 (1690), 20150192. DOI 10.1098/rstb.2015.0192.

Nesse RM, Williams GC (1995): *Why We Get Sick: The New Science of Darwinian Medicine*, New York: Vintage Books.

Nesse RM, Stearns SC (2008): *The great opportunity: evolutionary applications to medicine and public health*, *Evolutionary Applications*, 1: 28–48.

Nettleton S, Hanlon G (2006): *"Pathways to the Doctor" in the Information Age: the Role of ICTs in Contemporary Lay Referral Systems*, in A Webster (ed.): *New Technologies in Health Care*, New York: Palgrave Macmillan.

O’Brien M, Laland KN (2012): *Genes, culture and agriculture: an example of human niche construction*. *Curr Anthropol*, 53: 434–470.

Odling-Smee FJ (1988): Niche constructing phenotypes, in HC Plotkin (Ed.) *The Role of Behavior in Evolution*, Cambridge: MIT Press.

Odling-Smee FJ, Laland KN, Feldman MW (2003): *Niche construction: the neglected process in evolution*, Princeton: Princeton University Press.

Odling-Smee FJ (2007): Cultural niche construction and human evolution, in Oscar Vilarroya, Francesc Forn i Argimon (Eds.): *Social Brain Matters: Stances on the Neurobiology of Social Cognition*, Amsterdam: Rodopi.

Parsons T (1951): *The Social System*. Glencoe, The Free Press.

Perfors A, Navarro DJ (2014): Language Evolution Can Be Shaped by the Structure of the World, *Cognitive Science* 38: 775–793.

Peterson WL, Sturdevant RAL, Frankl HD et al. (1977): Healing of duodenal ulcer with an antacid regimen, *N. Engl. J. Med.*, 297: 341-345.

Pfefferle PI, Keber CU, Cohen RM, Garn H (2021): The Hygiene Hypothesis – Learning from but not living in the past, *Front. Immunol.* 12: 635935, DOI 10.3389/fimmu.2021.635935

Phillips T (2015): Human altruism and cooperation explainable as adaptations to past environments no longer fully evident in the modern world, *The Quarterly Review of Biology*, 90(3): 295-314.

Pinker S, Bloom P (1990): Natural language and natural selection, *Behavioral and Brain Science*, 13: 707-784.

Pinker S (2003): Language as an adaptation to the cognitive niche in MH Christiansen, S Kirby (Eds.): *Language Evolution*, London: Oxford University Press.

Pinker S (2010): The cognitive niche: Coevolution of intelligence, sociality, and language *PNAS*, (107, suppl. 2): 8993–8999.

Pocheville A (2015): The Ecological Niche: History and Recent Controversies, in T. Heams et al. (Eds.): *Handbook of Evolutionary Thinking in the Sciences*, Springer Science and Business Media Dordrecht, DOI 10.1007/978-94-017-9014-7_26.

Post DM, Palkovacs EP (2009): Eco-evolutionary feedbacks in community and ecosystem ecology: interactions between the ecological theatre and the evolutionary play. *Phil Trans R Soc B*, 364: 1629–1640.

Prochaska JO (1979): *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*, Homewood, IL: Dorsey Press.

Prochaska JO, Redding CA, Evers KE (2015): The Transtheoretical Model and Stages of Change, in K Glanz et al. (Eds.): Health Behavior: Theory, Research, and Practice, 5th ed., London: Wiley.

Quah SR (2014): Illness Behavior, in WC Cockerham et al (Eds.): The Wiley Blackwell Encyclopedia of health, Illness, Behavior, and Society, New York: Wiley-Blackwell

Rączaszek-Leonardi J, Cowley SJ: The evolution of language as controlled collectivity, Interaction Studies, 13: 1-16.

Rejeski WJ, Fanning J (2019): Models and theories of health behavior and clinical interventions in aging: a contemporary, integrative approach, Clinical Interventions in Aging, 14: 1007–1019.

Reynolds V (1984): The relationship between biological and cultural evolution, Journal of Human Evolution, 13: 71-79.

Richerson PJ, Boyd R (2005): Not by Genes Alone: How Culture Transformed Human Evolution, New York: University of Chicago Press

Richerson PJ, Boyd R, Henrich J (2010): Gene-culture coevolution in the age of genomics, Proceedings of the National Academy of Sciences, 107(Suppl. 2): 8985-8992.

Ryke E, Strydom H, Botha K: (2004): The social niche: Conceptualising the human environment, International Journal of the Humanities, 2 (3); 1933-1942.

Saad JM, Prochaska JO (2021): An adaptive behavioral immune system: a model of population health behavior, Humanities and Social Sciences Communications, 8: 92, DOI 10.1057/s41599-021-00759-0.

Saltz JB, Geiger AP, Anderson R et al (2016): What, if anything, is a social niche? Evol. Ecol., 30: 349–364, DOI 10.1007/s10682-015-9792-5.

Scambler A, Scambler G (1984): The illness iceberg and aspects of consulting behaviour, in R FitzPatrick et al. (Eds): The Experience of Illness, London: Tavistock Press.

Schaller M, Duncan LA (2007): The behavioral immune system: Its evolution and social psychological implications, in: JP Forgas si colab.(Eds.): Sydney Symposium of Social Psychology. Evolution and the Social Mind: Evolutionary Psychology and Social Cognition, New York: Routledge/Taylor & Francis Group.

Schaller M (2011): The behavioural immune system and the psychology of human sociality, Phil. Trans. R. Soc. B., 366: 3418–3426, DOI 10.1098/rstb.2011.0029.

Schaller M, Park JH (2011): The behavioral immune system (and why it matters), Curr Dir Psychol Sci, 20(2): 99–103.

Schuman EA (1965): Stages of illness and medical care, *Journal of Health and Human Behavior*, 6 (3): 114-128.

Schurr TG (2013): When did we become human? Evolutionary perspectives on the emergence of the modern human mind, brain, and culture, in G Hatfield and H Pittman (Eds.): *Evolution of Mind, Brain, and Culture*, Philadelphia: University of Pennsylvania Museum of Archeology and Anthropology.

Shakhar K (2019): The Inclusive Behavioral Immune System, *Front. Psychol.* 10:1004, DOI 10.3389/fpsyg.2019.01004.

Shattuck EC, Muehlenbein MP (2015): Human Sickness Behavior: Ultimate and Proximate Explanations, *American Journal of Physical Anthropology*, 157: 1-18, DOI 10.1002/alpa.22698.

Shattuck EC, Perrotte JK, Daniels CL et al. (2021): Signaling sickness: the role of recalled sickness behavior and psychosocial factors in shaping communication style *Evolution, Medicine, and Public Health*, DOI 10.1093/emph/eoab017.

Short SE, Mollborn S (2015): Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances, *Curr Opin Psychol.*, 5: 78–84.

Sirri L, Fava GA, Sonino N (2013): The unifying concept of illness behavior, *Psychother. Psychosom.*, 82: 74–81, DOI: 10.1159/000343508.

Skinner CS, Tiro J, Champion VL (2015): The Health Belief Model, in K Glanz et al (Eds.): *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*, 5th ed., London: Wiley.

Stearns SC, Nesse RM, Govindarajuc DR, Ellison PT (2010): Evolutionary perspectives on health and medicine, *PNAS*, 107 (suppl. 1): 1691–1695.

Stainton Rogers W. *Explaining Health and Illness: An Exploration of Diversity*. London: Wheatsheaf 1991.

Sterelny K (2011): From hominins to humans: how sapiens became behaviourally modern, *Phil. Trans. R. Soc. B* 366: 809–822, DOI 10.1098/rstb.2010.0301.

Stout D (2020): Culture, mind, and brain in human evolution An extended evolutionary perspective on paleolithic Toolmaking as embodied practice, in LJ Kirmayer et al. (Eds.): *Culture, Mind and Brain: Emerging Concepts, Models, and Application*, New York: Cambridge University Press.

Szathmáry E, Smith JM (1995): The major evolutionary transitions. *Nature*, 374(6519), 227–232. <https://doi.org/10.1038/374227a0>.

Taylor JB (1997): Niches and practice: Extending the ecological perspective, in D Saleebey (Ed.): *The Strengths Perspective in Social Work Practice*, 2nd ed. New York: Longman.

Thorsen H, Witt K, Hollnagel H, Malterud K (2001): The purpose of the general practice consultation from the patient's perspective-theoretical aspects, *Family Practice*, 18(6): 638-644.

Tomasello M (1990): Cultural transmission in the tool use and communicatory signaling of chimpanzees? In ST Parker, KR Gibson (Eds.): *“Language” and Intelligence in Monkeys and Apes: Comparative Developmental Perspectives*, Cambridge: Cambridge University Press.

Tooby J, DeVore I (1987): The Reconstruction of Hominid Evolution Through Strategic Modeling, in WG Kinzey (Ed.): *The Evolution of Human Behavior: Primate Models*, Albany NY: Sunny Press.

Trappes R (2021): Defining the niche for niche construction: evolutionary and ecological niches, *Biology & Philosophy*, 36:31, DOI 10.1007/s10539-021-09805-2.

Unden AL, Elofsson S (2001): Health from the patient's point of view: How does it related to the physician's judgement?, *Family Practice*, 18(2): 174-180.

Varela FJ, Thompson E, Rosch E (1991): *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*, Cambridge: The MIT Press.

Whiten A, Erdal D (2012): The human socio-cognitive niche and its evolutionary origins *Phil. Trans. R. Soc. B*, 367: 2119–2129, DOI 10.1098/rstb.2012.0114.

Williamson SH, M.J. Hubisz MJ, Clark AG et al.(2007): Localizing Recent Adaptive Evolution in the Human Genome. *PLoS Genetics*, 3:e90.

Wood B, Collard M (1999): The changing face of genus *Homo*, *Evolutionary Anthropology*, 8(9): 195–207.

Yamagishi T, Hashimoto H (2016): Social niche construction, *Current Opinion in Psychology*, 8: 119–124.

Zola IK (1973): Pathways to the doctor - from person to patient, *Soc. Sci. & Med.*, 7: 677-689.

* * *

Cap. 6: Relația medic-pacient sau despre comunicare, empatie și “privirea medicală”

De la început trebuie spus că practica medicinei a fost și rămâne înrădăcinată în relația medic-pacient. Întâlnirea dintre pacient și medic poate fi considerată ca focusul medicinei (Shelp, 1983) și aceasta este influențată de valorile și scopurile sociale, politice, economice, culturale și religioase. Această întâlnire definește cu adevărat natura însăși a medicinei. Relația medic-pacient este una dintre cele mai complexe relații interumane pentru că ea implică interacțiunea dintre indivizi aflați în poziții inegale, este încărcată de emoționalitate, cere o cooperare strânsă și privește probleme de importanță vitală pentru una din persoanele aflate în această relație, respectiv pentru pacient (Chaitchik și colab. 1992). Deși în această relație cei doi sunt parteneri, ea este inegală pentru că medicul are cunoașterea științifică și beneficiază de încrederea pacientului care i s-a adresat. Ceea ce pune medicul într-o poziție superioară (Pellegrino, 1994, 2001).

Această relație se stabilește de regulă voluntar, la inițiativa pacientului care poate alege medicul sub a cărui îngrijire dorește să se afle, dar poate fi și involuntară, atunci când o persoană are nevoie de asistență medicală de urgență. Ea poate fi văzută ca o formă specializată de relație interumană. Frecvent, această relație a fost privită ca o problemă de contact interuman asemănătoare celor comerciale dintre vânzător și client, ca una paternalistă, dintre părinte-copil, sau ca o relație de putere de la medic la pacient. Calitatea acestei relații, dezvoltarea și menținerea ei, depinde de lungimea ei, de experiența personală a pacientului cu medicii în general, de încrederea în medic, loialitatea pacientului și de faptul de a-l fi cunoscut pe medic (Ridd și colab. 2009).

Relația medic-pacient este dominată de așteptări reciproce, pacientul dorind să i se descifreze problemele de sănătate, să aibă un diagnostic și în final un tratament pentru remedierea problemelor sale de sănătate, iar medicul aștepta să obțină de la pacient informații, să strângă toate datele necesare diagnosticului și deciziei terapeutice, iar pacientul să adere la tratamentul și recomandările curative recomandate. Această întâlnire face ca medicina să fie o activitate morală, care este condusă în acord cu un set definit de credințe despre ceea ce este drept sau greșit în comportamentul medical (Pellegrino, 2006). Fiind vorba de sănătatea oamenilor, se înțelege că această relație este sub comandamente etice și presupune adoptarea

unor forme comportamentale specifice demersului medical. Etica medicala a fost gandita ca un cod despre ceea ce medicul e bine sa faca si ce nu, si principiul primar a fost beneficiul pacientului. La beneficiul pacientului se mai adauga principiul autonomiei pacientului si dreptul la auto-determinare atunci cand se discuta despre deciziile de ingrijire a sanatatii. Aceste principii sunt intrupate in traditia medicala si fac parte din moralitatea profesiei medicale. In timp ce statul are legi, medicina are etica! (Mallia, 2013).

In relatia dintre medic si pacient, pacientul este cel care face primul pas. Pacientul doreste un medic binefacator si competent ca sa poata avea incredere in el. De ce intra in relatie cu el? Pentru ca el posedea cunoasterea de care are nevoie pentru a fi din nou sanatos. Totusi pacientul nu intra in relatie cu medicul la fel cum ar intra in relatie cu un alt profesionist. Mallia (2013) detaliaza cum pacientul asteapta ca medicul sa faca ceea ce este cel mai bine pentru el, pacientul. El investeste increderea si admiratia pentru medici care de fapt reflecta tendinta umana de a privi cu admiratie indivizii a caror viata este dedicata in serviciul altora. De fapt, ceea ce investeste pacientul cel mai mult este speranta. Astfel, doar prezenta doctorului devine uneori benefica.

Asa cum am discutat in capitolul anterior, despre cine este bolnav si cine nu, nu toti oamenii care se adreseaza unui doctor prezinta simptome sau semne de boala. Intalnirea dintre un medic si persoana care ii deschide usa este data in principal de comportamentul de bolnav care este reprezentat de un set de atitudini si credinte referitor la senzatiile corporale care fac ca persoana respectiva sa doreasca intalnirea cu un medic. Din momentul in care persoana care solicita intalnirea cu medicul este luata de acesta in custodia profesionala, adica in relatia de specialitate, aceasta persoana devine pacientul medicului respectiv sau, altfel spus, persoana isi incepe "cariera" de pacient; pentru toata viata aceasta persoana va avea marcat in istoria personala evenimentul de a fi fost pacientul unui medic, de a fi fost diagnosticat si tratat pentru o boala sau traumatism. Nu toti pacientii pot fi considerati bolnavi, sunt persoane care frecventeaza cabinetele medicale doar pentru consultatii profilactice, de preventie sau pentru informatii legate de sanatatea proprie, a membrilor de familie sau a apropiatilor lor.

Intalnire fata in fata cu un medic este precedata de o intalnire pe plan ideatic, cand persoana este sfatuita sau chiar presata de familie sau prieteni sa se adreseze unui medic si primeste sugestii referitor la cine ar putea fi acesta. Astfel, subiectului i se recomanda un medic care poarta un nume, are un sediu profesional si este descris prin prisma rezultatelor sau povestirilor altora care au apelat la serviciile lui. Se poate spune ca pacientul il stie pe doctor

inainte de a fi in fata lui, a auzit de el, i s-a spus cum arata, poate l-a vazut in alte situatii sociale, are informatii despre profesionalismul lui, il stie dupa renume; oricum, in majoritatea cazurilor, pacientul cunoaste medicul la care se va duce inainte de a-l vedea. Alaturi de acestea, subiectul mai poate fi indrumat la un medic anume de societatea de asigurari, de relatia pe care locul lui de munca o are cu o anumita institutie medicala sau alte situatii care preformeaza relatia posibila dintre medici si persoanele pe care le serveste. Apoi subiectul se intalneste cu medicul sau!

Cu ce vine pacientul la aceasta intalnire? In primul rand pacientul aduce cu el simptomele si toate neplacerile provocate de suferinta lui si speranta ca acestea isi vor gasi o explicatie medicala, iar in final un tratament pentru a se recupera. In descrierea acestei suferinte el foloseste limbajul propriu pentru a furniza cat mai multe detalii care sa ajute medicul sa inteleaga avaturile lui. El mai incearca sa prezinte medicului modul in care el intelege si explica suferinta, cauzele, circumstantele si istoria acesteia. Naratiunea pacientului este expresia subiectivitatii lui si are putina confidenta, in sensul ca daca pacientul este pus sa-si descrie aceasta suferinta in fiecare zi, cateva zile la rand in fata unor persoane diferite, se va vedea ca ea fluctueaza in multe privinte.

Cu ce vine medicul la aceasta intalnire? In primul rand cu autoritatea data de rolul lui social si profesional, cu cunoasterea profesionala si expertiza capatata prin experienta, ca abilitatile de comunicare si culegere de date necesare diagnosticului medical, cu stilul de observatie medicala si cu un mod interactionist empatic de cunoastere a pacientului. Toate acestea izvorasc din rolul medicului in aceasta interactiune, rol care poate fi prezentat sub forma unor cerinte. Astfel de cerinte sunt: sa intalneasca pacientul, sa se faca vazut, sa se puna in pozitia de a fi intalnit, sa-l cunoasca, sa-l inteleaga, sa-l ajute, sa foloseasca toate cunostintele lui in folosul pacientului si sa-l paraseasca atunci cand va fi cazul. Dar argumentele centrale ale relatiei medicului cu pacientul sau sunt de natura morala si pot fi stranse in cele patru principii ale lui Beauchamp si Childress (1979), principii care alcatuiesc fara nici o discutie “*prima facie*” a relatiei medic-pacient. Clouser si Gert (1990) denumesc aceste patru principii ca “*principialism*” si devin un “*modus operandi*” al relatiei medic-pacient. Aceste patru principii sunt:

1. binefacerea, obligatia de a furniza beneficii si mentinerea unei balante intre beneficii si riscuri; aceasta asertiune sta la baza conceptului de grija si ingrijire;
2. non-maleficenta - obligatia de a evita daune prilejuite pacientului;

3. respectul fata de autonomie - obligatia de a respecta capacitatea pacientului de a lua decizii in mod autonom, conform conceptului de libertate;

4. justitie - obligatia de a fi corect, onest, in distributia riscurilor si beneficiilor si a resurselor disponibile.

Pellegrino si Thomasma (1993) disting doua modele dupa care se interpreteaza relatia medic-pacient: i) modelul bazat pe autonomie, care include o relatie colegiala, comerciala, contractuala, model care este in mare parte instrumental, transactional si procedural, si ii) modelul bazat pe binefacere care include trasaturi paternaliste si duhovnicesti. Indiferent de modele, in aceasta relatie este vorba de o anumita distributie a puterii intre cei doi protagonisti. Toffler (1990) indica o triada a puterii intre muschi, bani si minte. In relatia medic-pacient medicul are puterea nu pentru ca are muschi, ci pentru ca el detine cunoasterea. Aceasta cunoastere genereaza si o atitudine paternalista care este caracterizata de o atitudine dominanta si de superioritate. Aceasta atitudine este asociata cu o supraprotectie, intelegand ca o incalcare a libertatii individuale si a autonomiei de catre o persoana care are intentii protective sau binefacatoare. In domeniul ingrijirii sanatatii, paternalismul include confruntarea dintre nevoile personale individuale si drepturile civile, pe de-o parte si supraprotectia si ingrijirea de catre medic. Cand medicul subvalueaza capabilitatile persoanei pe care o ingrijeste, el furnizeaza un ajutor nenecesar si restrictioneaza activitatile acesteia, ceea ce ar fi adevarata expresie a paternalismului. Paternalismul implica un tip de supraprotectie, pentru ca persoana este considerata ca nu-si recunoaste propriile nevoi si nici nu si le poate implini (Fernandez Ballesteros si colab. 2019). In felul acesta persoana este extrasa din mediul psihosocial stimulat si ingrijitorii lui fac o cortina de protectie, persoana nemai avand incitatie pentru a functiona conform propriilor aspiratii.

Pellegrino si Thomasma (1998) si Pellegrino (2001) argumenteaza ca autonomia a schimbat din ce in ce mai mult centrul de gravitate de la doctor spre pacient. Aceasta a dus la un pluralism moral si la o neîncredere în autoritatea profesionistilor. Autonomia asigura pacientilor participarea în alternativele lor de tratament, dreptul de a accepta sau rejeta tratamente si de a pastra controlul acestor decizii personale. La fel, garanteaza respectul apartenetei pacientului la diferite culturi. Accentul pe autonomie a generat o relatie de tip consumerist prin negocierea unui contract. Dar a avea un contract genereaza neîncadrare în comportamentul partilor din contract. Pellegrino spune ca în timp de aceasta autonomie a inspirat modele care par a proteja drepturile

individului, ele sunt de fapt iluzorii și poate chiar periculoase pentru că este evident că pacientul rămâne de-a pururi vulnerabil, pentru că este pacient, din cauza puterii autorității medicului și a carismei lui și din cauza că există forța sanctuinii medicale și a monopolului cunoașterii medicale care operează indiferent de detaliile contractului.

Atât medicul cât și pacientul doresc să se cunoască unul pe altul. În timp ce pacientul dorește să cunoască medicul ca persoană în mainile căruia i se încredințează, medicul dorește să cunoască pacientul cu scopul de a culege informațiile necesare punerii diagnosticului, furnizării tratamentului și urmăririi cursului bolii spre deznodământul dorit, refacerea sănătății sau capacității de funcționare a subiectului. Cunoașterea pacientului este un proces complex, multifacetat, care poate fi abordat discutând despre mai multe aspecte, precum comunicarea, cunoașterea naturală, intersubiectivitatea, empatia, citirea minții celuilalt, interafectivitatea, enactivismul, observația clinică. Aceste aspecte se interpatrund, ca în final să fie vorba de un mod specific de cunoaștere a pacientului, observația medicală.

6.1. Comunicarea medic-pacient

Hall și colab. (1981) afirmă că "medicina este o artă a cărei magie și abilitate creativă a fost de mult timp recunoscută ca sprijinindu-se pe aspectele interpersonale ale relației dintre medic și pacient." Comunicarea dintre medic și pacient sau este instrumentul primordial prin care aceștia fac schimb de informații. Ea poate fi considerată o precondiție a tratamentului medical adecvat. Multe erori din practica medicală își au originea în deficiențele din comunicarea medic-pacient. Fie doctorul esuează să înțeleagă ce vrea să spună pacientul, fie esuează să transmită propriile mesaje. Această neînțelegere generează frustrare, consultație ineficientă, conflict sau probleme judiciare. O comunicare eficientă este o problemă fundamentală în medicină. Dacă nu înțelegem de ce a venit pacientul la medic, toți ceilalți pași ai consultației medicale vor fi greșiți. Această comunicare are o influență hotărâtoare asupra comportamentului și bunăstării pacientului aflat în îngrijirea medicului, asupra satisfacției cu activitatea medicului, asupra aderenței la tratamentul medical, copingul cu boala și asupra înțelegerii informațiilor medicale (Ong și colab., 1995).

Relația dintre medic și pacient este o relație profesională, dar este și o relație culturală. După Geertz (1973) cultura este un cod de înțelesuri social împărtășit, creat prin acțiuni interactive și care poate fi interpretat ca un text literar prin simbolurile sale. Cultura poate fi

transmisă prin comunicare și acțiuni reciproce, precum dialogul (Bakhtin, 1981). Unul dintre conceptele importante ale acestuia din urmă este heteroglosia, care poate fi definită ca co-existența a numeroase voci ("*poliglosia*") sau contradicții socio-ideologice care se intersectează și influențează într-un singur limbaj. Fiecare poziție socio-ideologică indică un punct de vedere cu propriile obiective, înțelesuri, valori. Interacțiunea dintre aceste poziții va genera un proces de schimbare prin elaborarea creativă a unor moduri noi și înțelesuri diferite. Fiecare proces de exprimare posedă o intenție plină de valori, gânduri, idei și puncte de vedere direcționate spre propriile obiective, conditionând un răspuns care le ia în considerare printr-o dispută deschisă. Heteroglosia sau "înțelesurile multiple" poate fi înțeleasă ca o elaborare creativă și rezultat al interacțiunii dialogice dintre diferite puncte de vedere și diferite voci. Uneori această interacțiune poate crea tensiune, animozitate și chiar violență (comentariu de Kim, 2004). Ce descriere minunată a dialogului dintre medic și pacient!

Într-un comentariu despre opera lui Dostoievski, Bakhtin (1984) spunea că dacă aceste voci creează o comunicare creativă, dialogică, atunci este posibil să se creeze și concepte heteroglosice cu înțelesuri diferite. Se capturează o întâlnire reală, o comunicare reală și doctorul poate fi gândit ca este în poziția unui antropolog sau etnograf care încearcă să captureze înțelesuri din comunicarea cu date, fapte dintr-o întâlnire cu un "indigen" dintr-o altă cultură. Aici intervine cadrul interpretativ al medicului, bazat pe știința lui dar și nivelul autoritativ pe care se plasează față de indigen și de responsabilitățile etice pe care și le ia. Interpretare complet obiectivă nu poate exista atâta timp cât individul rămâne în cultura sa. Medicina nu trebuie să reprezinte o "cultură medicală", ea trebuie să fie o cultură comună cu cultura pacienților.

Abilitățile bazale de comunicare luate singure nu sunt suficiente pentru a crea și susține o relație de succes, mai sunt necesare și abilități interpersonale. Roter și Hall (1987) spuneau despre medic: "să vorbești este ingredientul principal al îngrijirii medicale și este instrumentul fundamental prin care relația doctor-pacient este construită și prin care scopul terapeutic este atins."

Doctorii tind să supraestimeze abilitățile lor de comunicare și de multe ori ascund informațiile negative pacienților, sau nu oferă toate informațiile, gândind că pacientul nu are nevoie de ele sau că este inutil pentru că pacientul tot nu le înțelege. Doctorii mai uita și că comunicarea înseamnă conversație, dialog. Este imperios necesar să ne amintim că natura conversației dintre medic și pacient facilitează rezultatul terapeutic. Mult timp, mai ales înaintea

autoritarismului biomedical, terapia a fost descrisa ca o stradanie retorica. Pentru ca dialogul din intalnirea clinica dintre medic si pacient sa fie semnificativ, vorbitorii trebuie sa aibe sentimentul ca sunt intelesi, daca nu chiar sa se influenteze unul pe altul intr-un sens mutual. Se creaza sentimentul de intelegere reciproca, de impartasire a acelorasi sentimente, sensuri sau teluri. Pentru ca conversatia sa fie utila, vorbitorii trebuie sa se auda, sa se inteleaga unul pe altul, sa aibe disponibilitatea sa creada fiecare in ce spuse si in ce aude, sa “vorbeasca aceeaasi limba”.

Se pune si problema pozitionari in timpul conversatiei. Este cat se poate de daunator sa se exercite orice fel de superioritate narativa, atat inaintea conversatiei, prin pozitie sociala sau autoritate, cat si in timpul conversatiei, prin vehementa, impunerea unor valori sau adevaruri, prin a avea dreptate cu orice pret. De aici izvorasc controversele, disputele, criticismul si modul de exprimare a acestora in conversatie prin tonul vocii, gesticulatia, mimica sau cuvintele folosite (Strong si colab. 2008).

In general, comunicarea medic-pacient cauta sa atinga trei scopuri principale: crearea unei bune relatii interpersonale, facilitarea schimbului de informatii si includerea pacientului in luarea deciziilor medicale legate de diagnostic si tratament. Pe baza acestei relatii pacientii judeca competenta generala a medicului. Buna comunicare medic-pacient regleaza emotiile pacientului, faciliteaza intelegerea informatiilor medicale, permite o mai buna identificare a nevoilor pacientului, a perceptiilor si asteptarilor lui.

O buna comunicare se realizeaza pe fundalul unei bune relatii interumane. Multi autori considera ca bunele maniere sunt cele mai importate, la care mai adauga jovialitatea sau glumele, complimentele, exprimarea interesului, a mesajelor de prietenie, onestitate, respect, dorinta de a ajuta, precum si a devotamentului si a unei atitudini permissive, naturalete, lipsa oricarei nuante critice (Ong si colab., 1995). Si R. Gillon (1994) vorbeste de compasiune, interes si minutiozitate, la care mai adauga calitati derivate din “maniere” precum grija, bunatatea, prietenia, inteligenta si buna dispozitie, ca ingrediente esentiale ale succesului ingrijirii medicale. Toate acestea conduc la o incredere intre medic si pacient, fara de care nu se poate crea o buna intelegere intre parti.

Medicina centrata pe client este practica care incerca sa prioritizeze nevoile pacientului in loc de cele ale furnizorilor de ingrijire, iar relatia dintre medic si pacient permite ca acesta sa-si exprima liber motivele adresarii la medic, sentimentele, asteptarile, pornind de la ideea ca vocea pacientului trebuie sa se auda mai intai in timpul consultatiei medicale. Prin aceasta comunicare

pacientul doreste sa-i fie implinite doua nevoi: nevoia de a cunoaste si intelege si nevoia de a se simti cunoscut si inteles.

Ong si colaboratorii sai (1995), analizand stilurile comunicative din relatia medic-pacient, vorbesc de mai multe feluri de comportamente comunicative, precum comportamentul focalizat pe scopul consultatiei medicale, opus comportamentului emotional focalizat pe suferinta subiectiva a pacientului sau comportamentul de control in care medicul domina relatia, ia singur deciziile si are o atitudine paternalista, care se afla in opozitie cu comportamentul lipsit de control in care medicul negociaza cu pacientul deciziile ce-l privesc. Exemplu de comportament comunicativ de control este faptul ca doctorul intrerupe naratiunea pacientului in medie dupa 18 secunde ca si frecventa cu care medicul pune intrebari, ceea ce face ca la sfarsit pacientului sa-i fie greu sa-si aminteasca, sau sa poata reproduce ceea ce i-a spus medicul (Beckman si Frankel, 1984).

Se mai vorbeste si de comportamentul comunicativ verbal si non-verbal, atunci cand se analizeaza modul in care mesajele circula in aceasta relatie. Astfel, Bensing (1991) constata ca 7% din comunicarea emotionala este transmisa verbal, 22% este transmisa prin tonul vocii si 55% prin sugestii vizuale, precum contactul vizual, pozitia corpului, gesticulatii, fizionomie, etc.

Comportamentul non-verbal este si el important, pentru ca ofera indicii tacite. El se face prin intermediul tonului vocii, privire sau expresia faciala, comportament, la care pacientii sunt foarte atenti, ei cautand sa descifreze mesaje pe care medicul le-ar putea ascunde din diferite motive. Pacientii cauta mai ales indicii subtile cu privire la severitatea, evolutia si prognosticul bolii lor (Friedman, 1979).

La toate acestea trebuie sa mai adaugam comportamentul comunicativ dat de modul de utilizare a lexiconului medical. Vocabularul utilizat in intalnirea medic-pacient poate fi privit ca un ingredient activ al procesului de comunicare. Doctorul este un biling, el vorbeste limbajul laic, de fiecare zi, dar este fluent si in limbajul medical. Pacientul de obicei este nefamiliarizat cu limbajul medical. Limbajul medical poate fi considerat ca un limbaj "tribal" pentru ca el se transmite de la o generatie la alta de medici prin inscripuri medicale, tratate medicale si prin educatia academica, toate facute in interiorul acestei caste profesionale. El are putina deschidere spre alte tipuri de limbaj (Fleischman, 2001). Limbajul medical este folosit pentru a numi simptome si semne medicale, pentru a descrie boli si procese fiziopatologice si mai putin pentru

a descrie suferința pacientului. Limbajul pacientului este un limbaj laic, impanat cu expresii populare ale limbajului de zi cu zi.

În majoritatea cazurilor, naratiunile pacienților arată strdania lor de a se face înțeleși de medici. Atunci când se adresează medicului, pacienții încearcă să înlocuiască aspectele subiective ale suferinței lor cu descrieri “*objective*”, iar când se adresează familiei, cunoscutelor, aspectele subiective predomină în naratiunea lor. Pacientul selectează acele experiențe ale suferinței care sunt cel mai ușor de pus în cuvinte. Când simptomele sunt greu de pus în cuvinte sau nu are cuvintele necesare, pacientul poate folosi metafore sau comparații, analogii sau chiar forme nonverbale. O manieră indirectă de comunicare a problemelor este atunci când pacientului îi este rușine sau jena să le exprime, cum este cazul problemelor sexuale sau a celor maritale. Comunicarea indirectă îl protejează de respingere și jena.

King și Stanford (1992) fac o distincție între vocea narativă și punctul de vedere al pacientului. Vocea narativă este modul prin care pacientul descrie ce se întâmplă cu el, pe când punctul de vedere este felul în care vrea să explice de ce se petrece, care sunt cauzele, consecințele, modelele explicative, faptele. Astfel se poate face o distincție între gramatica bolii și gramatica suferinței. Fleischman (1999) vorbește de contrastul dintre “*eu sunt*”, “*eu am*” și “*eu sufer*”. Când pacientul spune „eu sunt diabetic” el încearcă să se identifice cu patologia ca parte din el, iar când spune „eu am diabet” el se identifică cu un obiect extern aflat în posesia lui: atunci când spune “eu sufer de diabet” el se identifică cu suferința legată de această patologie. Este vorba de felul cum un pacient poate construi și incorpora boala lui și cum o povestește în diferitele ipostaze ale comunicării cu alții și cu medicii. Din această gramatică se poate deduce cât de afectat este pacientul de boala lui în viața de toate zilele. Mintz (1992) vorbește de problema obiectivității cu care pacientul descrie suferința lui și obiectivitatea cu care medicul translează spusele pacientului în vocabularul și terminologia medicală. Conflictul semantic dintre limbajul popular și limbajul medical tehnic nu poate să fie rezolvat decât prin aproximații și de aceea evoluția medicinei moderne arată că medicii pun din ce în ce mai puțin preț timpul alocat “anamnezei” ce a scăzut de la o generație de medici la alta în favoarea datelor obiective date de markerii biologici, date care au o confidență foarte înaltă.

Analiza comunicării medic-pacient trebuie să abordeze nu numai stilul acesteia dar și conținutul ei. Referitor la acest conținut Adnan Pirbhai (2003) amintește că mai ales în ultimul secol, abordând modelul explicativ biomedical medicina a devenit reductionistă în înțelegerea și

tratarea pacienților. Ca o consecință, există astăzi o diferență semnificativă între modelele explicative ale medicului și pacientului privitor la suferința acestuia din urmă. Aceste diferențe ale modelelor explicative duc la disprețuri între medic și pacient în definirea bolii, gestionarea acesteia și chiar definirea succesului. Aceste incongruențe trebuie să fie rezolvate printr-o comunicare efectivă din timpul întâlnirii clinice. Modelul de împărtășire a deciziei terapeutice furnizează un cadru de rezolvare a acestor disprețuri. Furnizarea unui cadru de negociere a modelelor explicative a celor două părți prin comunicare efectivă și înțelegere reciprocă duce la o balanță informațională între acestea și la posibilitatea negocierii în luarea deciziei terapeutice. Medicul trebuie să respecte experiența și interpretările pacientului referitor la condițiile de sănătate ale acestuia. Altfel, suferința pacientului este forțată să intre sau să se potrivească cu modelul explicativ medical al bolii. O comunicare efectivă înseamnă recunoșterea de către medic a valorilor și credințelor pacientului, validarea emoțiilor și sentimentelor lui, luarea în considerare a contextului psihosocial și a istoriei pacientului, a modului de narare și a lexicului acestuia. Înseamnă împuternicirea și autorizarea pacientului de a participa la construirea diagnosticului și a deciziei terapeutice, prin luarea în considerare a modului explicativ personal al pacientului și armonizarea lui cu modelul explicativ al medicului. Negarea brutală a modelului explicativ al pacientului duce la o închidere a pacientului în suferința lui și la incapacitatea de comunicare cu medicul.

Orice comunicare pentru a fi înțeleasă necesită un context adecvat. Cum spunea Gregory Bateson (1979) *“fără context nu există comunicare”*. De aceea, unul din cele mai dificile lucruri pentru un medic este să cunoască ce context să folosească în decodarea mesajelor pacientului. Contextul pe care l-au internalizat medicii pe parcursul formării lor este cel al clasificării bolilor în funcție de patologia lor organică. Dacă un pacient folosește simptomele ca o formă indirectă de comunicare a problemelor de viață, o decodare corectă cere medicului să identifice contextul ca unul personal. Dacă medicul decodează mesajul folosind contextul patologiei fizice, rezultatul poate fi un diagnostic greșit (Freeman, 2016).

Analizând modul de comunicare medic-pacient Fong Ha și Longnecker (2010) găsesc câteva probleme care apar cu mai mare frecvență precum: i. lipsa abilității medicului de comunicare, lipsa empatiei, brutalitate, nerăbdare, lipsa inteligenței emoționale, răceala, comportamentul agresiv; ii. lipsa de furnizare a informațiilor medicale din diferite motive, precum sentimentul de superioritate, incapacitate de a vorbi pe limba pacientului, furnizarea de

neadevaruri; iii. comportament evitant și iv. pacient refractar, pasiv-agresiv, rezistentă în credințele lui populare sau în alte modele explicative nestiințifice. Pacienții tind să fie mai nesatisfăcuți de proasta comunicare decât de alte aspecte ale îngrijirii și astfel comunicarea inefectivă continuă să fie o problemă majoră în îngrijirea sănătății.

Tot legat de problemele care pot apărea în relația medic-pacient, Stivers și McCabe (2021) vorbesc de un “duel clinic” care poate să se constituie atunci când cele două părți stau față în față. Autorii pornesc de la constatarea că natura relației dintre medic și pacient a evoluat și că autoritatea medicilor nu mai este astăzi ceea ce a fost în “epoca de aur a medicinei”. O dată cu apariția miscării de îngrijire centrată pe pacient, pacienții se simt împuterniciți să participe ca termen egal în această relație, ceea ce medicii au acceptat cu dificultate. Cercetările au relevat că există un grad de conflict între medic și pacient în 10 până la 40% din cazuri, în funcție de specialitatea medicală; în cazul medicinei de familie acest procent este doar de 10-20%. Acești autori se întreabă pe drept cuvânt de ce există acest conflict, dacă pacienții au ales totuși medicul la care să se adreseze și consideră că răspunsul parțial la această întrebare este legat de schimbarea rolului pe care medicii și pacienții l-au adoptat în îngrijirea sănătății. În anii 1950-1970. “epoca de aur a medicinei”, doctorii se bucurau de o mare autoritate, monopolizau în întregime piața îngrijirilor de sănătate și exercitau un tip de îngrijire paternalistic. Odată cu apariția modelului de îngrijire centrat pe pacient, model ce presupune participarea activă a pacientului în toate etapele îngrijirii medicale, această relație s-a “democratizat”, dar a creat și o suspiciune între părți și chiar o detașare în participare și implicare onestă (Timmerman, 2020). Pacienții au încercat să spargă monopolul cunoașterii medicale descoperind surse alternative de informare și astfel întâlnirea clinică dintre medic și pacient s-a transformat în multe cazuri într-o negociere aspră, îngrijirea medicală nemai fiind privită ca un standard de îngrijire. În această întâlnire, pacientul poate avea diferite poziții, de la acceptarea cu obediență a opiniei medicale, până la cererea expresă a unui medicament, neîncrederea în explicațiile medicului, discutarea în contradictoriu a diagnosticului, rezistența în fața opiniilor medicale sau cererea expresă pentru opinii alternative. Această rezistență față de recomandările medicale se poate exprima deschis în timpul comunicării în întâlnirea clinică sau poate fi exprimată comportamental prin scepticism, neîncredere sau opoziție. Această atitudine subminează implicarea medicului și se poate ajunge la situația în care părțile “joacă” rolul lor ipotetic. iar în spatele acestei fațade ei vor rămâne deconectați și indiferenți, fiecare cautând să ducă la bun sfârșit o întâlnire clinică eșuată.

Dupa decenii in care medicina a cautat sa fie o stiinta bazata pe date obiective, astazi ne indreptam spre o medicina subiectiva. Munca medicului s-a schimbat de la focusul asupra corpului pacientului la focusul asupra vietii pacientului. Evaluarea eficientei activitatii medicale tine cont astazi de viziunea pacientului mai mult decat de viziunea institutiilor medicale (Sullivan, 2003). Iata de ce comunicarea dintre medic si pacient este astazi mai importanta ca oricand.

6.2. Empatia

Intalnirea clinica dintre medic si pacient are ca inteles major cunoasterea problemelor de sanatate ale pacientului si aceasta intalnire se poate intelege mai bine utilizand o metafora in care acestia incearca sa urce versantii opusi ai aceleiasi inaltimi, medicul cautand sa afle boala pacientului, obiectivabila si reproductibila, iar pacientul cautand sa-si prezinte suferinta subiectiva, individuala si ireproductibila. Daca vor ajunge in varful acestei inaltimi exista sansa ca boala si suferinta sa se contopeasca intr-o relatie empatica medic-pacient, Pentru a intra in subiectivitatea suferintei pacientului, pentru a da sens simptomelor lui, medicul are la indamana cunoasterea empatica clinica a pacientului.

Cultura medicala actuala este caracterizata de faptul ca se bazeaza pe obiectivitate si pe detasare emotionala. Focalizarea medicinei pe adevarul stiintific a condus la ignorarea aspectelor umane ale bolii, a suferintei celui bolnav. In acest context, distinctia dintre boala si suferinta, definita ca traire subiectiva a simptomelor si a necazului produs de acestea, a fost ignorata aproape in totalitate. Medicina moderna, in cautarea rigoarii stiintifice, presupune o detasare emotionala de pacient (Halpern, 2001). Aceasta detasare a condus la dezumanizarea sistemului medical pentru ca, bazandu-se pe o cunoastere testabila si masurabila, ea a sacrificat experienta umana a suferintei care a devenit doar un set de simptome corporale (Guidi si Traversa, 2021). Pacientii se simt mai mult studiati decat ascultati. Experienta afectiva a intalnirii cu pacientul, precum emotiile, simpatia si compasiunea, sunt considerate a interfera negativ cu practica medicala pentru ca obtureaza obiectivitatea examinarii medicale, obiectivitate care constituie fundamentul medicinei contemporane, precum medicina bazata pe dovezi. Experientele subiective ale pacientului trebuie evitate din cauza ca pot perturba obiectivitatea medicinei. Medicilor le este teama ca emotiile si sentimentele vor aduce o complicatie nenesesara a relatiei medic-pacient nu numai prin perturbarea judecatii detasate, dar si prin generarea unui atasament

periculos. Astfel, medicii risca sa devina prea implicati in viata si sanatatea pacientilor pana in punctul in care sa afecteze judecata lor clinica si sa devine epuizati emotional. Medicii trebuie sa cunoasca numai ceea ce este important de cunoscut, adica datele obiective ale examinarii medicale si ale investigatiilor medicale. lucru care a dus la o mai mare deconectare intre pacient si medic (Ekman si Halpern, 2015, Hardy, 2017).

Aceasta atitudine este promovata de educatia timpurie primita de generatiile noi de studenti la medicina. Scoala medicala este bazata astazi pe o viziune pozitivistă care promoveaza cunoasterea pacientului cu rigoarea omului de stiinta (Shapiro, 2011).

Cuvantul empatie vine din limba greaca si este compus din prefixul “*em-*” care inseamna impreuna si “*pathos*” care inseamna suferinta, pasiune. In aceasta acceptiune, de a fi impreuna cu suferinta sau emotiile altuia, empatia a fost prima oara folosita de Titchener in 1909 (citad de Breyer, 2020) care a facut traducerea in engleza a cuvantului german “*Einfühlung*” care inseamna a simti intr-o situatie, a reexperimenta, a lua o perspectiva (Lanzoni, 2012), sensuri care erau folosite mai ales in estetica sau hermeneutica. In aceasta traditie, empatia nu era conceputa ca un proces intersubiectiv, dezvaluit in interactiunea concreta dintre persoane, ci un mod de introspectie utilizat de obicei in arta sau estetica. In psihologie, primul care a folosit termenul de empatie a fost Lipps (1907) pentru a evidentia sursa primara a intelegerii mintii altuia prin observare, imaginatie sau proiectie, facilitand intelegerea estetica sau interpersonală a acesteia (citad de Jahoda, 2005).

Definitia empatiei are o lunga si furtunoasa istorie si toata lumea a fost de acord ca termenul este polisemic si nu exista o definitie consensuală (Batson, 2009; Elliott si colab. 2011). Cel mai adesea, termenul este utilizat pentru a descrie o varietate de fenomene psihologice care se pot reuni in sentimentul de a ajuta si a purta grija altuia, in modularea emotiilor proprii cu cele ale altui individ, in cunoasterea a ceea ce gandeste si simte altul sau in permibilizarea granitei dintre self si altul (Decety, 2020). Prin empatie se intelege astazi “abilitatea de a observa emotiile altora si abilitata de a raspunde la aceste emotii” (Finset 2010). In psihologia populara, empatia este definita ca abilitatea de a simti ce alta persoana gandeste sau de a te pune in locul altuia si este legata de emotionalitatea genuina a omului obisnuit (Halpern, 2014). Empatia include imitatiile noastre automate si adesea inconstiente ale expresiilor faciale ale altora, expresiile vocale si posturile, oglindirile si rezonarile cu starile afective ale altora, contagiunea emotionala cu altii (Smith, 2017).

Folosirea contemporana a termenului de empatie a mers dincolo de conceptualizarea populara si astazi este utilizat pentru a descrie mai multe raspunsuri inrudite, dar distincte, precum reactiile interpersonale cognitive, afective sau comportamentale fata de o alta persoana. In acest sens, termenul de empatie a fost utilizat pentru a denumi diferite aspecte interpersonale precum adoptarea perspectivei luate de cineva prin imaginarea acesteia sau potrivirea perspectivei proprii prin imaginarea situatiei altuia. Termenul mai acopera si o multitudine de fenomene afective ca de exemplu, a avea aceiasi experienta emotionala cu alta persoana, a rezona cu sentimentele si emotiile altei persoane, etc. Din punct de vedere comportamental, termenul de empatie este folosit pentru a descrie diferite forme de potrivire comportamentala prin imitarea sau adoptarea lor de catre o persoana (Lishner si colab. 2017).

Potter (2013) considera ca empatia este un concept complex implicand perceptia, emotia, orientarea atitudinala si alte procese cognitive si exprima trasaturile de caracter si virturile cuiva. Oamenii sunt fiinte relationale si emotiile si cognitiile lor devin constituinti ai vietii noastre morale. Moralitatea este relationala pentru ca ne cere sa ne imaginam si sa intelegem perspectivele altora, nevoile si valorile lor si aceasta cerere este epistemologic dificila. A fi o persoana morala inseamna a recunoaste ca actiunile noastre si modurile de a fi in lume afecteaza pe altii si ca aceasta legatura cu altii sta la baza faptului ca putem fi impreuna. Empatia este o cale de a o rezolva aceasta nevoie pentru ca ea este orientata spre o persoana concreta, spre un subiect anume si nu spre una abstracta si generala. Alaturi de aceasta, trebuie sa mai aduagam ca empatia este ceva ce noi putem alege. Procesele empatice sunt intelese ca implicand luarea deliberata si constienta a locului altuia si astfel sunt si pot fi sub controlul persoanei, chiar daca stimuli externi solicita un raspuns imediat. Reactiile sunt considerate empatice cand ele sunt concordante cu experientele observate sau similare ale altuia si exclude reactiile discordante. Nu putem fi empatici cu toata lumea sau nu putem fi empatici daca nu ne vine sa fim asa! In acest sens, Hodges si Wegner (1997) au aratat dificultatea de a fi empatic intr-o intalnire: "A fi empatic cu o persoana intr-o situatie implica mai mult decat a schimba un loc in spatiu, implica schimbarea judecarii situatiei, memorarea evenimentelor si raspunsul emotional fata de aceasta, conceptia despre trasaturile si scopurile persoanei si chiar conceptia despre sine... Aparitia empatiei implica o transformare structurala in gandire si emotie".

Empatia este epistemologic semnificativa pentru ca ne permite sa intelegem si sa anticipam comportamentul altora si este semnificativ umana pentru ca deschide usa altruismului

și reciprocității. Potter (2013) mai adaugă că fără empatie, individul este incapabil pe de-a-ntregul de a captura trasaturile unei anume situații. În aceeași perspectivă Tamborini și colab. (1990) sugerau că empatia poate fi cel mai bine înțeleasă ca un set de constructe care include: i. răspunsurile fiziologice ale conștiinței și vigiletății, ii. o imaginație calatoare, tendința de a fantaza și construi situații ficționale într-o manieră deschisă, iii. o implicare ficțională, imaginația de a te transpune în sentimentele și acțiunile unor persoane ficționale, iv. o orientare umanistă, senzitivitate și apreciere pentru bunăstarea emoțională a altora și v. o contagiune emoțională, adică o susceptibilitate la emoțiile celor din jur.

În ultimii ani se asistă la o reînnoire a interesului față de rolul afectivității în practica medicală, mai ales a empatiei în procesul de furnizare a îngrijirilor clinice. După cei mai mulți autori, empatia duce la creșterea sentimentului de împlinire a medicilor, la creșterea satisfacției clienților cu îngrijirile primite, la aderența pacienților la tratamentul medical recomandat și la un mai mare respect față de autonomia pacienților consecutiv înțelegerii lor mai bune (Hardy, 2019).

În medicină, dezbaterile asupra definiției empatiei s-au concentrat asupra discuțiilor dacă empatia este limitată la înțelegerea stărilor emoționale ale pacientului sau dacă nu cumva ea reflectă chiar scopul uman al medicinei (Hardy, 2017). Astfel, în literatura medicală curentă, empatia este plasată la baza medicinei umaniste. S-a mai constatat și că medicii care exprimă o preocupare empatică față de situația pacienților lor vor avea mai puține plângeri de malpractice (Huntington și Kuhn, 2003). Totuși, trebuie să menționăm de la început că ceea ce se înțelege în medicină prin empatie este diferit pentru medici și pacienți. Pentru medici empatia este mai mult o abilitate de comunicare sau de experiență emoțională prin care se identifică starea emoțională a pacientului bazată pe indicații vizuale și verbale; pentru pacienți, empatia medicală înseamnă atitudinea umanistă a medicului care este caracterizată de atenție, grijă, expresie a interesului pentru bunăstarea pacientului și abilitatea de a asculta cu atenție și a răspunde cu căldură.

Există riscul ca empatia în medicină să fie confundată cu simpatia pe care personalul de îngrijire o poate avea față de subiect. Simpatia este de obicei înțeleasă ca acțiunea de a simți ceva pentru o altă persoană, cu alte cuvinte a-ți pasa de altă persoană, spre deosebire de empatie care trebuie înțeleasă ca a simți împreună cu altă persoană (Guidi și Traversa, 2021). În timp ce empatia are componente importante cognitive, simpatia este doar afectivă și nu este privită ca o componentă adecvată pentru practica clinică, aceasta putând fi uneori daunătoare pentru practica clinică. Răspunsul emoțional față de situația pacientului poate influența înțelegerea obiectivă a

condiției clinice a pacientului. Se consideră că este necesar ca medicul să mențină o distanță afectivă față de pacient, o detașare afectivă care să-i permită o evaluare riguroasă a pacientului. Rolul medicului este să furnizeze cel mai bun tratament și nu să moduleze afectiv cu sentimentele pacientului (Hardy, 2019). Rămâne deschisă discuția cât de mare și adecvată este empatia fără să existe elemente afective și cât de mare trebuie să fie detașarea afectivă a medicului pentru ca el să rămână un terapeut adecvat pacientului său. Mai există un concept a cărui granițe conceptuale sunt contigente cu cele ale empatiei și simpatiei și anume compasiunea. Compasiunea este prezentată ca milă sau interes față de suferința sau necazul altora. Compasiunea înseamnă a adopta o atitudine de respect față de suferința altora. Acești trei termeni, empatia, simpatia și compasiunea, denotă diferite aspecte ale experienței intersubiective. A avea empatia înseamnă a fi capabil cognitiv să dai sens vieții psihologice a altui subiect sau să împărtășești starea afectivă cu el. A avea simpatie mută focusul atenției spre cel față de care simțim considerație, nefiind vorba de ce am înțeles sau de ce am simțit, ci mai curând despre ce se întâmplă cu celălalt. A avea compasiune merge mai departe în direcția spre altul, adică eu nu numai că sunt martor la suferința altuia dar și doresc să fac ceva pentru el (Breyer, 2020).

Decety (2020) face o încercare de analiză a empatiei în componentele ei funcționale pentru a identifica care din acestea ar fi cele care influențează cel mai mult relația medic-pacient și rezultatul tratamentului prescris. El identifică patru componente distincte: i. empatia cognitivă sau abilitatea de a adopta intențional sau a imagina trăirea altei persoane; ii. contagiunea emoțională, atunci când indivizii tind să exprime și să simtă emoții care sunt similare altora; iii. empatia emoțională care se suprapune în parte cu contagiunea emoțională dar menține distincția dintre self și celălalt și iv. grija empatică sau compasiunea care se referă la motivarea orientată către altul, congruentă cu percepția stării cuiva aflat în nevoie; aceasta din urmă este caracterizată prin sentimente de căldură, interes, grija și motivarea de a ajuta.

Din motive mai mult practice, empatia este în general împărțită în empatia cu componente cognitive, empatia cu componente afective și empatia cu componente comportamentale. Empatia cognitivă este definită ca abilitatea de a percepe emoțiile altora și de a le atribui stărilor mentale ale acestora; aceasta varietatea exclude orice angajament emoțional. Empatia cognitivă este congruentă cu cultura medicală de astăzi și presupune detașare, obiectivizare și standardizare. Empatia afectivă este descrisă ca angajament emoțional care se petrece când avem de-a face cu suferința altei persoane. Ea facilitează recunoașterea stării

emotionale și a suferinței pacientului și este benefică pentru diagnostic și rezultatul tratamentului medical (Guidi și Traversa, 2021). Pentru medic, empatia cognitivă este procesul mental prin care intră în perspectiva pacientului, cea afectivă permite medicului de a se pune în locul pacientului și componenta comportamentală permite medicului să comunice cu pacientul și să acționeze în favoarea și în numele lui.

Această diferențiere între aspectele cognitive și cele emotionale ale empatiei a fost validată de studii neurobiologice. Cercetările recente de neuroștiință au încercat să clarifice unele confuzii conceptuale utilizând diferite metode ce merg de la auto-raportări până la rezonanță magnetică funcțională și stimularea transcranială. Aceste studii, făcute pe voluntari și pe pacienți cu tulburări neurologice, au arătat că componentele empatiei au la bază mecanisme neuronale relativ distincte. Astfel, există un proces de stimulare emoțională, care este congruent cu elementele emotionale ale experienței corpului celuilalt și duce la activarea sistemului limbic (amigdală, insulă, cortexul cingulat anterior) (Decety & Lamm, 2009). În al doilea rând, când este vorba de procesul de adoptarea perspectivei celuilalt și a perspectivei propriei persoane, se activează ariile mediale și cea ventromedială a cortexului prefrontal precum și cortexul temporal (Shamay-Tsoory, 2009). Și în al treilea rând, în cazul procesului de reglare emoțională pe care-l folosesc oamenii pentru a evalua sau calma necazul personal atunci când vad o altă persoană în durere sau disconfort ce duce la sentimentul de compasiune și la mobilizarea comportamentului de ajutor pentru alții, se activează cortexul orbitofrontal, cortexul parietal inferior și cel prefrontal (studii citate de Elliot și colab., 2011). Tot prin studii de neurobiologie s-a evidențiat diferența dintre empatia emoțională și compasiune. Empatia emoțională implică circuite neuronale aparținând insulei anterioare și cortexului somatosenzorial, pe când în cazul compasiunii sunt implicate circuite care sunt prezente și în cazul comportamentului parental, precum hipotalamusul, striatul sau zona ventromedială a cortexului prefrontal. Aceste studii de neuroimagistică funcțională au mai arătat că percepția și chiar imaginarea suferinței altuia conduce la creșterea activității hemodinamice din regiunile care sunt implicate și în experiența durerii (insulă anterioară, cortexul somatosenzorial, zona cuneus periapeductală, etc.) sau în zonele asociate cu procesarea emoțiilor negative, precum cortexul prefrontal ventromedial, cortexul prefrontal dorso-lateral, cortexul anterior cingulat, zona anterioară a insulei, amigdală, etc. (Decety, 2020).

Empatia clinică este un concept holistic care are ca scop depășirea dihotomiei dintre empatia cognitivă și cea afectivă. Ea a fost definită ca abilitatea de a observa emoțiile în altul, abilitatea de a simți aceste emoții și abilitatea de a răspunde la aceste emoții în relația dintre medic și pacient (Finset, 2010). Astfel, empatia clinică presupune o înțelegere experiențială și cognitivă a ceea ce pacientul simte. Ea nu este nici detașare emoțională și nici o imersiune completă în experiența altuia. Combinarea celor două fațete ale empatiei este importantă atât pentru rezultatul tratamentului medical cât și pentru a valida nevoile umane ale pacientului. Empatia clinică este despre a fi împreună cu pacientul într-o călătorie, ascultând senzitivitatea, potrivirea cu fiecare mișcare, parcurgerea ei alături de pacient. Empatia clinică ajută clinicianul să recunoască, să înțeleagă și să accepte pacientul în suferința lui. Această înțelegere este primul pas spre ușurarea necazurilor pacientului și permite efectuarea celui de-al doilea pas, cel care duce la procesul de acțiune diagnostică și terapeutică.

Dacă considerăm ca problema empatiei în medicină este de fapt problema cunoașterii și înțelegerii pacientului ca subiect, atunci putem privi întâlnirea clinică dintre medic și pacient ca o problemă de intersubiectivitate. Putem oare considera că reprezentările noastre mentale ne dau o imagine acurată a realității celuilalt? Cum putem oare explora lumea subiectivă a pacientului? Ca să răspundem la aceste întrebări trebuie să ne întoarcem la Descartes care propunea o metodă sistematică de reflexie asupra conținutului minții și prin aceasta spera să se separe ce este clar și evident de ceea ce este incert și vag. El spunea că eu pot să mă îndoiesc de multe lucruri, dar totdeauna știu ce este adevărat datorită faptului că gândesc. Dacă gândesc nu pot greși pentru că eu gândesc că gândesc și dacă gândurile și credințele ne sunt clare și distincte noi putem să evităm erorile. Astfel, printr-o sistematică reflecție asupra gândurilor și credințelor noi putem ajunge la o înțelegere acurată a felului cum este făcută lumea. În felul acesta, explorarea serioasă a experiențelor noastre subiective ar fi științifică, o metodă confidentă de aflare a adevărului (Bracken și Thomas, 2005). Această idee stă și în mijlocul fenomenologiei lui Husserl.

Pentru Husserl, fenomenologia este o metodă prin care natura subiectivității umane poate fi relevată în mod exact. Printr-o serie de operații de „reducere”, de căutare în spatele suprafeței empirice a lucrurilor, noi putem avea contact cu conștiința pură, cu subiectivitatea individului. Dacă noi putem avea certitudine cu privire la anumite afirmații matematice născute din subiectivitatea individului, afirmații fără contingentă cu lumea externă, atunci putem avea aceeași certitudine și despre felul cum mintea noastră cunoaște adevărul (Parnas și Sass, 2008). În

viziunea lui Husserl, descrierile fenomenologice opereaza la un nivel mai profund decat orice stiinta. Adevarul fenomenologic nu poate fi translat in limbajul stiintific pentru ca fenomenologia este o disciplina transcendentala care investigheaza structurile “a priori” ale experientei, structuri care sunt la un nivel pre-stiintific.

Teoriile fenomenologice traditionale despre empatie apartin lui Edmund Husserl si elevei sale Edith Stein. Ambii filozofi au explicat empatia ca experienta unei constiinte straine utilizand intersubiectivitatea. Dupa ei, empatia ne permite sa experimentam pe altii numai in contextul in care altul exista. Pentru amandoi, empatia este o forma speciala a perceptiei care ne este data direct. Ea este o forma ireductibila a intentionalitatii care permite unui subiect sa experimenteze o constiinta straina (Hardy, 2017). Stern (2004) definea empatia ca intersubiectivitate constienta, o forma specifica de reflexivitate care apare cand cineva devine constient de continutul mintii sau actiunilor sale din cauza ca mintea altcuiva se reflecta inapoi catre el, iar Tisseron si colab. (2013) vorbesc de empatie intersubiectiva cand se refera la modul in care constiinta adopta in mod temporar situatia altuia cu scopul de a impartasi experienta sau punctul de vedere al aceluia.

Intersubiectivitatea este in inima relatiilor interpresonale. Notiunea de intersubiectivitate are un dublu inteles: este ceea ce ne uneste si in acelasi timp ne separa creind o distanta, articuland doua sau mai multe subiectivitati (Ciccone, 2006). Cum actioneaza o persoana este legat de reactiile furnizate de indivizii din jur cu alte prilejuri. Coordonarea sau armonizarea perspectivelor respective este ca un balet, “eu tind spre altii si altii tind spre mine” (Martin si Gillespi, 2010), este ceea ce Husserl numea “*coexistenta intentionalitatilor*” (1960). Pentru Bakhtin (1990) subiectul este creat de altii; individualitatea noastra nu exista daca ei nu sunt, iar gandirea izvoraste si este modelata prin interactiunea si opozitiile cu alte minti (comentariu si citari de Ollagnier-Beldame si Cazemajou, 2019).

Intentionalitatea este si un concept central in fenomenologia lui Husserl si este legat de proprietatea fundamentala a constiintei de a fi totdeauna despre ceva sau in legatura cu ceva (Husserl, 1982). Astfel intentionalitatea arata ca noi suntem constienti tot timpul de noi insine si de lumea din jur. Tot ce se petrece apartine de ceva sau de cineva si prin aceasta noi dam sens acestor intamplari. Prin intentionalitate constiinta tinde mereu spre ceva, are o intentie asupra unui anume obiect si astfel ajungem la semnificatia obiectului (Erhard, 2022).

Dupa Husserl, fenomenologia trebuie sa inceapa cu o reducere fenomenologica sau “*epoche*”. Aceasta reducere inseamna sa punem intre paranteze si sa suspendam presupozitiile

noastre. Dacă vrem să înțelegem pe alții, noi trebuie să excludem din examinarea noastră orice idei preconcepute sau descrieri. Facând această abstractizare, eu descopăr egoul transcendențial. Examinarea egoului transcendențial face să se evedentieze obiectivitatea. Prin punerea între paranteze înălțurăm orice alienează obiectivitatea lumii. Lumea obiectivă este orice care este altceva decât experiențele ego-ului, este “*alter ego*”. Experiențele mele proprii asupra lumii sunt numai ale mele și nimeni nu le poate verifica. Dacă și alți subiecți experimentează aceeași lume și comunică despre această lume atunci noi, putem fi confidenți asupra obiectivității ei. Existenta altora face posibilă natura obiectivă a lumii. Examinarea obiectivă a lumii releva nevoia altor subiecți care să securizeze obiectivitatea ei, ea este deci intersubiectivă (Husserl, 1950, comentat de Eelch 1965, Bernet și colab. 1993 și Hardy 2017).

Existența altora garantează obiectivizarea lumii. Fiecare ego și alter ego ajută la constituirea lumii obiective dintr-o perspectivă armonioasă dar diferită. Eu văd doar fața unui obiect care este îndreptată spre mine, dar în mintea mea eu îl percep ca întreg. Dacă mă mut în jurul obiectului voi vedea și celelalte fețe ale obiectului. Percepția mea asupra obiectului va fi totdeauna incompletă dar eu voi cuprinde întregul obiect datorită a ceea ce Husserl (1999) numește “*apercepție*”. Este posibil ca alții să perceapă alte fețe ale obiectului la care eu am perceput doar una și alții vor vedea ceea ce eu nu am văzut. Deci fiecare ego vede aceeași scenă din diferite perspective. Dar împreună, fiecare ego (eu) și alter ego (altul) ajută la constituirea lumii obiective dintr-o perspectivă armonioasă dar diferită. Dacă eu mă pun în alt loc este posibil să am perspectivele altuia și tot ce trebuie să fac ca să văd ceea ce au văzut alții este să mă mut în locul lor. Altul este esențialmente ceea ce eu aș fi dintr-o altă perspectivă și această intersubianjabilitate face posibilă intersubiectivitatea. Eu mă pot pune în locul altuia și să cunosc ceea ce simte el și astfel devin empatic față de acea persoană. Dar așa cum eu văd pe alții și alții mă văd pe mine. Posibilitatea percepției altui subiect presupune ca și eu sunt văzuți de altul. Aceasta este datorită reversibilității corpului meu, eu percep pe alții și alții mă percep pe mine. Eu pot fi atins și alții mă simt pe mine așa cum eu îi simt pe ei. Aceasta reversibilitate îmi permite să concep propria mea exterioritate și această experiență este o precondiție crucială pentru empatie (Zahavi, 2001; 2014). Eu experimentez pe alții atât ca un obiect cât și ca un subiect în lume, ceea ce se întâmplă la fel în percepția altuia care mă înțelege pe mine ca un obiect și ca subiect în lume. Când eu experimentez pe altul, eu experimentez, la fel cum altul mă

experimentează pe mine. Eu pot să imaginez ce ar fi pentru mine să fiu în poziția altuia experimentând ce altul percepe despre mine. Iată aici definiția fenomenologică a empatiei!

Discipolul lui Husserl, Karl Jaspers (1959, traducere în engleză în 1997) merge mai departe și face o distincție între lumea subiectivă a pacientului și înțelegerea semnificației experiențelor pacientului. Pentru el fenomenologia ne prezintă ceva “static”, o fotografie. Cautarea semnificației implică o abordare “*genetica*”. Înțelegerea genetică, înseamnă perceperea conexiunilor psihice printr-o abordare hermeneutică, ne ajută să înțelegem întregul din particular. Fenomenologia implică o explorare a minții pacientului fără a căuta interpretări sau înțelegere. El separă ceea ce este analizabil, categorizabil și descifrabil fenomenologic de ceea ce este narativ, etic, semnificabil hermeneutic și astfel Jaspers face distincția dintre înțelegere și explicație. Înțelegerea este ceva “static” ce presupune descrierea unui fenomen așa cum se prezintă simțurilor noastre în timp real, adică în conștiința actuală a pacientului, pe când explicația înseamnă o întregire “genetică” care înseamnă empatie. Empatia este aparatul prin care putem înțelegem istoric geneza fenomenelor, înțelegerea empatică a felului cum fenomenele psihice, experiențele pacientului, apar unele din altele, cum se intercondiționează.

Analiza fenomenologică a percepției la Husserl evidențiază două componente distincte: “împerechierea” și “similaritatea” percepției. Husserl definește empatia ca “experiența altcuiva” și spune că cineva nu poate percepe conștiința altcuiva în același fel în care percepe un obiect. Individul poate percepe corpul cuiva dar nu poate percepe psihicul, iar viața psihică a cuiva nu este percepută decât prin empatie. Însa accesul la viața psihică a cuiva se face prin corpul acestuia. Gândind că corpul altuia este similar cu al meu și că corpul este legat de conștiința fiecăruia, se poate concepe că dacă corpurile pot fi similare atunci și acțiunile și gândurile acestora pot fi și ele similare. Această similaritate este denumită de Husserl ca împerechiere (Engl. “pairing”) sau cuplare (Engl. “coupling”) și stă la baza empatiei. Prin acest proces eu pot să aflu din ce în ce mai mult despre celălalt cu care mă potrivesc. Înțelegerea mea despre celălalt este legată de experiența mea anterioară. Perceperea corpului altuia, care este similar cu al meu, duce la formarea unei perechi a corpurilor noastre, nu numai în aparență, ci și în viața psihologică și automat voi face o analogie între viețile noastre mentale. Noi percepem în mod psihologic persoana aflată în procesul de împerechere cu noi, ceea ce denotă fenomenul de empatie (Husserl 1950; comentat de Hardy, 2017).

Mai departe se poate pune intrebarea la ce foloseste empatia, care este rolul ei in viata oamenilor? Smith (2017) propune un raspuns la aceste intrebari din doua perspective: una evolutionista si alta psihologica. Din perspectiva evolutionista empatia este o adaptare prin rolul sau epistemic si astfel aduce o contributie distincta la viata noastra. Empatia isi implineste rolul sau epistemic in principal prin faptul ca contribuie la impartasirea sentimentelor si emotiilor, incurajeaza comportamentul pro-social sau altruistic, furnizind o cunoastere despre ce sunt pe cale sa faca sau sa gandeasca altii. Ea furnizeaza cunoasterea a ceea ce altii simt. Empatia isi indeplineste aceste functii epistemologice datorita faptului ca ne ajuta sa cunoastem cauzele si motivele a ceea ce oamenii fac si simt si astfel contribuie la generarea grijei fata de altii, a intrajutorarii, altruismului si cooperarii intre oameni.

Din punct de vedere psihologic, furnizand informatii despre ceea ce altii simt sau gandesc, empatia transforma sentimentul altora intr-un lucru social transparent ce sta la baza convietuirii si armoniei sociale. Dupa cum spunea Martha Nussbaum (1996), aceasta emotionalitate genuina, ce este raspandita la majoritatea oamenilor si care sta la baza compasiunii si empatiei, este lucrul esential pentru construirea unei societati civile.

Dar care este statutul curent al empatiei in medicina? Inca exista o lipsa de interes in formarea noilor generatii de medici in a considera empatia ca mod efectiv de comunicare cu pacientul. Asa cum am discutat mai sus, se considera ca empatia ar putea "incalzi" relatia medic-pacient pana in stadiul in care s-ar pierde obiectivitatea observatiei medicale. In relatia cu pacientul se incurajeaza mai mult stabilirea unei relatii naturaliste care condamna empatia si incurajeaza obiectivismul. Atitudinea naturalista a fost prima oara discutata de Husserl (1982) pentru care aceasta inseamna a lua lucrurile ca atare, a nu le tematiza, intr-un proces prin care existenta a ceva se manifesta in sine in constiinta noastra. Atitudinea naturala este ceva ce se petrece inainte de atitudinea fenomenologica pentru ca ia lucrurile ca atare. A lua lucrurile ca atare, reprezinta o cunoastere "statica", este o experienta imediata in prezent, este vorba de prima impresie. Cunoasterea statica este o cunoastere in doua dimensiuni, este plata. Totusi, din atitudinea naturala se nasc celelalte forme de intelegere, precum intelegerea "genetica" (Luft, 1998, 2002).

Din perspectiva fenomenologica, in viata de toate zilele, noi percepem obiecte, oameni sau chiar idei in mod simplu ca reale si existente. Ele sunt aici si nu ne punem intrebari asupra existentei lor, le luam ca fapte existente aici si acum. Husserl numeste aceasta situatie ca

“atitudine naturală”. Aceasta atitudine nu este nici bună, nici rea, ci este un mod simplu prin care se reflectă în mod obișnuit sau zilnic, poziția noastră de a fi în lume. Când noi vedem lumea prin această atitudine naturală, noi suntem conștienți despre ce ne este prezentat ca lumea din jur care ne este atât de familiară. Prin atitudine naturală lumea este totdeauna deja prezentă, înainte de reflexia mea asupra ei. Simplu spus, din punct de vedere natural, eu mă vad ca fundamental separat de lumea din jur, o lume care este evident deja aici, aparte de mine și care nu are relație cu mine numai în contextul meu alături de alte obiecte sau oameni de interes pentru mine. Lumea este fundamental separată de mine și preexistentă mie (Appelbaum, 2012). Husserl (2006) spunea: “atitudinea naturală este atitudinea experienței!” Faptul că eu experimentez și am experiența lucrurilor este o atitudine naturală și este caracteristică omului “preștiințific”. Eu descriu experiența prin simplu “eu am găsit” sau “eu am aflat”. Acestea sunt simple descrieri. Experiența este legitimă și se oferă judecății descriptive. Lucrurile sunt date unei atitudini naturale. Atitudinea naturală duce la un concept natural al lumii, la o cunoaștere a priori, pe când atitudinea fenomenologică duce la un concept al lumii viții, a lumii pe care o găsim în noi.

Nu pot merge mai departe fără a aminti ideile lui Heidegger despre atitudinea naturală și poziția obișnuită a medicului în întâlnirea clinică. Între 1959 și 1969, Heidegger a participat la Seminariile Zollikon, Elveția, seminarii care au fost organizate nu pentru filozofi, ci pentru medici somaticieni, psihiatri și studenți la medicină. Seminarul a început la Clinica de psihiatrie Burghölzli a Universității din Zurich și mai apoi s-a mutat în casa psihiatrului elvețian Medard Boss. Boss gândea că ideile lui Heidegger ar avea mare impact asupra teoriei și practicii medicinei, care era dominată de paradigmele obiectivismului și mecanicismului. Comentariile lui Aho (2018) ne arată că ce s-a întâmplat la aceste seminarii a fost recunoașterea că viziunea naturalistă în medicină a dus la opacizarea problemei fundamentale a ceea ce înseamnă să fi om. Prin interpretarea ființei umane ca organism fizic determinat de legi cauzale, Heidegger sugerează că în dogma medicală “numai ceea ce este măsurabil este real”. Dar seminariile au arătat cu claritate că existența umană nu poate fi redusă la măsurați. Existența este un mod de a fi. Concepția lui Heidegger despre existență nu poate fi înțeleasă în termeni de “ce suntem”, respectiv o prezentă obiectivă, ci în termeni de “cum suntem”. O boală poate fi inteligibilă numai prin intermediul resurselor culturale și sociale în care apare. Din această cauză se face deosebirea dintre boală și suferință, boala putând fi diferită de suferință. Heidegger spunea că “există o nevoie foarte mare de doctori care ‘gândesc’ și care nu doresc să lase domeniul tehnicienilor

științifici". Interpretarea și înțelesul suferinței fizice este tot așa de important ca și evidențierea leziunilor celulare sau a dezordinilor functionale. Experiența bolii este creată de existența "ființe-in-lume". Heidegger face diferența între "fapte" și "valoare", faptele referindu-se la universul fizic care este obiectiv și măsurabil, iar valoarea la înțelesul subiectiv al lucrurilor ca rezultat al fundalului socio-cultural și al dorintelor și gusturilor persoanei.

Astăzi, în medicină, prin atitudine naturală se înțelege o manieră specifică focalizată pe obiectivismul omului de știință sau expertului și detașată de subiect în vederea unei mai bune înțelegeri a situației. Prin această atitudine se separă două straturi: stratul a ceea ce este direct observat și studiat și stratul care trebuie dedus din observație (Zahavi, 2014). Aceasta a condus la faptul că ce este important în procesul înțelegerii altora este redus la observația a ceea ce este fizic, respectiv corpul pacientului, care i se oferă medicului ca o unitate materială, iar functionarea lui depinde și este localizat în acest obiect material. În plus, se deduce că dacă medicul este conectat emoțional cu pacientul există riscul de a se pierde obiectivitatea examinării medicale.

În contrast cu atitudinea naturală, Husserl, și în special elevul său Karl Jaspers (1913 și 1959, traducere în engleză în 1997) face o distincție între lumea subiectului și înțelegerea semnificației experiențelor subiectului. Aceasta căutare a semnificației implică o abordare "genetică" care presupune trecere de la înțelegere la explicație. Empatia este aparatul prin care putem înțelege istoric geneza fenomenelor, a felului cum fenomenele din lumea mentală apar unele din altele și cum se intercondiționează. Jaspers crede că evenimentele naturale externe pot fi explicate numai cu ajutorul logicii care se dobândește folosind rațiunea inductivă, pe când procesele interne pot fi înțelese prin empatie individuală. El face astfel o polarizare între conexiunile obiective cauzale ale explicării și înțelegerea evenimentelor psihice prin procesul de înțelegere. Astfel el postulează metoda fenomenologică a înțelegerii. După el există trei feluri de înțelegere: statică, rațională și genetică. Primele două forme hrănesc pe a treia care se bazează pe empatie și creează condițiile ca până la urmă diagnosticul să fie posibil. La început medicul combină primele două forme pentru a izola un fenomen (de ex. psihic) iar apoi înțelege acest fenomen pe baza relației empatice cu pacientul. Înțelegerea nu poate fi completă fără explicație (comentariu făcut de Bormuth, 2019). Pentru ca să cuprindem un fenomen noi ne scufundăm într-o situație psihică și prin empatie înțelegem cum apare un eveniment psihic și astfel explicăm cauzalitatea lui.

Aceasta intelegere, care este subiectiva, nu poate fi utilizata mecanic ca un fel de generalitate, pentru ca aici este vorba de un fel de intuitie. Astfel, pentru Jaspers intelegerea este privita ca o forma epistematica particulara. Ea nu este dobandita prin legile generale ale observatiei repetate. Prin intelegere se obtine o legatura semnificativa psihica ce duce la cunoasterea cazului specific. Prin explicatie se stabilesc regulile cauzalitatii. Intelegerea este un proces "genetic" pentru ca apeleaza la caracteristicile noastre innascute, subiective, de a rezona, empatiza cu cineva, de a gasi legaturi semnificative pentru a intelege evenimentele vietii lui interne, pe cand explicatia este un fenomen obiectiv care are la baza observatia repetata (comentariu facut de Hoerl, 2013).

Toate acestea arata ca pozitia medicului, ca profesionist rece si observator detasat, nu este pe de-antregul benefica. Atitudinea naturalista ramane importanta, dar nu mai este o abilitate relevanta ceruta de parctica medicala. Mai mult, s-a evidentiat ca medicii care empatizeaza cu pacientii lor furnizeaza o mai buna ingrijire decat cei care nu sunt empatici. Empatia a dus la cresterea interactiunii, la o mai buna intelegere a experientelor pacientului si a felului cum trebuie tratat acesta. Medicul poate intelege semnalele nonverbale pe care pacientul le transmite. Pacientul este mai inclinat sa creada un medic empatic si sa inteleaga optiunile terapeutice oferite, anxietatea lui scade si el se simte autorizat sa vorbeasca de suferinta lui si de opiniile lui. El devine parte a intalnirii clinice si are curajul de a vorbi si impartasi. (Halpern, 2014).

Pentru a captura complexitatea intalnirii dintre medic si pacient trebuie sa ne intoarcem la problema intersubiectivitatii, aceasta relatie fiind un caz special al intersubiectivitatii. Conceptul a fost introdus de Husserl (1973). Pentru el, intersubiectivitatea implica intelegerea mutuala sau impartasita si se compune din patru elemente: i. a fi aparte unul de altul (*Auseinandersein*), ii. a fi unul cu altul (*Miteinandersein*), iii. a fi unul in altul (*Ineinandersein*) si iv. a fi unul pentru altul (*Füreinandersein*) (Duranti, 2010).

Asa cum Husserl vorbeste de indivizi ca niste monade pentru ca sunt entitati indivizibile, asa si medical si pacientul pot fi priviti ca persoane aparte indeplinind roluri sociale diferite. Medicul si pacientul imparatsesc un sens special al separatiei, pacientul fiind timid sau cu teama de a fi aspru judecat, in timp ce medicul este arogant sau condescendent. Medicii au autoritatea data de cunoasterea medicala, in timp ce pacientii sunt receptori pasivi ai diagnosticului si tratamentului medicului. Cunoasterea medicala prevaleaza cunoasterii pacientului. Dar cea mai mare distanta intre cei doi vine din necesitatea transformarii suferintei subiective a pacientului in

simptome și semne obiective ale procesului de diagnostic, lucru pe care numai medicul îl face (Ruthrof, 2019). În același timp, medicul și pacientul sunt unul cu altul, tot așa cum Husserl spunea că fiecare monadă stă în legătură cauzală cu alte monade. Prezența medicului înseamnă de fapt și prezența pacientului, fiecare din ei se validează prin prezența celuilalt.

Când Husserl vorbește de a fi unul în altul el se referă la *“empatia apercceptivă”*. Medicul nu poate experimenta direct viața mentală a pacientului său, dar el este totuși capabil prin empatie să aibă o cunoaștere a stării mentale a celui din fața sa. După Husserl, empatia este experiența fundamentală a participării în acțiunile și sentimentele altor ființe, fără să fii alta ființă, ea este o *“intentionalitate unul cu altul”* care se petrece atunci când o monadă se transportă intențional în alta monadă. La fel, a fi unul pentru altul este o componentă indispensabilă a formării comuniunii dintre medic și pacient. Această prezență comună trebuie să fie reciprocă și reflexivă și este privită, conform lui Husserl, ca o implicare intențională: *“celălalt este aici pentru tine și eu sunt aici pentru el”*. Această stă la baza sentimentelor de grijă și altruism (Ruthrof, 2019).

Un medic competent științific nu poate ajuta pacienții să se lupte cu pierderea sănătății lor sau să dea un înțeles suferinței lor doar cu mijloacele științei medicale. Alături de abilitatea științifică, medicii au nevoie de abilitatea de a asculta narativele pacienților, de a înțelege și onora înțelesul acestora și de a acționa în numele pacientului. Aceasta este competența narativă, adică acea competență a ființei umane de a absorbi, interpreta și răspunde la aceste povestiri. Aceasta competență permite medicului să practice medicina cu empatie, cu profesionalism și onestitate (Charon, 2001). Știința narativă ia în considerare domeniile intersubiective ale cunoașterii și activității umane, adică acele aspecte ale vieții care sunt puse în joc de relațiile dintre două persoane. Gallagher (2009) spunea că competența narativă capturează intersubiectivitatea interacțiunilor umane, a motivelor și judecăților acestora. Ascultând ceea ce pacientul povesteste, medicul intră în lumea narativă a pacientului. Spre deosebire de citirea unui text literar, această ascultare angajează resurse interioare precum memorii, asociații, curiozitate, creativitate, interpretări, aluzii la alte povestiri, comparații cu situații prototipice, cu texte medicale, cu povești spuse de alți medici, pentru a identifica înțelesul celor auzite de el. Aceasta abilitate narativă este baza unei legături empatice care deschide ușa unei cunoașteri adevărate a suferinței pacientului. Gallagher (2009) consideră că există trei nivele diferite ale intersubiectivității: intersubiectivitatea primară, care este imediată și pre-reflexivă și care

servește ca mod bazal de înțelegere a altuia; intersubiectivitate secundară care ne permite o înțelegere a lumii mutual accesibilă și care se poate explica prin teoriile cognției sociale și intersubiectivitatea terțiară sau intersubiectivitatea narativă care constă atât în stocarea narativelor cât și în abilitatea de construire a acestora cu ajutorul altora, spre dezvoltarea unei înțelegeri complexe a celuilalt.

Se pune întrebarea ce procese cognitive ne permit și susțin capacitatea oamenilor de a interacționa și înțelege pe alții? În ultimele decenii ale sec. XX “teoria minții” a fost teoria dominantă în domeniul cognției sociale. Prin teoria minții se înțelege abilitatea de zi cu zi a oamenilor de a desemna stările mentale ale altor oameni, de a interpreta și explica, precum și abilitatea de a prezice comportamentele lor. Acest termen a fost folosit prima oară de Premack și Woodroof (1978) în articolul lor celebru care încerca să răspundă la întrebarea: cimpanzeii au capacitatea de a citi mintea altor semeni prin deducții teoretice, așa cum o fac oamenii?. Ulterior, filozoful Daniel Dennett (1978) a arătat că pentru a avea o teorie a minții un individ trebuie să fie capabil nu numai să aibă credințe, dorințe și intenții, dar și să le reprezinte.

Teoria minții are două modele explicative referitor la felul cum noi putem avea acces la stările mentale ale altora: teoria teoriei și teoria simulării. Termenul de “teorie a teoriei” a fost introdus de Adam Morton (1980) pentru a denumi concepția prin care atributele de fiecare zi ale stărilor mentale sunt sub forma unei teorii. Aceste teorii fac parte din psihologia populară care spune că înțelegerea pe care o avem asupra felului cum funcționează mintea umană are structura asemănătoare unei teorii. Înțelegerea noastră în această privință, începând din copilărie și până la maturitate, este teoretică, obținută prin strângerea de evidente și apoi prin căutarea celor mai bune explicații, acestea fiind sunt totdeauna sub formă teoretică, fără nevoia de a fi experimentate. Aceste “teorii” sunt intuitive. Astfel de teorie spune că eu pot stăpâni toată cunoașterea teoretică complexă despre lume și abilitatea de a privi în interiorul altor persoane, doar prin simplă presupunere că ceilalți sunt la fel ca mine, ființe gânditoare, deci ei posedă aceleași capacități cognitive fundamentale și propensități de a face ceva ca și mine. Aceasta teorie o folosesc când vreau să prezic comportamentul altora (Carruthers, 1996; Morton, 2009; Bohl, 2014).

Teoria simulării este o strategie de imaginare a propriilor gânduri, sentimente și comportamente într-o situație similară cu cea a persoanei a cărei minte dorim să o citim, ceea ce implică utilizarea auto-reflexiei ca un instrument de înțelegere a stărilor mentale. După Jane Heal (1986), oamenii imaginează lumea din punctul de vedere al altei persoane, ei au sistemul

cognitiv ce procesează rezultatul unei asemenea imaginații, ei atribuie acest rezultat dedus de ei ca fiind al persoanei a cărui comportament vor să-l prediceze sau explice. Pentru a face aceasta, ei nu au nevoie de o teorie psihologică populară, ci pornesc de la presupunerea că alta minte funcționează în manieră similară cu mintea lor. În același an, Robert Gordon (1986) publică aceleași idei prin care afirmă că cea mai bună idee de a prezice ce va face cineva este să decizi ce voi face eu în locul lui. Astfel, cineva poate prezice ce vor face alții prin simularea deciziilor lor în același caz sau situație. Dacă eu mă uit la cineva, mintea mea va simula ceea ce vede și astfel voi gândi ceea ce sunt sigur că gândește și el.

Nu după mult timp, Goldman (1989, 2006) postulează teoria simulării și spune că înțelegea altora o datorăm unui proces de simulare și proiecție. Această teorie este întărită de Di Pellegrino și colab. (1992) care descoperă neuronii oglindă la macacul rhesus, neuroni care sunt activați atât când un individ execută o acțiune cât și când cineva observă o acțiune similară la altul, punând astfel bazele neurobiologice ale teoriei simulării.

Din această perspectivă, a teoriei minții, empatia, așa cum este discutată în medicină, este o înțelegere a altuia, înțelegere care este dobândită printr-un fel de simulare a stării mentale a acestuia. Cu alte cuvinte empatia este înțelegerea ca abilitatea medicului de a se plasa pe el însuși în pielea altuia. Această este teoria simulării aplicată în cazul empatiei care spune că noi înțelegem stările mentale ale altora simulându-le în mintea noastră (Gallese 2007; Gallese and Goldman 1998). Ne punem în locul altuia într-un mod imaginativ, simulând ceea ce ne închipuim că face altul. În felul acesta reflectăm asupra stării mentale a altuia și proiectăm aceste reflexii pe el. Medicul înțelege pacientul din cauza că este capabil să fie în stările pacientului și astfel prezicează comportamentul și răspunsurile lui. Medicul trebuie să-și imagineze care este lumea mentală a pacientului. Acest proces de înțelegere a pacientului este pe de-a-ntregul dependent de ceea ce medicul poate înțelege despre el însuși. El poate să-și imagineze doar prin experiența propriei sale vieți. Această simulare este deci limitată de ceea ce poate medicul să-și imagineze. Este ceea ce Shaun Gallagher (2012) a numit "problema diversității"; dacă acceptăm că eu pot înțelege pe altul când empatizez cu el pentru că eu pot simula aceasta în mine însumi, atunci înțelegerea mea despre experiențe diverse este limitată de ceea ce eu deja am experimentat. Pe de altă parte, propria mea experiență este bazată pe înțelegerea altora. Adică nevoia de a utiliza înțelegerea mea pentru a înțelege pe alții este o restricție de neevitat a abilității mele de a înțelege pe alții. Problema diversității este o problemă în medicină pentru că implică

ca experiențele pacientului sunt totdeauna înțelese din perspectiva medicului, mai curând decât din perspectiva pacientului. Se ignoră diferențele fundamentale dintre medic și pacient și dintre pacienții luați în parte (Hardy, 2017).

La toate acestea, așa cum am mai menționat în acest capitol, se mai adaugă problema detașării afective, a faptului că medicul ar trebui să fie detașat suficient de pacient încât să poată face judecăți medicale adecvate, dar și suficient de interesat de bunăstarea pacientului pentru a-i oferi o îngrijire plină de compasiune. Dacă răspunsurile afective ar fi premise în medicină, atunci ele ar putea corupe obiectivitatea raționamentelor și deciziilor medicale. Scopul este să se țină deoparte răspunsurile emotionale față de pacient, ca și gestionarea adecvată a afectelor pacientului și, în același timp, ca medicul să mențină treaz interesul față de bunăstarea pacientului. Prin simularea stării mentale a pacientului, medicul înțelege experiențele emotionale ale acestuia în mod acurat, liber de influența propriilor emoții (Hardy, 2017).

Teoriile minții, susținute de teoria teoriei și teoria simulării au devenit pentru o perioadă cheia înțelegerii cognției sociale umane. Citirea minții devenise o cerință esențială pentru interacțiunea socială normală, din viața de zi cu zi, prin care noi dădeam sens comportamentului altuia prin apelarea la o psihologie a credințelor-dorințelor altuia. Pentru a avea succes în interacțiunea cu alții, se presupunea că trebuie să ai abilitatea de a înțelege comportamentul altor oameni în termenii stărilor lor mentale, precum credințe, dorințe, cunoaștere și intenții (Bohl, 2014). Ulterior, la începutul secolului XXI, aceste teorii au căzut în dizgratie, ele fiind eclipsate de teoriile interactioniste care au criticat teoriile citirii minții, spunând că acestea au fost construite pe presupuneri discutabile și nu au fost investigate critic. Pentru susținătorii teoriilor interactioniste, interacțiunea este problema centrală pentru înțelegerea cognției sociale (De Jaegher, Di Paolo & Gallagher, 2010). Ei spun că în loc de citirea minții, interacțiunea socială este bazată pe abilitatea de “a ști cum” să percepi și acționezi, ceea ce ne permite să inițiem și susținem interacțiuni sociale și să coordonăm comportamentul în variate situații sociale. Interactionistii neagă o despartire între mental și corp și afirmă că expresiile corporale sunt parte a stărilor mentale și acestea sunt cel mai adesea percepute, mai curând decât fi deduse. Stările mentale ale altora sunt “întrupate, incorporate” în comportamentul expresiv și percepția lor este capabilă să ofere informații despre comportamentul fizic și înțelesul lor psihologic.

Se pune întrebarea, cum interacționează propriu-zis oamenii conform teoriei interactioniste? Procesul de interacțiune include mai multe componente, precum rezonanța

corporala, potrivirea afectelor, coordonarea gesturilor, a expresiilor faciale și vocale și altele. Aceste componente au fost descrise ca “participarea la construirea sensului”, proces de generare și transformare a înțeleșului în interacțiunea dintre indivizi, a intersubiectivității și intercorporealității. Când eu interacționez cu tine, apar variate procese afective și senzorio-motorii în corpul meu și generează în mod direct experiența mea, afectează comportamentul meu, modelează înțelegerea mea despre tine și influențează întreaga interacțiune socială (Bohl, 2014). Ratcliffe (2007) arată că oamenii știu că ei trăiesc în aceeași lume cu alții și că oamenii împărtășesc lumea lor ceea ce facilitează înțelegerea intersubiectivă. Lumea împărtășită, totuși, nu este tocmai lumea fizică în care trăim, ci este o lume a normelor sociale și a convențiilor sociale care reglează comportamentul social, fără să fie vorba de citirea minții.

Conform lui Breyer (2020), interactionismul susține rolul negocierilor dintre oameni și a participării în generarea înțeleșului. Această teorie înțelege empatia ca un proces de interpatrundere prin intersubiectivitate intrupată sau intercorporealitate. Rolul constitutiv al corpului pentru empatie poate fi evidențiat în două moduri: i. corpul este privit ca mediul primar al contactului nostru cu lumea și cu alții și astfel, empatia este un proces interactiv în sfera intercorporealității (Fuchs, 2013) și ii. corpul prezintă toate felurile de expresii (mimică, gestica, postura) care furnizează informații despre experiența subiectului. În mod primar, înțelegerea empatică constă în cuprinderea perceptuală a expresiei corporale a celuilalt (Gallagher, 2008) sau a percepției directe în situații sociale (Zahavi, 2011). Perceperea socială directă spune că înțelegerea socială este mai mult o problemă interactională corporală, intențiile oamenilor nu sunt ascunse, ci sunt exprimate în acțiuni și astfel pot fi percepute de alții și aceste intenții nu sunt statice, ci sunt transformate în procesul interacțiunii. Procesul de interacțiune presupune sincronizare și rezonanță, covariație ritmică a gesturilor și faciesului sau a expresiei vocale, a comportamentului în general. Astfel, agenții sociali sunt capabili să coordoneze procesul lor de facere a sensului în întâlnirea socială, să participe fiecare în procesul de formare a sensului celuilalt. Aceasta este teoria “*intersubiectivității enactive*” (Fuchs și De Jaeger, 2009).

Empatia și teoriile cognției sociale au permis medicinei să se elibereze de atitudinea naturalistă în care era prinsă. Totuși nu este nimic rău cu atitudinea naturală în sine. Problema este doar atunci când ea este luată ca singurul mijloc de a înțelege pacientul și a descoperi adevărul. Este important să nu ne limităm la abordarea naturalistă când încercăm să înțelegem pe alții (Zahavi, 2014). Atitudinea naturalistă a permis medicinei să avanseze spre statutul de știință,

dar a cauzat și o rupere cu experimentarea de zi cu zi a lumii. Ea ne-a lăsat să explicăm lucruri în moduri pe care nu le-am experimentat, din cauza că ne-a permis să asumăm că ele sunt reale. Empatia însă a permis medicinei să cunoască pacientul, să-l înțeleagă, să cuprindă suferința lui și să facă legătura între experimentalism și fenomenologie, hermeneutică și narativism!

6.3. “Privirea clinică”

“Privirea clinică”, privirea specifică cu care medicul scrutează pacientul, este al treilea element prin care el cunoaște pacientul din față sa. Acest mod de cunoaștere nu este ultimul, dar este cel de care mă voi ocupa mai mult pentru că de el se leagă considerentele epistemologice care au stat la baza evoluției medicinei ca știință și practică socială.

În 1963 la Paris Michel Foucault publică cartea “*Naissance de la Clinique: une archéologie du regard médical*” (“The Birth of Clinic” traducere în engleză în 1973) în care vorbește de apariția medicinei moderne, a clinicii medicale ca formă de învățământ medical și de reorganizare epistemică a medicinei, privită de pe pozițiile unei arheologii a cunoașterii. Mai apoi, în 1969, publică “*L'Archéologie du savoir*”, carte în care vorbește de o genealogie a ideilor, ca în final, în 1975, să publice “*Surveiller et punir*”, ultima carte din această trilogie ce utilizează pe larg metoda sa de arheologie a cunoașterii. El folosește metoda arheologică și genealogică pentru a evidenția că gândirea și cunoașterea sunt guvernate de reguli prin care se exercită puterea asupra indivizilor într-o anumită perioadă de timp. Metoda genealogică a lui Foucault încearcă să arate că un anumit sistem de gândire este rezultatul unei serii de evenimente contingente istorice.

În *The Birth of Clinic*, el folosește aceste metode pentru a prezenta evoluția medicinei pariziene sub imperiul ideilor reformiste ale Revoluției Franceze și iluminismului, în general. De la început el afirmă: “*această carte este despre spațiu, despre limbaj și despre moarte: este despre actul de a te uita, despre privire*”, act pe care el îl numește “*privirea clinică*” (Engl. “clinical gaze”). Foucault numește această carte “o arheologie a percepției medicale” iar proiectul lui ca “*determinând condițiile care fac posibilă experiența medicală din timpurile moderne*”. Pentru Foucault, timpurile moderne ale medicinei încep cu nașterea clinicii medicale pe care o leagă de experiența percepției medicale, pe care o numește “*privirea clinică*”. Această privire are o valoare euristica pentru că ceea ce poate fi văzut determină existența cunoașterii

medicale. Privirea clinică este un mod de observație medicală, este un mod “*medical*” de a vedea lucrurile, este “*ochiul medicului*”, este acel mod de a privi pacientul prin care se identifică acele modificări ale corpului uman care pot avea legătura cauzală cu acuzele subiective ale pacientului. Prin conceptual de “*privire medicală*” Foucault definește modul cum doctorii modifică povestea pacientului ca să se potrivească paradigmei medicale, lăsând în afara materialul nonmedical. O privire este un act de selecție a ceea ce noi considerăm să fie elemente relevante din fluxul total al datelor disponibile simțurilor noastre. Medicii tind să selecteze informațiile biomedicale din relatarile pacienților și să ignore restul, pentru că așa este în folosul actului medical. În felul acesta medicina creează o structură de putere, iar medicul tinde să domine mai mult decât să împartășească (Misselbrook, 2001). Această nouă privire penetrează suprafața corpului și este capabilă să distinga între aparenta adevărului și adevărul însuși, poate distinge ceea ce este real de ceea ce este subiectiv. Privirea clinică prevalează față de ceea ce crede și simte pacientul, percepția pe care o au doctorii devine mai importantă decât percepția pe care o au pacienții (Lachman, 2013).

Motorul apariției medicinei moderne la începutul sec XIX a fost schimbarea rolului epistemic al relației medic-pacient. Nasterea medicinei moderne nu a fost o evoluție naturală, ci mai curând o schimbare radicală a structurii intelectuale implicată în producerea cunoașterii medicale, la care se adăuga trecerea autorității de la pacient la medic. Foucault (1973) afirmă că medicina are în mod immanent o structură intelectuală implicată în organizarea ei ca domeniu al experienței și cunoașterii empirice. Când medicul a avut acces la corpul pacientului, prin utilizarea privirii clinice, el a devenit în mod automat agentul cunoașterii medicale. Prin privirea clinică, medicul a putut să separe corpul pacientului de identitatea lui personală și astfel să aibă acces la structura lui internă.

Se consideră că nașterea medicinei moderne s-a petrecut la Paris, atunci când sub influența ideilor Revoluției Franceze s-a trecut la reorganizarea spitalelor și trecerea administrării lor în mâna statului, făcând ca asistența medicală să devină accesibilă și oamenilor săraci. Astfel, numărul celor internați în spitalele din Paris a crescut simțitor, de la 37.743 pacienți în 1807, la 83.643 în 1840, lucru care a oferit medicilor oportunitatea de a avea o cazuistică clinică bogată (Waddington, 1973). După Ackerknecht (1967) medicina a trecut de la o epocă de bibliotecă la una de spital și ulterior la o epocă de laborator. El sugerează că medicina de spital a dus la

modernizarea medicinei, bazându-se pe trei piloni: examinarea fizică a pacientului, autopsia și statistică.

În perioada anterioară acestei schimbări structurale a medicinei, pacientura spitalelor pariziene era dată de persoanele din aristocrația franceză, exact cei care patronau medicina franceză. În aceste condiții pacientul bogat era cel care detinea puterea în relația medic-pacient. Competența profesională a medicului era pe planul doi, mai importantă era eleganța, rafinamentul și relațiile lui în sfera puterii, criteriile care determinau cariera profesională a medicului. Reforma spitalelor din Paris a modificat relația medic-pacient și doctorul a devenit figura dominantă a acestei relații. Aceasta nouă tip de relație a dat medicului acces la corpul pacientului, care a devenit astfel sediul investigațiilor medicale. Pacientul obișnuit a consimțit repede la noile proceduri de diagnostic, în ciuda disconfortului dat de imixtiunea medicului în intimitate corpului său. Medicii au dobândit autoritatea de a examina direct corpul pacienților și de a-l privi în mod analitic, ceea ce este un mod unic de relație între oameni.

Mai mult, sub noi reglementări, corpurile pacienților decedați în spitale au devenit automat subiect de cercetare anatomo-patologică prin necropsie și astfel s-au creat premisele legăturii cauzale dintre simptomatologia clinică și aspectele lezionale descoperite post mortem. Medicului i-a fost legitimat oficial dreptul de a avea acces atât la examinarea corpului pacientului intra-vitam, cât și la corpul pacientului post-mortem. Din acest moment, corpul pacientului din spital nu a mai putut fi considerat intim și privat. Cunoașterea medicală a obținut o nouă sursă de examinare fizică, precum metodele semiologiei clinice: observația, percuția și ascultarea corpului pacientului (Waddington, 1973). Locul și sursa cunoașterii medicale s-au mutat de la cabinetul privat al medicului, la spitalul clinic de învățământ, ducând medicina modernă spre o epistemologie a obiectivității și empirismului. Privirea clinică nu mai era o entitate medicală formată prin experiența unui doctor, ci era produsul educației doctorului, era constituită de instituția medicală de învățământ (Karrar, 2019).

Născerea clinicii de care vorbește Foucault, se bazează pe două elemente noi, apariția pacientului dezbrăcat de valoare politică și subiect al observației și apariția unui obiect nou și real, corpul pacientului. Înainte de apariția clinicii, a spitalului modern de învățământ, medicina clasifica bolile la fel cum botanica clasifica plantele. Era epoca medicinei clasificatorii, când bolile aveau o aranjare spațială și ierarhică pe familii, genuri și specii și astfel ofereau doctorilor o "*gradină a privirii*". Esența pură a nosologiei era să clasifice și să organizeze bolile după o

sistematică minuțioasă, cu valoare în sine. Diagnosticul se făcea pe asemanarea tabloului clinic al pacientului cu una din aceste boli din taxonomia medicală și focusul era pus pe boala și nu pe bolnav. Medicul lăsa afară tot ce nu se potrivea cu descrierea din taxonomie. După Foucault, gândirea medicală din acele timpuri era capturată de semne și simptome care nu aveau mare legătură cu pacientul care era un fapt extern, un obiect de pus între paranteze. Timpul și spațiul nu aveau nici o relevanță.

Odată cu apariția medicinei moderne, timpul și spațiul încep să aibă importanță. Foucault adaugă că locul în care cunoașterea era formată nu mai este grădina unde Dumnezeu a distribuit speciile, ci o conștiință generalizată medicală, difuză în timp și spațiu, deschisă și mobilă, legată de fiecare existență individuală, ca și viața colectivă a națiunii. Clinica medicală de învățământ a devenit spațiul analizei și privirea clinică a creat condițiile ca ce poate fi văzut, poate fi spus și ce poate fi spus poate fi și văzut. Aici investigația medicală era mijlocul de obținere a cunoașterii. Privirea medicală nu mai era utilizată pentru a descoperi boala, ci pentru a examina, pentru a obține o cunoaștere pusă în limbaj. Privirea clinică combină diferite domenii senzoriale într-o singură structură, trinitatea văz, auz și pipăit, care definește configurația perceptuală utilizată în observația medicală clinică. Fiecare organ senzorial primește funcția unui instrument, iar privirea clinică devine una plurisenzorială. Ea deschide calea spre o gramatică a limbajului medical (Karrar, 2019).

La toate acestea s-a mai adăugat apariția anatomiei patologice, lucru care a schimbat baza epistemologică a medicinei. Prin autopsie, privirea medicală a trecut dincolo de învelișul corpului și astfel s-a putut face legătura dintre simptomele și semnele exterioare ale pacientului și aspectul organic lezional subiacent. Mecanismele bolii au devenit din deductive, obiective. În felul acesta privirea clinică bidimensională capătă o a treia dimensiune prin cunoașterea în profunzime a corpului bolnavului. (Ristic și colab. 2021).

Privirea clinică a fost în mare parte rezultatul dezvoltării anatomiei patologice, care ce a permis doctorilor să penetreze suprafața corpului transformând patul bolnavului într-un câmp de investigație. Privirea clinică are o putere inerentă pentru că este o sursă de claritate, aducând adevărul la lumină, capabilă să distingă boala, patologia. Din aceasta ea devine vehiculul prin care nu numai doctorul, dar și pacientul însuși descoperă ce este real sau nu în simptomele sale. Prin privirea clinică doctorii devin competenți în a face judecăți despre sănătate și boală. Prin ea medicul a dobândit autoritate științifică, el devenind expert în culegerea datelor inaccesibile

pacientului. Prin privirea clinică medicul are putere diagnostică și de control al bolii și evoluției ei. Această privire disecă, segmentează și dezassemblează suferința pacientului. În timp ce pacientul simte, medicul vede și aceasta prevalează. Foucault spunea însă că boala în sine nu se releva niciodată simturilor, ea se releva în sine numai rațiunii. Simptomul nu cuprinde o esență patologică, toate simptomele combinate sunt fenomenul ce constituie boala. De aceea privirea clinică nu are o valoare în sine dacă nu este asociată cu privirea anatomo-clinică, care aduce date care o fac să fie parte a raționamentului medical. În felul acesta privirea clinică unește datele perceptive cu cele interioare corpului uman și devine un instrument al diagnosticului clinic.

Pacienții doresc și chiar invită medicul să le exploreze corpul, atât cu privirea, cât și prin alte mijloace care duc la culegerea semnelor presupusei lor boli. Medicii, la rândul lor utilizează privirea atât pentru a inspecta, analiza, evalua, diagnostică, cât și pentru a transmite diferite mesaje emoționale. Astfel, ei utilizează observația vizuală atât ca o tehnică de colectare a datelor, cât și ca o tehnică de comunicare non-verbală. De la început medicul utilizează privirea să facă un contact vizual cu pacientul său. Contactul vizual este de mare importanță de-a lungul întregii interacțiuni pentru că în acest fel medicul transmite interesul, atenția profesională, considerația și preocuparea de a culege informații și de a face un diagnostic corect. În plus, privirea este vehiculul pentru empatie. Privirea clinică împrumută și caracteristici ale privirii obișnuite pentru că ea invită pe celălalt, pacientul, de a privi înapoi și astfel pacientul privește și observă medicul. Privind unul la altul, atât pacientul cât și medicul pot afla ceva despre cine sunt (Shapiro, 2003).

Obiectivitatea este o virtute epistemologică la care medicii aspiră pentru a da medicinii o aparență științifică. Însă obiectivitatea este specifică cultural, variind în timp, loc și profesie. În timpul educației la Facultatea de Medicină, medicii învață versiunea științifică a obiectivității, încercând să pună între paranteze potențialele surse de eroare precum influența selfului asupra datelor științifice. În practică, totuși, obiectivitatea medicală este altceva decât obiectivitatea științifică. Obiectivitatea medicală este situată la interfața dintre medici și corpurile pacienților lor și este mai mult narativă decât reproductivă. Fiecare pacient este unic și, în ciuda abordării statistice, variația interindividuală a datelor în medicină este foarte mare. Obiectivitatea medicală, în opoziție cu obiectivitatea științifică, este cel mai bine înțeleasă ca o atitudine discursivă, iar medicina ca o practică doar utilizatoare de știință, rămânând în sine o practică umanistă și morală (Pearson, 2019). La care Good (1994) adaugă că educația medicală este în

mare parte o formare ideologica. Ea nu oglindeste natura in mod direct si nici nu furnizeaza fundamentul pentru o antropologie medicala, limbajul medicinei fiind un “*limbaj cultural*”, iar constructia sa fiind istorica. Epistemologia medicala este de natura interpretativa.

Studentii la medicina invata sa faca parte din tabloul practicii medicale si afla ca aceasta practica este un mod mediat simbolic de actiune sociala (Good, 1994). Mary-Jo Good (1994), sotia lui Byron Good, amandoi antropologi de renume, face o cercetare calitativa a narativelor furnizate de studentii de la School of Medicine de la Universitatea Harvard. Mary-Jo incepe prin a reproduce ceea ce spunea o studenta descriind cum educatia medicala a schimbat-o. Aceasta studenta spunea ca scoala medicala este ciudata, este o experienta emotionala fortata pentru ca are experiente neobisnuite. Scoala medicala cere un angajament total in ceea ce faci si interactioneaza profund cu gandurile si emotiile tale, scoala iti schimba gandurile in fiecare zi, le determina in fiecare zi intr-un mod specific. Studentii au descris cum medicina construiește “obiectele” ei pe care viitorii medici le studiaza, spunand ca medicina formalizeaza corpul uman si boala intr-un mod distinctiv simbolic. Aceste forme simbolice mediaza si organizeaza forma distincta a realitatii in special prin intermediul limbajului. Acceptand ca medicina construiește obiectele sale ca forme simbolice intelegem de ce unii spun ca medicina are de multe ori aparenta unei ideologii.

Mary-Jo Good (1994) continua afirmand ca realitatea si cunoasterea in medicina sunt complexe si cere studentilor un efort extraordinar pentru a o cuprinde. Cantitatea enorma de informatii si responsabilitatea fata de pacientul ingrijit coplelesc studentul. Invatarea medicinei nu este doar incorporarea unei cunoasteri si a unei tehnici de rezolvare a problemelor, ci este mai curand un proces de a invata sa locuiesti intr-o lume noua, cu o experienta fara precedent in lumea obisnuita, o lume in care cunoasterea corpului sanatos si bolnav se ingemaneaza cu suferinta subiectiva a pacientului. A invata medicina inseamna sa dezvolti cunoasterea acestei dimensiuni distincte a lumii vietii, “lifeworld” in sensul lui Husserl, o lume pe care oamenii o pot experientia doar impreuna si care reprezinta fundamental pe care se construiește cunoasterea prin experiente traite. A invata medicina inseamna sa incepi sa ai oportunitatea de a vedea si participa la felul cum lumea medicinei construiește o lume distinctiva a experientei, o lume plina de obiecte care nu sunt parte a lumii de zi cu zi. A invata medicina inseamna sa dezvolti o cunoastere a acestei lumi a vietii care este distincta de cea obisnuita si astfel sa intri intr-un sistem diferit al realitatii.

Mai departe Mary-Jo Good (1994) analizeaza naratiunile studentilor despre lumea medicinei in care ca sa intri nu este suficient sa cunosti limbajul si faptele de baza ale medicinei, ci mai trebuie sa cunosti si practicile fundamentale prin care medicul se angajeaza si formuleaza realitatea specifica a acestei lumii. Aceste practici includ modurile specializate de a vedea, scrie si vorbi ale medicului. Apoi, educatia medicala furnizeaza modalitati de intrare in interiorul corpului omenesc si astfel pentru medici corpul uman devine transparent. Aceasta se face prin invatarea anatomiei, prin microscop si prin procedeele de imagistica medicala. In lumea medicinei, corpul pe care-l studiaza medicii este distinct de corpul cu care interactionam in fiecare zi. Corpul medical este o organizare specifica a perceptiilor si cognitiilor ce izvorasc din privirea clinica a acestuia. Aceasta privire trece dincolo de suprafata pielii, este o intruziune spre interiorul persoanei, este o privire alternativa fata de cea obisnuita pe care medicul o stapaneste dupa ani de studiu si experienta, prin care leaga datele obiective ale perceptiei cu elemente de anatomie si fiziologie a corpului inaccesibil privirii. Aceasta privire porneste sau se opreste la vointa medicului, ea alterneaza cu privirea obisnuita, cea de toate zilele. Si Mary-Jo Good (1994) incheie spunand ca educatia unui medic este ca si invatarea unei limbi straine pe care trebuie sa o vorbeasca toata cariera. Este limbajul prin care se construiește realitatea medicala.

Iata de ce m-am oprit la “privirea clinica” a lui Foucault. Fara deprinderea acestei “priviri” medicina moderna nu ar fi existat! Radiologia, computerul tomograf, explorarile cu rezonanta magnetica cauta sa duca mai departe in corp aceasta privire medicala, dar niciodata privirea aparatului nu va inlocui privirea medicului! Relatia fata in fata medic-pacient este cheia cu care se descifreaza misterul bolii si al sanatatii.

Bibliografie:

Ackerknecht EH (1967): Medicine at the Paris Hospital 1794-1848, John Hopkins Press

Aho K (2018): Existential Medicine: Heidegger and the Lessons from Zollikon, in Kevin Aho (Ed.): Existential Medicine Essays on Health and Illness, London, New York: Rowman & Littlefield International.

Applebaum M (2012) Key ideas in phenomenologyL The natural attitude, Saybrook Forum, Blog, Psychology, August 20, 2012. <https://phenomenologyblog.com/?p=616>.

Bakhtin MM (1981): *The Dialogic Imagination*, translated by C. Emerson and M. Holquist. Austin: University of Texas Press.

Bakhtin MM (1984): *Problems of Dostoevsky's Poetics*, translated by C. Emerson. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Bateson G (1979): *Mind and Nature: A Necessary Unity*, New York: E. P. Dutton.

Batson CD (2009): These things called empathy: Eight related but distinct phenomena. In J Decety, W Ickes (Eds.): *The Social Neuroscience of Empathy*, Cambridge, MA: MIT Press.

Beauchamp T, Childress JF (1979): *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford: Oxford University Press.

Beckman HB, Frankel RM (1984): The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 101: 692–696.

Bensing JM (1991): Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice. Dissertation. NIVEL, Utrecht.

Bernet R, Kern I, Marbach E (1993): *An Introduction to Husserlian Phenomenology*. Evanston, IL: Northwestern University Press.

Bohl V (2014): How do we understand others? Beyond theories of mindreading and interactionism, *Dissertationes Philosophicae Universitatis Tartuensis*, Nijmegen: University of Tartu Press.

Bormuth M (2019): Karl Jaspers, in G Stanghellini et al (Eds.): *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, Oxford: Oxford University Press.

Bracken P, Thomas P (2005): *Postpsychiatry: Mental Health in a Postmodern World*, Oxford: Oxford University Press.

Breyer T (2020): Empathy, sympathy, and compassion, in T Szanto, H Landweer (Eds.): *The Routledge Handbook of Phenomenology of Emotion*, New York: Routledge.

Carruthers P (1996): Simulation and self-knowledge: A defence of theory-theory, in P Carruthers, PK Smith (Eds.): *Theories of Theories of Mind*, Cambridge: Cambridge University Press.

Chaitchik S, Kreidler S, Shaked S, Schwartz I, Rosin R (1992): Doctor-patient communication in a cancer ward. *J. Cancer Educ.* 7: 41-46.

Charon R (2001): Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession and trust, *JAMA*, 286(15): 1897-1902.

Clouser KD, Gert B (1990): A critique of principlism. *J. Med. Philos.*, 15(2): 219–236.

Decety J, Lamm C (2009): Empathy versus Personal Distress: Recent evidence from social neuroscience, in J Decety, W Ickes (Eds.): *The Social Neuroscience of Empathy*, Cambridge, MA: MIT Press.

Decety J (2020): Empathy in medicine: What it is, and how much we really need it, *American Journal of Medicine*, 133: 561–566.

De Jaegher H, Di Paolo E, Gallagher S (2010): Can social interaction constitute social cognition? *Trends Cogn Sci* 14(10):441-447; DOI: 10.1016/j.tics.2010.06.

Dennett DC (1978): Beliefs about beliefs, *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4): 568-570.

Di Pellegrino G, Fadiga L, Fogassi L et al (1992): Understanding motor events: A neurophysiological study. *Experimental Brain Research*, 91(1): 176–180.

Duranti A (2010): Husserl, intersubjectivity and anthropology. *Anthropological Theory*, 10(1): 1-20.

Ekman E, Halpern J (2015): Professional distress and meaning in health care: Why professional empathy can help, *Social Work in Health Care* 54(7): 633-650.

Elliott R, Bohart AC, Watson JC, Greenberg LS (2011): Empathy, in J. Norcross (Ed.): *Psychotherapy Relationships that Work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Erhard C (2022): Husserlian Intentionality, in H Jacobs (Ed.): *The Husserlian Mind*, New York: Routledge.

Fernández-Ballesteros R, Sánchez-Izquierdo M, Olmos R, et al. (2019): Paternalism vs. autonomy: Are they alternative types of formal care? *Front. Psychol.* 10:1460. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01460.

Finset A (2010): Conceptual explorations on person-centered medicine: emotions, narratives and empathy in clinical communication. *International Journal of Integrated Care*, 10(5): 63-56; DOI: 10.5334/ijic.490

Fleischman S (1999): I am . . . , I have . . . , I suffer from . . . : a linguist reflects on the language of illness and disease, *Journal of Medical Humanities and Cultural Studies*, 20(1): 3-32.

Fleischman S (2001): Language and Medicine, in D Schiffrin et al (Eds.) *The Handbook of Discourse Analysis*, New York: Blackwell Publ.

Fong Ha J, Longnecker N (2010): Doctor-Patient Communication: A Review, *The Ochsner Journal* 10:38–43.

Foucault M (1973): *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*, New York: Random House

Freeman T (2016): *McWhinney 'sTextbook of Family Medicine* (4rd ed.), New York: Oxford University Press.

Friedman HS (1979): Non-verbal communication between patients and medical practioners. *J. Soc. Issues* 35: 82-88.

Fuchs T, De Jaegher H (2009): Enactive intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation, *Phenom Cogn Sci*, 8:465–486, DOI: 10.1007/s11097-009-9136-4.

Fuchs T (2013): Depression, intercorporeality, and interaffectivity. *Journal of Consciousness Studies*, 20(7-8): 219–238.

Gallagher S (2001): The Practice of Mind: Theory, Simulation, or Interaction? *Journal of Consciousness Studies* 5–7: 83–108.

Gallagher S (2005): *How the Body Shapes the Mind*, Oxford: Oxford University Press.

Gallagher S (2008): Direct Perception in the Interactive Context. *Consciousness & Cognition* 17(2): 535–543.

Gallagher S (2009): Two problems of intersubjectivity, *Journal of Consciousness Studies* 16(6-8): 289-308.

Gallagher S (2012): Empathy, simulation, and narrative, *Science in Context* 25(3): 355-381.

Gallese V (2007): Before and below ‘theory of mind’: Embodied simulation and the neural correlates of social cognition. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 362(1480), *Social Intelligence: From Brain to Culture*: 659-669.

Gallese V, Goldman A (1998): Mirror neurons and the simulation theory of mindreading, *Trends in Cognitive Sciences* 2(12): 493-501.

Geertz C (1973): *The Interpretation of Cultures: Selected Essays by Clifford Geert-;..* New York: Basic Books, Inc., Publishers.

Gillon R (1994): Client-health care worker relationships and health care ethics—introduction, in R Gillon, A Lloyd (Eds.): *Principles of Health Care Ethics* Chichester: Wiley.

Goldman A (1989): Interpretation psychologised, *Mind & Language*, 4(3): 161–185.

Goldman A (1993): The Psychology of folk psychology. *Behavioral and Brain Sciences* 16(1): 15-28.

Goldman A (2006): *Simulating Minds: The Philosophy, Psychology, and Neuroscience of Mindreading*. Oxford; New York: Oxford University Press.

Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Good Mary-Jo (1994): How medicine constructs its objects, in BJ Good (Ed.): *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Gordon RM (1986): Folk psychology as simulation, *Mind & Language*, 1(2): 158-171.

Guidi C, Traversa C (2021): Empathy in patient care: from ‘Clinical Empathy’ to ‘Empathic Concern’, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24: 573–585; DOI: 10.1007/s11019-021-10033-4.

Hall JA, Roter DL, Rand CS (1981): Communication of affect between patient and physician, *J Health Soc Behav.* 22(1):18–30.

Halpern J (2001): *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*, Oxford: Oxford University Press.

Halpern J (2014): From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17 (2): 301–311.

Hardy C (2017): *A Phenomenological Approach to Clinical Empathy: Rethinking Empathy Within its Intersubjective and Affective Contexts*, Graduate Theses and Dissertations, Department of Philosophy, College of Arts and Sciences, University of South Florida, <http://scholarcommons.usf.edu/etd/6855>.

Hardy C (2019): Clinical sympathy: the important role of affectivity in clinical practice, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22: 499–513, DOI: 10.1007/s11019-018-9872-8.

Heal J (1986): Replication and functionalism, in J Butterfield (Ed.): *Language, mind and logic*, Cambridge: Cambridge University Press.

Hodges S, Wegner D (1997): Automatic and controlled empathy, in W Ickes (Ed.): *Empathic Accuracy*, New York, NY: Guilford.

Hoerl C (2013): Jaspers on explaining and understanding in psychiatry, in G Stanghellini, T Fuchs (Eds.): *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology*, Oxford; Oxford University Press.

Huntington B, Kuhn N (2003): Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. In: Proc Bayl Univ Med Cent, 16: 157–161.

Husserl E (1950): Cartesian Meditations: An Introduction to Phenomenology, translated by Dorion Cairns, Boston: Kluwer Academic Publishers.

Husserl E (1973): Zur Phänomenologie der Intersubjektivität (On the Phenomenology of Intersubjectivity), Texts from the Nachlass, ed. Iso Kern, Husserliana, vols. XIII, XIV, XV. The Hague: Nijhoff.

Husserl E (1982): Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy. First Book: General Introduction to a Pure Phenomenology. Translated by Fred Kersten. The Hague: Martinus Nijhoff.

Husserl E (1999): The Essential Husserl, D Welton (Ed.), Bloomington: Indiana University Press.

Husserl E (2006). The Natural Attitude and the “Natural Concept of the World”. in: The Basic Problems of Phenomenology. Edmund Husserl Collected Works, vol 12; Dordrecht: Springer, DOI: 10.1007/1-4020-3789-9_1.

Jahoda G (2005): Theodore Lipps and the shift from “sympathy” to “empathy”, Journal of the History of the Behavioral Sciences, 41: 151–163.

Jaspers K (1959): General Psychopathology, trans. Hoenig J, Hamilton MW, Baltimore, MD: Johns Hopkins University; 1997.

Karrar S (2019): The Gaze, Language and Death in 21st Century Medical Discourse: A critical analysis based on Foucauldian historico-philosophical analysis of the birth of modern medicine, Dissertation at Erasmus School of Philosophy, Rotterdam: The Netherlands.

Kim, Gary (2004) "Mikhail Bakhtin: The Philosopher of Human Communication," Totem: The University of Western Ontario Journal of Anthropology: Vol. 12(1): article no. 8: <http://ir.lib.uwo.ca/totem/vol12/iss1/8>

King NM, Stanford AF (1992): Patient stories, doctor stories, and true stories: a cautionary reading, Literature and Medicine, 11(2),:185–199.

Lachman P (2013): Redefining the clinical gaze, Brit Med J Qual Saf, 22: 888–890.

Lanzoni S (2012): Empathy in translation: Movement and image in the psychological Laboratory, Science in Context 25(3): 301-327.

Lishner DA, Stocks E, Steinert SW (2017): Empathy, in V Zeigler-Hill, TK Shackelford (Eds.): *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, Springer Intl. Publ., DOI: 10.1007/978-3-319-28099-8_513-1.

Luft S (1998): Husserl's Phenomenological Discovery of the Natural Attitude, *Continental Philosophy Review* 31: 153-70.

Luft S (2002): Husserl's Notion of the Natural Attitude and the Shift to Transcendental Phenomenology, *Analecta Husserliana*, 80: 114-119.

Mallia P (2013): *The Nature of the Doctor–Patient Relationship*, Springer Briefs in Ethics, DOI: 10.1007/978-94-007-4939-9_1

Mintz D (1992): What's in a word? The distancing function of language in medicine. *Journal of Medical Humanities*, 13: 223–233.

Misselbrook D (2001): *Thinking about patients*, Newbury: Petroc Press, (now Oxford: Radcliffe Press).

Morton A (1980): *Frames of Mind: Constraints on the Common-Sense Conception of the Mental*, Oxford; New York: Clarendon Press; Oxford University Press.

Morton A (2009): Folk psychology, in A Beckermann et al (Eds.): *The Oxford Handbook of Philosophy of Mind*, Oxford: Oxford University Press.

Nussbaum Martha (1996): Compassion: The basic social emotion, *Social Philosophy and Policy*, 13 (1): 27–58.

Ollagnier-Beldame M, Cazemajou A (2019): Intersubjectivity in first encounters between healthcare practitioners and patients: Micro-phenomenology as a way to study lived experience. *The Humanistic Psychologist*, 47 (4):.404-425.

Ong LML, De Haes JC, Hoos AM, Lammes FB (1995): Doctor-patient communication: a review of the literature, *Soc. Sci. Med.* 40 (7): 903-918.

Parnas J, Sass LA (2008): Varieties of “phenomenology”: On description, understanding and explanation in psychiatry, in KS Kendler, J Parnas (Eds.): *Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology, and Nosology*, Baltimore: John Hopkins University Press.

Pearson R (2016): *Medical Objectivity: The Narratives that Structure Knowledge and Identity in Medicine*, dissertation for degree of Doctor of Philosophy, The University Of Texas Medical Branch at Galveston, the Graduate School of Biomedical Sciences, and the Medical Humanities Graduate Program.

Pellegrino ED (1994): The four principles and the doctor-patient relationship: the need for a better linkage, in: R Gillon, A Lloyd (Eds.): Principles of Health Care Ethics, Chichester: Wiley.

Pellegrino ED, Thomasma DC (1993): The Virtues in Medical Practice, New York: Oxford University Press.

Pellegrino ED, Thomasma DC (1998): For the Patient's good: the restoration of Beneficence in Health Care, New York: Oxford University Press.

Pellegrino ED (2001): Philosophy of medicine: should it be teleologically or socially constructed? Kennedy Inst Ethics J., 11(2):169–180.

Pellegrino ED (2006): Toward a reconstruction of medical morality, American Journal of Bioethics, 6: 65–71.

Pirbhai A (2003): Communication in the clinical encounter: dealing with the disparities, Einstein J. Biol. Med. (2003) 20:19-22.

Premack D, Woodruff G (1978): Does the chimpanzee have a theory of mind? Behavioral and Brain Sciences, 1(04): 515-526.

Potter NN (2013): Empathic foundation of clinical knowledge, in KWM Fulford et al (Eds.): The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry, Oxford: Oxford University Press.

Ratcliffe M (2007): Rethinking Commonsense Psychology: A Critique of Folk Psychology, Theory of Mind and Simulation, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C (2009): The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives, Br J Gen Pract, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%22Br+J+Gen+Pract%22%5Bjour%5D&sort=date&sort_order=desc59(561): e116-133; DOI: 10.3399/bjgp09X420248.

Ristić AJ, Zaharijević A, Miličić N (2021): Foucault's Concept of Clinical Gaze Today Health Care Analysis, 29(2): 99-112, DOI: 10.1007/s10728-020-00402-0.

Roter DL, Hall JA, Katz NR (1987): Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. Med. Care 25: 437-446.

Ruthrof H (2019): Intersubjectivity in Clinical Encounters, Murdoch University, Perth, Western Australia, <https://www.fmperplex.com/2019/01/28/intersubjectivity-in-clinical-encounters/>

Shamay-Tsoory S (2009): Empathic processing: Its cognitive and affective dimensions and neuroanatomical basis, in J Decety, W Ickes (Eds.): The Social Neuroscience of Empathy, Cambridge, MA: MIT Press.

Shapiro J (2002): (Re)Examining the clinical gaze through the prism of literature, *Fam Syst & Health*, 20:161-171

Shapiro J (2011): The paradox of teaching empathy in medical education, in J Decety (Ed.): *Empathy: From Bench to Bedside*, Cambridge: MIT Press.

Shelp EE (1983): Introduction, in EE Shelp (Ed.): *The Clinical Encounter: The Moral Fabric of the Patient-Physician Relationship*, Dordrecht, The Netherlands: Reidel.

Smith J (2017): What is empathy for? *Synthese*, 194: 709–722, DOI: 10.1007/s11229-015-0771-8.

Stern DN (2004): *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology), New York: W. W. Norton & Company.

Stivers T, McCabe R (2021): Dueling in the clinic: when patients and providers disagree about healthcare recommendations, *Social Science & Medicine* 290, 114140, DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.114140

Strong T, Busch R, Couture S (2008): Conversational evidence in therapeutic dialogue, *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3): 388–405.

Sullivan M (2003): The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health, *Social Science & Medicine*, 56: 1595–1604.

Tamborini R, Stiff J, Heide C (1990): Reacting to graphic horror: A model of empathy and emotional behaviour, *Communication Research*, 17: 616–639.

Timmermans S (2020): The engaged patients: the relevance of patients physician communication for twenty first century health, *J. Health Soc. Behav*, 61: 259-273.

Tisseron S, Virole B, Givre P et al (2013): *Subjectivation et Empathie Dans Les Mondes Numériques*. Dunod, <https://doi.org/10.3917/dunod.tisse.2013.01>.

Toffler A (1990): *Powershift: Knowledge, Wealth and Violence at the Edge of the 21st Century*, New York: Bantam Books.

Waddington I (1973): *The Role of the Hospital in the Development of Modern Medicine: A Sociological Analysis*, *Sociology*, 7: 211-224; DOI: 10.1177/003803857300700204

Welch EP (1965): *The Philosophy of Edmund Husserl: The Origin and Development of His Phenomenology*, New York, Octagon Books, Inc.

Zahavi D (2001): Beyond empathy: Phenomenological approaches to intersubjectivity. *Journal of Consciousness Studies*, 8(5-7): 151-167.

Zahavi D (2011): Empathy and Direct Social Perception: A Phenomenological Proposal. *Review of Philosophy and Psychology*, 2(3): 541–558.

Zahavi D (2014): *Self and Other: Exploring Subjectivity, Empathy, and Shame*, Oxford: Oxford University Press.

* * *

Cap. 7. Epistemologia medicinei¹

7.1. Epistemologia generală descriptivă

Epistemologia este studiul filozofic al naturii, originii și limitelor cunoașterii umane. Ea se ocupă de relația dintre subiectul care percepe și cunoaște și lumea pe care o percepe și cunoaște. În cele ce urmează voi trece foarte succint în revista problemele filozofice ale cunoașterii știind că le vom regăsi și dezvoltă mai departe în domeniul cunoașterii în medicină, subiectul acestui capitol.

O primă problemă cu care epistemologia trebuie să facă față este definirea cunoașterii. Pentru a simplifica, cel mai adesea filozofii utilizează teoria tripartită a cunoașterii care izvorăște din ideile lui Platon care spunea că trei condiții trebuie să fie satisfăcute pentru ca cineva să poată spune că cunoaște ceva. Platon spunea în "*Theaetetus*" că experiența senzorială nu poate fi sursa cunoașterii din cauza că simțurile nu pot cuprinde obiectele percepute pentru că ele sunt schimbătoare. Pentru a cunoaște natura neschimbătoare a obiectelor omul trebuie să transcendă experiența senzorială ceea ce se face doar prin rațiune. Astfel cunoașterea este o facultate mentală. Rațiunea este utilizată pentru a descoperi forma esențială a obiectelor prin metoda dialectică, metoda ce implică un proces de chestionare ce duce la o definiție adevărată a realului. Această definiție cuprinde un set de condiții suficiente și necesare care spune că o credință este adevărată doar dacă ai o justificare pentru aceasta. Prima condiție a cunoașterii este a avea o credință; atâta timp cât cineva nu crede un lucru, nu-l poate cunoaște, trebuie să existe o rațiune pentru a crede că ceva este adevărat, adică pentru a cunoaște ceva. A doua condiție este adevărul care presupune că dacă cineva cunoaște atunci înseamnă că este și adevărat. Dar pentru a crede că ceva este adevărat cineva trebuie să aibă o justificare pentru aceasta, ceea ce reprezintă a treia condiție. O justificare se aduce atât prin raționament cât și prin evidente, de unde izvorăsc cele două surse de cunoaștere, rationalismul și empiricismul. Când vorbim de justificare putem spune că există trei mari teorii ale justificării în epistemologie: fundamentalismul, coherentismul și confidențialismul, de care voi vorbi mai departe (Lemos, 2007).

Epistemologia mai vorbește de și tipurile de cunoaștere precum cunoașterea personală, cunoașterea propozițională și cea procedurală. Cunoașterea personală este cunoașterea cuiva pe

¹ Voi lăsa de-o parte problema epistemologiei psihiatriei pentru motive pe care le voi menționa pe scurt la sfârșitul acestui capitol

care l-ai intalnit sau de care ai luat cunostinta direct sau indirect ("pe cine cunosti?").

Cunoasterea propozitionala este cunoasterea faptelor printr-o propozitie care afirma acest fapt ("ce cunosti?"). Cunoasterea procedurala este despre cum se face ceva ("cum faci?") sau "*know-how*", expresie consacrata acum si in limba romana.

Care sunt sursele cunoasterii? Asa cum spunea mai sus, sunt doua feluri de a obtine cunoastere. Un fel de cunoastere empirica care se face prin simturi si care pune accentul pe experiment si observatie, si cunoasterea care se obtine prin ratiune.

Rationalismul spune ca ratiunea joaca un rol covarsitor in observatie si mintea este mai importanta decat simturile in procesul de cunoastere si achizitie, noi vedem doar cum dorim sa vedem si ce credem ca vom vedea. Este foarte important sa tinem minte aceasta opozitie pentru ca ea raspunde de diferenta dintre cunoasterea pe care o da cercetarea si cunoasterea pe care o da expertul in medicina, intre obiectiv si subiectiv.

Cand ne punem intrebarea daca este posibil sa cunoastem lumea, ne intrebam si daca observatiile si credintele noastre despre lumea exterioara sunt justificate sau nu. Credinta este o idee care o califica ca cunoastere si nu ca o simpla opinie. Pentru a fi cunoastere credinta trebuie sa fie justificata si atunci cineva poate sa sustina aceasta credinta ca indreptatita sa fie considerata adevarata si poate aduce evidente sau ratiuni despre acest adevar. In medicina ne confruntam mereu cu justificari prin aducerea in discutie diferite feluri de evidente si aceasta discutie a dus la aparitia medicinei bazate pe evidente sau pe dovezi.

Justificarea epistematica in cazul empirismului se face prin experiment si verificare, deci sursa justificarii este externa. Justificarea adevarului dobandit prin ratiune se bazeaza pe confidenta, pe increderea data de logica si credinta subiectului, ceea ce arata ca sursa justificarii este interna. Aceste doua surse ale justificarii au dat nastere la cele doua aspecte ale teoriei justificarii, respectiv externalismul si internalismul. Teoriile externaliste ale justificarii se bazeaza pe sursele justificarii care sunt evidentele, care la randul lor pot fi accesibile si de incredere. In stiinta, ele genereaza legatura de la cauza la efect prin experiment. Internalismul se bazeaza numai pe justificari produse de mintea subiectului precum logica, metafizica, etica, etc. Teoriile justificarii mai privesc si structura justificarii, respectiv felul cum setul de credinte pe care justificarile le sustin sunt organizate. Astfel, exista functionalismul cand credintele sunt justificate de ideile de baza pe care le avem despre lume si realitate si coerentismul care spune ca

o credinta este justificata prin faptul ca se sprijina pe alte credinte, deci credintele adevarate se sprijina una pe alta, adica una se valideaza prin existenta alteia (Chisholm, 1989; Audi, 2003).

Aceste teorii ale justificarii si evidentelor sunt foarte importante cand se discuta cazul medicinei bazate de evidente, concept care este sustinut de piramida evidentelor in care vom avea de-a face cu evidente justificate externalist, cele aflate in varful piramidei, de ex. cele oferite de studiile randomizate controlate, si de evidente justificate internalist, precum cele de la baza piramidei, care sunt legate experienta subiectiva a expertului clinician.

7.2. Epistemologia medicinei - sursele primare ale cunoasterii in medicina

Medicina este intretesuta cu mii de fire de societatea umana, ea este produsul cel mai rafinat al societatii umane. Mai mult, se poate spune ca medicina face parte din Weltanschauung-ul culturii noastre. Se poate spune ca medicina are propriul ei Weltanschauung, termen utilizat prima oara de Kant ca notiune ce inglobeaza felul cum percepem si dam sens lumi si actiunii noastre in ea, este filozofia noastra despre viata, credintele si sentimentele asociate acesteia ce genereaza felul cum intelegem si actionam in lumea in care traim. Se intelege ca asa cum fiecare stiinta are Weltanschauung-ul sau, de exemplu, darwinismul vede lumea biologica ca produsul evolutiei naturale, asa si medicina strange laolalta entitatile ei ontologice, credintele si modalitatile specifice de cunoastere precum si propriile ei formulari si ipoteze cauzale si terapeutice (Macrum, 2008).

Medicina a mers in pas cu dezvoltarea cognitiva, culturala, tehnologica si socio-politica a societatii noastre si, astazi, pentru prima oara in istoria omenirii, progresele ei ne arata ca suntem pe drumul explicarii cauzelor bolilor si formularii mijloacelor de tratament, iar ignoranta si incertitudinea din acest domeniu este pe cale sa fie inlocuita de o cunoastere confidenta atat a bolilor, cat si a sanatatii. Raspandirea ei tipizata in jurul globului l-a facut pe Kleinman (1995) sa spuna ca medicina a devenit poate singura organizatie umana universala!

Medicina de astazi poate fi privita si ca o cultura pentru ca ea presupune un tip de cunoastere, de credinte, evidente, justificari, limbaj, morala, valori, legi, capabilitati si cutume specifice la care profesionistii ei adera prin juramant si coduri care prescriu ceea ce trebuie sa faca si ce nu (Hahn si Kleinman, 1983; Hahn, 1995). Dupa cum spuneam, in Capitolul 6, intr-o viziune evolutionista, cred ca astazi, alaturi de nisa sociala, cognitiva si cea culturala, noi vietuim in nisa medicala.

In ciuda progreselor incontestabile, persista inca realitatea incertitudinii clinice, a incapacitatii de a gasi totdeauna explicatile prezentei unor simptome, a cauzelor sau mecanismelor de aparitie a unor boli, a existentei efectelor secundare neasteptate sau a lipsei de raspuns la tratament. Iata de ce este mai mult ca oricand actuala intrebarea despre cum se realizeaza cunoasterea in medicina, cum progreseaza tehnologia medicala si ce forte o genereaza, este medicina o stiinta sau doar un mestesug influentat de factorii sociali (Tyreman, 2015).

Pentru a raspunde la intrebarea cum se produce si acumuleaza cunoasterea in medicina, Khushf (2013) foloseste un evantai larg de strategii de culegere de informatii din tratate, monografii si reviste medicale pentru a identifica practicile epistemice curente ale medicinei. In final el contureaza mai multe din aceste practici pe care le-a grupat in 12 categorii:

1. Istoria pacientului si examinarea fizica ca strategii de colectare a evidentelor;
2. Modelul de cunoastere a expertului, a medicului cu experienta clinica extensiva;
3. Heuristica si prejudecatile sau inclinatiile particulare si rolul lor in rationamentul clinic;
4. Rationamentul bayesian;
5. Modalitatile efectuării diagnosticului diferential;
6. Rationamentul medical privind cauzele afectiunii;
7. Rationamentul empirist privind lanturile etiopatogenice;
8. Modelul de utilizare a sistemului de informatie adecvat pentru documentarea legata de un caz specific;
9. Justificarea si utilizarea ghidurilor si algoritmilor clinici;
10. Modalitatile pentru eliminare a erorilor si cresterea calitatii practicii clinice;
11. Teoriile si practicile de masurare si testare precum si uzul sau abuzul lor;
12. Cunoasterea pacientilor ca persoane mai curand decat privirea lor ca cazuri de boala.

Din aceasta insiruire se poate vedea ca sursele cunoasterii medicale merg de la conversatia cu bolnavul in vederea culegerii istoriei bolii si a simptomelor prezente si examinarea fizica a bolnavului, pana la examenele de laborator si examinarile imagistice si ghidurile de practica bazate pe dovezi care aduc cunoasterea generala spre un caz specific. Aceasta enumerare nu face altceva decat sa repete in alt mod piramida evidentelor medicale care justifica epistemologic realitatea clinica, asa cum vom discuta in capitolul despre epistemologia medicinei bazate pe dovezi.

Mai departe, George Khushf (2013), aproximează categoriile de practici epistemice de ordin superior care strâng laolaltă modalitățile subiacente de cunoaștere medicală. Este vorba de o categorie a epistemologiilor medicale descriptive și normative care cuprind investigația empirică a pacientului, raționamentul expertului și normele promovate de experiența clinică și de diferite metode de cercetare. În următoarea categorie, mai sus situată, pot fi menționate epistemologiile pure și cele aplicate care cuprind felul cum credințele stocate în procesul de formare continuă a medicului sunt asociate cu conținutul propozitional și cu evidențele de la patul bolnavului care susțin aceste credințe și cum se declanșează lanțurile raționale deductive ca epistemologii pure sau teoretice. Tot în această categorie sunt cuprinse informațiile encodeate într-o expresie propozitională care poate fi asociată cu un diagnostic, proces care releva partea aplicativă a epistemologiei medicale. În final, autorii conturează și o a treia clasă a epistemologiei medicale, cea individuală versus cea socială. Medicii acționează într-un mod distinctiv, promovat de sistemul educațional medical, de organizațiile profesionale, de sistemul de îngrijire a sănătății și de tehnologiile disponibile, pentru a susține activitățile epistemice ale profesiei lor. Una din recente dezvoltări în epistemologia medicală privește tocmai această apreciere nouă de care se bucură astfel de sisteme sociale profesionale (de ex. biblioteca Cochrane, de care voi vorbi mai departe) și rolul pe care îl joacă în cunoașterea teoretică și practică.

O să închei acest capitol cu ceea ce filozoful englez Stephen Toulmin (1976) spunea referitor la natura înțelegerii medicului: "...medicul trebuie să poarte diferite feluri de cunoaștere și înțelegere care se întind de la modul general până la un pacient particular, să fie atât un om de știință, cât și un lucrător social, biograf sau preot pentru a extrage informațiile necesare despre suferința pacientului. În medicină, mai mult ca în alte științe, sarcina noastră este de a defini "cunoașterea medicală" în sens strict, dar și de a recunoaște pluralitatea diferitelor tipuri de cunoaștere medicală. Se poate spune că avem de-a face cu mai multe epistemologii medicale! De-a lungul timpului, distribuția accentului pe care medicina l-a pus pe diferite aspecte ale cunoașterii, s-a schimbat. Ca rezultat, din punct de vedere epistemologic, statutul cunoașterii medicale este un fapt istoric despre practica medicinei într-o perioadă dată de timp. Această particularitate se reflectă în spiritul în care pacienții au fost diagnosticați și tratați într-o anumită perioadă de timp".

7.3. Epistemologia dualistă a medicinei

O să încep cu filozofia medicinei și de ce ea este cheia înțelegerii naturii cunoașterii în medicină.

Filozofia în general este o disciplină care ne cere să examinăm presupunerile bazale care ni le ridică problemele practice. În mod tradițional filozofia se împarte în discipline distincte care tipic includ: logica, adică chestiunile despre înțelesuri/semnificații, adevăr și validitate; ontologia, adică chestiunile despre natura realității, ce există; epistemologia, adică problemele privind cunoașterea și, în final, etica care discută cum noi trebuie să trăim și natura valorii. Orice încercare credibilă de a analiza medicina ne va cere să gândim cu grijă la aceste tipuri de chestiuni și relațiile între ele, precum și influența lor asupra gândirii clinice (Loughlin și colab. 2015).

Filozofia medicinei este acea ramură a filozofiei științei care caută să exploreze conceptele, metodologiile, axiologia, epistemologia, metafizica sau statutul de știință al medicinei. Domeniul filozofiei medicinei este distinct de alte domenii ale filozofiei științelor datorită aspectelor ei interpersonale precum întâlnirea dintre medic și pacientul său. În nici o altă știință nu se răgăsesc aceste particularități.

Edmund Pellegrino (1976), unul din părinții filozofiei medicinei, spunea: *"Noi am intrat în era dialogului, unul din cele mai promitatoare, dintre medicina greacă și filozofie"*. El postulează trei feluri diferite de relații care pot exista între medicină și filozofie: filozofia și medicină, filozofia în medicină și filozofia medicinei. În filozofie și medicină se discută de problemele comune ale celor două, precum problema relației dintre mină și corp, problema percepției, a conștiinței și a limbajului; filozofia din medicină se preocupă de gândirea critică și cea dialectică și de valorile care le influențează, alături de logica și epistemologia conceptelor, iar filozofia medicinei dezbate ce este medicina și ce ar trebui să fie, atât ca știință cât și ca practică. (Pellegrino, 1976, 1986). La interval de câteva decenii, Pellegrino scria că filozofia medicinei caută să înțeleagă ce este medicina și ce o face diferită de alte științe...ea caută să înțeleagă natura întâlnirii clinice, respectiv întâlnirea dintre o persoană care are nevoie de un ajutor specific și persoane care sunt desemnate de societate pentru a oferi acest ajutor (Pellegrino, 1998).

Pe de altă parte, știința medicală este și rezultatul conflictului și competiției dintre convingeri, idei și poziții ideologice variate (Kimsma, 1990). Ca mulți alții, Edmund Pellegrino a fost fascinat de relația, de conexiunea intimă a aspectelor umaniste cu cele științifice în medicină.

El spunea ca medicina este cea mai umana dintre stiinta, cea mai empirica dintre arte si cea mai stiintifica dintre stiintele umaniste (Pellegrino, 1976). Medicina este intr-o pozitie unica fiind o combinatie dintre aceste stiinte, fiecare din ele fiind esentiala pentru medicina. Totusi, trebuie sa facem distinctia dintre ele, stiintele naturale, biologice, conducand la explicarea realista a naturii corpul uman pe baza careia s-a cladit structura ontologica a medicinei, iar stiintele umaniste permitand interpretarea hermeneutica a fiintelor umane si a naturii actiunilor lor. Daca ne-am inchipui ca medicina este compusa din doua hemisfere, una stiintifica si alta umanista, trasatura comuna a celor doua ar fi stradania lor de a dobandi o intelegere adanca a conditiei umane, relatia lor misterioasa conducand inca la speculatii despre cum amandoua ilumineaza in diferite feluri natura vietii umane (Coope, 1997).

Cand spunem ca medicina clinica are o natura duala, este vorba de un consens care agreeaza faptul ca medicina este atat o stiinta, cat si o arta sau o practica. Aceasta afirmatie este importanta pentru ca de ea afecteaza asteptarile epistemologice ale medicinei de care vom vorbi mai departe.

Pentru Aristotel medicina este o activitate care cuprinde "intreaga viata a persoanei care o practica", este o forma de viata. El considera medicina o "*techné*", o stiinta productiva, dar si o practica etica, politica si economica, si, la fel, o stiinta teoretica, o epistema, legata de matematica si teologie, o stiinta si o arta, viziune care a supravietuit pana astazi. Stiinta si arta erau concepute de Aristotel ca doua extreme ale unui continuum sau doua elemente care sunt in balanta, care pot descrie un tablou intreg si complex. Medicina si arta au ramas termenii cheie cand medicii si filozofi incearca sa explice de ce medicina este diferita de celelalte discipline academice sau activitati sociale. In functie de perspectiva, de starea mintii individului, fiecare din ele poate fi dominanta, desi medicina este amandoua in acelasi timp (Montgomery, 2006).

In sec. XIX erau ganditori, precum Virchow in Germania sau Chadwick in Statele Unite, care considerau ca natura medicinei este in mod primar politica si educationala, iar medicii erau considerati in mod natural avocatii celor saraci si cei mai calificati sa descopere solutiile pentru problemele de baza ale societatii (Henk si Ten Have, 1990).

Daca luam medicina ca stiinta atunci trebuie sa ne asteptam ca sa implineasca standardele stiintifice, adica sa dobandeasca o cunoastere obiectiva, iar daca luam medicina ca "arta" atunci ne asteptam ca ea sa implineasca standarde morale adica sa fie senzitiva la nevoile de ingrijire a sanatatii celor ce i se adreseaza (Munson, 1981). Cunningham (2015) spunea ca fara aceasta

senzitivitate morala medicina ar fi lipsita de sens pentru ca aceasta senzitivitate sta la baza cunoasterii clinice, a istoriei pacientului, a valorilor si preferintelor lui si felului cum acestea participa la formularea deciziilor medicale. Daca noi vom vedea medicina mai curand ca o arta sau mai curand ca o stiinta depinde de cat credem ca medicina este de "subiectiva", si cat este de "obiectiva". Relevant este ca, aceasta opozitie care este de fapt o opozitie intre doua rationalitati, una universal-stiintifica si alta individual-hermeneutica, opozitie care explica complexitatea medicinei, atat in trecut cat si in prezent.

Dupa Forstrom (1977) o stiinta este definita in termenii a doua criterii: i) are propriul domeniu de cercetare si ii) scopul ei este de a stabili legi generale care sa explice fenomenele din domeniul propriu de cunoastere. Conform acestor criterii noi putem spune ca medicina indeplineste aceste criterii, domeniul medicinei fiind fiinta umana iar scopul ei este intelegerea sanatatii si bolii la o persoana in viata. Discutand despre statutul de stiinta a medicinei, Ludwik Fleck (citad de Kimsma, 1990)) face remarca ca medicina nu are un punct de referinta si nici o conceptualizare unitara. In opozitie cu ideea despre relatia dintre observator si obiect din stiintele fizice, observatia medicala nu poate fi conceputa ca avand un punct fix, ci poate fi descrisa mai curand ca un cerc din cauza ca nici un concept legat de boala nu poate fi descris si categorisit in mod definitive. Aceasta conceptie nu este departe de Munson (1981) care sustine ca medicina evidentiaza destul de vag domeniul ei de cercetare si justifica aceasta afirmatie prin faptul ca medicina esueaza sa gaseasca o demarcatie de alte domenii precum sociologia medicala, epidemiologie, bacteriologie, biochimie sau domeniul social, si, in final, afirma ca medicina nu este o stiinta si niciodata nu va fi o stiinta.

Fiziologia este cea care a facut ca medicina sa faca pasul spre statutul de stiinta, ea facand legatura intre surse de cunoastere diferite (Hagner, 2003). In schimb, Munson (1981) afirma ca daca medicina nu este o stiinta, este in schimb stiintifica. Pentru ca un om de stiinta sa-si justifice munca lui, el are nevoie sa demonstreze ca ea duce la cresterea cunoasterii noastre, ceea ce in cazul unui medic cresterea cunoasterii nu este suficienta. Cunoasterea in medicina nu este relevanta pentru ca ea nu este suficienta pentru ca practica medicala sa duca la ingrijirea unui pacient anume. Activitatea stiintifica medicala nu presupune numai o cunoastere universala a biologiei fiintei umane ci si intelegerea a ceea ce face ca un pacient sa fie distinct, ceea ce comporta de multe ori o nepotrivire cu teoria medicala. Daca pentru omul de stiinta scopul este de a face generalizari abstracte din experimentele intreprinse pe esantioane populationale, pentru

clinician munca cu pacienți specifici înseamnă să descopere cât de mult diferă unul de altul și cum aceste diferențe sunt tot atât de importate ca și caracteristicile lor comune. Wulff (1990) împarte cunoașterea în medicină în cunoaștere biologică, care presupune cunoașterea structurii și funcției organismului uman, cunoașterea clinică obținută odată cu experiența "la patul bolnavului", cunoașterea hermeneutică care este bazată pe înțelegerea empatică a pacientului particular și cunoașterea etică care presupune sensibilitatea morală față de suferința pacientului.

Este destul de des folosită asertiunea că medicina, așa cum este practică astăzi, este o știință aplicată sau chiar mai mult, un meserie, o meserie (Saunders, 2000; McCormick, 2001). Ea utilizează știința doar în ceea ce este eficient, în rest fiind vorba de utilitarism, tehnologie, practică și acumularea de experiență. Aceasta aduce în discuție atitudinea critică pe care Pellegrino și Thomasma (1981) au exprimat-o relativ la utilitatea științei în practica medicală. Ei au formulat critica lor în cinci teze care au rămas actuale și astăzi când se abordează acest subiect: i) pentru a înțelege medicina, cineva trebuie să se concentreze pe practica medicală mai curând decât pe știința medicală; ii) știința medicală nu poate captura unicitatea situațiilor clinice pe care le prezintă individul bolnav; iii) știința medicală a eșuat în a rezolva problema relației dintre minte și corp; iv) știința medicală, precum și medicina ca întreg, nu trebuie să se concentreze numai pe corpul celui care suferă; v) medicina nu poate fi o "știință *value-free*", adică independentă de loc, timp, cultură și indivizii care o practică.

Deși știința medicală se reflectă asupra practicii medicale, justificând-o și orientând-o în relația profesională dintre medic și pacient, ea se desprinde de medic atunci când trebuie particularizată pe cazuri individuale. Practica medicală este dependentă de experiența medicală acumulată în timp, cunoașterea științifică fiind insuficientă pentru a lua decizii rationale medicale care necesită interpretarea multifacetată a individului bolnav. În timp ce știința se ocupă cu testarea adevăratei valori a teoriilor, pentru practica medicală, utilitatea lor este tot ce contează. Aceasta înseamnă că multe din obiectivele cercetărilor aplicare nu este atât validitatea teoriilor, ci utilitatea soluțiilor propuse. Astfel, diferența dintre știința pură și cercetarea aplicată este o diferență în ceea ce privește conceptele de adevăr și utilitarism. Conceptul de adevăr este absolut, în sensul că adevărul este același indiferent de timp, loc, cultură și indivizi, pe când conceptul de utilitate este foarte mult dependent de circumstanțele externe și astfel variază în timp, loc, cultură și indivizi. Astfel, nu există o relație liniară între știința pură și aplicarea ei în medicină. Efortul orientat spre adevăr și cel orientat către utilitate sunt în principiu independente

unul de altul și au diferite scopuri și diferite obiective de cercetare. Aceasta nu exclude beneficiul pe care fiecare îl are din relația dintre ele (Nordin, 1999).

Distincția dintre știința pură și știința aplicată, respectiv practicarea ei, ne amintește de ce spunea Francis Bacon în "*Novum Organum*" în 1620 despre distincția dintre înțelegerea naturii și puterea asupra naturii. Știința medicală pură generată de cercetarea fundamentală reprezintă cunoașterea în sine a naturii omului pentru a înțelege sănătatea și boala, pe când practica clinică medicală sau tehnologia medicală este exercitarea acestei cunoașteri pentru a ajuta realmente omul suferind. Felul cum știința medicală este adusă și transferată, particularizată, la patul bolnavului reprezintă arta medicului.

O să închei acest paragraf citând din John Saunders (2000) care vorbea de practica clinică ca fiind atât artă cât și știință. Medicina științifică este bazată pe evidente extrase din metodologii empirice, dar ea nu discută despre incertitudinea care crește odată ce un caz clinic se abate de la descrierea prototipică. Aici nu există o logică sau un mod științific de a decide între o intervenție tipică și una bazată pe deducție și experiență. Acest raționament clinic care are la bază experiența, gândirea deductivă, care pornește de la general la particular. Raționamente critice și alte reguli care sunt aplicate ad-hoc, salvează pacientul din multe zone gri ale practicii medicale. Clinicianul decide mărimea cu care aplică știința! Se spune că pacientul poate fi mai sigur cu un medic deștept decât cu unul bine învățat. Iată de ce McCormick (1996) spunea că denigrarea valorii judecății este una din metodele prin care lumea științifică menține propriile concepții gresite. Judecata și înțelepciunea adaugă o valoare imponderabilă sau nemăsurată, realității. Noi nu vedem lucrurile așa cum sunt, noi vedem lucrurile așa cum suntem. Medicina bazată pe dovezi și empirismul standard nu sunt suficiente pentru a descrie procesul tăcut al judecății clinice a expertului. Toate datele, indiferent de complexitatea și acuratețea lor, sunt interpretate de clinician pentru a le da sens și să le aplice în practica clinică. "*Factorul doctor*", precum emoțiile, inclinațiile, prejudecățile, aversiunea față de risc, toleranța la incertitudine și cunoașterea personală a pacientului, este ceea ce dă un plus de valoare absolut necesară îngrijirii unui pacient specific. Modelele bazate pe știința pură sunt modele puterene, dar ele sunt la fel ca simfoniile în stil Mozart generate de computer, corecte dar fără viață (Saunders, 2000).

Alt dualism al medicinei este cel dintre boală și suferință ceea ce se vede mai ales din criticile constante că medicina nu poate răspunde adecvat la dimensiunile umane ale suferinței din cauza că se folosește doar de realitatea corpului bolnav. Pacientul și corpul său nu trebuie

vazute ca doua lucruri radical diferite. Sursa principala a dualismul este gandirea carteziana care a dus la divizarea persoanei intre minte si corp. Desi medicina moderna se prezinta mereu ca fiind o stiinta marterialista monista, o ramura a biologiei, ea nu a putut pana astazi sa se dezbrace de dualismul cartezian. Dualismul este o pozitie metafizica care spune ca exista doua entitati separate care compun realitatea, corpul si mintea.

Pana spre sfarsitul sec. XVIII boala era identificata prin prezenta palangerilor pacientului, respectiv prin simptomele lui si prin ceea ce se vedea la suprafata corpului. Pentru a corela simptomele cu suportul lor corporal, perceptia medicala trebuia sa se multe de la suprafata corpului la constituita lui interna. Asa a aparut cunoasterea anatomo-patologica in sec. XIX in Franta odata ce a existat posibilitatea de a studia post-mortem pacientii decedati. Aceasta a permis corelarea datelor clinice cu cele lezionale organice si astfel perceptia clinica a trecut de la suprafata corpului spre interiorul lui. Realitatea bolii a treecut dincolo de granitele exterioare ale corpului si astfel a aparut ceea ce denumea Foucault ca privire clinica ("*clinical gaze*"), concept de care am vorbit in capitolele anterioare. Simptomele s-au validat in masura in care au o relatie cu modificarile organice si astfel surse cunoasterii medicale au trecut de la limbajul clinic la vizibilitatea anatomo-clinica. Aceasta schimbare a statutului experientelor pacientului din timpul boali se manifestata in paralel cu schimbarea stilului examinarii clinice. Pacientul nu mai este persoana cea mai importanta pentru a pune diagnosticul, realitatea patologica a bolii apare acum mai importanta. Diferenta dintre experientele subiective ale pacientului, dintre spusele lui si cunoasterea anatomo-patologica, releva este un alt tip de dualism al medicinei (Sullivan, 1986). Aceasta forma de dualism, dintre ceea ce sufera pacientul si impartaseste medicului si ceea ce constata medicul ca boala in mod obiectiv prin diferite mijloace de a face corpul pacientului transparent, este o continuare a dualismului cartezian. Leon Eisenberg (1977) prezinta aceasta dualitate in felul urmator: suferinta este data de experientele modificarii starii de bine ale fiintei si ale functionarii sociale, iar boala este data de anormalitatile in structura si functiile corpului si din semne clinice. Pentru medicina boala este definita in mod simplu de tulburare biologica, iar suferinta este experienta subiectiva a tulburarilor personale. Boala si suferinta nu sunt intr-o relatie de unu la unu. Grade similare de patologie organica pot genera diferite simptome, ba mai mult, suferinta poate aparea si in absenta boli detectabile si astfel cursul bolii poate fi diferit de traiectoria suferintei ce acompaniaza boala (Eisenberg si Kleinman (1981).

Sullivan (1986) vorbește foarte explicit de cele două dualisme ale medicinei: ca să fie adevărată, percepția medicală trebuie să fie obiectivă. Ea trebuie să fie liberă de contribuția celui care cunoaște. Epistemologia lui Descartes și Bichat duc, amândouă, la dualism, dar de tipuri diferite. Pentru Descartes există un dualism ontologic ce opune mintea substanței fizice corporale. Pentru Bichat există un dualism epistemologic care plasează cel care cunoaște, medicul, și cel care este cunoscut, pacientul, într-o opoziție de facto fără să fie invocată o distincție ontologică.

Trecând în revistă mai multe luări de poziție în problema dualismului epistemologic al medicinei, Thomas Cunningham (2015) menționează trei feluri de dualism: i) dualismul dintre cunoașterea obiectivă și cunoașterea subiectivă în medicină; ii) pivotarea medicinei între o știință lipsită de influențe exterioare ("*value-free*") și o știință agregată în jurul valorilor personale ("*value-laden*") și iii) polarizarea cauzalității medicale între explicația generală, valabilă pentru toți pacienții și explicația particulară, în cazul unui pacient specific. Dezbaterile generale se poartă în jurul chestiunii dacă medicina este preocupată de o cunoaștere obiectivă, sau dacă include în mod inerent o componentă subiectivă ce este construită în jurul valorilor personale, atât medicilor cât și a pacienților. În acest fel noi vedem că interacțiunea dintre obiectiv și subiectiv este legată de capacitatea noastră de înțelegere a componentei subiective a bolii în termenii care sunt legați de valorile pacientului. Eric Cassell (1995, 2004), un susținător fervent al dualismului epistemologic al medicinei, ne furnizează un exemplu a felului cum aceste distincții sunt privite în explorarea filozofică a medicinei amintind că, în practica lor, medicii adoptă o înțelegere îngustă a conceptului de obiectivitate dar, în schimb, arată o înțelegere multifacetată a subiectivității pacientului. Pentru el, a fi subiectiv înseamnă și a fi specific, local și particular, a lua în considerare sentimente particulare, ideile și înțelegerile persoanei. Toate acestea vor fi prezentate mai pe larg în paragraful următor, când voi aborda valoarea epistemologia specială a medicului expert, în opoziție cu epistemologia legată de studiile clinice randomizate și controlate.

Marcum (2008) vorbește și de conceptul interactionist al medicina umaniste ce include nu numai mintea și corpul, dar și ambianța pacientului, contextul social și cultural, lucru ce reprezintă o largire a noțiunii de dualism. Interactionismul dualistic a condus la avantaje în practica clinică, pacientul fiind văzut ca întreg în relație cu trăirile lui, ceea ce face ca dimensiunile obiective și subiective ale bolii să fie privite în interacțiune.

7.4. Practicile epistemice medicale narative - istoria bolii pacientului

Dacă cineva vrea să inventarieze care sunt canalele prin care omul cunoaște realitatea lumii, fie ea fizică sau spirituală, menționează percepțiile senzoriale, emoțiile, memoria, imaginația, rațiunea, intuiția, credințele și limbajul. Limbajul ajută să cunoaștem de la alții și ceea ce cunoaștem să putem stoca, acumula, imagina, crea și împărtăși. Atunci când vine vorba de cunoașterea medicală trebuie să spunem că, înainte de toate, fundamentul cunoașterii medicale este narativ.

Începând din sec. XVIII, o temă persistentă a practicii medicale a fost să se întoarcă către știință și să lase religia deoparte sau ceea ce medicii denumesc în mod curent ca superstiție. Învățământul bazat pe știință, limbajul științific și practicile științifice au devenit parte din modul de dezvoltare a medicinei moderne. Sunt voci care spun că medicina este mai mult o practică bazată pe știință și această practică este mai aproape de interpretare narativă a realității decât de practică empirică. Întrebarea este, ce fel de argumente epistemologice există care să susțină această afirmație?

Una din problemele epistemologiei medicale este modul cum cunoașterea generalizabilă, științifică poate fi conectată cu cunoașterea individuală, non-generalizabilă, a pacientului. Radacina acestei provocări vine din unicitatea individului, variabilitatea extremă a experiențelor și alegerilor individuale. Chiar dacă această variabilitate este înțeleasă, natura subiectivă a persoanei umane, fie ea biografică, socio-economică, culturală sau spirituală devine evidentă în comunicarea pacientului cu medicul său. Înțelegerea particularităților distinctive ale pacientului se face narativ, tehnologia medicală are puțin de-a face cu această problemă. Astfel, una din primele realizări ale întâlnirii clinice dintre medic și pacient este construirea unei naratiuni coerente despre suferința pacientului, așa numită istorie a bolii.

O bună introducere în această problemă a narativității o reprezintă ideile lui Donald Polkinghorne din excepționala sa carte "*Narrative Knowing and the Human Science*" (1988) despre cunoașterea narativă și teoria înțeleșului. În cele ce urmează o să încerc o prezentare succintă a ideilor lui fără de care nu putem cuprinde pe deplin rolul și locul narativelor în cunoașterea medicală odată ce tehnologia medicală și medicina bazată pe dovezi a ocupat mai tot câmpul epistemologiei medicale moderne.

După Polkinghorne, existența umană constă într-un sistem stratificat al diferitelor domenii de organizare ale realității: domeniul material, domeniul organic și cel mental. Înțeleșul

narativ este unul din procesele domeniului mental si rolul lui este de a organiza elementele constiintei in episoade care au inteles. Fiecare structura opereaza in acord cu modelele specifice organizationale, operatiile mai inalte, respectiv nivelele dezvoltate mai recent, de ex. cele implicand folosirea reflexiva si deliberativa a limbajului, sunt influentate de organizariile nivelelor situate mai joas. Emergenta ordinului intelesului, a semnificatiilor, desi posedea caracteristici unice, este dependenta de dezvoltarea unei complexitati organice, de organizarea conglomeratului cerebral si a neocortexului care apartin domeniului organic situate mai jos. Domeniul intelesului sau semnificatiei este o activitate care da nume elementelor realitatii si face conexiuni intre aceste elemente. La intrebarea ce inseamna acesta? raspunsul este cum acest obiect sau eveniment se leaga de altele si capata astfel sens sau inteles.

Limbajul face ca cunoasterea sa existe prin conexiunea dintre sunetele lui si lucrurile sau notiunile pe care le semnifica. Intelesul narativ este un tip de inteles produs de domeniul mental si se construiesc prin actiunile comune ale oamenilor. Fiecare domeniu de cunoastere strange laolalta experiente umane ce sunt cuprinse in intelesul nonmaterial al limbajului, si fiecare profesie are limbajul ei legat de experientele intrinseci ale activitatii acesteia. Asa este si cazul medicinei care a dezvoltat un limbaj particular, tehnic, specific.

Polkinghorne continua afirmand ca in mod obisnuit oamenii explica propriile actiuni si actiunile altora prin mijlocirea unei descrieri. In schema narativa pentru organizarea informatiei, un eveniment este inteles atunci cand este identificat rolul si semnificatia lui in relatie cu un proiect uman. Puterea explicatiei vine din capacitatea de a abstractiza evenimentele dintr-un context particular si din descoperirea relatiilor cu alte evenimente. De exemplu, explicatia semnificatiei plangeri unui bolnav depinde de capacitatea de a-l abstractiza si a-l pune in relatie cu alte date culese de medic din comunicarea si examinarea clinica a pacientului si astfel, plangera acestuia devine simptom. Limbajul este mijlocul care ne permite sa exprimam semnificatia si ordinea unica a lumii ca ceva care are inteles si astfel putem sa o comunicam, sa o stocam sau sa transformam in povesti, mituri sau istorie.

Aceasta concepie a limbajului presupune ca lumea sufera o translate in imagini constuite in mintea noastra. Cand noi ne gandim in termenii categoriilor generale si folosim cuvinte pentru a desemna aceste categorii, este inteles ca noi descriem trasaturile lumii, dar ele sunt numai constructii mentale. Polkinghorne spunea ca limbajul este un "mare seducator", el face ca

oamenii să fie satisfăcuți de cuvinte dar noi trebuie să fim grijuli ca limbajul să nu deghizeze adevărul și să aibă grijă ca limbajul să fie constant transparent.

În final, trebuie să remarc că ideile lui Polkinghorne sunt în parte asemănătoare cu cece afirmă Husserl, prin metoda fenomenologică, că gândirea oamenilor este formal făcută în limbaj și toate activitățile rațiunii sunt legate de vorbire (Husserl, 1929/1969) și cu cele ale lui Merleau-Ponty (1962). Pentru acesta din urmă, modurile experienței, inclusiv ale limbajului, au derivat din structuri percepțuale, structurile lingvistice fiind un mod de ordonare a experienței percepțuale și emotionale primare care aduce o interpretare cu sens a realității. Merleau-Ponty mai spune că prin găsirea sensului unei experiențe, a unei trăiri, și prin exprimarea acesteia în cuvinte, vorbitorul permite celorlalți să se gândească la această experiență, dar nu neapărat să o trăiască. Este și ceea ce se petrece cu medicul când ascultă pacientul povestind istoria suferinței lui. Dar filozoful francez pune întrebarea: este percepția realității o reflexie a lumii așa cum este ea în sine? Aduce percepția și vehiculul ei, limbajul, adevărul? Dacă cunoașterea este structurată lingvistic, narativ, ea corespunde adevărului, știind că noțiunea tradițională de adevărat înseamnă că experiența cuiva corespunde la ceea ce există independent de experiența acestuia. Aceasta problema este esențială pentru medicină pentru că ceea ce culege medicul din conversația cu pacientul sau ceea ce culege medicul prin observația clinică și apoi înregistrată în cuvinte, trebuie să corespundă adevărului necesar luării deciziei diagnostice și terapeutice. Merleau-Ponty propune că adevărul nu este o proprietate naturală a lumii în sine ci doar conștiința descoperă adevărul în contact cu lumea. Adevărul este inseparabil față de operația expresivă ce ne spune adevărul, nu precede reflexia, ci este rezultatul ei, pe scurt adevărul este o creație a vorbirii care se prezintă în sine ca adevărat. Nu există un adevăr care să fie de-a gata (*“ready-made”*) și a cărei reflexie ar trebui numai să se conformeze cu sine, așa cum este folosit în lumea științei formale. S-a putea spune că noi chemăm realitatea în limbaj sau, cum spunea Susanne Langer (1953), marele beneficiu al limbajului este conceptualizarea realității și nu cerințele sociale! Trebuie să adăugăm metafora ce o facea Merleau-Ponty (1962): așa cum înțelesul unui poem nu este să fie descoperit în forma lui brută, ci de a stimula cititorul să-l interpreteze și să-i dea un sens, tot așa înțelesul vieții este să fie descoperit. Viata se prezintă în sine ca o indicație brută care are nevoie să fie finisată prin interpretarea ce o face să aibă sens. Acestea sunt lucruri esențiale pentru practicarea medicinei în sens umanist, subminând autoritatea empirismului dus la extrem și dând frau liber medicinei ca o artă. Cum spunea Polkinghorne (1988) că limbajul

configureaza dorintele si aspiratiile noastre intr-o forma narativa pe care sa o folosim in trecerea noastra prin viata intr-o aventura si drama a semnificatiei.

In abordarea problemei contributiei medicinii narative la cunoasterea medicala, este bine sa incepem cu modul in care un student la medicina invata aceasta profesie. Scoala medicala cere un angajament total care afecteaza modul de gandire si emotionalitatea in mod specific, modelandu-l pe baza unor principii formative ce utilizeaza simturile, ratiunea, experimentul si limbajul. Astfel educatia medicala initiaza incepatorul spre un domeniu aparte datorita formelor simbolice care organizeaza si mediaza realitatea in care profesionistii vor fi imersati pentru totdeauna. Despartindu-se de lumea originara, medicii tineri imbratiseaza noi ritualuri de cunoastere, iar vechile deprinderi se atenuaza in favoarea unor structuri epistemice noi, specifice medicinei. Medicul nu se va putea niciodata desprinde de ele, le va lua cu el chiar si in viata de toate zilele si putem spune ca datorita acestui lucru medicul devine agent epistemic. Aceste forme simbolice apartin perceptiei, intuitiei, memoriei, imaginatiei si activitatii. Noi trebuie sa gandim la medicina ca o forma simbolica prin care realitatea este formulata si organizata distinctiv, forme care sunt modalitati atat ale experientei, cat si ale cunoasterii. Ele participa la procesele generative si practicile formative prin care boala si alte dimensiuni ale realitatii medicale sunt formulate.

Good (1994) aminteste ca trebuie sa acceptam ca medicina isi construiește obiectele sale de studiu si cunoastere sub o forma simbolica si ca activitatile din nucleul medicinei sunt similare prin simbolistica lor cu cele din religie sau arta. Suprafata portanta a acestei simbolistici este data de limbaj iar limbajul in medicina este un limbaj cultural legat de o versiune specifica a realitatii. Antropologii culturalisti au analizat modelele verbale ale diferitelor culturi pentru a intelege cum culturile utilizeaza limbajul pentru a realiza identitatea de grup. Tot asa, antropologia medicala arata felul cum medicii folosesc limbajul ca un sistem comprehensiv reciproc de comunicare si de reliefare a identitatii de grup (Duranti si Goodwin, 1992). Achizitia acestui limbaj se face paralel cu achizitia cunoasterii profesionale si defineste un semnificant pentru acest grup cultural particular in comunitate.

Spre deosebire de stiinta in general, unde universalitatea adevarurilor este ceea ce aduce validitate si confidenta, problema principala a medicinei este individualitatea subiectiva si biologica a pacientului. Medicina este stiintifica doar pentru faptul ca practicarea ei incumba aplicarea diferitelor date stiintifice. In schimb, cunoasterea medicala, cel putin cea clinica, este in

mod fundamental narativa in insasi natura ei. Inainte de toate medicul trebuie sa inteleaga pacientul si aceasta lui narativa este prima sursa a cunoasterii medicale. In sprijinul aceste afirmatii, Waymack (2009) aduce doua argumente. Primul argument priveste natura narativa a rationamentului medical. Medicii utilizand narrative pentru a invata, pentru a vedea, a judeca, a comunica si a prezenta. Al doilea argument este ca bolnavii prezinta o mare variabilitate biologica, personalistica, familiala sau sociala, ceea ce face ca rationamentul stiintific sa fie inadecvat iar utilizarea narativelor sa fie un mod mai potrivit de a cunoaste un bolnav.

Medicina a avut nevoie totdeauna de o competenta narativa ea fiind generata de faptul ca bolnavul trebuie sa-si destainuie suferinta lui pentru ca medicul sa-l poata ajuta si astfel relatia medic-pacient a fost mereu inradacinata in domeniul intersubiectivitatii. Practicarea medicinei cere angajamentul unei persoane cu alta. Pentru Greg Mahr (2015), medicina narativa este atat o abilitate cat si o filozofie, ea este un cadru in care are loc ingrijirea sanatatii. La toate acestea trebuie sa adaug ca prin narrativele medicale, structura narativa a culegerii datelor pacientului si a rationamentului medical s-a universalizat la fel ca si principiile bioetice ale medicinei (Leder, 1990; Cassell, 2003; Montgomery, 2006).

Medicina narative utilizeaza metodele cunoastrii narative. Cunoasterea narativa este mijlocul de a intelege intelesul si semnificatia povestirilor prin mijloace afective, cognitive si simbolice. Narrativele se ocupa cu experientele, nu cu propozitiile (Lewis, 1955, citat de Charon, 2001). Asa cum cunoasterea logico-stiintifica conduce la observatii generale si la cunoastere replicabila si generalizabila, cunoasterea narativa conduce la intelegerea locala si particulara a situatiei unui individ de catre un participant sau observator. Cunoasterea narativa incearca sa ilumineze adevarul universal prin relevarea particularului.

Cine este familiarizat cu viata intr-o institutie medicala vede ca practica medicinei este construita si condusa prin narrative. Intalnirea medicala incepe cu culegerea istoriei medicale a pacientului si a suferintei actuale, culegerea simptomelor se face narativ, inregistrarea si stocarea lor pentru a fi integrate in rationamentul clinic se face tot narativ, observatia medicala si rezultatele examinarii fizice corporale se face la fel, starea clinica prezenta si urmarirea evolutiei clinice se face narativ, rezultatele examenilor de laborator sau imagistice sunt prezentate narativ, medicii si alt personal de ingrijire medicala organizeaza prezentari de caz iar invatamantul medical este bazat tot pe impartasirea narativa a cazurilor clinice. Povestea pacientului este o naratiune despre suferinta pusa in cuvinte, gesturi, mimica, expresii corporale,

taceri, dar și despre frica, speranța și implicațiile ei. În toată practica medicală naratiunea pacientului este actul central care este și un act terapeutic pentru că aceste cuvinte dau înțeles și control asupra haosului suferinței. Ascultând această poveste, medicul intră în lumea narativă a pacientului. Spre deosebire de citirea unui text literar, prin ascultarea pacientului, medicului angajează resurse interioare precum memorii, asociații, curiozitate, creativitate, interpretări, aluzii la alte povești, comparații cu situații prototipice, cu texte medicale, cu povești spuse de alți medici, pentru a identifica înțelesul celor auzite (Charon, 2008).

Dacă se privește evoluția medicinei în ultimele trei secole se poate vedea care a fost valoarea istoriei suferinței pacientului pentru cunoașterea bolii lui. Jewson (1976) face o recercare în revista a problemei și prezintă cum cosmologia medicală a sec. XVIII era orientată spre persoană; discursul medical era focalizat pe termenii prin care persoana descrie experiența sa subiectivă. Diagnosticul a fost bazat pe extrapolarea raportărilor pacientului la evoluția curentă a bolii, iar istoria pacientului era partea centrală pe care se baza investigația medicală. În sec. XIX, noua cosmologie medicală a condus la declinul statutului istoriei pacientului.

Asa cum lui Foucault (1976) în *“The Birth of Clinic”* scria, apariția “medicinei de spital” în Paris, cu focusul ei asupra anatomiei patologice și privirea bolii ca rezultat al leziunilor organice, a reprezentat o tranziție spre medicina “obiect-orientată”. Pacientul a devenit subordonat investigatorului medical ca un obiect de studiu, un mediu în care boala se manifesta, iar întâlnirea clinică a devenit centrată pe examinarea fizică mai curând decât pe istoria pacientului. Mai apoi “medicina de laborator” a condus la alienarea continuă a pacientului, boala lui fiind înțeleasă în termenii proceselor celulare patologice și discursul medical a devenit din ce în ce mai mult esoteric și subspecializat. În această cosmologie, istoria pacientului a fost abandonată în favoarea testelor de laborator. Medicina de astăzi a moștenit înțelegerea reductionistă, fizicistă, a bolii din acea perioadă și aceasta este importantă pentru recunoașterea consecințelor acestui model pentru statutul istoriei pacientului în epistemologia clinică. Chin-Yee și Upshur (2015) văd narativele pacientului ca o expresie individuală și subiectivă a cuiva care s-a întâlnit cu boala, contrastând cu medicina bazată pe dovezi a cărui focus este pe extragerea faptelor obiective și generalizabile de la pacient.

Abordarea narativă ajută la construcția istoriei bolii pornind de la faptele trăite de pacient. Pe baza acestora medicul ajută pacientul să contruiască povestea suferinței lui, să narativizeze suferința și boala lui. Este adevărat că această abordare istorică reprezintă o evidență fragmentară

si de confidenta scazuta, dar este un materialul brut pentru constructia narativelor semnificative pentru suferinta pacientului si poate constitui o punte intre abordarile “bazate pe evidente” si aboradarile “bazate pe narativitate”.

In concluzie, putem spune ca argumentul empiric al cunoasterii medicala clinice este structurat intr-o forma narativa. Miriam Solomon (2008) spunea ca a fi stiintific in medicina inseamna sa ai abilitatile intelectuale care sa depaseasca modelul de gandire ipotetic-deductiv si sa fi inclinat spre o contemplare livreasca a istoriei bolii pacientului. A face o buna naratiune este o realizare intelectuala care paveaza calea pentru o mai precisa ipoteza cauzala, datorita faptului ca cerintele coerentei narative si incluziunea tuturor faptelor relevante pune constrangeri pe povestirea care vor fi spusă. Aceasta abordare narativa este diferita de rationamentul bazat pe reguli si cere deprinderi intelectuale specifice legate de practicarea medicinei narative. O medicina competenta stiintific singura, nu poate ajuta pacientii. Unul din parintii marcanti ai medicinei narative, Rita Charon (2001) scria ca alaturi de abilitatea stiintifica, medicii au nevoie de abilitatea de a asculta narativele pacientilor, de a intelege si onora intelesul acestora si de a actiona in numele pacientului. Aceasta este competenta narativa, adica competenta fiinite umane de a absorbi, interpreta si raspunde la aceste povestiri. Aceasta competenta permite medicului sa practice medicina cu empatie, reflexivitate, profesionalism si onestitate.

Cum spuneam mai sus, utilizarea responsabila a rationamentului narativ implica depinderea epistemologica de a dezvolta o naratiune coerenta si completa ca parte a construirii unei povesti a boli pacientului. Medicii au responsabilitatea de a strange si utiliza informatii relevante de la pacient, de a folosi diferite tipuri de rationamente pentru situatii specifice si de a face un efort intelectual pentru a utiliza aceste tipuri de cunoastere si rationare in vederea unui diagnostic corect si a unui plan terapeutic adecvat.

Van Baalen si Boon (2014) considera ca toate acestea reprezinta un aspect foarte important al responsabilitatii profesionale a doctorilor ceea ce incumba o anume atitudine profesionala si o abilitate epistemologica pe care acesti autori o numesc "responsabilitate epistemologica". Ei militeaza pentru o schimbare epistemologica, de trecere de la epistemologia datelor statistice la epistemologia narativa. Acesti autori documenteaza nevoia responsabilitatii epistemologice amintind ca medicina este unica in felul ei tocmai datorita combinatiei dintre stiintele naturale si stiinta umana. In stiintele naturale, obiectul de studiu este mai intai decontextualizat si apoi masurat obiectiv pentru a produce in final o teorie. In medicina este

imposibil de a decontextualiza obiectul de studiu, respectiv omul bolnav, și nici măsurătorile obiective nu sunt suficient de confidente, subiectul rămânând în contextul vieții private. Prin această analiză van Baalen și Boon arată că este nevoie de o epistemologie care să explice cum informația contextuală și cunoașterea științifică pot fi integrate pentru a furniza o mai bună interpretare a medicinei ca practică și ca știință. Autorii cred că această diferență se poate reduce prin conceptul de epistemologie a responsabilității care descrie atitudinea profesională și abordarea epistemologică narativă a doctorilor. Mai curând de a se considera că munca lor depinde de regulile și ghidurile medicinei bazate pe dovezi, mai bine medicii ar trebui să se simtă responsabili pentru producerea calității diagnosticelor și a eficienței tratamentelor prescrise.

7.5. Epistemologia medicinei între obiectivism și subiectivism, între general și particular; epistemologia gândirii clinice

Medicina lui Hippocrate a început ca știință mecanicistă în care contingența fenomenelor era un argument al cauzalității ca mai apoi să fie fascinată de raționamentul inductiv, respectiv de determinarea felului cum unele fapte izvorăsc din altele pentru a duce la apariția bolilor. Mai departe, medicina a dezvoltat teorii cu valoare de generalizare, iar raționamentul inductiv a fost înlocuit de cel deductiv, în care cunoașterea se focaliza pe fiecare caz în parte. Odată cu primele disecții ale corpului omenesc și cu primele date de fiziologie, precum cele referitoare la circulația sângelui, a apărut modelul pozitivist al cunoașterii în medicină, model de cunoaștere confident, lipsit de dubii, bazat pe date obiective indiscutabile. Ceea ce era considerat normal sau patologic devine acum vizibil și în corpul omenesc. Acest model a postulat două principii, cunoașterea medicală este bazată pe biologie și numai ce este observat, măsurat și cuantificat este demn să fie luat în considerare atunci când se discută etiologia bolilor. Și astfel se poate considera că medicina a evoluat în tradiția empirismului, realismului, materialismului și pozitivismului, raționamentul științific și metodele experimentale stau la baza cunoașterii medicale. Ea crede în adevăruri universale care sunt adecvate înțelegerii bolilor. Știința medicală astăzi este tributară modelului biomedical care vede boala ca rezultatul unei afectări organice, materiale, a corpului uman sub influența unor factori etiologici, iar boala ca o entitate separată de individul care suferă. Aceasta înseamnă că și cursul bolii este oarecum independent de contextul și credințele bolnavului. Se considera că acest model este reductionist pentru că se bazează pe o relație simplă de la cauză la efect. Mai mult, se considera că doctorul rămâne la

distanța de pacient și ca relația medic-pacient are puțină influență asupra evoluției și rezultatului bolii.

Ideile lui Karl Popper (1959) și Thomas Kuhn (1962) au dus la scepticismul față de principiile pozitivismului epistemologic, respectiv față de criteriile adevărului, obiectivității și neutralității, și au arătat că cercetarea științifică nu trebuie să fie focalizată numai pe dezvoltarea cunoașterii în sine, ci trebuie să fie și utilă față de societatea care o susține. Referitor la acest aspect, Barroso (2013) afirmă că știința trebuie să fie preocupată nu numai de dezvoltarea cunoașterii dar și să participe la găsirea de soluții la problemele de care societatea este preocupată. Există trei trăsături care definesc astăzi această preocupare, trăsături care se reflectă din plin și asupra epistemologiei medicale: i) cunoașterea științifică valabilă este îndreptată spre înțelegerea și rezolvarea satisfăcătoare a problemelor relevante în societate într-un anumit moment socio-istoric; ii) valabilitatea este bazată pe acceptarea că cunoașterea utilizată pentru rezolvarea problemelor are grade variate de verosimil sau probabilitate; în plus, comunitatea științifică recunoaște că nu orice lucru este cognoscibil dar că poate exista un consens asupra ceea ce este considerat adevărat, deci valid, la un moment dat; iii) există o componentă socială în dezvoltarea cunoașterii științifice care nu trebuie subestimată când se face o analiză epistemologică a acestei cunoașteri.

Cunoașterea în medicină s-a acumulat treptat, în secole și, mai ales, în ultimile decenii. Nagel (1989) spunea că cunoașterea într-o știință este văzută ca impersonală, ca venită de nicăieri anume, respectiv cunoașterea este validă în toate momentele și locurile, indiferent de valorile, tendințele sau contextele culturale; ea pune între paranteze emoțiile și intuițiile. Gandirea științifică impersonală era considerată generatoare de cunoaștere și văzută ca universală. Odată ce o descoperire științifică este publicată și apoi validată prin replicare de comunitatea științifică ea devine proprietatea tuturor. Această cunoaștere este factuală și faptele care o compun sunt libere de valoare, adică rezistă la tendința de a fi distorsionate de concepții predeterminate, aceste fapte putând fi verificate și permanent demonstrate empiric. Astfel, știința este caracterizată de procesul de conjectură, prin care o ipoteză este generalizată și de procesul de refutatie, prin care o ipoteză este testată. Veridicitatea faptelor științifice trebuie să fie demonstrabilă, adică cu alte cuvinte, oricine poate obține aceleași rezultate dacă face același experiment. Existența acestor fapte în medicină face ca modelul biomedical să fie justificabil.

Cunoasterea stiintifica generalizata este o cunoastere propozitionala, spre deosebire de cunoasterea unui sigur om care este o cunoastere experientiala, adica dobandita prin experienta directa. Astfel cunoasterea medicala generala propozitionala, o gasim mereu afirmata in tratate, teorii si reguli puse in cuvinte, pe cand cunoasterea medicului de la patul bolnavului este o cunoastere individuala, trita de experienta proprie a simturilor si judecatii acestuia. Aceasta din urma cunoastere este una tacita. Cunoasterea propozitionala este reprezentata in afirmatii care se refera la felul cum e lumea. Asemenea continut va fi adevarat sau fals si orice afirmatie care se refera la acest continut propozitional va fi probabil adevarat sau fals. Uneori afirmam ca noi cunoastem ca o propozitie este adevarata si atunci cand noi trebuie sa justificam aceasta prin utilizarea de evidenta. Cunoasterea propozitionala este o forma stabila, depersonalizata de cunoastere si ea constituie fundamentul informatiei noastre din stiinta si medicina. Este important de notat ca aceasta “depersonalizare” si cunoastere obiectiva a fost identificata prin indivizi, transmisa si invatata de altii prin educatie si acceptata de experti ca cunoastere valida.

Cunoasterea din experienta si utilizarea ei, repetat confirmata prin observatie, este consistenta cu practica inductiva si constituie metoda stiintifica prin care generam cunoasterea propozitionala. Asta inseamna ca sursa datelor noastre empirice este observatia si transformarea datelor empirice in cunoastere propozitionala, dezvoltata printr-o serie de testari de ipoteze care rezulta in corelatii pozitive (Tonelli si Shapiro, 2020). In mod fundamental, stiinta este un discurs, o dezbateri continua in jurul evidentei disponibile. Este necesar ca noi sa facem explicite presupunerile si metodologia folosita. Din cauza importantei crescute date evidentei in discursul stiintifice, atentia in orice dezbateri tinde sa se focalizeze din ce in ce mai mult pe detaliile metodei de investigatie decat pe rezultat (Marshall, 1997).

Cum s-a format cunoasterea medicala? Exista o diferenta intre cunoasterea medicinei in general si cunoasterea unui medic luat individual? Avem aici de-a face cu doua epistemologii diferite? Punctul meu de vedere este ca fiecare medic este un agent epistemic sau fiecare cercetator din acest domeniu, care, prin fiecare articol, fiecare carte, fiecare raportare la o conferinta, etc. au adus o mica sau mai mare contributie la adevar datorita caruia s-a claudit cunoasterea complexa a medicinei de astazi. Ea a devenit impersonala pentru ca s-a claudit prin acumulari succesive pe verticala si astfel s-a pierdut paternitatea multor contributii. Cunoasterea medicala este acest conglomerat de cunostinte care se gaseste in biblioteci, in bazele de date precum in biblioteca Cochrane sau in publicatiile generate de conceptul de medicina bazata pe

dovezi (de ex. ghidurile NICE). Dar medicina este și o practică bazată pe știință, ea este o cultură profesională care identifică cunoașterea ei cu indivizi particulari, medicii, ea este o "cultură a persoanei" (Marshall, 1997). Multă din autoritatea medicilor de astăzi derivă din presupunerea că profesioniștii au un acces privilegiat la cunoașterea medicală, că ea este inserată și exprimată social de acești profesioniști.

Stephen Toulmin (1993) a sesizat mai de mult contrastul din inima cunoașterii medicale. El a arătat inevitabila coexistență a cunoașterii intrinseci, existențiale legată de cunoașterea la patul bolnavului și cunoașterea universală, generalizată a medicinei. Această dichotomie a epistemologiei medicale, dintre cunoașterea generală și obiectivă și cea individuală, locală și subiectivă urmărește continuu medicina ca un proces de formare constitutivă istorică. Această opoziție a două tipuri de raționalități, una științifică și universală, și alta individuală și hermeneutică este reflexul unei alte dichotomii a medicinei, dintre știință și practică. Practiciile medicale, opuse științei medicale, i s-a atribuit de "clinic" pentru că ea privește contactul permanent cu bolnavul pentru a-l investiga și pentru a-l îngriji. Nu este întâmplător faptul că educația doctorilor este universal divizată în elemente pre-clinice (anatomia, fiziologia, biochimia, biofizica, genetica, etc.) și elemente clinice (semiologia, neurologia, pediatria, chirurgia, etc.), cele din urmă fiind înradăcinate în primele. Educația în școlile de medicină este divizată în două părți. În prima se începe cu învățarea obiectivistă, de om de știință, a cunoașterii medicale, iar partea doua are ca scop valorificarea cunoașterii științifice universale și experimentale într-un cadru individual și interpretativ la patul bolnavului. Acest lucru arată de fapt cum s-a născut "clinica", așa de frumos descrisă de Foucault (1973). Cu alte cuvinte, educația medicală urmărește valorificarea cunoașterii științifice universale și experimentale într-un cadru individual și interpretativ, cel clinic. Mai amintesc încă odată ce spunea Kathy Montgomery (2006): "cunoașterea clinică rămâne mai întâi interpretarea a ceea ce s-a petrecut cu un pacient anume și cum se potrivește aceasta cu explicațiile științifice disponibile". Wilson (2000) vorbește chiar de un mit al obiectivității medicului urmărind parcursul prin care doctorii mostenesc din timpul educației lor academice o poziție epistemologică de oameni de știință "obiectivisti", ca mai apoi, la patul bolnavului, să învețe singuri cum să înțeleagă boala pacientului și să capete o poziție epistemologică de "subiectivisti". În mod simplu, educația medicală are ca scop valorificarea cunoașterii științifice universale și experimentale într-un cadru individual și interpretativ. Aceasta din urmă este o cunoaștere "performativă" care este un

amestec de diferite feluri elementare de cunoaștere precum cunoașterea a ce, cunoașterea de ce, cunoaștere ca și mai ales cunoașterea cum ("*know-how*"), pe care le-am amintit când am vorbit de epistemologia analitică. În esență, medicul este mai mult un profesionist și mai puțin un om de știință, practica lui este un "mestisug" de esență etică. Cunoașterea clinică include nu numai cunoaștere propozițională dar și o plajă largă de alte genuri de cunoaștere precum cea performativă, cunoașterea regulilor de practică și capacitate de a găsi cunoaștere și judecată decizională (Ashcroft, 2004). Pe ce se bazează această capacitate de cunoaștere a medicului? Afirmarea că cineva posedă o astfel de capacitate este o afirmație propozițională. Empiric se poate evalua prin compararea rezultatelor medicului cu a altor colegi, dar trebuie analizată și analitic. Dacă cunoașterea medicală este propozițională, ce fel de propoziții formează domeniul cunoașterii clinice? Această cunoaștere este legată atât de cunoașterea obținută în situații particulare, la patul bolnavului cât și cunoașterea despre teoria medicală generală. Deci cunoașterea nu este numai propozițională, ci este și performativă.

Analiza lui Marcum (2008) ne ajută să înțelegem această problemă a epistemologiei judecății clinice. Conform acestui filozof al medicinei, modelul biomedical al cunoașterii se bazează pe rationalism și empiricism. Rationalismul consideră că cunoașterea se obține prin acțiunea minții noastre și este o acțiune innăscută sau intuitivă a ei, adică este o cunoaștere "*a priori*". Cunoașterea intuitivă depinde de capacitatea minții de a captura cunoaștere prin raționament. Atât cunoașterea intuitivă cât și cea innăscută depinde de fundamentul epistemic prin care adevărul poate fi direct intuit sau inerent condiției umane care apoi devine bază pentru cunoașterea ulterioară, deductivă. Empiricistii spun că cunoașterea este o cunoaștere "*a posteriori*", mintea noastră este ca un "hard" de computer gol care se umple pe măsura ce se acumulează cunoașterea care se obține prin experiență. În medicină există ambele viziuni așezate pe două versante, teoria științifică a medicinei, care se bazează pe rationalism, și practica medicală clinică, care se bazează pe empiricism. Studiile controlate randomizate, protocoalele bazate pe evidență sunt extrase atât din gândirea rationalistă medicală cât și din cea empiristă. Ce știe medicul la patul bolnavului, experiența lui, arta lui, vine din experiență, din practica lui, din cunoașterea "*a posteriori*". Cum interpretează spusele pacientului vine și din cunoașterea lui "*a priori*". Cu alt cuvânt, generarea cunoașterii medicale clinice este un proces continuu în care rezultatele empirice duc la construcția unei cunoașteri teoretice rationaliste care devine apoi subiectul unor experimente ulterioare și mai departe la construcția unei alte paradigme care face

ca cunoașterea medicală să facă un mare pas înainte. Cum spunea Toulmin (1976), cunoașterea medicală se prezintă ca un spectru, mergând de la extrem de general, de la principiile fundamentale ale cunoașterii domeniilor pre-clinice (de ex. biochimie, fiziologie), la particular, precum înțelegerea unei boli la un pacient anume.

Cum se dobândește această cunoaștere experiențială a medicului? Prima cunoaștere care a dobândit-o medicina a fost cea experiențială. Conversația cu pacientul, extragerea istoriei bolii și examinarea fizică a pacienților, interpretarea radiografiilor și rezultatelor de laborator, monitorizarea diferitelor efecte ale medicamentelor, toate au oferit clinicianului experiență. Experiența practicii clinice este experiența particularului. Caz după caz, cunoașterea clinică este câștigată din povestile pacienților care sunt transformate în narative ce pot fi împărtășite între medici. Pacienții sunt materialul care a generat cunoașterea experiențială. Pe măsură ce clinicienii au câștigat experiență, cunoașterea particulară se acumulează și devine fundamentul epistemic pe care raționamentele clinice apar. Ca și în alte forme de generare inductivă a cunoașterii din alte științe, medicina și practica clinică se bazează pe identificarea trasaturilor relevante de la pacienții aflați sub evaluare și cere clinicianilor să observe, să treacă în revistă și să discrimineze între aceste trasaturi bazate pe expertiza lor. Această cunoaștere experiențială este subiectivă în natura ei. Ea ține atât de subiectivismul medicului, cât și de subiectivismul pacientului. Această gândirea subiectivă este opusă obiectivismului empiricist. În afara de cunoașterea pacientului, a suferinței, a sentimentelor, a afiliațiilor spirituale ale pacientului, dar ea presupune și o personalizare a cunoașterii științifice la subiectul de față. Această experiență primară a întâlnirii cu pacientul produce cunoaștere clinică, parțial subiectivă, parțial unică, ea nu rămâne doar personală. Asemenea cunoaștere poate fi judecată de alții, poate fi împărtășită altora, poate fi revizuită de alții și poate genera judecati secundare. Adicional, ea poate fi transmisă și împărtășită în variate moduri printre care publicarea de cazuri clinice. Această publicare furnizează descriții adiționale și informații pentru alți clinicieni, și ceea ce este mai important poate reprezenta piatra de temelie pentru teorii cu valoare generalizatoare (Tonelli și Shapiro, 2020).

Revenind la valoarea intuiției în gândirea clinică trebuie să spun că intuiția medicului este o abilitate epistemică absolut necesară pentru a fi un bun practician. Intuita este capabilă să aducă informații care depășesc evaluările strict cantitative despre suferința pacientului. Ea este un mod de cunoaștere în care mintea cuprinde, înțelege și decide despre un fenomen fără să

apeleze la procesele cognitive constiente. Ea presupune senzitivitatea subiectului față de un anumit context, ea este un proces tacit și creativ care presupune coroborarea inconstienței a diferitelor aspecte din experiența anterioară. Ea ține de arta medicului.

Doresc să închei acest capitol citându-l din nou pe Wilson care discutând despre mitul obiectivității spunea că știința este inserată în gândirea pozitivistă și obiectivistă, unde realismul și nominalismul sunt cele două capete ale ontologiei. Realismul spune că cunoașterea preexista și așteaptă doar să fie descoperită de cercetător. De partea opusă se află ideea că cunoașterea și semnificațiile sunt doar culturale, personale și unice, iar rolul cercetătorului, a medicului, este nu numai să le descopere, dar și să le înțeleagă.

7.6. Epistemologia medicinei bazate pe dovezi vs epistemologia cunoașterii expertului, *value-free* vs *value-laden*, constructivismul social, sociologia cunoașterii...

Pentru ca un medic să cunoască boala unui pacient și să pună un diagnostic corect, el trebuie să aibă rațiuni pentru a crede aceasta. Este îndoielnic dacă experiența clinică și abilitățile diagnostice sunt suficiente pentru a crede că medicul poate face aceasta în orice condiții și pentru orice boală și dacă nu cumva sunt necesare rațiuni suplimentare. Aceste dificultăți deriva din faptul că cunoașterea adecvată în medicină este un amestec subtil de cunoaștere empirică, obiectivă sau propozițională și de cunoaștere experiențială sau cunoaștere "*know-how*". Există o balanță între modelul biomedical care a evoluat în tradiția empirismului, realismului, materialismului și pozitivismului ce a generat adevăruri generale și modelul umanistic, al cunoașterii subiective, care generează adevăruri particulare, specifice suferinței pacientului aflat în grija unui medic. Un raționament clinic valabil caută să integreze înțelegerea biomedicală/epidemiologică și cea istorică/hermeneutică cu particularitățile cunoașterii de bun simț și datele teoriei medicale (Daly, 2018). Este aici vorba de o dihotomie între două feluri de raționalități, una universal-științifică și alta individual-hermeneutică (Toulmin, 1993). Despre acești doi versanți ai cunoașterii medicale va fi vorba în acest capitol, despre epistemologia medicinei bazată pe dovezi și epistemologia expertului clinic.

7.6.1. Medicina bazată pe dovezi

Asa cum spuneam in capitolul anterior, cunoasterea stiintifica apare intr-un discurs care prezinta evidente capabile sa justifice adevarul clamat. Calitatea evidentei are legatura cu metodologia utilizata de cercetarea stiintifica si mai putin cu autoritatea celui care o sustine. Apoi, trebuie sa mai adaug inca odata ca cunoasterea stiintifica care se dobandeste prin cercetarea, este o cunoastere propozitionala. Ea este in opozitie cu cunoasterea experientiala dobandita prin experienta directa cu pacientul. Cunoasterea propozitionala e o forma stabila, depersonalizata, respectiv nu este legata de renumele sau prestigiul de autor, si ea constituie fundamentul informatiei actuale in medicina. Ea consta in afirmatii care sunt usor de reprodus si astfel usor de difuzat si a fost inglobata in ghidurile clinice, cele mai cunoscute astazi fiind ghidurile Cochrane care sustin medicina bazate pe dovezi sau evidente.

Cunoasterea medicala creste in fiecare zi, asa ca faptele anterior acceptate ca valide se perimeaza si este de-a dreptul imposibil de a urmari aceasta explozie de informatii stiintifice. Daca medicul clinician ar dori sa tina pasul cu aceste noi informatii care sunt publicate in revistele medicale de specialitate el ar trebui sa citeasca in medie cam 19 articole in fiecare zi, ceea ce este practic imposibil (Masic si colab. 2008).

Multe decenii a dominat ideea ca printr-o educatie universitara medicala riguroasa, urmata de a educatie continua datorita consultarii revistelor medicale si tratatelor de ultima ora, prin experienta individuala si comunicare deschisa cu colegii, fiecare medic are dreptul sa sustina ca este capabil sa faca judecati clinice corecte. Mult din autoritatea traditionala a medicilor deriva din presumpitia ca ei au un acces privilegiat la cunoasterea medicala, ei fiind vazuti de publicul larg ca custodieni ai unei cunoasteri particulare. Pe de alta parte, din a doua jumatate a sec. XX, s-a remarcat marea variabilitate a modelelor de practica medicala si a gradului de concordanta a diagnosticilor intre doctori, ceea ce a pus semnul intrebarii faptul ca toti medicii sunt capabili de a lua decizii corecte. Nici datele bibliografice nu erau folosite corect si au fost studii care au evidentiat ca doar mai putin de 50% din practicile medicale erau bazate pe studii clinice efectuate cu metodologii corecte (Eddy, 2005). Toate acestea au facut ca sa se nasca o dezbatere aprinsa asupra evidentei in cunoasterea medicala. Calitatea evidentei este o functie a metodologiei folosite in cercetare, iar evidenta joaca rolul de a justifica clamarea unui pretins adevar. In acest context a aparut medicina bazata pe evidente care reprezinta un set de principii si metode cu scopul de a permite ca deciziile medicale si alte tipuri de activitati medicale sa fie bazate pe cea mai buna evidenta stiintifica.

Medicina bazată pe dovezi este rezultatul unei mișcări rezultate din varietatea nepermis de mare a practicii medicale nu cu mult în urmă. Practic, ea a apărut după o serie de conferințe făcute de epidemiologul Archie Cochrane intitulate “Efectivitatea și eficacitatea: reflexii asupra serviciilor de sănătate”. Cochrane (1973) afirma că adesea îngrijirea medicală utilizează intervenții dubioase sau cu o eficacitate și siguranță necunoscută, cauzând daune atât la nivel individual cât și populațional prin efecte nocive iatrogenice, risipirea resurselor și eșecul de a face tratamentele cu adevărat eficiente. El spunea că tratamentele ar trebui evaluate sistematic utilizând metode confidente de evaluare, precum trialurile controlate și randomizate, și că medicii trebuie în mod continuu să revizuiască și evalueze statusul propriu al cunoașterii. În spatele acestor afirmații era ideea de a nu produce daune, de a face este mai bine pentru un pacient și de a justifica ceea ce face un medic (Ashcroft, 2004). Această mișcare a fost dusă mai departe din 1981 de un grup de epidemiologi clinicieni de la Universitatea McMaster Hamilton, Ontario, Canada, condus de David Sackett lucru ce a aprins disputa despre valoarea diferitelor evidente născute din diferite metodologii de cercetare științifică medicală, disputa ce a dus la ceea ce astăzi se numește ierarhia evidentelor, ierarhie care prezintă justificări pentru valoarea diferitelor judecăți și intervenții clinice astfel încât acestea să nu fie impurificate de subiectivismul sau partinerea celor care fac cercetarea sau care o sponsorizează. Termenul de practică bazată pe evidență a fost “inventat” de Gordon Guyatt, elev al lui Sackett în 1991 (Thoma și Eaves, 2015) și apoi a mai apărut într-o serie de articole publicate în JAMA în anii 1990 care susțineau că ghidurile de practică se referă la un tip de raționament bazat pe evidențe și nu pe judecăți subiective sau pe consensuri. De fapt, aceste principii au apărut cu un deceniu înainte când Societatea Americană de Cancer a publicat propriile ghiduri pentru diagnosticarea cancerului, ghiduri care descriau evidența pentru fiecare test de screening, revizuirea sistematică a tuturor evidentelor pertinente, analiză critică calitativă a evidenței, o sinteză a evidentelor, o balanță între beneficiu și daune și o clară exprimare a recomandărilor. În 1993 organizația “Agency for Care Policy and Research” lansează un program de creiere a ghidurilor bazate pe evidențe și organizația “Cochrane Collaboration” creiază un network internațional de promovare a îngrijiri bazate pe evidențe printr-o mixtură de treceri în revistă și ghiduri. În 1995 British Medical Journal lansează evidențele clinice pentru a sumariza cunoașterea curentă pentru diferite probleme clinice aflate în dezbateri, iar în 1997 se creiază primele centre pentru formularea primelor ghiduri clinice bazate pe evidențe (Eddy, 2005). Printre cele mai celebre ghiduri sunt

ghidurile NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence) care a publicat mai mult de 120 ghiduri clinice (Thorton si colab. 2013). Acesta este pe scurt periplul nasterii conceptului, astazi atat de discutat, al Medicinii Bazate pe Dovezi care pe scurt se defineste ca o abordare sistematica a rezolvarii problemelor clinice prin integrarea celei mai bune evidente din cercetare cu expertiza clinica a medicului si cu valorile si preferintele pacientului (Sackett si colab, 1996: 2000).

Medicina bazata pe evidente stiintifice converteste exercitiul abstract al citirii si evaluarii literaturii intr-un proces pragmatic de utilizare a literaturii in beneficiul pacientilor prin valorizarea trecerilor in revista a literaturii la care se adauga cunoasterea experientiala a clinicianului. Ea integreaza cele trei surse esentiale ale cunoasterii medicale de care vorbea definitia lui Sackett: cea mai buna evidenta din cercetare, experienta clinicianului si valorile si preferintele pacientului, si din aceasta hibridare rezulta intr-un model de practica generala, model care nu poate insa sa raspunda exact fiecarui caz clinic in parte. Focusul medicinei bazate pe evidente este indreptat spre producerea, evaluarea si utilizarea datelor depersonalizate, colectate prin trialuri controlate, randomizate si pe analizele retrospective ale datelor populationale. Astfel, ea prezinta avantajele unei mod de cunoastere diferit de cel din studiile de caz si alte cercetari efectuate pe loturi mici. Ea nu este nici un compendiu al cunoasterii medicale, ci numai o explicare a acelei parti din cunoasterea medicala care este propozitionala, adica aceea cunoastere despre adevaruri generale. Aceasta evidenta clinica externa poate informa, dar nu poate inlocui experienta clinica directa a clinicianului si doar expertiza acestuia este cea care decide daca evidenta externa se aplica pacientului din fata lui si daca ea trebuie integrata in decizia diagnostica si terapeutica. Aceasta arata ca exista un spatiu intre cercetarea medicala si practica la patul bolnavului (Masic si colab. 2008), spatiu care i-l va umple totdeauna clinicianul de la patul bolnavului. Toate acestea justifica ideea ca medicina bazata pe dovezi inseamna doar utilizarea constienta, explicita si judicioasa a celei mai bune evidente pentru luarea deciziilor de ingrijire pentru un pacient (Sackett si colab. 1996).

Medicina bazata pe dovezi a devenit rapid o abordare dominanta in medicina clinica. Aceasta abordare a devenit asa populara in mare parte din cauza esecului altor forme de explicare privind cauzalitatea in medicina si mai ales a rezultatului tratamentelor. Judecata mecanicista in practica clinica pornea pe de-o parte, de la cunoasterea variatelor mecanisme fiziologice ale corpului si identifica locul disfunctiei, iar pe de alta parte, pe asocierea repetata a

evenimentelor care sustineau cauzalitatea acestor disfunctii. In contrast, medicina bazata pe dovezi se bazeaza pe recomandările terapeutice evidentiate din studii de calitate deosebita care evidentiaza rezultatele unui anumit tip de tratament si nu pe justificarea mecanistica a acestuia, ignorand justificarea cauzala mecanistica caracteristica unei anumite boli. Spre deosebire de explicatiile mecaniste cauzale, in medicina bazata pe dovezi evidentele sunt de alta natura, mai ales de natura statistica, si aceste evidente se ierarhizeaza in functie de puterea epistematica si de metodologia folosita pentru a extrage aceste evidente, precum strategia de alegere a lotului de studiu, esantionarea, randomizarea, metodele de masurare a variabilelor clinice si a rezultatului, etc., iar legaturile cauzale sunt trecute pe planul doi. O citire epistematica a ierarhiei evidentelor arata ca metodele plasate mai sus in ierarhie prezinta o putere cauzala mai mare decat cele plasate mai jos. Ierarhiile evidentelor au fost mai tarziu criticate ca ignorand experienta clinica si mecanismele fiziopatologice legate de efectele tratamentelor

Aceasta ierarhie ne permite sa localizam cea mai buna evidenta atunci cand dorim sa alegem o interventie medicala in fata unei boli anume. Ierarhiile medicinei bazate pe evidente aranjeaza studiile stiintifice cu scopul maximizarii rigori metodologiei de cercetare si minimalizarii perturbarilor legate de cercetatori si sponsori, pornind de sus in jos, respectiv de la cele mai confidente la cele mai putin confidente. Astfel, in virful piramidei se pozitioneaza trecherile in revista a studiilor sistematice si a meta-analizelor, apoi a trialurilor clinice controlate si randomizate, iar la baza se afla opinia expertului si experienta clinica anecdotica. Exista diferite ierarhii pentru diferite tipuri de probleme si este posibil ca clinicienii sa nu fie totdeauna de acord cu aceasta clasificare pentru un anumit tip de problema. Imaginea din fig. nr. 1 reprezinta ierarhia evidentelor furnizata de National Health and Medical Research Council (2014).

Mai jos sprezent o trecere succinta in revista a evidentelor care participa la piramida acestora din medicina bazata pe evidente (Kendall, 2008; Hoffman si colab. 2013; Wallace si colab. 2022).

1. Trecherile sistematice in revista a studiilor si meta-analizele lor.

Trecherile in sistematica in revista a literaturii, de fapt a studiilor stiintifice conduse cu rigoare metodologica, cu sau fara meta-analize, sunt in general considerate sa furnizeze cea mai buna evidenta pentru toate tipurile de intrebari. Procesul de trecere in revista sistematica se desfasoara timp de ani de zile pentru a fi complet si este mereu revizuit prin adaugarea

rezultatelor studiilor recente. Cu toate acestea, pozitia revizuirilor sistematice in varful ierarhiei nu este absoluta.

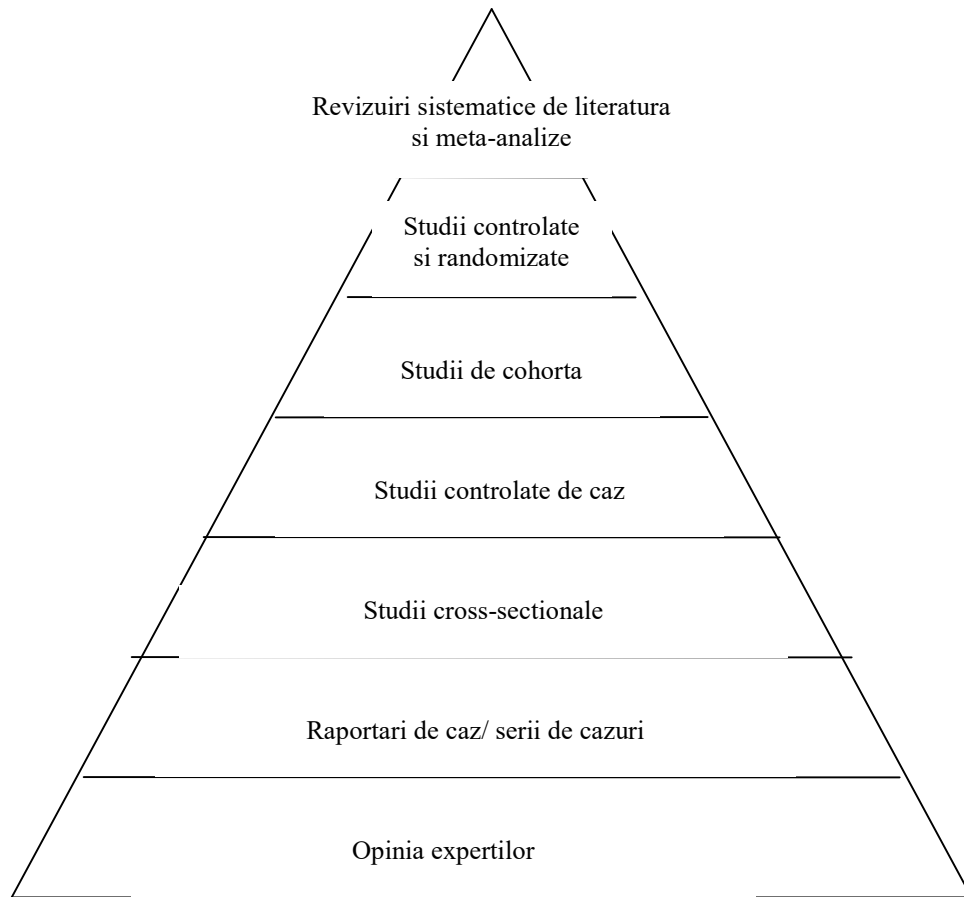


Fig. Nr. 1: Ierarhia evidentelor din Medicina Bazata pe Evidente (National Health and Medical Research Council, 2014).

O revizuire sistematica a literaturii are mai multe calitati: i) inventariaza studii in care o problema clinica este formulata clar si prezinta o sinteza a cunoasterii ei, ii) utilizeaza metode explicite si sistematice pentru identificarea, selectarea si evaluarea critica a cercetarilor relevante prin colectarea si analiza datelor din studiile care sunt triate si apoi incluse in aceasta analiza, iii) ajuta la identificarea prioritatilor viitoare ale cercetarii stiintifice, iv) ele pot raspunde la chestiuni la care studiile individuale nu pot oferi, v) ele pot evalua si genera teorii despre cum si de ce un fenomen apare si vi) ofera cunoasterea de care are nevoie diferiti utilizatori, de la medici si companiile de asigurari de sanatate, pana la pacienti si managerii din sisteme de sanatate.

Aceste treceri sistematice in revista a studiilor pot sau nu sa includa meta-analizele folosite sa sumarizeze si analizeze statistic rezultatele studiilor incluse. Aceste meta-analize utilizeaza in mod uniform rezultatelor clinice ale studiilor incluse in studiu, ca si cum acesta din urma ar fi folosit esantionul total al tuturor studiilor luate impreuna.

Spre deosebire de acestea, revizuirile narative ale literaturii preiau rezultatele unor studii exprimate propozitional, fara sa tina cont de metodologiile utilizate, ele sunt doar o privire generala asupra "privelistii" stiintifice referitoare la o chestiune clinica. Aceasta revizuire nu are protocoale sau criterii explicite de evaluare a evidentelor (Gurevitch si colab, 2018: Gough si colab. 2019).

2. Trialurile clinice controlate si randomizate

Trialuri clinice controlate si randomizate, atunci cand sunt bine facute, pot furniza o evidenta chiar mai convingatoare decat trecerea in revista sistematica a literaturii. Acestea sunt studii prospective care evalueaza efectivitatea interventiilor in comparatie cu placebo sau un standard existent. Participantii eligibili sunt inrolati si distribuiti aleator la lotul de tratament si la lotul comparativ. In studiile multicentre, randomizarea are loc pentru intregul grup de participantii. In unele studii participantii si personalul studiului pot fi "orbi" la felul cum subiectii au fost alocati. Acest tip de studiu este considerat a avea metodologia cea mai corecta si capabila de a stabili valoarea interventiei.

3. Studiile de cohorta

Studiile de cohorta sunt studii retrospective sau prospective pe o cohorta care reprezinta o populatie specifica de pacienti in care un subset de indivizi au experimentat o expunere anumita, comparativ cu alt subset de indivizi de control si se compara ratele de aparitie in timp a unei variabile la cele doua loturi.

4. Studiile controlate de caz

In acest tip de studii, doua grupuri existente, cu sau fara o boala, sunt comparate pentru a identifica factorii de risc. Acest tip de studii au avantajul ca dureaza putin si sunt economice.

5. Studiile cross-sectionale

Aceste studii sunt cele in care datele populationale sunt colectate intr-un anumit punct in timp cu masurarea simultana a altor variabile si a rezultatului.

6. Raportatile de caz si seriile de cazuri

Acestea descriu un eveniment clinic precum un diagnostic sau un tratament. In mod tipic, raspotariile de caz se bazeaza pe descrierea a patru sau mai putine cazuri, in timp de seriile de cazuri cuprind peste patru cazuri. Acest tip de studiu permite clinicienilor sa impartaseasca experienta lor in cazul diagnosticelor rare sau prezentarilor neuzuale ale bolilor. Totusi tragerea concluziilor din acest studii este destul de neconcludenta pentru ca exista probabilitatea ca ele sa fie influentate de raportori si din cauza lipsei lotului de control. Aceste studii pot reprezenta un ajutor la generarea ipotezelor din alt gen de studii.

7. Studiile observationale

Studiile observationale sunt bazate pe practicile clinice curente ale medicilor curanti si raportorul nu intervine si nici nu schimba practicile de ingrijire furnizate. Rapoartele de caz nu au grup de control, asa cum se intampla in studiile analitice, precum studiile cross-sectionale sau studiile de cohorta. Ele sunt expresia activitatii clinice la patul bolnavului.

Nu toata lumea agreeaza ierarhia evidentelor prezentata mai sus pentru ca exista mai mult contra-argumente, mai ales cele referitoare la analiza trecerilor sistematice ale literaturii si a meta-analizelor, plasate in varful ei. Acestia spun ca ierarhia traditionala reprezinta de fapt o ierarhie a validitatii interne, adica a marimi riscului interferentelor, influentelor si prejudecatilor celor care au facut studiul respectiv. Daca s-ar tine cont de validitatea externa, adica de aplicabilitatea rezultatelor studiilor, atunci studiile controlate si randomizate ar fi in varful piramidei (Tomlin si Borgetto, 2011; Agoritsas si colab. 2015). La aceasta critica se mai adauga ca nu toate studiile luate in considerare in trecerile in revista prezinta o uniformitate metodologica sau statistica care sa le face indrituite sa fie luate impreuna. Nici meta-analizele nu au scapat de ochii critici pentru ca exista o totusi o dependenta slaba a rezultatului in functie de strategia analitica folosita. Aceste ratiuni au facut ca se redacteze un ghid destinat sa ajute la selectarea studiilor cuprinse in trecerile in revista si in meta-analize. Acest ghid, "*The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*" (PRISMA), publicat in 2009, cuprinde o lista de 27 itemi care dirijeaza felul cu se poate realiza revizuirii de literatura si meta-analize de calitate (Moher si colab. 2009; Liberati si colab. 2009). Ulterior a fost publicata versiunea PRISMA-2020 ce include noi linii directoare reflectand progresele metodelor de identificare, selectionare si sintetizare a studiile luate in considerare. Au rams cei 27 de itemi dar au suferit unele modificari ce faciliteaza implementarea lor (Page si colab. 2021).

Odata ce fundamentul medicinei bazate pe dovezi a fost construit prin ierarhizarea evidentelor, a devenit necesară clarificarea felului cum cunoașterea propozițională înglobată în aceasta poate fi făcută compatibilă cu cunoașterea cerută de practica clinică efectivă. Mai simplu spus, ce fel de cunoaștere necesită practica clinică? Astfel, au apărut ghidurile clinice care reprezintă un mecanism de a face ca evidențele științifice disponibile să devină operaționale pentru practicienii de la patul bolnavului. Aceste ghiduri furnizează recomandări pentru luarea deciziei clinice sau managementul pacientului, recomandări care sunt legate de evidențele reliefate de tipurile de cercetări summarize în piramida evidentelor.

Existența modernă a ghidurilor clinice începe în anii 1990 la Institutul de Medicină al USA care definea ghidurile ca: dezvoltarea sistematică de afirmații care să ajute deciziile practicienilor și pacienților pentru cele mai bune îngrijiri ale sănătății în circumstanțe clinice specifice (Field și Lohr, 1990). Redactarea primelor ghiduri a ținut seama de identificarea subiectului ghidului, identificarea și evaluarea evidentelor, translatarea evidentelor în ghid de practică clinică și ținerea acestora la zi (Shekelle și colab. 1999). Astăzi, ghidurile iau în considerare următoarele probleme: i) identificarea factorilor de risc pentru condiția clinică respectivă, ii) criteriile de diagnostic, iii) factorii de prognostic, cu și fără tratament, iv) beneficiile și riscurile a diferitelor opțiuni de tratament, v) resursele asociate cu diagnosticul diferențial și opțiunile de tratament și vi) experiențele pacienților cu aceste intervenții (Woolf și colab. 2012). Există astăzi o sumedenie de ghiduri clinice formulate de comitete editoriale naționale și unele din ele au capatat o răspândire internațională, cum sunt ghidurile NICE (*National Institutes for Health and Clinical Excellence*) în Marea Britanie sau cele promovate de “*National Guideline Clearinghouse*” în SUA. Existența unui număr impresionant de ghiduri clinice a generat o reacție a comunității științifice internaționale de a crea o metodologie de evaluare a calității lor. Astfel a apărut grupul de lucru “*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*” (GRADE) care a avut ca scop gradarea recomandărilor de îngrijire a sănătății în funcție de calitatea evidentelor și justificarea recomandărilor (Atking și colab., 2004; Schunemann și colab. 2006). Recomandările GRADE a devenit un cadru transparent pentru evaluarea evidentelor alese în respectivul ghid și a recomandărilor pentru practica clinică. El este cel mai folosit instrument pentru a grada calitatea acestor ghiduri, și este susținut de peste 100 de organizații științifice medicale din toată lumea (Guyatt și colab. 2008).

Astăzi aceste ghiduri clinice se găsesc peste tot, am putea spune că ele sunt utilizate pe larg practica clinică atunci când se AUDIT-ează unități sanitare pentru certificare sau recertificare, dar și atunci când medicii sunt confrunțați cu probleme litigioase sau atunci când societățile de asigurări medicale redactează o listă cu procedurile și practicile pe care vor rambursa. Hutchison și Rogers (2012) fac o listă cu cinci factori care au condus la răspândirea acestor ghiduri. În primul rând medicina bazată pe evidente face acum parte din educația medicală, încă de pe bancile facultății medicii sunt învățați să acceseze rezultatele cercetării medicale și să utilizeze evidența în deciziile pe care le iau; utilizarea evidenței științifice face parte din "bună practică", cod după care activitatea medicului este judecată. În al doilea rând, substanța conceptului de medicină bazată pe evidente este pe larg promovată de organizațiile profesionale în vederea creșterii calității actului medical și a reducerii variabilității lui. Aderența la ghidurile clinice este astăzi pe lista de AUDIT ca măsură de evaluare a calității îngrijirii sănătății. Managerii statali ai sănătății au tot interesul de a dezvolta și promulga ghiduri de bună practică bazate pe evidente mai ales acolo unde evidența arată că o intervenție mai ieftină și tot atât de eficientă ca și una scumpă. Trebuie să menționez că ghidurile NICE prezintă pe paginile sale un link "*save money*" ce permite o privire asupra economiilor pe care aplicarea lor le-a generat. Și în ultimul rând, atât doctorii cât și pacienții utilizează aceste ghiduri în litigații; atunci când medicii aderă la aceste ghiduri au mai multe șanse să se apară în litigii atunci când practica lor a fost bazată pe ghiduri clinice.

La sfârșitul acestei secțiuni trebuie să mai adăug și eforturile pentru a face treceri în revistă sistematice și meta-analize de cea mai bună calitate a organizației non-profit numită "*Cochrane Collaboration*" fondată în 1993 după numele epidemiologului Archie Cochrane, cel care a dat startul căutării dovezilor pentru a practica medicală științifică. Organizația Cochrane Collaboration este o organizație internațională bazată de activitatea voluntară a mai mult de 30.000 de experți din toată lumea și de 53 de grupuri de evaluare ce reprezintă zeci de instituții de cercetare răspândite pe glob. Această organizație are ca scop efectuarea de treceri în revistă și meta-analiză a literaturii medicale on-line pentru a scoate în evidență cele mai prodigioase metode de intervenție și investigații medicale. Aceste treceri în revistă sunt grupate în funcție de specialitățile medicale. Principalul produs al Colaborării Cochrane este "Biblioteca Cochrane" o colecție de baze de date care conține aceste treceri sistematice în revistă a literaturii și meta-analize grupate pe șase domenii medicale. Toate produsele Cochran sunt postate pe internet și

sunt disponibile oricărui persoane care accesează adresele web Cochrane. Aceste produse sunt revizuite periodic pentru a fi aduse la zi și astfel Biblioteca Cochrane reprezintă astăzi una din sursele cele mai autorizate și democratice de cunoaștere medicală (Dickersin și colab., 2002; Chandler și Hopewell, 2013).

Mai jos prezint o listă și adresele web ale bazelor de date Cochrane:

- The Cochrane Library prin accesarea organizației Cochrane Collaboration, <http://www.cochrane.org>)
- The Cochrane database of systematic reviews: o colecție a textelor complete a revizuirilor sistematice ce prezintă cele mai bune evidente de eficacitate ale unor intervenții medicale; <http://www.cochrane.org/reviews/index.htm>
- The DARE: include trecere sistematică în revista a literaturi care au fost efectuate și au fost publicate în afara organizației Cochrane; <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb>
- The Cochrane Controlled Trials Register (CENTRAL): o bibliografie a peste 250.000 de trialuri controlate și randomizate, dar care nu este accesibilă liber; <http://www.clinicalevidence.com>;
- Centre for Reviews and Dissemination database; <http://www.crd.york.ac.uk/crd-web>.

7.6.2 Cunoașterea expertului

Epistemologia medicală modernă este dominată de dezbaterile dintre cunoașterea propozițională și cea experiențială, dintre cunoaștere obiectivă și cea subiectivă și dintre cunoașterea promovată studiile științifice aflate la vârful piramidelor evidentelor și cunoașterea individuală a medicului practician cu experiența plasată la baza piramidei evidentelor.

S-a zis mereu că medicii aparțin unei caste profesionale speciale, că ei tind să apără ca purtătorii unei cunoașteri personale (Handy, 1981), că această cunoaștere este identificată ca fiind a medicilor experți. Puterea acestor experți se bazează atât pe serenitatea lor dar și pe o autoritate carismatică. Ei posedă vocea cu cea mai mare autoritate și faimă. Puterea autorității și a carismei sunt parte a culturii specific medicale! Pretentia că cel puțin unele aspecte ale cunoașterii medicale derivă din experiența profesională la patul bolnavului și că este prezervată de experți este pretentia centrală care stă la baza organizării profesionale și educaționale a medicinei. Se clamează că cunoașterea medicală are dreptul de a prezerva un corp de experți ai profesiei medicale care sunt priviți ca și custodieni ai unei cunoașteri științifice.

Clara Barroso (2013) dezvoltă problema rolului epistemologic al expertului medical și prezintă un tablou destul de succint al acestuia. Ea spune că un medic este ca un investigator

care lucrează să clarifice cu ce fel de probleme se confruntă în îngrijirea unui bolnav și ce soluții pot fi aplicate. În acest proces, medicul utilizează atât componente obiective și cognitive, cât și componente subiective furnizate de experiența personală și de percepție personală, percepții ce sunt mediate de cunoașterea medicală prealabilă. Ca și cercetătorul științific, agent epistemic al cunoașterii experimentale, medicul utilizează anumite teorii pentru a analiza datele și faptele pe care le culege. Totuși, spre deosebire de cercetător, analiza medicului încorporează și experiența lui profesională anterioară și factorii care mediază felul cum problema este percepută și diagnosticată. Astfel, datele culese de la sursa inițială de informație, pacientul, trebuie să fie “traduse” de medic în funcție de experiența anterioară cu scopul de a identifica boala pacientului. Cu alte cuvinte, dincolo de evidența obiectivă prezentată de semnele fizice, pacientul transmite informații care trebuie să fie filtrate de medic, care finalmente stabilește ceea ce merita să fie luat în considerare și ce trebuie ignorat, cu scopul de a face diagnosticul. Acest proces include factori de incertitudine care trebuie luați în considerare când considerăm statutul epistemologic al medicinei. Astfel, ceea ce constituie cunoașterea expertului este constituită din asociația diferitelor componente ale cunoașterii pacientului, cu diferite nivele de incertitudine, care sunt absolut necesare pentru a defini boala și a propune soluții de tratament și prevenție. În termeni epistemologici, cunoașterea expertului este multiplă și încorporează aspecte care nu pot fi precis măsurate.

De secole, medicina este considerată să fie cunoașterea expertului ce înseamnă abilitatea de a construi o tablou coerent din interacțiunea dintre diferite tipuri de informații. Barroso (2013) spune că munca expertului este caracterizată de dezvoltarea unor abilități heuristice care vor ghida cum el investighează și cum construiește cunoașterea... este abilitatea de auto-organizare a informațiilor subiective și obiective care este specifică fiecărui caz, împreună cu abilitatea de a atribui înțelesul informației care ghidează continuu procesul investigației de obținere a cunoașterii. Deși cunoașterea expertului nu este lipsită de un grad de subiectivitate sau incertitudine, prin felul cum este organizată medicina, există un mecanism de confirmare intersubiectivă a proceselor prin care se validează anumite cunoașteri recunoscute de comunitatea medicală.

De pe partea cealaltă a monedei, Marshall (1997) prezintă un tabloul general despre mișcările interne din interiorul culturii medicale arătând cum medicina bazată pe dovezi a dus la democratizarea accesului la cunoașterea științifică, la un asalt asupra ierarhizării senioriale a

prestigiului științific. Autoritatea tradițională a seniorului clinician poate acum să fie subminată de un medic începător dar care este tot atât de bine informat. Un practician generalist poate deveni mai bine informat într-un domeniu specific decât un specialist în spital. Medicina bazată pe dovezi, este pe cale de a înlocui deferența tradițională față de senioritate și autoritate carismatică. Specialistul în ghidurile clinice, derivate din piramida evidentelor, va deveni noul lider de opinie și va da o lovitură de palat mai curând decât o revoluție populară. Nu e de mirare că dezbaterile sunt atât de fierbinti și că focusul lor este tintit pe personalități. Ceea ce a făcut centrele Cochrane, presarate în jurul lumii, a dus la îmbunătățirea accesului la cunoștințe de calitate, de netagaduit, și la mărirea numărului de voci care iau parte la dezbaterile epistemologice. Și Marshal încheie discursul său spunând că oligarhia expertizei profesionale este sub atac; persoanele cu autoritate în profesie își vor vedea declinul voci lor. Dar dincolo de tablouri emotionale poate sta o discuție calmă și rece despre justificările credințelor noastre la un moment dat.

Acum este momentul să revenim la teoria justificării adevărului. În filozofia contemporană analitică există două școli de gândire despre justificare, adică despre cum încercăm noi să susținem că adevărat ideile în care credem. O școală este reprezentată de evidentialism care spune că justificările vin din conținutul direct al experienței mediate de percepție, memorie, intuiție și introspecție. Problema esențială este procesul prin care evidentele sunt generate, mai curând decât posesia evidentei ca atare care justifică credința. Acest proces este mental, iar sursa justificării în acest caz este internă. Cealaltă școală este reprezentată de confidentialism care susține că metodele prin care izvorăsc ideile în care credem pot include percepția sau memoria, dar sursa justificării pentru cunoaștere este externă (Hutchison și Rogers, 2012). Medicina bazată pe dovezi aparține școlii confidentialiste a justificării pentru că se bazează pe ideea că justificările pentru cunoașterea medicală sunt externe, ele sunt reprezentate de evidente care pot fi ierarhizate conform puterii lor epistemice. În schimb, cunoașterea expertului medical derivă din credința că procesele mentale precum intuiția și raționamentul clinic, experiența, sunt evidente mediate intern.

Avocații confidentialismului în medicină susțin că justificările trebuie să fie obiective și ferite de interferențe personale sau impurificările date sau alte ingerințe decât cele strict medicale. Sustinătorii sursei interne a justificării evidentelor în medicina clinică critică în primul rând valoarea nestemată a studiilor randomizate și controlate ca furnizând doar un adevăr

statistic, o probabilitate a unui rezultat într-un anumit curs al acțiunii. Or această cunoaștere obținută prin analiză statistică a datelor trebuie tradusă în ceva relevant față de pacientul particular pe care medicul îl îngrijește. Este vorba aici de translatarea de la general la particular, ceea ce numai expertul o poate face cel mai bine. Am putea spune că expertul este expresia a ceea ce Elizabeth Potter (1993, citată de Hutchison și Rogers, 2012) numea "individualism epistemic" care amintește de faptul că un individ singur, angajat într-un proces de meditație și alte procese mentale precum intuiție, imaginație, memorie, creație, este capabil să identifice și să aibă aceeași cunoaștere fundamentală.

Medicina bazată pe evidente presupune că un clinician în fața unui anumit pacient ajunge la aceeași concluzie cu altul clinician care stă în fața aceluiași pacient, adică clinicienii sunt intersanjabili din punct de vedere epistemic. Ca și cum cunoașterea vine gata distilată, gata de folosit de orice doctor pentru orice pacient! Expertul este însă persoana care ține cont de cazurile pe care le-a avut în îngrijire în toată cariera lui, pune preț pe anecdotică mai mult decât pe general, pentru el poveștile și întâmplările joacă un rol crucial pentru înțelegerea evidentelor; el are o cunoaștere tacită. Pentru acest lucru el este o persoană independentă, autonomă, propria creație epistemică bazată pe propriile experiențe de succes și eșec. Desigur că el nu poate fi considerat ca sursă a cunoașterii generale, dar este păstrătorul unei cunoașterii care nu se găsește în altă parte!

Încă de la început, Sackett și colab. (1996) spuneau că este o greșală să gândim că ghidurile clinice sunt singura sursă relevantă pentru deciziile clinice. Ei susțineau că medicina bazată pe dovezi, care este o cunoaștere propozițională, nu poate înlocui cunoașterea medicului de la patul bolnavului care are o cunoaștere "*know-how*", o cunoaștere tacită, intuitivă, experiențială și subiectivă. *Fără expertiză clinică, practica riscă să fie tiranizată de evidentele externe, chiar cele mai bune evidente externe nu pot fi aplicabile sau pot fi nepotrivite la un individ. Dar și fără cele mai bune evidente externe, practica riscă să devină rapid demodată în detrimentul pacientului* (Sackett și colab. 2000). Pe lângă toate acestea, nu trebuie uitat pacientul, cu preferințele și valorile lui. Și el este agent epistemic, și el este un "individualist epistemic", are propriile modele explicative, idiosincraziile lui față de sistemul medical, și propriile speranțe și așteptări. De multe ori, cautând să masoare atât de mult evidentele, medicul uită să se uite la particularitățile existențiale ale pacientului. Medicina modernă se bazează, cel

putin dezirabil, pe triumvitatul dintre cele mai bune evidente ale cercetarii, opinia expertului si valorile si preferintele pacientului.

7.6.3. Cunoasterea libera de valori ("*value-free*") vs cunoasterea incarcata de valori ("*value-laden*")²

Daca privim un tablou si ne gandim care este valoarea lui putem sa luam in calcul costul vopselelor, a panzei, a ramei si a orelor de lucru, dar daca tabloul acesta ne place ne vom gandi oare cat ne va costa pentru ca sigur valoarea lui va fi mult mai mare decat a materialelor folosite in sens strict. O bucata de panza vopsita are valoarea data de pretul ei atunci cand o cumperi, si spunem ca este lipsita de importanta, de semnificatie, nu poarta intelesuri, nu are un scop in sine, nu serveste la nimic, este "*value-free*". Cand este vorba de panza unui tablou, ca in exemplu de fata, valoarea lui este data de semnificatia, intelesul, scopul, importanta, simbolul pe care-l poarta, despre cine a pictat tabloul, cat de valoros este pictorul, ce subiect a pictat, cat de frumos, de ce scoala apartine maniera picturii, perioada in care a fost pictat, in ce conditii se afla pictura, si putem spune ca tabloul acesta poarta cu el o valoare care la randul ei este legata de cel care o evalueaza, de gusturile si inclinatiile lui, de interesele lui, este "*value-laden*". Sa mai luam exemplul unui document medical pe care este scris diagnosticul medical al unui pacient. Pentru o persoana oarecare, acest document are doar valoarea hartiei si nimic mai mult, pentru persoana careia ii apartine documentul valoarea este foarte mare, este vorba de diagnosticul bolii de care sufera, este vorba de simptomele pe care le are, prognosticul ei, dificultatile si dizabilitatile functionale, da tratamentul recomandat, etc., ea este incarcata de valoare pentru aceasta persoana. In spatele pasiunilor noastre, a intereselor, scopurilor si actiunilor este credinta noastra ca ele reprezinta ce este valoros, ce merita. Valorile servesc ca factori motivationali sau inhibitori ai actiuni umane.

Valorile pot fi si obiective, adica sunt independente de gandurile, emotiile si experienta noastra, sunt valorile care izvorasc din felul cum lumea fizica este alcatuita. Cele subiective sunt valori care sunt in mintea noastra, valori care tine de dorintele si pasiunile noastre. In felul aceste putem intelege de ce teoriile despre valori in axiologie sunt impartite intre subiectivism si obiectivism. Valorile subiective depend de persoana, pe cand cele obiective sunt independente de persoane. Subiectivismul spune ca valoarea este relativa in natura si reprezinta o proiectie a

² Trebuie se spun ca am avut dificultati sa gasesc echivalente in limba romana a termenului de '*value*' din limba engleza care defineste un concept foarte important atunci cand discutam despre epistemologia stiintei.

semnificației pe care o da cel care evaluează, iar obiectivisti susțin că există surse sau standarde care sunt separate de emoții și judecăți personale.

Discuția despre subiectivism și obiectivism în interpretarea valorilor este foarte importantă în știință. Această discuție a fost foarte aprinsă în sec. XX. Pozitivisti au spus că știința este "*value-free*" adică ea este universală, egală în importanță pentru toți, rezistentă la prejudecăți sau alte interferențe subiective, pentru că știința este faptică, obiectivă, indiferent dacă pentru cineva contează sau nu. Oamenii de știință erau și ei priviți ca obiectivi, ei erau liberi de influențe precum interese, inclinații, prejudecăți, utilitarism, sponsorizări, prestigiu, renume, etc. Acest punct de vedere a fost atacat de Thomas Kuhn (1977) care a clamat că justificarea cunoașterii științifice cere transformarea criteriilor obiective de apreciere în valori subiective similare, valori care influențează justificarea cunoașterii deși nu o determină. Când spunem că o cercetare științifică este valoroasă, noi, conștienți sau inconștienți, atasmă preferințele noastre, interesele și istoria noastră, subiectivismele noastre. Astăzi este acceptată ideea că cunoașterea științifică nu este totalmente "*value-free*" ci este în parte dirijată de valori individuale, sociale și politice. Începând de la cercetător, care va alege subiectele în funcție de preferințele lui, de interesele lui academice, până la cei care vor alege anumite teme de cercetare pentru a le sponsoriza, de la cei care dirijează politica generală de cercetare până la cei care pun sau nu în lumină o cercetare, toți vor influența într-un fel sau altul în mod subiectiv știința "obiectivă". Lucrul acesta a devenit evident încă din sec. XIX când matematicianul și fizicianul francez Pierre Duhem spunea că observațiile științifice nu pot fi făcute de un observator naiv, ci numai dacă cineva este cunoscător a unui domeniu, care a înțeles teoriile acestuia, conceptele și metodele care susțin aceste observații. Mai mult, orice observație dată a fost rezultatul unui număr mare de teorii nearticulate, ipoteze, supozitii și deducții care au ghidat metoda de selecție și interpretare a observației. Deci lucrurile nu sunt "randomizate", ceea ce ar genera obiectivitatea metodologiei observației (citată de Harari, 2001). Alegerile metodologice nu sunt libere de interferențe, o teorie care trebuie testată este inextricabil legată de alte teorii care sunt susținute de utilizarea unor instrumente care pot fi alese în mod constant, iar Nelson Goodman (1968) afirmă că lumea poate fi construită într-o varietate de moduri care depind de scopuri și interese particulare.

Cu toate acestea, științele naturii au rămas ca fiind un exemplu tipic de domeniu "*value-free*", în opoziție cu științele sociale, și în parte cu științele biologice, care sunt încărcate de alegeri subiective, prejudecăți și afilieri ideologice care sunt "*value-laden*". Toate aceste "valori"

indeplinesc si o functie epistemologica, pentru ca in final ele influenteaza justificarea si cautarea evidentelor intr-un domeniu de cunoastere. McMullin (1982) clasifica valorile din stiinta ca epistemice si non-epistemice. Valorile epistemice sunt cele care duc la progresul stiintei si dau veridicitate afirmatiilor stiintifice, ele cauta sa fie congruente cu teoriile stiintifice prezente. Valorile non-epistemice sunt acele valori care pot fi utilizate cand valorile epistemice nu reuseste sa faca distinctia dintre adevarat si fals, ele nu intaresc statutul epistemic al teoriei, dar reflecta credintele culturale, sociale, politice si religioase la un moment dat.

Dupa Alfred Tauber (2005) valorile sunt de trei feluri: i) cantitativ, in termeni de valoare a ceva, ii) atributiv, in termeni ca ceva determina valoarea si iii) axiologici, in termenii unui principiu pe baza caruia un utilizator confera aceasta valoare. Astfel, in medicina exista o diferenta intre valoarea axiologica si preferinta personala, preferinta personala jucand un rol in ideile noastre despre valoarea sanatatii si bolii, valoarea unui tratament, valoarea unei investigatii, dar valoarea cantitativa sau valoarea atributiva este valoarea recunoscuta de mai multi oameni, de grupuri, de societate si nu de preferintele individuale.

In medicina problema valorilor este foarte importanta pentru ca influenteaza felul cum cunoasterea in medicina progreseaza si cum se aplica. Valorile pe care atat pacientul cat si furnizorii ingrijirilor de sanatate le iau sau la care subscriu influenteaza nu numai cunoasterea si practica medicala contemporana dar si felul cum aceasta cunoastere este folosita. Acestea sunt conceptele pe care le folosim pentru a explica cum si de ce variate realitati conteaza in domeniul sanatatii. Cassell (1991) spunea ca o medicina value-free este o contradictie in termeni. Mai mult ca in alte domenii ale cunoasterii, valorile in medicina sunt atat epistemice, ducand cunoasterea mai departe, cat si nonepistemice, cele care au la baza doar utilitarismul si practica. Medicina este cazul particular in care dezvoltarea ei ca stiinta tinde sa fie "*value-free*", iar in practica la patul bolnavului ea tinde sa fie "*value-laden*" (Munson, 1981). Astfel putem accepta ca medicina este epistemologic duala si putem vorbi si de cele doua versante ale valorilor utilizate de medicina. Astfel putem vorbi de valorile care sunt necesare pentru a obtine un tablou comprehensive al pacientului, pentru aplicarea cunoasterii medicale la un pacient particular, dar si despre pozitiile care mandateaza gandirea medicala in termenii faptelor obiective si permite dezvoltarea ei ca demers stiintific. Ori cum ar fi, valori subiective sau obiective, valorile din medicina au ca sursa felul cum societatea interpreteaza sanatatea si boala, care e scopul ingrijirilor medicale in general, la care se adauga valorile tranzactionale, dialogice, care tin de

intalnirea medicului cu pacientul sau. Daca pentru omul de stiinta scopul este de a face generalizari abstracte din experimentele intreprinse, mai curand decat o cunoastere a trasaturilor specifice ale esantionului studiat, pentru clinician munca cu pacienti specifici inseamna a descoperi cat de mult difera unul de altul si cum aceste diferente sunt atat de importante pentru a personaliza tratamentul. Cunningham (2015) spune ca medicina este o stiinta care cocheteaza cu dihotomia dintre valori si fapte. Pentru el medicina este o stiinta "*value-free*" pentru faptul ca are la baza explicatii stiintifice, si o practica "*value-laden*" pentru ca este focusata pe intelegerea particularului la un pacient anume, si aceasta intelegere nu este stiintifica, ci mai curand hermeneutica. Foarte plastic se exprima Eric Cassell (1995, 2004) cand spune ca in practica mediciei adopta o intelegere ingusta a conceptului de obiectivitate si o intelegere multifacetata a subiectivitatii; a fi subiectiv conoteaza cu a fi specific, local si particular, a lua in considerare sentimente, idei si intelegeri.

Pentru Heather Douglas (2004, 2009) in medicina nu avem de-aface cu o obiectivitate absoluta, ca in stiintele naturii precum fizica, chimia, ci cu mai multe feluri de obiectivitate precum o obiectivitate convergenta, cand mai multe moduri de obtinere a cunoasterii converg sau o obiectivitate concordanta, cand mai multe seturi de observatii concursa la obtinerea unei date si o obiectivitate interactiva, cand mai multe persoane delimiteaza pentru obtinerea unui rezultat unitar. Aceasta face ca tipul de obiectivitate in medicina sa fie exceptional de complex si intretine discutia ca stiinta medicala nu este pe de-antregul "*value-free*". Rolul pe care valorile in joaca in stiinta medicala indica ca idealul "*value-free*" al obiectivitatii nu este tangibil. Valorile sunt totdeauna prezente aici.

Cand cercetatorii aleg o tema de cercetare o fac in functie de predilectiile lor, de inclinatiile si prejudecatile lor, de capacitatea de a le duce la bun sfarsit, de legatura cu prestigiul si renumele lor, de pozitia academica, de faptul ca aceste cercetari vor fi sponsorizate sau nu, functie de alte criterii subiective interrelationale, daca rezultatele cercetarilor vor fi publicate sau nu in functie de procesul de "peer-review" care nici el nu este pe deplin lipsit de influente, etc. Daca se arunca o privire fugara pe revistele medicale se va vedea ca la fiecare publicatie autorii sunt obligati sa ataseze lista cu sponsorizarile si alte interese pe care le-au avut cu firmele de medicamente sau alte organizatii cu profil economic si aceasta lista este una lunga. Procesul de promovare academica, de ierarhizare profesionala, de obtinerea gradelor profesionale, in final chiar procesul de atribuire a beneficilor pecuniare, este "*value-laden*". Si posturile pe care

oamenii de știință le îmbrățișează ar mai putea continua. Atunci, se pune întrebarea cât de neutre valoric sunt meta-analizele sau trecerile sistematice în revista a literaturii care stau în vârful piramidei evidentelor? Sunt studiile controlate și randomizate privitoare la noi produse medicamentoase pure valoric? Cum sunt ele atribuite, caror echipe de cercetare? Participanții la cercetare cunosc sponsorii, cunosc rezultatele finale dezirabile? S-a spus că ei ar trebui să fie "orbi" și în această privință! Toate acestea susțin ideea naturii multi-level al explicației în medicina, a gradelor ei de obiectivitate și mărimea cu care ele interacționează justificând o afirmație medicală. Schaffner (1993) spunea că medicina clinică este o știință, nu pentru că este obiectivă în sensul de a fi "value-free", ci este obiectivă pentru că este produsă de un proces pe care ne bazăm, un proces care poate fi considerat a fi de încredere, la care eu aș adăuga, pentru că altul mai de încredere nu avem!

Ne place să credem că problemele intelectuale din știință au un caracter impersonal, obiectiv, că existând relativ independent de gândirea particulară, de experiențele, scopurile și acțiunile individului. Fără asemenea caracter impersonal, obiectiv, practica medicinei ar fi imposibilă. Mai credem că practica medicinei depinde de generalizările care pot fi confident aplicate și științific demonstrate. Și Saunders (2000) continuă aceste idei afirmând că în acumularea unei asemenea cunoașteri, medicii, ca și alți intelectuali, împărtășesc experiența individuală prin mitinguri și publicații. În comunitatea lor profesională, această intersubiectivitate stabilește obiectivitatea științei și astfel cunoașterea poate fi public testată. Această abordare trebuie să fie subsumată ca o doctrină a empirismului standard în care scopul specific al cercetării este de a produce o cunoaștere și adevăr obiectiv care să poată furniza explicații și înțelegere. Cunoașterea științifică trebuie să fie izolată de factori psihologici, sociologici, economici, politici, morali și ideologici care tind să influențeze gândirea. Fără aceste precauții, cunoașterea obiectivă a adevărului degenerază în prejudiciu și ideologie.

7.6.4. Construcția socială a cunoașterii în medicină

Modelul cunoașterii în medicină recunoaște că atât cercetarea științifică, cât și practica aplicată interacționează cu alte realități cognitive, precum contextele istorice și sociale în care medicii trăiesc și activează. Astfel, ce este considerat a fi valid în dezvoltarea cunoașterii medicinei nu numai că variază cu noile cuceriri în știința medicală obiectivă dar sunt și o

consecința a interacțiunii acestei cunoaștri obiective cu realitățile sociale. Aceasta relație este explicată pe larg de Conrad și Barker (2010) când au descris conceptul de construcție socială a bolii prezentând o serie de argumente ce susțin că ceea ce este considerat normal sau patologic în medicina este construit social. Interacțiunea dintre medic și pacient se construiește prin negocierea pozițiilor legate de apartenența fiecăruia la o matrice culturală și socială. Din această perspectivă, boala este un construct cultural social și este privită fenomenologic, interpretativ și subiectiv (Wilson, 2000).

Problema relevantă a epistemologiei cunoaștrii sociale este pe de-o parte dacă un individ singur poate accede la cunoaștere, conform curentului descriptivist, și pe de altă parte cum un grup social trebuie să se organizeze pentru a produce cunoaștere confidentă, conform curentului normativist. Pentru Alvin Goldman (1999), reprezentant de frunte al curentului descriptivist, epistemologia socială este o demers ce privește felul cum oamenii urmăresc adevărul cu ajutorul sau împotriva altora. În schimb, Steve Fuller (2000) susține că cunoașterea are nevoie să fie certificată de un grup social. Important pentru cunoașterea în medicina este felul cum Fuller fundamentează modul social de abordare a studiului evidentelor. El descrie patru dimensiuni după care se construiesc evidentele, așa de importante pentru epistemologia medicală: i) evidența nu se bazează numai pe știință, ci și pe întregul corp social al cunoaștrii pentru că, ii) cunoașterea nu este numai o stradanie individuală, ci mai ales una socială, iii) iar ceea ce trebuie cunoscut va fi totdeauna în legătură cu procesele sociale prin care cunoașterea este produsă, și iv) studiul evidentei trebuie abordat în funcție de felul de utilizare a ei în diferite discursuri sociale. Critica nouă a medicinei bazată pe dovezi își are rădăcina în concepțiile de epistemologie socială, care spune că evidentele din vârful piramidei evidentelor nu sunt atât de obiective și "value-free" pe cât se afirmă (Buts și colab. 2012).

În ultimele decenii se asistă la estomparea marginilor dintre științele biologice, precum medicina, și științele sociale. Astfel, sociologia medicinei a devenit un domeniu de cunoaștere atât a medicinei, cât și a sociologiei, iar sociologia cunoaștrii discută de ambele deopotrivă. Cum discută sociologia problema cunoaștrii? Cunoașterea este înțeleasă ca exprimând experiențele colective ale întregii societăți ca și a grupelor particulare, precum religii sau comunități. Cunoașterea include idei, programe și informații dezvoltate și diseminate de un agent al acestora sau de fiecare membru în parte în măsura în care poate fi definit ca "purător de cuvânt", precum doctori, oameni de știință, profesori, etc. Cunoașterea înseamnă cunoașterea

realității sau orice informație, idei sau acte despre ce noi luăm ca real și adevărat despre lume și despre noi. Alfred Schutz (1932/1967) dezvoltă conceptul "depozitul social colectiv al cunoașterii" de la care oamenii obțin ideile, schitele, planurile pentru acțiunile lor și analizele privind lumea. Cunoașterea cuprinde acele moduri perpetue și organizate de gândire și acțiune care ne permit să ne direcționăm spre obiectele lumii noastre și să le vedem ca ceva despre care se poate vorbi (McCarthy, 1996).

Pentru a deveni cunoaștere, aceste idei sau acte trebuie să fie acceptate ca ceva real pentru cei care le vorbesc și pentru alți; dacă cunoașterea nu este împărtășită ea nu este socială! Pe această idee Berger și Luckmann (1966) au generat teorie construcției sociale a realității. Construcția socială a realității se face prin cunoaștere, iar realitatea socială nu este un fapt social în sine, ci ceva produs și comunicat, iar înțelesul sau deriva în și prin sistemele sociale de comunicare. Dar această cunoaștere a realității nu este o oglindă fidelă a existenței materiale, cunoașterea nu este o formă secundară a realității. Această cunoaștere este parțial rezultatul ordinii sociale, dar mai mult este factorul cheie în creierea și comunicarea ordinii sociale.

În cartea lor, *"The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge"* Berger și Luckmann (1966) fac o diferență între societatea ca o realitate obiectivă, care este sedimentată în instituții și depozitul social de cunoaștere, pe care-l menționasem mai sus, și felul cum subiecții care acționează își apropie această realitate prin diverse procese de socializare. Ei subliniază rolul limbajului și a conversației pentru construcția realității sociale împărtășite. Astfel, cunoașterea este tipizată și realizată prin interacțiuni și obiectivată social de diferite instituții, precum instituțiile medicale. Aceste instituții sunt de fapt instituționalizarea diferitelor forme de cunoaștere socială și ele caută legitimizare prin folosirea de vocabulare particulare sau concepte propozitionale simbolice. Această cunoaștere socială este reprodusă și permanentizată prin folosirea limbajului și a discursului. Marshall Sahlins (1976) afirmă cu tărie că orice acțiune umană este totdeauna și irevocabil simbolică în primul rând, și Clifford Geertz (1973) credea că ordinea socială este comunicată și reprodusă prin sisteme simbolice și de semnificație. În cuvintele lui Geertz, omul este un animal suspendat într-o plasă de semnificație și el însuși este un fir. De aici a pornit noua sociologie a cunoașterii cu teoriile semiotice ale lui Swidler și Arditi (1994) care prezintă felul cum organizațiile sociale, precum cea a medicinei sau mass-media, organizează propria cunoaștere în vederea perpetuării puterii sociale pe care au dobândit-o.

Alti sociologi ai cunoasterii (Willer, 1971) vad problema total diferit, respectiv gandirea si cunoasterea sunt determinate de activitatile productive ale societatii, iar existenta sociala primeaza ontologic asupra mentalitatilor, ideilor si modurilor de cunoastere. Cunoasterea este produsa de vietile colective ale oamenilor, produsa de grupuri specifice si elaborata de institutii si profesii precum oameni de stiinta sau medici. Ceea ce fac oamenii prevaleaza fata de ceea ce gandesc sau imagineaza.

Intr-o perspectiva istorica se considera ca odata cu aparitia medicinei de spital de la sfarsitul sec. XIX medicina s-a "stientificat". Descoperirile stiintifice si tehnologice ulterioare au influentat modurile in care cunoasterea medicala este aplicata in laboratoare si spitalele de astazi. A crescut convergenta medicinei cu alte stiinte ale vietii precum biologia moleculara si neurostiintele. Tehnologiile medicale recente si metode precum biotehnologia, genomica si bioinformatica, ca si tehnologiile de imagistica, au furnizat instrumente si proceduri noi de diagnostic si tratament. Aceasta nu numai ca a schimbat fundatiile epistemice ale cunoasterii in medicina, dar a schimbat dramatic modurile in care aceasta cunoastere este produsa, distribuita si aplicata. Dar medicina nu numai ca s-a stientificat dar s-a si socializat! Dupa Buri si Dumit (2007) rolul medicinei in societate a devenit asa de complex, iar discursul medical asa de raspandit, incat se poate spune ca asistam la socializarea biomedicinei pe de-o parte si la biomedicalizarea societatii pe de alta parte. Dupa acesti autori socializarea medicine se refera la procesul prin care societatea este implicata in producerea cunoasterii medicale si a raspandirii ei. Autoritatea si puterea stiintifica a medicilor este analizata din ce in ce mai mult de catre publicul larg si mass-media. Mai mult, organizatiile de pacienti au o influenta din ce in ce mai mare in gestionarea politicilor de cercetare medicala. Biomedicalizarea societatii se refera la procesul prin care biomedicina a influentat transformarile sociale. Un numar mereu crescut de aspecte ale vietii oamenilor au inceput sa fie definite ca probleme medicale, jurisdicția medicala a contropit zone ale cotidianului prin procesul de medicalizare. Au aparut diagnostice noi, comportamentele oamenilor sunt "jurizate" medical. Viata in sine a devenit subiect de noi modele de interventie si guvernanta in sensul lui Foucault; comportamentele sunt echivalate cu o "chimie" a creierului si au aparut noi moduri "farmaceutice" de gandire, prin care compusi chimici sunt considerati ca adjuvanti pentru un comportament social adecvat.

O alta abordare a felului cum societatea influenteaza cunoasterea in general si implicit cunoasterea medicala, este teoria constructivismului social (Lupton, 2003; Andrews, 2012).

Constructivismul social este o teorie care vine în sînjul curenților post-moderniste și post-structuraliste. Ea a debutat în a doua parte a secolului XX, odată cu punerea la îndoială a existenței adevărului și a acurateții capacității noastre de a reflecta asupra lumii. După această teorie, adevărul este produsul relațiilor de putere, el nu este niciodată neutru pentru că totdeauna adevărul este influențat de interesele cuiva. Constructivismul social spune că toate cunoașterile sunt inevitabil produsul relațiilor sociale, de interacțiunea indivizilor cu societatea și că realitatea se referă doar la experiența subiectivă a vieții de fiecare zi, mai curînd decît ca o realitate obiectivă a lumii naturale.

Unii din părinții construcționismului social, Berger and Luckmann (1966/1991), văd societatea ca existînd atît ca realitate obiectivă, cît și subiectivă. Ea este o realitate socială pentru că este influențată de oameni prin rutinele și obiceiurile lor, care ulterior contribuie la formarea “magazinului general social al cunoașterii”. În cazul medicinei, rutinele și obiceiurile oamenilor cu privire la păstrarea sănătății sunt incluse în concepte privitor la felul cum sănătatea, boala și dizabilitatea sunt definite și astfel sunt depozitate în cunoaștere socială obiectivă. Faptul că această cunoaștere este împărtășită cu alții în conversație conduce și la realizarea unei realități sociale subiective. Berger and Luckmann (1966/1991) susțin că conversația este cel mai important mijloc de menținerea, modificarea și reconstrucția realității subiective. Realitatea subiectivă este cuprinsă de conceptele care pot fi împărtășite neproblematic cu alții. Cu alte cuvinte, conceptele nu trebuie să fie redefinite de fiecare dată cînd sunt folosite în conversațiile uzuale și astfel realitatea este luată de bună. În teoria constructivismului social limbajul face posibilă construcția conceptelor și astfel el devine mijlocul prin care gândurile și conceptele mentale devin mijlocul prin care lumea este experimentată (Burr, 1995).

În cazul medicinei, focusul principal al construcționismului social este examinarea aspectelor sociale ale cunoașterii și practicii medicale științifice și laice. El afirmă că boala, suferința și alte stări și experiențe corporale sunt cunoscute și interpretate via activităților sociale și ele trebuie examinate folosind analize culturale și sociale. Cunoașterea medicală este privită ca o serie de construcții relative și dependente de locurile socio-istorice în care ele apar și unde sunt constant negociate. Această abordare generează un mod alternativ de gândire în medicină, respectiv că cunoașterea în medicină este mai mult un produs social decît unul profesional medical. Construcționiștii recunosc că bolile, suferințele, durerile, sunt biologice, dar ele pot fi mai bine înțelese ca traite prin procesele culturale și sociale. Mai mult,

constructionismul social clameaza ca expunand bazele sociale ale medicinei, ale ingrijirii sanatatii si suferinelor, noi putem intelege de ce aceste fenomene devin apte pentru schimbare, negociere si rezistenta in campul social (Lupton, 2003). Constructionismul social ne arata si faptul ca cunoastere medicala fiind intrinsic legata de factorii sociali, ea nu va putea fi nicidata “value-free”, la fel ca si cercetarea medicala care este influentata in acelasi mod. Astfel, din perspectiva constructionismului social evidentele plasate sus in piramida evidentelor nu mai par atat de nealterate de valori, prejudicii, interese si subiectivisme.

7.6.5. Discursul medical

Discursul poate fi descris ca o colectie de cuvinte, figuri de stil, concepte, valori si simboluri. Pentru Foucault (1972) discursul implica toate datele concrete, texte orale si scrise, articole, carti, discutii, institutii si discipline. Ca definitie, un discurs este un set de afirmatii legate mutual si dezvoltate istoriceste care este folosit pentru a defini si a descrie un subiect (Butler, 2002). El este limbajul principal al disciplinelor intelectuale si joaca un rol central pentru institutiile sociale. Prin discurs institutiile sociale isi expun reglementarile practice si isi justifica anumite actiuni. Astfel, Razack (2015) considera ca discursul este un mod institutionalizat de a vorbi despre o anumita problema sociala, iar Macdonell (1991) vedea discursul ca o suma de afirmatii si propozitii care sunt facute intr-un context social, determinate de acesta si care contribuie la modul cum acest context social isi continua existenta sa. Prin discurs se conceptualizeaza practici, idei si institutii. In cazul medicinei, aceste afirmatii sunt produse si construite de contextul profesional medical si social si contribuie la modul in care profesia medicala continua sa existe. Medicina poate fi vazuta nu numai ca practica sociala, ci si ca discurs.

Discursurile nu sunt imediat vizibile si oamenii nu sunt constienti de modul cum acestea contribuie la realitatea lor. Repetate in timp, discursurile se “naturalizeaza” inserandu-se in comunitate iar subiectele si comentariile lor devin ceva de bun simt. Acest proces explica cum discursul medical a devenit popular in comunitate prin internalizarea anumitor concepte si explicatii despre sanatate, boli, cauzele lor si modul de tratament (Azim, 2020).

Atunci cand face analiza discursului medical, constructionismul social utilizeaza interpretarea poststructuralista care spune ca forma si structura limbajului si modurile in care intelesul este construit lingvistic nu apare intr-un vacuum social, ci este inserat in constructiile

sociale si politice si folosit in anumite scopuri. Discursurile furnizeaza un mediu prin care se da sens unui obiect sau unei persoane, unei actiuni sau a unui domeniu social (Paker, 1992), El creaza insa si limite pentru ce poate fi spus, gandit sau facut de oameni, el spune despre noi ceea ce suntem pentru ca contribuie la formarea identitatii noastre.

Foucault (1972) gande ca discursul este un mod de a construi realitatea, ceea ce explica realitatile multiple ale lumii, fiecare din ele fiind construita de discursuri locale sau de discursuri specifice. Oamenii nu se confrunta direct cu realitatea materiala a lumii, ci mai curand au acces la realitate prin discursuri si cadre discursive. Discursurile sunt filtrele noastre mentale prin care trec obiectele materiale si evenimentele pentru ca ele sa aibe inteles pentru noi. Orice obiect din lume este constituit ca un obiect al discursului, el nu poate fi constituit ca obiect in afara formei lui discursive. Tot ce percepem ca semnificativ, felul cum interpretam obiectele si evenimentele este dependent de structurile discursive.

De la religie si medicina pana la moda sau sport, toate discursurile ne pun in locurile pe care le ocupam ca indivizi in societate (Butler, 2002). Discursurile nu sunt simple moduri ale gandirii si actiuni. Discursurile construiesc atat sensul nostru al realitatii dar si sensul propriei identitati. Nimic din ce s-a spus, scris sau gandit vreodata nu s-a petrecut inafara discursului! In sensul post-modernismului si post-structuralismului, individul este un produs al discursului, el este “subiectivizat”, controlat sau dirijat prin discursuri (Butler, 2002).

Cand vorbim despre discursul medical trebuie totdeauna sa ne referim la Foucault (1972). El spunea ca relatiile sociale sunt de fapt constelatii socio-istorice ale producerii, stabilizarii, structurarii si transformarii cunoasterii dintr-o varietate de domenii sociale. Cei care au discursul au atat cunoasterea cat si puterea sociala. Mai tarziu, Foucault (1977) spunea ca trebuie sa admitem ca puterea produce cunoastere... ca puterea si cunoasterea se determina una pe alta; ca nu exista relatie de putere fara constituirea coercitiva a campului cunoasterii si nici cunoastere care nu presupune in acelasi timp relatii de putere.

Foucault a fost interesat de relatia dintre discursul medical al cunoasterii stiintifice si exercitarea puterii profesionale in societate, de dezvoltarea unei aliante dintre discurs, practica si grupuri profesionale. El vede stradania medicala istorica fata de corp ca origine a biopoliticii populationale din societatea moderna, in special supravegherea sociala prin exercitarea disciplinei asupra corpului si populatiilor. Pentru el corpul este ultimul loc al controlului ideologic si politic, al supravegherii si reglariei. Prin corp statul defineste limitele

comportamentului si inregistreaza activitati, da pedepse si face corpurile sa fie productive si utilizabile economic. El vede medicina ca o institutie majora cu putere in etichetarea corpurilor ca deviante sau normale, ca igienice sau nu, ca controlabile sau in nevoia de a fi controlate (Foucault, 1977). Intalnirea medicala incepe prin cererea ca pacientul sa reveleze secretele corpului sau. Pacientul trebuie sa vorbeasca, sa se confeseze si sa dezvaluie. Pentru Foucault aceasta intalnire este supremul exemplu de supraveghere. Pacientul, proprietarul corpului, este asteptat sa abdice de la jurisdicia pe care o are asupra corpului sau in favoarea doctorului. Corpul este privit ca periculos, problematic si chiar amenintator, avand capacitatea de a actiona fara control, de a atrage boli si de a pune in pericol restul societatii (Turner, 1995). Sistemele de supraveghere si control si formele contemporane de cunoastere a omului sunt focusate pe corpul uman si reproducerea lui; pe toate acestea Foucault (2009) le denumeste "guvernabilitate".

Mai departe, in analiza discursului medical, Foucault (1973, 1974) spune ca noi cunoastem numai ce limbajul nostru permite, noi nu putem cuprinde sau cunoaste realitatea in afara limbajului, nimic nu se petrece inafara limbajului. Ce cunoastem despre lume este in mod simplu un rezultat ale conventiilor arbitrare pe care le adoptam pentru a descrie lumea. Societati diferite si perioade istorice diferite au diferite conventii si astfel diferite realitati. Cat priveste boala, ea este un produs al discursului medical care la randul lui reflecta modul dominant de gandire in societate la un moment dat. Astfel anumite comportamente au devenit boli sau boli care au devenit comportamente normale prin discursul medical. Adoptand aceasta teorie a cunoasterii, boala nu mai este o entitate patologica in natura, ci rezultatul unui proces social-istoric. Acest argument a fost prezentat de Foucault in "*The Order of Things*" (1974).

Actualmente, cand se analizeaza discursul medical, se discuta de relatia discursiva dintre medic si pacient, despre discursul medical in procesul educational academic sau de discursul medical ca mijloc de comunicare intre profesionisti. Pe langa acestea se mai vorbeste despre discursul medical din punct de vedere al antropologiei culturale, felul cum acesta este structurat in diverse culturi si cum se construiește cunoasterea medicala pe baza acestui tezaur lingvistic specific sau cum a penetrat discursul medical in mass-media si in cultura populara. Legat de acest ultim aspect, mai important pentru mine este felul cum discursul medical participa astazi la construirea discursului terapeutic, discurs dominant in societatea de astazi.

Conform lui Frank Furedi (2004), discursul terapeutic este limbajul care a devenit modalitatea comuna prin care oamenii se descriu pe ei insisi, interpreteaza pe altii si a devenit si

modul prin care institutiile si statul incearca sa dialogheze si sa exercite controlul asupra indivizilor, devenind un instrument al politicului. Prin acest limbaj se exercita o persuasiune terapeutica care este o achizitie moderna alaturi de birocratizare, narcisism, constructia unui self fals, imixtiunea asupra vietii private, colapsul ierarhiei culturale si morale, pierderea relatiilor comunitare, sentimentul ca traim intr-o societate plina de riscuri. Mizeria de fiecare zi este etichetata quasi-stiintific prin procesul de medicalizare (Illuz, 2008; Rose, 1998; Pilgrim si Bentall, 1999). Dupa Bellah (1985), Acest discurs incearca sa reformuleze cele mai profunde nivele ale simbolurilor identitatii.

Ca si religia, discursul terapeutic ofera simboluri care sa depaseasca realitatea imediata si sa transforme natura actiunii umane dincolo de cotidian. Termeni ca stress, disfunctie, anxietate, adictie, chimism, compulsie, trauma, emotii negative, sindrom, crize se refera la episoade normale ale vietii de zi cu zi. Astfel asistam la o expansiune fenomenala a termenilor medicali si terapeutici atat in emisiunile TV sau ziare si reviste, cat si in conversatiile obisnuite. Cuvinte care erau neconoscute de public prin anii 1970 sunt astazi foarte populare si utilizate. Expansiunea utilizarii idioamelor terapeutice nu este o problema simpla de lingvistica ci arata schimbarea comunicarii lingvistice a unor noi atitudini si asteptari culturale. Orice eveniment al vietii noastre devine interpretabil prin intermediul etosului terapeutic. Avem tentatia de a ne reconstrui, de a ne reformula continuu prin acest vocabular. Terapia a devenit locul in care noi ne inventam ca indivizi prin faptul ca dorintele, nevoile noastre devin cunoscute, categorisite si controlate de dragul libertatii, sanatatii si bunastarii (Iliopoulos, 2012).

Lumea moderna este caracterizata de o continua cautare a diagnosticelor, care ar reprezenta o eticheta speciala pentru stradanie si pentru esec. In aceasta perspectiva Kenneth Gergen (1991) spunea ca cultura terapeutica ofera o "invitatie la infirmitate", medicalizarea vietii zilnice permitand oamenilor sa dea un sens necazurilor lor si sa obtina simpatie. Politica recunoasterii, a validarii prin acest vocabular, distrage oamenii de la dezvoltarea prin ei insisi si cultiva in schimb o afirmare intr-un climat formal, precum mersul la doctor sau la terapeut. Suferinta indrituiește un tratament specific, confera privilegiul moral de a avea statutul de victima. Furedi (2004) spunea ca validarea unei plangeri particulare cere acceptarea diagnosticului. Se obtine astfel dreptul de a nu fi judecat, de empatie. Primirea unui diagnostic insemnă pana la urma un act de imputernicire. Obligatia de a crede victima are in caracter moral imperativ. Atribuirea responsabilitatii este plasata in afara individului. Societatea a acceptat

victimizarea ca un nou mod de explicare și scuza a comportamentului. Oamenii sunt astăzi încurajați să renunțe la modul lor natural, spontan, de a-și descrie necazurile lor, de a “capitula narativ” (Frank, 1995) în favoarea limbajului care le conferă rapid o validare socială.

Eva Illouz (2008) inventariază originile limbajului terapeutic și menționează: i) doctrina freudiană care a sedus imaginația publică cu metaforele și narativele ei și a făcut un pod între medicină și psihologie pe de-o parte, și cultura populară pe de altă parte; ii) post-modernismul care susține că adevărul este local, contextual și că o afirmație este adevărată cu altă doar pentru sunt epistemologic echivalente iii) constructivismul social care clamează primatului contextului social asupra cunoașterii; iv) mișcarea feminista care împartășește același lexicon emotionalist ca și cel din sedințele de terapie și promovează etosul auto-constrangerii și auto-controlului care reprezintă cerința socială pentru control emoțional ca un stil standard de comportament; v) amploarea mișcării de “self-help” și a literaturizării ei; vi) cultivarea nevoii de a avea un vehicul pentru a vorbi despre emanciparea din tirania familiei, a intimantei, a ierarhiei sociale și a suferinței care constrânge.

Există un dialog între discursul terapeutic utilizat de experți, respectiv medici și psihologi, și discursul terapeutic utilizat de publicul larg. Cele două ipostaze ale discursului terapeutic fac în mod continuu un schimb de vocabular, de concepte și utilizări. Deși experții tin să pastreze un limbaj tehnic care să le asigure autoritatea profesională, el este continuu demistificat și laicizat sub presiunea publicului și a mass-mediei care are o tendință naturală de popularizare a științei. Infuzarea perpetua a cunoașterii populare și a limbajului acesteia cu cunoștințele experților face ca să existe o cunoaștere medicală care aparține “simtului comun”. Din punct de vedere al epistemologiei clasice, simtul comun este un set de presupuneri fundamentale despre natura lumii sociale și fizice ce sunt luate ca unanime, niciodată chestionate sau justificate, luate de gata (Fletcher, 1984). În cazul simtului comun, oamenii vorbesc despre suferințele lor la persoana întâia, “eu vorbesc despre mine” iar expertul, respectiv medicul, vorbește la persoana treia, “specialistul vorbește despre mine”. Jorm (2000) crede că de fapt credințele laicilor și cele ale experților se plasează pe un continuum, la un capăt, cele laice și la celălalt, cele profesionale. Profesioniștii își bazează expertiza pe datele științifice și pe consensul experților, în timp ce laicii își bazează credințele pe experiența personală, anecdote, rapoarte media, informații prin rețeauă de transmitere a cunoașterii în public. Un argument pentru această teorie ar fi că cunoașterea intuitivă, de bun simț, și cunoașterea științifică, merg paralel.

Cum spuneam mai sus, post-modernismul a postulat ca cunoasterea laicilor este tot atat de valoriasa ca si cunoasterea expertilor, ele fiind epistemologic echivalente. Bury (1986), influentat de ideile lui Foucault, a fost impotriva privilegierii cunoasterii stiintifice fata de oricare alta cunoastere, inclusiv cea laica, spunand ca nici un mod de a cunoaste realitatea nu este mai bun ca altul. Toate acestea imi aduc aminte de un citat din Samuel Smile in cartea sa “*Self-help*” scrisa in a doua jumatate a sec. XIX, citat care arata inca odata ca oamenii cred si apara cu indaratnicie dreptul la cunoastere si implicit capacitatea lor de a genera un discurs forjat de viata lor de toate zilele. Experienta zilnica arata ca energia individuala este cea care are cel mai puternic efect asupra vietii si actiunii oamenilor si conduce realmente la cea mai buna experienta practica. Scolile, academiile, colegiile ofera doar ceva superficial in comparatie cu acesta. De departe mai importanta este educatia de viata obtinuta zilnic in caminele noastre, pe strada, in spatele teighelei, in ateliere, in fabrici sau in agricultura, de catre oamenii harnici. Aceasta este cea care desavarseste instructia noastra ca membrii ai societatii...constand in actiune, perseverenta, auto-control, toate ducand la disciplinarea omului si la dobandirea unei performante in acord cu obligatiile si sarcinile existentei, o educatie care nu se invata din carti sau in scoli (Travers, 1987).

7.6.6. De ce cazul psihiatriei este unul aparte

Psihiatria este o disciplina medicala relative noua. Ea a fost construita in sec. XIX, mergand in siajul medicinei somatice. Ea a dorit de la inceput sa se prezinte ca o ramura a medicinei, o disciplina rationala, stiintifica, autonoma, filantropica si etica care se ocupa de diagnosticarea si tratamentul persoanelor cu “boli mintale”. Desi s-a clamat ca o disciplina materialista, ea nu s-a putut desprinde de dualismul cartezian. Ea a cautat a identifice cauzele neuroanatomice ale bolilor mintale. Francezul Philippe Pinel (1745-1826) poate fi considerat primul psihiatru modern datorita eforturilor facute in acest sens, imitand intr-un fel ceea ce facea Xavier Bichat (1771-1802) in medicina somatica..

Odata cu descoperirea leziunilor cerebrale din cadrul afaziei, Wernicke (1848-1905) a formulat un model general etiopatogenic, pentru bolile mintale, iar Kleist (1879-1960) , parintele locationismului, a mers departe afirmand ca ar putea exista diferite leziuni cerebrale specifice care sa corespunda anumitor tulburari nervoase. Tot in acele timpuri, Meynert si Wernicke dezvolta teoria conectionismului promovand un model prin care problemele neuropatologice

cerebrale sunt asociate cu conescințe neuropsihologice sau neuropsihiatrice. Povestea aceasta, a stradaniei psihiatriei de a se alinia ontologic și epistemologic cu medicina somatică, trece prin fenomenologia lui Karl Jasper (1883-1969) care a adus psihiatria mai aproape de științele umane, apoi prin organicismul și endogenismul lui Emil Kraepelin (1856-1926) și Eugen Bleuler (1857-1939). Ulterior, în a doua jumătate a sec XX asistăm la apariția primelor descrieri operationale ale unor entități nosologice psihiatrice la care li s-au asociat criterii de includere, așa zisele criteriile lui Feighner (1972), ca prima încercare de validare a bolilor psihice. La acestea s-a adăugat destul de repede nosologia lui Spitzer, Endocott și Robins (1978) numită Research Diagnostic Criteria.

Un nou advent al psihiatriei a fost apariția nosologiei americane DSM-III (1980) generată de echipa lui Robert Spitzer și colab, expresiei a unui efort deosebit de a construi o nosologie psihiatrică descriptivă și coerentă, dar făcând abstracție absolută de conotații etiopatogenice. Autorii DSM-III și ai versiunilor care au succedat, au clamat mereu că această clasificare este „ateoretică”, adică este neutră, „*value-free*”, neancorată în nici o teorie cauzală. Aceste versiuni ale DSM au fost mereu criticate pentru că entitățile clinice pe care le inventariază nu au putut trece niciodată de criteriile de „*reliability and validity*” (Jablensky, 2016), rămânând să fie doar construcții legate de utilitarismul lor pentru clinicieni (Kendell și Jablensky, 2003; First, 2005; Jablensky, 2016).

Pentru a depăși impasul ontologic, psihiatria a renunțat la termenul de boală și l-a înlocuit cu cel de tulburare, așa că acum avem numai tulburări mintale. Pentru a depăși și impasul epistemologic s-a acceptat și că aceste tulburări mintale sunt entități heterogene iar în aspectul lor își dau întâlnire atât mecanisme biologice cât și procese culturale, sociale, și chiar politice.

DSM-5 promite o schimbare de paradigmă încercând să strângă laolaltă ultimele date de neuroimagistică, genetică, studii de comportament, de cogniție și să creeze prima încercare de a lega tulburările mintale de date etiopatogenice pornind de la ideea că bolile mintale sunt heterogene mai curând decât entități omogene bine conturate. Astfel DSM-5 lansează „*Research Domain Criteria (RDoC)*” care propune construirea unei nosologii psihiatrice bazate pe neuroștiință și științele comportamentului în loc de fenomenologia descriptivă, respectiv o nosologie bazată pe dimensiuni ale comportamentului observabil și a măsurătorilor neurobiologice. În fapt, RDoC este un cadru de cercetare pentru investigarea tulburărilor mintale. Scopul este de a avea o abordare care va conduce la diagnostice mai confidente, la tratamente, la

interventii si prevantie mai buna. In opozitie cu vechea descriere fenomenologica, RDoC furnizeaza o baza epistamologica adecvata, capabila sa furnizeze evidente si justificari. Ea nu este un ghid diagnostic, ci ajuta la intelegerea naturii boli mintale si poate furniza legaturi cauzele cu presupusele disfunctii biologice, oriunde ar fie le plasate.

Josef Parnas (2014), professor emerit la Universitatea din Kopenhaga vorbeste despre RDoC ca fiind expresia unui reductionism stiintific, pentru ca o expresie specifica a vietii mintale, de ex. o halucinatia, este luata ca identica cu o disfunctie neurala specifica a retelei neuronale. Aceasta teorie nu ne spune nimic cu privire la constiinta si experienta subiectiva. Desi recunoaste ca “raportul verbal” este primul gest al pacientului in contextul clinic, RDoC nu ofera nici o sugestie cu privire la natura demensului psihopatologic de care este nevoie pentru a decoda patologia subiectivitatii exprimata prin “raportul verbal”. El spune ca fara a avea o idee ce este caracterul subiectiv al experientei noi nu putem formula o teorie. Obiectul psihiatriei este constituit din experientele alterate ale pacientului, expresia si existenta lor, asociate cu suferinta selfului. Un psihiatru trateaza o persoana si nu un circuit neuronal.

Cu ocazia centenarului aparitiei celebrei carti a lui Karl Jasper, “Allgemeine Psychopathologie”, se strang cei “trei tenori” ai psihopatologiei filozofice moderne: Parnas, Sass si Zahavi (2013) pentru a discuta starea actuala a epistemologiei psihiatrice. De la inceput ei afirma ca fenomenele mintale anormale, de ex, tulburarile experientei si expresiei, sunt obiectul psihiatriei ca stiinta. La nivel fenotipic, noi luam experienta ca ceva pentru a clasifica sau ca o variabila in cercetare. O descriere psihopatologica implica convertirea experientei pacientului, expusa la persoana intaia, sau translarea anumitor aspecte ale expresiei si comportamentului, intr-o categorie de simptome si semne, care sunt definite la persoana treia de catre psihiatru si astfel ele devin “obiective” si bune de a fi utilizate pentru diagnostic, tratament si cercetare. Problema fundamentala a psihiatriei este cum acestea sunt luate din punct de vedere ontologic ca ceva existent pentru domeniul mintal si cum ele pot fi descrise ca cunoastere din punct de vedere epistemic. In mod straniu, aceste probleme sunt ignorate de discursul psihiatric. Ontologia si epistemologia obiectului psihiatriei (simptomele si semnele) sunt in mod virtual total ignorate de literatura psihiatrica contemporana. Noi credem ca ignorarea acestor probleme este sursa cruciala a stagnarii cercetarii psihiatrice. Simptomele si semnele nu pot fi cu adekvat intelese sau identificate inafara aprecierii naturii constiintei sau subiectivitatii, care la randul lor nu pot fi tratate ca o colectie de lucruri, de obiecte, mutual independente si posibil masurate. O adekvata

distincție a domeniului experiențial și fenomenal sunt o precondiție fundamentală pentru clasificare, tratament și cercetare. Aceasta cere o abordare multidisciplinară ce încorporează printre altele insightul furnizat de psihologie, fenomenologia filozofică și filozofia minții.

În aceeași notă, o serie de articole publicate de prof. German Berrios, șeful școlii de epistemologie psihică de la Universitatea Cambridge, Anglia, împreună cu Ivana Markova de la Universitatea din Hull, Anglia, (Markova și Berrios, 2012; Berrios și Markova, 2015; Markova, 2021) vorbesc de nota hibridă a psihiatriei care își are sorginea în faptul că cunoașterea simptomelor și semnelor din psihiatrie se constituie din surse dispartate de cunoaștere, mergând de la cea biologică și până la cea semantică, în sens larg. Construcția psihiatriei, ca o disciplină hibridă, formată prin participarea profundă atât a științelor naturale cât și a celor sociale, a reliefat diferențele fundamentale dintre bazele epistemologice ale medicinei somatice și psihiatriei cu consecințe asupra înțelegerii tulburărilor mentale și a metodologiei de cercetare a lor.

Analiza simptomelor și semnelor în psihiatrie a evidențiat că ele sunt heterogene, multifacetate și înțelegerea lor necesită o abordare pluralistă, neurofiziologică, genetică, fenomenologică, hermeneutică, narativă, de filozofie a minții, etc. Berrios și Markova spun că toate acestea fac ca psihiatria să aibă nevoie de o epistemologie regională și specifică. Pentru că epistemologia generală nu poate furniza instrumente specifice pentru a lua în considerare “obiectele” psihice, psihiatria trebuie să și le construiască ea însăși. Epistemologia regională a psihiatriei este astfel implicată în clarificarea naturii obiectelor psihice și a surselor lor și ar permite răspunsul la întrebările: Care este natura cunoașterii în psihiatrie? Care sunt sursele cunoașterii în psihiatrie? Cât de legitimă este cunoașterea psihică și ce fel de legitimitate are cunoașterea psihică? Cât de stabilă este cunoașterea psihică. Cum sunt formate obiectele psihice? Cum sunt ele legate de creier? Incapacitatea de a răspunde satisfăcător la aceste întrebări explică starea circulară de criză în care se află psihiatria de ceva timp.

Bibliografie:

Agoritsas T, Vandvik P, Neumann I, et al (2015): Finding current best evidence. in: G Guyatt et al (Eds.): Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill.

- Andrews T (2012): What is social constructionism, *The Grounded Theory Research*, 11(1): 39-49.
- Ashcroft RE (2004): Current epistemological problems in evidence based medicine *J Med Ethics*, 30:131–135. DOI: 10.1136/jme.2003.007039.
- Atkins D, Best D, Briss PA (2004): Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004, 328:1490;
- Audi R (2003): *Epistemology: A Contemporary Introduction to the Theory of Knowledge*, 2nd ed. New York, London: Routledge.
- Azim HM (2020): A Foucaultian archaeology of modern medical discourse, PhD dissertation, Department of Anatomy and Cell Biology, Indiana University, Bloomington, Indiana.
- Barroso, C. (2013): *Epistemology of Medical Knowledge*. In: R Seising, M Tabacchi (Eds.) *Fuzziness and Medicine: Philosophical Reflections and Application Systems in Health Care. Studies in Fuzziness and Soft Computing*, vol 302, Berlin, Heidelberg: Springer, DOI: 10.1007/978-3-642-36527-0_8.
- Bellah R (1985): *Habits of the Heart: Individualism and Commitment in American Life*, New York: Harper and Row.
- Berger PL, Luckmann T (1966/1991): *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, London: Penguin Press.
- Berrios G (2013): Formation and meaning of mental symptoms: history and epistemology, *Dial Phil Ment Neuro Sci*, 6(2): 39-48.
- Berrios G, Marková I (2015): Toward a New Epistemology of Psychiatry, in L. Kirmayer, R. Lemelson, & C. Cummings (Eds.): *Re-Visioning Psychiatry: Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health*, Cambridge: Cambridge University Press. DOI:10.1017/CBO9781139424745.005
- Burri RV, Dumit J (2007): *Biomedicine as Culture: Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*. London, New York: Routledge.
- Burr, V. (2003). *Social Constructionism* (2nd Ed). London: Routledge
- Bury M (1986): Social constructionism and the development of medical sociology, *Sociology of Health and Illness*, 8(2): 137–169.
- Butler, C. (2002). *Postmodernism: A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Buts J, Baker M, Luz S, Engebretsen E (2021): Epistemologies of evidence-based medicine: a plea for corpus-based conceptual research in the medical humanities, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24:621–632. DOI: 10.1007/s11019-021-10027-2.

Chandler J, Hopewell (2013): Cochrane methods - twenty years experience in developing systematic review methods, *Systematic Review*, 2:76; <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/2/1/76>

Cassell E (1995): *Art of Medicine*, in SG Post (Ed.): *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd ed. Farmington Hills: Macmillan Reference.

Cassell E (1991/2004) *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, 2nd en, Oxford, New York: Oxford University Press.

Charon R (2001): Narrative medicine: form, function, and ethics, *Ann Intern Med*. 134: 83-87.

Charon R (2008): *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford, New York: Oxford University Press.

Chisholm RM (1989): *Theory of Knowledge*, 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Intl.

Cochrane AL (1973): *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services*, London: Nuffield Provincial Hospital Trust.

Conrad P, Barker KK (2010): The social construction of illness: Key insight and policy implication, *Journal of health and Social Behavior*, 51(S): 567-579.

Coope J (1997): *Doctor Chekhov, Chale, Isle of Wight*: Cross Publishing, 1997: 13, 49.

Cummingham TV (2015): Objectivity, scientificity and the dualist epistemology of medicine, in P. Huneman et al. (Eds.): *Classification, Disease and Evidence, History, Philosophy and Theory of the Life Sciences*, Dordrecht: Springer Science, DOI 10.1007/978-94-017-8887-8_1.

Daly P (2018): A concise guide to clinical reasoning, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 24; 966–972.

De Sio F, Fangerau H (2019): The obvious in a nutshell: Science, Medicine, Knowledge, and History, *Ber. Wissenschaftsgesch*, 42: 167–185.

Dickersin K, Manheimer E, Wieland S et al (2002): Development of The Cochrane Collaboration's Central Register of controlled clinical trials, *Evaluation & The Health Professionals*, 25(1): 38-64.

Douglas H (2004): The irreducible complexity of objectivity, *Synthese* 138: 453–473.

Douglas H (2009): Science, Policy, and the Value-Free Ideal, Pittsburg: University of Pittsburgh Press.

Duranti A, Goodwin C (1992): Rethinking Context: Language as an Interactive Phenomenon, Cambridge: Cambridge University Press.

Eddy DM (2005): Evidence-Based Medicine: A Unified Approach, Health Affairs, 24 (1): 9-17, DOI: 10.1377/hlthaff.24.1.9

Eisenberg L (1977); Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness, Cult Med Psychiatry, 1(1): 9-23.

Eisenberg L, Kleinman A (1981): Clinical Social Sciences, in L. Eisenberg si A. Kleinman (Eds.): The Relevance of Social Science for Medicine. Dordrecht, Holland: D. Reidel Publ. Co.

Feighner JP, Robins E, Guze SB et al (1972): Diagnostic criteria for use in psychiatric research, Archives of General Psychiatry, 26(1): 57–63.

Field MJ, Lohr KN (1990): Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines IoM: Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, D.C.: National Academy Press.

First MB (2005): Clinical Utility: A prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM, Journal of Abnormal Psychology, 114(4): 560–564.

Fletcher G (1984): Psychology and common sense, American Psychologist, 39: 203-213.

Forstrom L (1977): The scientific autonomy of medicine. Journal of Medicine and Philosophy, 2: 8–19.

Foucault M (1972): The Archeology of Knowledge & The Discourse on Language. (transl. by AM Sheridan Smith), New York: Pantheon Books.

Foucault M (1973): The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception, New York: Random House.

Foucault M (1974): The Order of Things, London: Tavistock.

Foucault M (1977): Discipline and Punish; The Birth of the Prison, (transl. Alan Sheridan), London: Vintage Books.

Foucault M (1979): The History of Sexuality, Volume One: An Introduction. London: Penguin Press

Foucault M (2009): Security, territory, population: lectures at the College de France, 1977-1978, Basingstock: Palgrave Macmillan.

- Frank AW (1995): *The Wounded Storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Fuller S (2000): Social epistemology: A philosophy for sociology or a sociology of philosophy? *Sociology*, 34(3): 573-578.
- Furedi F(2004): *Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*, London: Routledge.
- Geertz C (1973): *The Interpretation of Culture: Selected Essays*, New York; Basic Books.
- Gergen K (1991): *The saturated self: dilemmas of identity in contemporary life*, New York: Basic Book.
- Goldman A (1999): *Knowledge in a Social World*, Oxford; Oxford University Press.
- Good BJ (1994): *Medicine, Rationality, and Experience; An Anthropological Perspective*, Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Goodman N (1968): *Languages of art*. Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill.
- Gough D, Thomas J, Oliver S (2019): Clarifying differences between reviews within evidence ecosystems. *Syst Rev* 8: 170, DOI:10.1186/s13643-019-1089-2.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE et al. (2008): GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ (Clinical research ed)*, 336(7650): 924-926. <https://www.bmj.com/content/336/7650/924>.
- Gurevitch J, Koricheva J, Nakagawa S, Stewart G (2018): Meta-analysis and the science of research synthesis, *Nature* 555: 175-182. DOI: 10.1038/nature25753
- Hagner M (2003): Scientific medicine, in D Cahan (Ed.): *From Natural Philosophy to the Sciences. Writing the History of Nineteenth Century Science*, Chicago: University of Chicago Press.
- Hahn RA, Kleinman A (1983): Biomedical practice and anthropological theory: Frameworks and directions, *Ann Rev Anthropol*, 12: 303-333.
- Hahn RA (1995): *Sickness and Healing: An Anthropological Perspective*, Hew Haven: Yale University Press.
- Handy CB (1981): *Understanding Organisations*, 2nd ed., London: Penguin Press.
- Hoffman T, Bennett S, Del Mar C (2013): *Evidence-Based Practice: Across the Health Professions*, 2nd Ed., Chatswood, NSW: Elsevier.

Husserl E (1929/1969): *Formal and Transcendental Logic*, trans. Dorion Cairns (1969), Dordrecht: Springer Science.

Hutchison KJ, Rogers WE (2012): Challenging the epistemological foundations of EBM: what kind of knowledge does clinical practice require? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(5): 984-991. DOI:10.1111/j.1365-2753.2012.01905.

Iliopoulos J (2012): Foucault's Notion of Power and Current Psychiatric Practice Philosophy, *Psychiatry, & Psychology*, 19 (1): 49-58.

Illouz E (2008): *Saving the modern soul therapy, emotions, and the culture of self-help*, Berkley: University of California Press.

Jablensky A (2016): Psychiatric classifications: validity and utility, *World Psychiatry*, 15: 26–31.

Jorm AF (2000): Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders, *British Journal of Psychiatry*, 177:396-401.

Kendall S (2008): Evidence-based resources simplified, *Canadian Family Physician*, 54:241-243.

Kendell R, Jablensky A (2003): Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses, *Am J Psychiatry*, 160: 4–12.

Kimsma GK (1990): Frame of reference and the growth of medical knowledge: Fleck and Foucault, in H Ten Have et al (Eds.): *The Growth of Medical Knowledge*, Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers.

Kuhn TS (1962): *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago: University of Chicago Press.

Kuhn TS (1977): Objectivity, value judgment, and theory choice, in TS Kuhn (ed.): *The Essential Tension - Selected Studies in Scientific Tradition and Change*, Chicago: The University of Chicago Press.

Langer S (1953): *Feeling and Form, A Theory of Art*, New York: Charles Scribner's Sons.

Leder D (1990): *The Absent Body*, Chicago: Chicago University Press.

Lemos N (2007): *An Introduction to the Theory of Knowledge*, Cambridge, New York: Cambridge University Press.

Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. (2009): The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol*, 62:e1-34, DOI: 10.1016/j.jclinepi.2009.06.006

- Loughlin M, Bluhm R, Fuller J et al (2015): Diseases, patients and the epistemology of practice: mapping the borders of health, medicine and care, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 21: 357–364.
- Lupton D (2003): *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*, 2nd Ed., London, Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Macdonell, D. (1991). *Theories of discourse: An introduction*. Oxford: Blackwell.
- McCarthy ED (1996): *Knowledge as Culture: The New Sociology of Knowledge*, London and New York: Routledge.
- Mahr G (2015): Narrative medicine and decision-making capacity, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 21: 503–507.
- Markova IS, Berrios GE (2012); *Epistemology of Psychiatry, Psychopathology*, 45: 220-227.
- Markova IS (2021): Historical Epistemology: a Research Approach in Psychiatry *Integr Psych Behav*, 55: 288–296, DOI: 10.1007/s12124-020-09589-2
- Marcum JA (2008): *Humanizing Modern Medicine: An Introductory Philosophy of Medicine*, New York: Springer.
- Marshall T (1997): Scientific knowledge in medicine: a new clinical epistemology *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3(2): 133-138.
- Masic I, Miokovic M, Muhamedagic B (2008): Evidence Based Medicine – New approaches and challenges, *Acta Inform Med*, 16(4): 219–225. DOI: 10.5455/aim.2008.16.219-225
- McCormick J. Death of the personal doctor. *Lancet* 1996;348:667-668.
- McCormick J (2001): Scientific medicine - The contribution of science to medicine, 36(80): 3-6.
- McCormick J (1996): Death of the personal doctor, *Lancet*, 348: 667-668.
- McMullin E (1982): Values in science. PSA, Proceedings of the Biennial Meeting of the Philosophy of Science Association, 4: 3–28.
- Merleau-Ponty M (1945): *Phenomenology of Perception*, trans. Colin Smith (1962), New York: Humanities Press.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG (2009): PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med*, 151: 264-269, DOI:10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135.

Montgomery K (2006):. How doctors think. Clinical judgment and the practice of medicine, Oxford, New York: Oxford University Press..

Munson R (1981): Why medicine cannot be a science. *Journal of Medicine and Philosophy*, 6: 183–208.

Nagel T (1989): *The View from Nowhere*. New York: Oxford University Press.

National Health and Medical Research Council. (2009). [Hierarchy of Evidence]. Retrieved 03.03.2023 from: <https://www.nhmrc.gov.au>

Nordin I (1999): The role of science in medicine, *Theoretical Medicine and Bioethics* 20: 229–244.

Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM et al (2021): The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews, *BMJ* 372: n71; DOI: 10.1136/bmj.n71.

Parker I (1992): *Discourse Dynamics: Critical Analysis for Social and Individual Psychology*, New York, London: Taylor & France/Routledge.

Parnas J, Sass LA, Zahavi D (2013): Rediscovering Psychopathology: The epistemology and phenomenology of the Psychiatric Object, *Schizophrenia Bulletin*, 39(2): 270–277, DOI:10.1093/schbul/sbs153

Parnas J (2014): The RDoC program: psychiatry without psyche? *World Psychiatry* 13: 46-47; DOI 10.1002/wps.20101

Pellegrino ED (1976): Philosophy of medicine: problematic and potential, *Journal of Medicine and Philosophy*, 1(1): 5–31.

Pellegrino ED (1986): Philosophy of medicine: towards a definition, *Journal of Medicine and Philosophy*, 11(1): 9–16.

Pellegrino ED (1998): What the philosophy of medicine is, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19: 315–336.

Pellegrino E, Thomasma D (1981): *A Philosophical Basis of Medical Practice*, Oxford, New York: Oxford University Press.

Pilgrim D, Bentall R (1999): The medicalisation of misery: A critical realist analysis of the concept of depression, *Journal of Mental Health* 8(3): 261-274.

Pokinghorne D (1988): *Narrative Knowing and the Human Sciences* SUNY Series in Philosophy of the Social Sciences, Albany: State University of New York Press.

Popper KR (1959): *The Logic of Scientific Discovery*. London: Hutchinson.

Rose N (1998): *Inventing Our Selves. Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.

Razack S, Hodges B, Steinert Y, Maguire M (2015): Seeking inclusion in an exclusive process: Discourses of medical school student selection. *Medical Education*, 49(1): 36-47, DOI: 10.1111/medu.12547.

Sackett DL, Rosenberg W, McGray JA et al (1996): Evidence-based medicine; what it is and what it isn't, *BMJ*, 312: 71-72.

Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W et al (2000): *Evidence-Based Medicine; How to Practice and teach*, 2nd ed. Edinburgh: Churchill-Livingston.

Sahlins M (1976): *Culture and Practical Reason*, Chicago: University of Chicago Press.

Saunders J (2000): The practice of clinical medicine as an art and as a science, *J Med Ethics: Medical Humanities*, 26: 18-22.

Schaffner KF (1993): *Discovery and explanation in biology and medicine*, Chicago: University of Chicago Press.

Schunemann HJ, Fretheim A, Oxman AD (2006): Improving the use of research evidence in guideline development: 9. Grading evidence and recommendations. *Health Res Policy Syst*, 4: 12-20.

Schütz A (1932/1967): *The Phenomenology of the Social World*. Evanston: Northwestern University Press.

Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J (1999): Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ*, 318: 593–596.

Solomon M: (2008): Epistemological reflections on the art of medicine and narrative medicine, *Perspectives in Biology and Medicine*, 51 (3): 406–417.

Spitzer RL, Robins E (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability, *Archives of General Psychiatry*, 35(6): 773–782.

Sullivan M (1986): In what sense is contemporary medicine dualistic? *Cult Med Psychiatry*, 10(4): 331-350.

Swidler A, Arditi J (1994): The new sociology of knowledge, *Annual Review of Sociology*, 20: 305-329.

Tauber AI (2005): Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility. Cambridge, MA: MIT Press.

Ten Have H (1990): Knowledge and practice in European Medicine: The case of infectious diseases, in H Ten Have et al (Eds.): The Growth of Medical Knowledge, Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers.

Thoma A, Eaves FF (2015); A brief history of Evidence-Based Medicine (EBM) and the contributions of Dr. Davis Sackett, Aesthetic Surgery Journal, 35(8): 261-263.

Thorton J, Alderson P, Tan Toni et al (2013): Introducing GRADE across the NICE clinical Guideline program, Journal of Clinical Epidemiology, 66: 124-131.

Tomlin G, Borgetto B (2011): Research Pyramid: a new evidence-based practice model for occupational therapy. Am J Occup Ther, 65:189–96.

Tonelli MR, Shapiro S (2020): Experiential knowledge in clinical medicine: use and justification, Theoretical Medicine and Bioethics, Theor Med Bioethics, 41(2-3): 67-82, DOI: 10.1007/s11017-020-09521-0

Toulmin S (1976); On the nature of the physician's understanding, Journal of Medicine and Philosophy, 1(1): 32-50, DOI: 10.1093/jmp/1.1.32.

Turner BS (1995): Medical Power and Social Knowledge, 2nd Ed., New York: Sage Publ.

Travers T (1987): Samuel Smiles and the Victorian Work Ethic, New York: Routledge.

Tyreman S (2015): Trust and truth: uncertainty in health care practice, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 21(3): 470-478.

van Baalen S, Boon M (2015): An epistemological shift: from evidence-based medicine to epistemological responsibility, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 21(3): 433-439; DOI:10.1111/jep.12282.

Wallace SS, Barak G, Truong G, Parker MW (2022): Hierarchy of evidence within the medical literature, Hospital Pediatrics, 12(8): 745-751; DOI: 10.1542/hpeds.2022-006690

Waymack MH (2009): Yearning for certainty and the critique of medicine as science, Theoretical Medicine and Bioethics, 30(3): 215-229.

Willer J (1971): The Social Determination of Knowledge, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Wilson HJ. The myth of objectivity: is medicine moving towards a social constructivist medical paradigm? Family Practice 2000; 17: 203–209.

Woolf S, Schünemann HJ, Eccles MP, et al (2012): Developing clinical practice guidelines: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving Recommendations, *Implementation Science* 2012, 7: 61;
<http://www.implementationscience.com/content/7/1/61>

Wulff HR (1990): Function and value of medical knowledge in modern diseases, in H Ten Have et al (Eds.): *The Growth of Medical Knowledge*, Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers.

Cap. 8. Importanta simptomelor in medicina si problema simptomelor inexplicabile medical (SIM)

8.1. Ce este simptomul pentru medicina

Simptomele sunt chiar in inima medicinei. Daca ar trebuie sa fac o metafora as alege pe cea in care simptomul este ca grauntele de quart pe care scoica il foloseste pentru a genera mai apoi o perla. Mai pot spune si ca simptomul este ceea ce il aduce pe bolnav la medic, fara simptome nu ar exista nici bolnavi si nici medici! Si as mai spune ca nu exista individ care in decursul vietii lui sa nu fi experimentat vreun simptom. Toate acestea si multe altele le-au facut pe Tiokhin (2016) sa spuna ca aceasta legatura dintre simptome si boala a facut ca medicina sa fie posibila.

Un element fundamental al consultatiei medicale este faptul ca este locul in care medicul se intalneste cu simptomele pacientului. Aceste simptome orienteaza drumul pe care examinarea medicala o va lua mai apoi si, in final, contribuie efectiv la formularea unui model explicativ si la decizia diagnostica. In majoritatea cazurilor, pacientii care se prezinta la medic sunt cei cu simptome severe, adica acele simptome care genereaza suferinta, cele care interfereaza cu viata curenta si care ar semnaliza debutul sau prezenta unei boli ce necesita atentie medicala.

In mare, consultatia medicala se petrece dupa o secventa oarecum tipica: un individ care acuza simptome pe care le considera expresia unei boli, se prezinta la medic adoptand astfel rolul de pacient. El a dorit sa vada un medic pentru a prezenta suferinta lui si pentru a cere ajutor in determinarea si explicarea cauzelor acesteia, cu alte cuvinte pentru a i se pune un diagnostic medical si a i se recomanda un tratament. Luind contact cu plangerile pacientului, medicul initiaza anamneza, adica comunicarea explicita cu scopul de a identifica si sistematiza "simptomele", metoda prin care se obtine o naratiune privind starea prezenta si istoria suferintei, ca mai apoi, prin examinarea fizica a corpului pacientului, medicul sa caute "semnele" suferintei lui, adica acele date obiective obtinute prin examinarea standardizata a corpului pacientului.

Este important sa facem distinctia intre simptomele pacientului si semnele pacientului. Se poate spune ca simptomele au prioritate in examinarea medicala, ele generand atat contactul cu medicul, cat si orientarea ulterioara a examinarii fizice si a examenelor paraclinice necesare formularii unui diagnostic. Sursa simptomelor este pacientul, medicul doar le valideaza sau nu, respectiv le considera explicabile medical, importante pentru formularea unui diagnostic, sau le

considera intamplatoare, neimportante, nesemnificative medical. Aceasta din urma categorie de simptome carora medicul, in ciuda unor examinari minutioase, nu le gaseste nici o explicatie medicala, reprezinta subiectul capitolului de fata.

In felul cum este organizata asistenta medicala curenta, bolnavul se adreseaza de regula medicului de familie, acesta fiind plasat in linia intai de ingrijire, motiv pentru care ingrijirile oferite de acesta se mai numesc si “primare”. Aici pacientul cauta sa obtina o explicatie, un diagnostic si un tratament. Conform statisticilor, majoritatea pacientilor sunt satisfacuti de consultatia medicala si de tratament, dar exista si o minoritate care se intorc la medic, fie pentru ca nu au obtinut o explicatie satisfacatoare suferintei lor, fie ca starea lor nu s-a imbunatatit. In afara de aceste doua categorii mai sunt si pacienti care vin pentru a fi indrumati la examinari paraclinice sau la medicii specialisti, acestea facand parte din “ingrijirile secundare”. Mai sunt si unii pacienti care deschid mereu usa medicului, din dorinta de a fi siguri ca el a inteles suferinta lor si a pus un diagnostic corect sau pentru a afla date suplimentare despre evolutia bolii lor. Acesti pacienti, care frecventeaza cu asiduitate medicii din ingrijirile primare sau secundare, sunt numiti de medici pacienti plictisitori, pisalogi, plangareti, care vor sa-ti rupa inima, incapatanati, revendicativi, neincredatori, etc. Comportamentul acestor pacienti ar putea fi determinat de mai multe motive, printre care se mentioneaza: pacientul crede ca medicul s-a grabit, pacientul pune la indoiala competenta medicului, medicul nu a avut destula abilitate pentru a explica simptomele sau pacientul fabrica simptomele sau le exagereaza pentru diferite motive non-medicale.

Sebeok (2001) prezinta o istorie comprehensiva a notiunii de simptom medical, subliniind rolul acestuia in dezvoltarea semioticii ca ramura de stiinta aparte. Povestea incepe cu Hipocrate (460-370 i.Hr.), parintele necontestat al medicinei, care a vorbit primul despre simptomele bolilor si astfel a creat semiotica ca un demers al medicinei in vederea studierii simptomelor considerate semne sau mesaje ale suferintei corporale. In acele timpuri se facea diferenta intre medic si chirurg, medicul diagnostica si trata boli corporale a caror cauze si consecinte interioare nu le putea vedea si in consecinta pune pret pe simptome, pe cand chirurgul avea acces dincolo de invelisul corpului. Conform ideilor lui Hipocrate, sarcina principala a medicului este de a lamuri carui fapt anume ii tine locul un simptom. Discipolul lui Hipocrate, Galen (129-216 d.Hr.), medicul personal al imparatului roman Marcus Aurelius, cel care a initiat primele studii de anatomie si fiziologie a corpului uman, a putut face un pas in plus

în studiul simptomelor, în evidențierea legăturii lor cu afectările corpului și cu rolul lor în diagnosticul medical. El diviza medicina în cinci mari părți: fiziologia, patologia, semiotica, terapeutică și igiena. Pentru el semiotica era plasată la granița dintre teoria și practica medicală și explica felul în care semnele pe care le culege medicul îl pot conduce la diagnosticul bolilor corpului. El este considerat părintele semiologiei medicale, ramură fundamentală în studiul medicinei clinice. Semnele principale pe care Galen le lua în considerare erau legate de studiul proprietăților fizice ale urinei, urina fiind produsul transformării sângelui de către rinichi și astfel urina putea fi un indicator extern, obiectivabil, al stării funcționale a corpului (Johnston, 2006). Alături de semnele relevate de urină mai erau semnele clinice ce erau extrase din studiul pulsului, semne ce puteau evidenția starea funcțională a inimii și semnele care erau evidente pe pielea bolnavului. Aceste semne fizice sunt cele care au dirijat activitatea medicului până în Renastere, ajungând să fie teoretizate și ierarhizate de Jean Fernel (1497-1558) în tratatul său *“Seven Books of Pathology”*. Fernel este cel care vorbește de deosebirea dintre simptom și semn. Pentru el simptomele sunt lucruri “dincolo de natură”, pe când semnele sunt lucruri “împotriva naturii”, adică exprimă modificări patologice ale corpului. De ex. culoarea închisă a pielii după expunere la soare este un simptom și nu exprimă ceva contra naturii corpului. Această distincție dintre simptome și semne este menținută sub diferite forme în timpul Renasterii. Iar Lazarus Riverius (1589-1655) afirmă că simptomele sunt mai mult rezultatul bolii, pentru că apar și dispar odată cu boala, în timp ce semnele sunt lucruri pe care medicul le ia în considerare când face diagnosticul, ele fiind evidente pentru simțurile individului și semnificând ceva ascuns în corpul omensc, ca de ex. durerea, tusea, etc. Abia în sec. XVIII, medicul olandez Herman Boerhaave (1660-1734), considerat fondatorul învățământului medical clinic modern, începe să facă diferența care există și astăzi între simptome, ca ceva resimțit sau trăsătură de boală și semne, ca ceva care se lasă observabil simțurilor, precum văz, pipăit, auz sau miros (French, 1998).

Cuvântul "simptom" vine din greacă (*"σύμπτωμα"*) care înseamnă accident, întâmplare, nenoroc, o îndepărtare de la statutul normal, o stare neobisnuită sau un declin sau deteriorare a funcției normale a persoanei care îl acuza. Un simptom este o stare subiectivă, este o trăire a persoanei respective. Cum spuneam mai sus, în semiologia medicală se mai folosește și termenul de semn, care este un alt indiciu al bolii care este vizibil sau observabil de către alții. Se poate constata că simptomul este o expresie subiectivă, verbală a pacientului, pe când semnul este o expresie obiectivă, uneori chiar măsurabilă, a bolii acestuia. Pentru Seboek (2001) simptomul

este în lumea privată a introspecției pacientului și semnul este în lumea publică a celor din jur sau a medicului.

Pentru Cassirer (1944) simptomele și semnele reprezintă două universuri discursive diferite, semnul făcând parte din lumea fizică și simptomul ca parte a lumii umane a semnificației. Astfel, simptomul poate varia în funcție de expeditor, fiind narat la persoana I-a de cel care-l trăiește, și de destinatar, cel care-l ascultă, de obicei medicul, narat de acesta din urmă la persoana a 3-a. Simptomele apar în majoritatea cazurilor în conjuncție cu semnele bolii. Deși medicii sunt de acord că există o distincție semantică între simptom și semn în medicină, ei nu pot detalia esența acestei distincții în legătură cu o boală anume și, nu de puține ori, se asistă la suprapunerea totală sau parțială a acestor două categorii de indicii, simptomele și semnele bolii. Oricum ar fi, semnele și simptomele nu sunt categorii naturale, nu au existență independentă, nu sunt feluri naturale (*“natural kind”*), doar medicina le consideră universale în numele nevoii unui realism ontologic.

Cox și colab. (2014) au făcut o analiză a înțelesului simptomelor și semnelor și au identificat aproape 30 de definiții diferite menționate în dicționare și tratate medicale. Dintre acestea amintesc aici unele definiții ale simptomelor: “anormalități din punct de vedere al pacientului”, “evidență subiectivă a bolii trăită de pacient”, “orice fenomen morbid sau abatere de la normal în structură, funcția sau senzația trăită de pacient, indicând o boală”, sau “o familie de fenomene a căror natură este trăită la persoana întâia”. În cazul semnelor ei au găsit definiții precum: “anormalități detectate de **medic**”, “evidență obiectivă a bolii observată și interpretată de medic”, “orice anormalitate indicând o boală evidențiată prin examinarea pacientului” sau “semnele sunt detectabile de alta persoană și uneori de pacientul însuși”. Acești autori remarcă faptul că există mari dificultăți de a reprezenta ontologic cele două entități, simptome și semne, dificultăți care se reflectă în utilizarea adecvată a lor, în stabilirea trasaturilor definitorii, a înțelesului pentru pacient și pentru medic ca și în procesul prin care ele participă la construcția naturală sau artificială a bolii. Berrios și Markova (2006) formulează o definiție pragmatică a simptomului, afirmând că el este un fenomen corporal sau mintal care acompaniază boala sau afecțiunea, constituind o indicație sau evidență pentru existența acesteia. Medicina persistă să facă distincția dintre simptome și semne, distincție care este cuprinsă în semiologia medicală și care stă la baza construcției medicale a bolii și a diagnosticului acesteia.

Deși pentru majoritatea covarsitoare a oamenilor, prezenta unui simptom este un indiciu asupra prezentei unei boli ce necesita consultarea unui medic, exista si indivizi care nu considera necesar sa se adreseze unui medic, gandind ca simptomele vor trece de la sine si sunt doar parte a vietii naturale a oricarui om. Exista si situatia in care indivizilor care se adreseaza medicilor pentru diferite simptome nu li se gasesc nici un fel de explicatii stiintifice, nici o corelatie rezonabila cu prezenta unei boli. Interpretarea acestor situatii conduce la luarea in considerare a diferentei dintre boala si suferinta. Suferinta este experienta subiectiva a pacientului traita sub forma simptomelor descrise de el, raspunsul lui la diferite simptome, pe cand boala este o anormalitate patologica in structura si/sau functiile organismului. Eisenberg (1977) spunea ca suferinta este experienta schimbarilor din starea fiintei si in functia ei sociala. Suferinta il face pe pacient sa caute ajutorul medical si aici el capata justificarea suferintei lui prin obtinerea unui diagnostic si a unui nume pentru aceasta, care devine numele bolii sale. Totusi, suferinta si boala nu sunt entitati sinonime si nici proportionale. Astfel, sunt suferinte cu putine simptome sau cu putina patologie subiacenta, precum sunt si boli cu tulburari organice subiacente dar cu putine simptome sau cu putina suferinta. Se justifica astfel ideea ca experienta subiectiva a bolii nu coreleaza intotdeauna cu ceea ce medicul obiectiveaza in timpul examinarii medicale (Heinrich, 2004).

In vocabularul medical exista o serie de calitative sau descriptori care se ataseaza simptomului, atunci cand el este descris si inventariat in “cortegiul simptomatic” al unei entitati clinice. Astfel, putem avea simptome care persista in timp, numite si “cronice”, sau simptome cu aparitie brusca si de intensitate mare, care obisnuit sunt numite simptome “acute”. In functie de pozitia ierarhica pe care un simptom o are in naratiunea pacientului putem avea simptome “majore” sau simptome “secundare”, iar in functie de cat de evocatoare sunt pentru o boala anume, putem avea simptome “patognomonice sau cardinale”; mai avem si simptome clasificate in legatura cu comportamentul de cautarea a ajutorului, a perturbarii functionarii sau a dizabilitatii, precum simptome usoare, moderate si severe (Smith si Dwamena, 2007).

De cele mai multe ori simptome nu sunt prezentate izolat, ele se agregă cu alte simptome sau cu diferite semne corporale, asociatie care, conform frecventei de aparitie impreuna sau a unor consideratii fiziopatologice, capata denumirea de sindrom, entiate clinica care poate sa poarte un nume, poate avea o existenta proprie, autonoma, sau poate face parte din constructia unei boli specifice. Din punctul de vedere al nosologiei medicale, a clasificarii si definirii bolilor,

sindromul nu are dreptul de a fi înțeles ca entitate nosologică propriu-zisă, ci poate avea o prezentă temporară în descrierea unor afecțiuni până când, cercetarea științifică și procesul de validare și confirmare va postula o boală bine definită în a cărei compoziție sindromul respectiv poate fi parte constitutivă, pastrându-și sau nu numele și identitatea descriptivă și coerentă fiziopatologică, de ex. sindromul febril prezent în mai multe boli infecțioase, sau sindromul dispeptic prezent în mai multe boli digestive și nu numai.

La calitățile și apelativele atașate simptomelor, prezentate mai sus, trebuie să mai adăugăm clasificarea cauzală a simptomelor. Astfel există dihotomia tradițională dintre simptome fizice, organice, somatice sau corporale, pe de o parte, și simptome mintale sau psihologice, pe de altă. Simptomele somatice și legătura lor cu anumit substrat lezional este de dată mai recentă, odată cu apariția modelelor anatomo-clinice din secolul XIX, perioada în care s-a conturat corelația dintre modificările anatomo-patologice și expresia lor simptomatologică. Un moment remarcabil în această evoluție este datorat lui William Osler (1849-1919) care formulează principiile moderne ale diagnosticului și tratamentului bolilor, dând prioritate cautării simptomelor și semnelor bolnavului și legăturii acestora cu modificările patologice ale organismului. Cautarea cu abnegație a acestei legături în timpul consultății medicale se numește și astăzi "idealul oslerian" (Bliss, 1999). Foucault (1963) amintește și de un alt jalon al acestei evoluții, numit de el "născerea clinicii", născere moștenită de Xavier Bichat (1771-1802), care a pus bazele spitalului clinic ca instituție științifică și de învățământ, organizare care a permis ridicarea observației clinice și a cautării modificărilor anatomo-patologice la rangul de rutină clinică. Așa a sosit momentul ca noțiunea de boală să capete o descriere simptomatologică și o coerentă internă cauzală, deși legătura dintre simptome și semne pe de o parte și leziunea organică subiacentă rămânea de multe ori ambiguă sau doar presupusă.

Mai mult decât în medicina somatică, legătura dintre simptom și boală în cazul tulburărilor mintale este ambiguă, existând multe afecțiuni psihiatrice care împărtășesc aceleași simptome, iar existența simptomelor patognomonice în cazul acestor boli este mai mult decât problematică (Kroenke și Rosmalen, 2006).

Și într-un caz și în altul, există o dezbatere legată de felul cum modificări fiziopatologice sau psihopatologice ajung să fie exprimate ca simptome, adică narativ, respectiv să capete o expresie lingvistică care să fie comună mai multor indivizi.

Pentru Thure von Uexkull (1982), considerat ca unul din părinții medicinei psihosomatic, și fiul celebrului biolog Jakob von Uexkull, părintele biosemioticii, problema clasificării simptomelor trebuie pusă în legătură cu câte “feluri” de medicină există. Pentru el medicina se prezintă în trei ipostaze: i) medicina ca știință naturală, în care boala este o tulburare organică, biochimică și anatomo-patologică, ii) medicina psihologică, în care boala este generată de tulburări psihopatologice și iii) medicina psihosomatică în care boala poate fi explicată prin mecanisme intricate ale primelor două feluri, descrise anterior. În fiecare din aceste ipostaze, ceea ce este un simptom, semn și simbol poate fi diferit, dar rămâne constant faptul că diferența dintre simptom și semn se bazează pe diferența dintre subiectiv și obiectiv, dintre cel care trăiește și are experiența trăirilor neobisnuite și cel care vede sau observă modificările neobisnuite corporale sau comportamentale.

Ce semnifică și felul în care simptomele sunt prezentate doctorilor sunt determinate de contextul social în care simptomele sunt experimentate, de felul cum boala este construită din punct de vedere cultural, de credințele și așteptările pacientului și de limbajul utilizat de ambele părți, pacientul aflat în lumea laică și doctorul aflat în lumea profesională. Pentru mulți dintre noi oboseala, durerile musculare sau problemele digestive pot fi probleme zilnice. Acestea ar putea să nu fie expresia unei boli, cele mai multe din aceste senzații somatice putând fi tranzitorii, nederanjante și neafectând aspectele majore ale vieții. Pe de altă parte, există o puternică evidență care sugerează că în asemenea cazuri, aceste simptome zilnice pot deveni o problemă semnificativă pentru indivizi și societate (Fisher, 2015).

Ca o aserțiune care stă deasupra tuturor altor considerente, se poate spune că simptomele sunt cele care fac diferența dintre boală și sănătate, simptomul fiind prima cărămidă la temelia unui diagnostic. Dacă acceptăm că o boală are un statut ontologic care presupune o afectare organică, funcțională sau structurală, există și cazuri în care putem constata existența simptomelor fără să putem decela o boală. Acesta este cazul simptomelor inexplicabile medical de care va fi vorba în acest capitol. Din punct de vedere semiotic problema care se ridică este dacă aceste simptome sunt expresia unei boli sau este vorba de o altă relație dintre semnificat și semnificant.

În acest moment al discuției, se pot pune două întrebări: i) sunt simptomele suficiente pentru a avea certitudinea existenței unei boli sau pentru diagnosticul unei boli? și ii) atunci când plângerilor pacientului nu li se găsesc explicații conform cunoștințelor medicale, mai pot fi ele

denumite simptome? Răspunsul la această primă întrebare duce la problema “pragului de semnificație clinică”. În absența unor markeri biologici sau clinici clari, care să susțină existența unei boli, acest prag este reprezentat de un raționament clinic tacit prin care simptomele sunt coroborate cu alte date clinice ce au putut fi culese la examenul fizic al pacientului, raționament care poate justifica suspiciunea unei boli și recomandarea unor examinări paraclinice suplimentare care să conducă la un diagnostic prezumptiv sau de etapă. În cazul bolilor mintale, această convenție stabilește că nu poate fi vorba de o boală numai pe baza simptomelor, dacă ele nu aduc și un nivel semnificativ de disconfort și dizabilitate cu răsunet asupra funcționării sociale, familiale și vocaționale (American Psychiatric Association - Diagnostic and Statistical Manual-5, 2013). În cazul bolilor somatice, nivelul de suferință și răsunetul asupra funcționării sunt subsumate conceptului de “*severitate*” a simptomelor prezentate, severitate pe care medicul o apreciază folosind un amestec de criterii obiective și subiective.

Răspunsul la a doua întrebare ne duce la constatarea că, în mod uzual, plângerile pacientului care nu își găsesc explicație științifică sunt trecute cu vederea, și doar dacă pacientul le reiterează că având importanță pentru starea lui de sănătate, ele obțin o atenție medicală. Aceste simptome, fără justificare conform modelului biologic al bolii, model dominant al medicinei moderne, se numesc “simptomele inexplicabile medical”. Dar dacă plângerile unui pacient nu își găsesc structura și determinismul “medical”, mai pot fi ele considerate simptome? Conform considerentelor generate de pragul de semnificație clinică, de care am vorbit mai sus, răspunsul ar fi pozitiv în măsura în care ele antrenează suferința și determină un comportament de căutare a sănătății, respectiv prezentări la medic, în vederea obținerii unei explicații biologizante și a unei replici terapeutice în consecință. Aceasta din urmă perspectivă a fost postulată în DSM-5 prin introducerea unei noi entități clinice: “tulburarea cu simptome somatice”, de care voi vorbi mai departe.

Presupoziția de bază în medicină este că simptomele corporale reflectă o patologie organică, adică o boală a corpului. Boala este văzută ca o condiție patologică identificabilă pe baza simptomelor și semnelor. Această abordare a fost numită “biomedicală” care este eticheta de astăzi a modelului medical al bolii. Nucleul central al acestei abordări este presupunerea că boala poate fi înțeleasă pe deplin și explicată în termenii devianței de la funcționarea normală biologică, evidentiabilă și măsurabilă. Prin această afirmație, boala este prevăzută cu o calitate “obiectivabilă” și se referă la o malfunction sau o maladaptare a proceselor biochimice, fiziologice

si biologice ale organismului, aflata in opozitie cu suferinta pacientului, care este vazuta ca o experienta subiectiva (Clarke, 2010); in alte cuvinte, boala este ceva a organului, in timp ce suferinta este ceva a omului (Helman, 1981). Prima poate fi inteleasa prin rationamente specifice bazate pe date obiective, cea de a doua poate fi inteleasa prin empatie.

2. Ce sunt simptomele inexplicabil medical

Pentru multi dintre noi experienta oboselii, a durerilor musculare sau a problemelor digestive este o chestiune aproape zilnica care nu i se da importanta, multe dintre aceste simptome apar si dispar tot asa de repede cum au venit. Pentru altii, aceste probleme sunt importante sau cronice, interfera semnificativ cu viata de zi cu zi, si ii determina sa se adreseze medicilor. Faptul ca uneori, in spatele acestor simptome, nu se gaseste o cauza organica sau o alta explicatie medicala este o problema frustranta atat pentru pacient, cat si pentru medic. Incapacitatea de a gasi o explicatie medicala unor simptome recurente sau cronice pune la indoiala competenta doctorului si genereaza de multe ori o coliziune intre doctor si pacient. Astfel, intelegrea, recunoasterea, explicarea si managementul simptomelor inexplicabile medical (SIM) sint o sarcina esentiala pentru practica medicala curenta. Pentru multi practicieni aceasta problema este provocatoare, cu atat mai mult cu cat conceptualizarea SIM este neclara si variaza de la doctor la doctor. Gestionarea acesteia depinde in mare masura de comunicarea dintre medic si pacient (Rosendal si colab. 2017).

Privitor la modul cum simptomele medicale si expresiile lor sunt construite in timpul consultatiei medicale, Berrios si Markova (2006) preiau ideia lui Platon care imparte spatiul epistemologic in doua parti: inteligibil sau rational si subiectiv. Astfel, ei vorbesc despre faptul ca simptomele se fac vizibile atat in spatiul "lingvistic conventional", cat si in spatiul "meta-lingvistic". Conform acestei teorii, noi avem simptome care sunt prezentate in mod explicit, precum simptomele corporale, si simptome care sunt prezentate in mod "metaforic" sau "simbolic", ca in cazul simptomelor fara o explicatie fiziopatologica sau psihopatologica. In acest context, ei mai vorbesc si de faptul ca simptomele pot fi impartite in alte doua categorii sau "ordine": simptome originale si simptome "fenocopii", adica simptome care imita pe cele originale dar care nu sunt sustinute de aceleasi mecanisme. Ca exemplu sunt simptomele neurologice functionale care sunt imitatii sau sunt camelioni ai altor conditii somatice (Stones si

colab.,2013). În felul acesta se evidențiază importanța discuției despre care este adevăratul înțeles al simptomelor inexplicabile medical.

Medicina modernă este ancorată în paradigma biologică, materialistă, dar domeniul simptomelor este încă dominat de dualismul minte-corp și simptomele pacienților sunt încă împărțite în simptome fizice și simptome psihice, prin utilizarea unui model etiologic simplist care ține cont numai de un singur factor explicativ. Conform acestei dualități, simptomele fizice sunt văzute ca simptome "reale" și pacienții cu astfel de simptome sunt văzuți ca având o tulburare corporală, în timp ce simptomele corporale de origine psihică sunt privite ca simptome "ne-reale", iar pacienții cu astfel de simptome sunt considerați ca responsabili de problemele lor (Harcher and Arroll, 2008). Este evident că preocuparea inițială a medicului este înțelegerea naturii simptomelor prezentate de bolnav, în special a modalității cauzale de apariția a acestora ca primul pas al demersului diagnostic. În mare, în funcție de cauzalitatea prezumptivă a lor, simptomele prezentate de bolnav pot fi împărțite în: i) simptome corporale, care sunt expresia unei patologii organice, adică ele pot fi explicate prin considerente fiziopatologice; ii) simptome corporale, care nu exprimă o patologie organică dar pot fi explicate prin mecanisme psihopatologice și iii) simptome corporale "inexplicabile" pentru că apariția lor nu poate fi explicată nici de mecanisme fiziopatologice și nici de mecanisme psihopatologice (Sharpe et al, 2006). Pentru mulți medici, simptomele inexplicabile medical se plasează pe "*no-man's land*", adică nici în teritoriul medicinei somatice și nici în cel al psihiatriei.

Edwards și colab. (2010) spuneau că aceste simptome sunt o situație dificilă, clinică și socială, care include un larg spectru de prezentări ce sunt dificil de explicat prin încadrarea lor într-o patologie cunoscută. Aceste simptome adesea se grupează în entități clinice cunoscute ca sindromul de colon iritabil, sindromul de oboseală cronică, durerea de spate, fibromialgia sau raman izolate ca în cazul palpitațiilor, insomniei, tinnitus, amortelii, dureri diferite, etc. În general, aceste simptome se caracterizează prin intensitatea și persistența lor neobisnuită pentru a fi atasate unei boli fizice identificabile. Sharpe (2013) spunea că atunci când medicul nu găsește o cauză organică simptomelor pe care pacientul le prezintă, el automat să gândească ca "*totul este în mintea pacientului*", cu alte cuvinte, dacă simptomele nu își găsesc o cauză organică, atunci ele au o cauză psihică. Clasificarea DSM-IV reflectă acest punct de vedere punând semnul de egalitate între SIM și simptomele de somatizare. În mod tradițional, ajuns la psihiatru, acest pacient cu simptome somatice care nu și-au găsit o cauză organică, poate fi clasificat în două

moduri: i) ori aceste simptome somatice pot fi explicate ca parte a unei tulburari emotionale, respectiv expresie a unei tulburari depresive sau anxioase, ori ii) aceste simptome somatice nu pot fi explicate psihopatologic.

Burton (2003) definește SIM ca simptome fizice pentru care nu poate fi demonstrată o patologie organică consistentă sau clară, iar somatizarea ar fi procesul prin care pacienții cu tulburări psihopatologice prezintă astfel de simptome fizice. Pentru el există somatizare parțială, când pacientul recunoaște posibilitatea ca tulburările lui psihologice să cauzeze simptomele pe care le reclamă, și somatizare adevărată, când pacientul nu recunoaște, nu acceptă vreo legătură între tulburările lui psihologice și plângerile lui corporale. Conceptul de "simptome de somatizare" a fost introdus de Lipowski (1988) pentru a defini tendința pacientului de a experimenta și comunica necazul psihologic sub formă de simptome somatice. Escobar și colab. (1989) utilizează conceptul de somatizare scurtă pentru formele mai puțin severe de somatizare. Această problemă este preluată de clasificarea tulburărilor mentale DSM-IV (1994) pe care o definește ca o istorie de multiple plângeri somatice apărute înainte de vârsta de 30 ani și care continuă pentru o perioadă de câțiva ani. În medicina psihosomatică se utilizează și conceptul de sindrom funcțional somatic care reprezintă un set de simptome inexplicabile care se strâng laolaltă într-un sindrom, ca în cazul sindromului de oboseală cronică, a sindromului colonului iritabil sau a fibromialgiei. Kirmayer și Robins (1991) și Kirmayer și colab. (1997) consideră că somatizarea nu descrie o entitate omogenă ci mai curând o clasă cu diferite fenomene de expresie. Ei susțin că ar trebui făcută o distincție între simptomele fizice inexplicabile, care pot fi i) componente fiziologice ale anxietății sau depresiei, ii) senzații corporale normale sau evenimente patologice minore care pot fi interpretate greșit de către subiect ca fiind semne ale unei afecțiuni medicale, și iii) simptome realmente izvorâte din subiectivitatea pacientului și care nu pot fi atribuite nici tulburărilor fizice și nici tulburărilor psihiatrice. Acestea din urmă ar fi adevăratele simptome inexplicabile medicale. Dincolo de toate aceste considerente, termenul de somatizare este larg utilizat indicând procesul psihologic prin care stresul psihologic este transformat în simptome somatice.

O listă comprehensivă de simptome inexplicabile medicale ar putea cuprinde: durerea de spate, durerea articulară, durerea de cap, slăbiciunea, oboseala, tulburările de somn, dificultățile de concentrare, pierderea apetitului, schimbări de greutate, nelinistea, încetinirea gândirii,

durerea în piept, gafaiala, palpitațiile, amețea, nodul în gât, apatie, greață, tranzitul intestinal rapid, balonarea, constipatia sau durerea abdominală (Burton, 2003).

Fink și colab. (2002) vorbesc de trei criterii caracteristice ale simptomelor inexplicabile medical: lipsa unui suport organic, îngrijorare excesivă și interferența cu funcționarea bolnavului. Aceste criterii se regăsesc și în definiția lui Rosendal și colab. (2017) după care SIM sunt simptome fizice care cauzează pacientului îngrijorare excesivă și îl determină să caute tratament medical dar cărora nu li se găsește o patologie organică adecvată sau o bază fiziopatologică care să le explice. Edwards și colab. (2010) consideră că de fapt simptomele inexplicabile medical sunt dificultăți clinice și sociale care includ un spectru larg de prezentări în care simptomele sunt greu de explicat conform patologiei curențe. Astfel de simptome se pot grupa și dau sindromul de colon iritabil, sindromul de oboseală cronică, fibromialgia, sau pot exista izolat precum palpitațiile, insomnia, tinitusul, paresteziile, cefaleea, durerea de spate, durerea abdominală, durerea musculară și altele. S-a mai folosit și termenul de "simptome sau sindroame funcționale" care semnifică aceeași discrepanță dintre prezentarea clinică și patologie organică subiacentă.

Atunci când indivizii prezintă multiple simptome neexplicabile medical sau când ele se sistematizează într-un fel în care ar imita o condiție clinică bine stabilită, se vorbește de "tulburări somatoforme". Trăsătura comună a tulburărilor somatoforme este prezența simptomelor fizice care sugerează o condiție medicală, dar care nu poate fi explicată pe de-a-ntregul prin prezența unei condiții patologice care să o genereze (Heinrich, 2004).

Trebuie remarcat că în definirea simptomelor inexplicabile medical criteriul principal este atât lipsa explicației somatice, dar și lipsa explicațiilor psihopatologice, respectiv lipsa legăturii dintre aceste simptome cu depresia sau anxietatea. Cu alte cuvinte, pentru a avea SIM trebuie să se excludă posibilitatea ca ele să fie datorate unei tulburări depresive sau anxioase. Aceasta face ca Hubley și colab (2014) să lărgască definiția SIM și să spună că simptomele inexplicabile medical sunt acele simptome fizice persistente aparute în absența unei boli identificabile, dacă în absența atât a unei boli somatice, cât și a uneia psihice, în speta, depresie sau anxietate. Astfel, înainte de a fi considerat ca purtătorul de simptome inexplicabile medical, pacientul ar trebui să fie văzut atât de medicul somatician, cât și de medicul psihiatru! În ghidul de management al SIM publicat de Olde Hartman și colab. (2013), simptomele inexplicabile medical sunt acele simptome fizice care persiste câteva săptămâni, în care o examinare medicală adecvată nu releva

vreo condiție patologică care să le explice. Pentru acest ghid, SIM este în primul rând o ipoteză de lucru bazată pe presupunerea că nu există o patologie somatică și/sau psihiatrică care să le justifice. Această ipoteză de lucru se transformă în "diagnostic" în momentul în care examinări medicale atente au îndepărtat în mod rezonabil orice boală fizică și/sau psihiatrică subiacentă.

Pe drept cuvânt, Hilderink și colab (2008) consideră că subiectul simptomelor inexplicabile medical este un teritoriu plin de controverse și cu o terminologie lipsită de claritate. Sunt utilizați o serie de termeni ca simptome functionale somatice, simptome psihosomatice, simptome vagi, plângeri subiective, etc. Cu toate acestea, termenul de simptome inexplicabile medical este de preferat pentru că este pur descriptiv, neutru, și cel mai des utilizat în literatura medicală. În plus, Wilkinson (2013) consideră că termenul de simptome inexplicabile medical capturează pacienții cu tulburări de somatizare, tulburări functionale și tulburări psihosomatice, respectiv pacienții cu simptome ce imită simptomele dintr-o boală organică dar cărora nu li se poate atașa o astfel de origine. Acest termen reprezintă un cos în care intra un grup heterogen de pacienți cu variate exprimări clinice, cu varietate caracteristici sociodemografice și încărcati cu o comorbiditate psihiatrică (Mobini. 2015; Boeft și colab. 2016). Pentru Henningsen și colab. (2011) termenul de SIM este ambiguu din cel puțin două motive: i) nu este suficient de clar în ceea ce privește corelația dintre expresia clinică și originea lui fiziopatologică, pentru că nu i se găsește o bază anatomico-patologică, dar în schimb nimeni nu contestă astăzi rolul pe care îl joacă sistemul nervos central în apariția acestui tip de simptome, precum rolul în durerea cronică, fibromialgie, etc.; ii) termenul de "inexplicabil" din descrierea acestor simptome arată că medicina nu are nimic de oferit acestor pacienți, că medicii sunt gata să abandoneze aceste cazuri fiind incapabili de a ajuta, ceea ce nu este adevărat, existând astăzi suficiente argumente pentru a crede că managementul și tratamentul acestor simptome a progresat într-o direcție pozitivă.

Marks și Hunder (2015) se întreabă dacă acest termen este acceptabil sau chiar folositor. Ei consideră că el este unul generic, care include numeroase sindroame precum fibromialgia sau sindromul de colon iritabil sau simptome izolate precum "durerea precordială de origine necardiacă", care este util medicilor. Sharpe (2013) consideră că această etichetă, de "inexplicabil medical" este doar una pragmatică din punct de vedere clinic pentru că exclude asocierea simptomelor cu o boală severă și modifică relația cu pacientul și demersurile terapeutice asupra acestora. Nici în cazul simptomelor explicabile medical situația nu este mai clară, pentru că există o mare variabilitate a relației dintre severitatea simptomelor și severitatea

bolii subiacente. Pentru acest autor, o alternativă ar fi să privim atât simptomele explicabile medical, cât și cele inexplicabile medical, ca reflectând nu numai o patologie corporală, dar și modul cum sistemul nervos central integrează modificările fiziopatologice cu factorii biologici, psihologici și sociali ai pacientului respectiv. Ceea ce se întâmplă în corpul pacientului și în jurul lui se procesează și interpretează de către creier și apoi este comunicat în afara sub formă de simptome. Această etichetă de “inexplicabil” este însă puțin folositoare pacienților care o consideră negativă, ambiguă, incriminatorie, și frustrantă, cu referire la incapacitatea medicinei de a găsi o explicație plauzibilă suferinței lor. În fond, pacienții au venit la medic pentru a afla o cauză suferinței lor și nicidecum o dilemă! În plus, acest termen reîntărește dualismul cartezian “*minte-corp*”, deși medicina clamează în permanentă originea materială a bolilor.

Se crede că schimbările de paradigmă pe care le aduce DSM-V (2013), care renunță la conceptele de simptome inexplicabile medical și la tulburări somatoforme și le înlocuiește cu termenul de “tulburare cu simptome somatice”, este un pas înainte. Prin această entitate nouă prezenta simptomelor este privită în legătură cu severitatea lor, cu încărcătura emoțională și cu povara resimțită de pacient și nu cu originea lor. Este însă prea devreme să putem vorbi de utilitatea acestei noi categorii nosologice.

Eriksen și Risør (2013) trag o linie și spun că ceea ce este comun acestor simptome sunt :

- i) lipsa unei etiologii clare care rămâne nedetectată; ii) posibilele mecanisme biologice implicate sunt necunoscute; iii) pacienții suferă de o diversitate de simptome și semne clinice dificil de descris și versatile în timp; iv) multe din aceste simptome conduc la diagnostice care sunt contestate și nu sunt prezente în clasificările internaționale; v) existența acestor simptome este bazată doar pe raportarea subiectivă a pacientului; vi) terapia cognitivă este adesea considerată să fie o intervenție eficientă; vii) aceste simptome afectează o proporție semnificativă din populație, deși prevalența lor este încă incertă.

După această enumerare a definițiilor și criteriilor nosologice pentru simptomele inexplicabile medical, se înțelege de ce Rosendal și colab. (2017) se fac purtătorii de cuvânt a majorității medicilor care sunt contrariați de existența acestor feluri de simptome, de incapacitatea de a le conceptualiza în mod clar și a variabilității lor între specialități medicale diverse.

De multe ori pacienții pendulează de la o specialitate la alta fără rezultat. Incapacitatea de a se evidenția o cauză organică conduce la incertitudine și deziluzie de-o parte și de alta. Această incertitudine este adesea rezolvată prin ghidarea pacientului către alți medici și examinări

medicale sofisticate care conduc la cresterea costurilor (Olde Hartman si colab., 2009). Oricum ar fi, aceste simptome creaza o situatie dificila, clinica si sociala, ce include un larg spectru de prezentari ce sunt dificil de explicat prin incadrarea lor intr-o patologie cunoscuta. Adesea se grupeaza in entitati clinice cunoscute ca sindromul de colon iritabil, sindromul de oboseala cronica, durerea de spate, fibromialgia sau raman izolate, ca in cazul palpitatiilor, insomniei, tinutului, paresteziei, durerilor diferite, etc., lucru acceptat de unii si contestat de altii.

8.3. Epidemiologia simptomelor inexplicabile medical

Pacientii cu simptome inexplicabile medical constituie un grup relevant pentru sistemul de ingrijire medicala din cauza cerintei lor pentru repetate examinari si interventii medicale, in pofida absentei unei boli organice (Burbaum si colab., 2010). Simptomele sunt cel mai des prezentate la nivelul ingrijirilor primare si devin o problema costisitoare atat pentru individ cat si pentru sistemul medical. De exemplu in Anglia, se estimeaza ca aceste simptome conduc la costuri de peste 3 miliarde de lire. In 20-25% din totalul vizitelor medicale la nivelul ingrijirilor primare sunt facute pentru simptome vagi, usoare, fara o cauza organica si 20-40% din pacientii vazuti de medicii specialisti nu primesc un diagnostic clar pentru ca prezinta simptome inexplicabile sau functionale (Birmingham si colab., 2010).

In Olanda, simptomele somatice functionale sau inexplicabile sunt clasificate pe locul doi din zece cele mai frecvente simptome de la nivelul ingrijirilor primare si au o incidenta anuala de 70 la 1000 pacienti. (Olde Hartman si colab., 2004).

Intr-o trecere in revista a literaturii internationale, Kroenke (2003) gaseste ca peste 50% din toate vizitele medicale ambulatorii sunt pentru simptome somatice si estimeaza ca acest gen de simptome ar genera peste 400 milioane de vizite medicale pe an. Printre plangerile pentru aceste vizite medicale se mentioneaza in principal durerea, cefalea, oboseala si ametelile.

Un studiu danez releva ca 84% din femei si 75% din barbati au prezentat cel putin unul dintr-o lista de 13 simptome somatice si estimeaza ca 80% din oameni vor experimenta unul sau mai multe simptome intr-o perioada de o luna. Aceste simptome insa sunt auto-limitante, tranzitorii si doar unul din patru indivizi se vor prezenta la medic. Pe lotul studiat s-a constatat ca 75% din subiectii cu simptome somatice s-au vindecat spontan sau cu putin ajutor medical si numai o minoritate, aproximativ 25%, au suferit de simptome cronice sau recurente, dar multe

dintre aceste simptome nu au avut vreo legătură cu o boală somatică (Stone și colab., 2002). Într-o meta-analiză făcută de Haller și colab. (2015) procentajul pacienților cu cel puțin un simptom inexplicabil la nivelul îngrijirilor primare reprezintă între 40,2 și 49% din totalul consultațiilor.

După Hiller și colab. (2006) 81,6% din persoanele analizate dintr-un esanșion al populației germane au raportat cel puțin unul din 53 simptome somatice. În Marea Britanie, unele studii identifică ca 15-19% din totalul consultațiilor se fac pentru simptome fără o cauză organică (Rief și Isaak, 2007). În Olanda, simptomele fără o cauză organică sunt răspunzătoare pentru o consultație din patru la nivelul medicilor de familie și 20-24% din pacienții văzuți de un specialist nu primesc un diagnostic clar (Olde Hartman și colab., 2004). Totuși, la 50 până la 75% din indivizii diagnosticați cu simptome inexplicabile medical acestea vor dispărea în următoarele 12-15 luni, în timp ce numai în 10-30% din cazuri simptomele se vor amplifica (Olde Hartman et al, 2013).

8.4. Considerații nosologice cu privire la simptomele inexplicabile medical (SIM)

Când simptomele inexplicabile medical se grupează în sindroame, asemenea sindroame sunt văzute în mai toate specialitățile medicale. Într-adevăr, fiecare specialitate medicală pare să aibă cel puțin un sindrom somatic inexplicabil: fibromialgia în reumatologie, sindromul colonului iritabil în gastroenterologie, durerea precordială non-cardiacă în cardiologie, sindromul de oboseală cronică în bolile infecțioase, sindromul de hiperventilație în pneumologie, convulsiile pseudo-epileptice în neurologie și sindromul de sensibilitate chimică în alergologie (Chalder și Willis, 2017). În Tabelul Nr. 1 se prezintă sindroamele functionale somatice aparținând diferitelor specialități. Prevalența acestor sindroame este de aproximativ 53% în cardiologie, 58% în gastroenterologie, 52% în neurologie și 45% în reumatologie (Rolfe și Burton, 2013). În Germania, în secțiile specializate din spitale, pacienții cu simptome inexplicabile ajung să acopere 52% din toate intervențiile noi (Fischer, 2015).

Wessely și colab. (1999) susțin că existența sindroamelor somatice functionale este doar un artefact al specialităților medicale, fiecare specialitate medicală definind propriul sindrom în limbajul propriei specialități și a intereselor ei. Fiecare sindrom tinde să fie privit ca un diagnostic unic, cu caracteristici specifice, reflectând tendința fiecărei specialități de a se focaliza pe simptomele aparținând specialității respective, mai curând decât a decela diferențele dintre pacienți. Pe baza trecerii în revistă a literaturii, autorii mai sus citați găsesc că există o

suprapunere considerabila intre sindroamele functionale si ca similaritatile dintre ele depasesc diferentele.

Alergologie	Senzitivitatea multipla la chimicale
Gastroenterologie	Sindromul colonului iritabil, dispepsia non-ulceroasa
Ginecologie	Durerea pelvina cronica, sindromul premenstrual
Boli infectioase	Sindromul de oboseala cronica
Cardiologie	Durerea precordiala atipica sau non-cardiaca
Pneumologie	Sindromul de hiperventilatie
Neurologie	Tensiunea cefalica, convulsiile pseudoepileptice
Reumatologia	Fibromialgia, durerea cronica de spate
ORL	Veretijul cronic, tinnitus
Stomatologie	Durerea faciala atipica, disfunctia temperomandibulara
Psihiatrie	Tulburarile somatoforme, neurasthenia

Tabelul Nr. 1: Sindroamele functionale somatice pe specialitati (Fink si colab., 2015)

Luand in considerare felul cum sunt privite aceste sindroame somatice functionale, impreuna sau separat, Lacourt si colab. (2013), facand o analiza statistica in clustere, gasesc ca exista suport pentru ambele viziuni, adica pentru a lua impreuna aceste sindroame sau a le lua separat, cu o usoara inclinare spre abordarea "impreuna". In aceasta dezbatere nosologica, Kroenke (2006) spune ca exista o tulburare de spectru a simptomelor inexplicabile medical pe care ulterior o regasim in DSM-5 sub numele de "*Somatic Symptoms Disorder*". In acelasi sens, Smith si Dwamena (2007) iau si ei in considerare existenta unui continuu a acestor simptome si sindroame si vorbesc de clase de severitate precum "simptome normale sau usoare inexplicabile", "simptome moderate inexplicabile" si "simptome severe inexplicabile".

Confuziile in definirea simptomelor inexplicabile medical au pavat drumul spre o terminologie alternativa si spre gasirea de criterii diferite. Astfel, exista o viziune "radicala" care doreste sa se elimine de tot tulburarea de somatizare din psihiatrie si care considera ca exista

doar o tulburare somatică de origine necunoscută, și o viziune mai puțin radicală care include o conceptualizare mai largă a simptomelor somatice fără patologii organice și tinde să regrupeze simptomele somatice într-o nouă categorie. Această viziune a fost incorporată în DSM-5 și ICD-11. Astfel, Marks și Hunder (2015) afirmă că termenul de simptome inexplicabile medical este criticabil pentru că promovează o ambiguitate. Cuvântul "inexplicabil" nu oferă nici o lumină asupra cauzei, duratei, severității sau semnificației acestor simptome, în schimb acest termen reintărește dihotomia "minte-corp", lucru pe care biomedicina nu-l agreează deloc.

The World Health Organization - International Classification of Diseases (ICD-10, 2010) and DSM-IV (APA, 1994) a utilizat denumiri alternative precum termenii "somatizare", "tulburări somatoforme", "tulburare de somatizare", iar a 5-a ediție a DSM (APA, DSM-5, 2013) a înlocuit vechile denumiri cu una nouă: tulburarea cu simptome somatice (*"Somatic Symptoms Disorder"*). Interesant este că această nouă entitate nu cere ca simptomele să fie "inexplicabile", ci ca ele să fie persistente și să fie asociate cu gânduri, emoții și comportamente excesive, față de unele similare din boli cu origine organică bine stabilită. În siajul tradiției "neutralității etiologice" și a pletorei de termeni ateoretici pe care i-a lansat DSM-ul în edițiile succesive, DSM-5 dizolvă toți termenii pe care i-a folosit în trecut într-o singură categorie: tulburarea cu simptome somatice, definită ca "unul sau mai multe simptome somatice care sunt suparatoare sau care produc o semnificativă disrupție a vieții zilnice. ceea ce conduce la gânduri, emoții sau comportamente excesive față de prezenta acestor simptome". Se consideră că această nouă categorie clinică este un trimuf al viziunii care strânge împreună toate simptomele inexplicabile medical și astfel creează un "*melting pot*" pentru toate vechile entități ale DSM-IV, precum tulburarea de somatizare, tulburarea somatoformă, hipocondria și durerea cronică, luând în considerare existența unei suprapunerii considerabile dintre ele. Această reconceptualizare se focalizează nu numai pe simptomele somatice, ci și pe ceea ce aceste simptome generează, adică pe răspunsul individului cu emoții, gânduri și comportamente excesive (Dimsdale și colab., 2013).

Clasificarea DSM-5 este un pas înainte față de DSM-IV din cauza că diagnosticul acestei entități nu necesită numai existența simptomelor somatice inexplicabile dar și alte simptome care sunt persistente mai mult de 6 luni, cu o perturbare semnificativă a vieții cotidiene și creează: i) o multitudine de gânduri despre gravitatea acestor simptome; ii) un nivel înalt de anxietate față de existența acestor simptome; iii) consum mare de energie cu îngrijirea medicală a acestor

simptome (Kurlansik si Maffei, 2016). Aceasta viziune este "dincolo de inexplicabilul medical", de fapt este despre o viziune medicala alternativa care spune ca toate simptomele medicale, explicabile sau nu, au aceeasi importanta; ele nu sunt mai mult sau mai putin decat o manifestare a proceselor mentale. Ele au un determinism multiplu si reflecta felul cum creierul integreaza factorii etiologici biologici, psihologici si sociali (Sharpe, 2013). Acest diagnostic poate fi considerat si ca un "*trans-diagnostic*" pentru variate simptome medicale si non-medicale care au in comun expresii psihologice si comportamentale.

Editia 11-a a Clasificarii Internationale a Bolilor a Organizatiei Mondiale a Sanatatii (ICD-11) propune un nou termen pentru simptomele inexplicabile medical: tulburarea suferintei corporale ("*Body Distress Disorder*"). Aceasta schimbare majora se considera a fi un raspuns la critica care evidentia nevoia: i) de o schimbare de nume; ii) de o considerabila simplificare a terminologiei stufoase; iii) de stabilire de criterii si granite consistente; iv) de reflectare a imperativelor culturale (Gureje, 2015). Tulburarea suferintei corporale cuprinde un spectru larg de plangeri somatice si este caracterizata de prezenta simptomelor corporale care provoaca suferinta individului si o atentie excesiva asupra lor care se poate manifesta prin repetate contacte cu medicii. Astfel, daca o conditie medicala cauzeaza sau contribuie la simptome, gradul atentiei este in mod clar excesiv in relatie cu natura si evolutia sa. Atentia excesiva nu este usurata de examinarile si investigatiile medicale adecvate si de asigurarea ca nimic nu este rau. Simptomele corporale si suferinta asociate sunt persistente, fiind prezente in cele mai multe zile pentru cel putin cateva luni si sunt asociate cu o afectare semnificativa in functionarea personala, familiala, sociala, educationala, ocupationala sau altele. In mod tipic, tulburarea implica multiple simptome corporale care pot varia in timp. Ocazional exista un singur simptom, mai ales durere sau oboseala, care este asociat cu alte trasaturi ale tulburarii" (Gureje si Reed, 2016).

In construirea acestei noi categorii, ICD-11 a pornit de la evidenta ca multe sindroame somatice functionale sau tulburari somatoforme apartin unei familii de tulburari care au aceleasi caracteristici: senzatii neplacute si perturbatoare si un comportament de boala specific (Budtz-Lilly si colab., 2015). Ivbijardo si Goldberg (2013) au argumentat ca conceptul de sindrom al suferintei corporale, nume folosit in fazele prelimiare, poate usor sa captureze o plaja larga de diagnostice sau sindroame functionale somatice care in acelasi timp sa furnizeze o baza atat pentru pacient cat si pentru medic de a formula o interventie terapeutica, lucru care nu se petrecea in cazul "nihilismului" terapeutic inherent termenului de simptome inexplicabile medical.

Mai mult, Fink si Schroder (2010) noteaza ca terminologia de sindrom al suferintei corporale a fost capabil sa stranga 100% pacientii cu fibromialgie, sindrom de hiperventilatie si sindrom de oboseala cronica si 98% din cei cu sindromul colonului iritabil si 90% pe cei cu durerea precordiala non-coardiaca si alte tulburari somatoforme.

Aceasta evolutie dramatica, de la simptomele inexplicabile medical la tulburarea cu simptome somatice sau tulburarea suferintei somatice, este pentru multi un progres, in special din punctul de vedere al pacientilor. In camera de consultatii pacientii au oportunitatea de a vorbi deschis despre suferinta lor si de a clama ca ei au autoritatea si accesul la propriul corp si la senzatiile corporale mai bine decat doctorii lor. In conditiile simptomelor inexplicabile medical, cand doctorii afirma ca nu au gasit nimic rau, pacientii se simt ignorati, tradati si mistificati (Burbaum si colab., 2010; Vrasti, 2019).

In scopul de a explora felul cum oameni obisnuiti vad terminologia clinica utilizata pentru a descrie simptomele inexplicabile medical, Marks si Hunter (2015) iau un esantion de 698 oameni din populatia generala pe care-i pune sa-si arate preferintele pentru unul sau altul din termenii utilizati pentru aceste simptome. Cel mai popular termen a fost "simptome fizice persistente" cu 20% alegeri, urmat de "simptome functionale" cu 17% alegeri, pe cand termenul de "simptome inexplicabile medical" a strans doar 15% preferinte iar "tulburarea suferintei corporale" 13%. In alt studiu, Creed si colab. (2010) gasesc ca termenul preferat de oamenii obisnuiti a fost tulburarea somatica functionala urmat de tulburarea suferintei corporale.

In lucrarea de fata vom continua sa utilizam terminologie generica de simptome inexplicabile medical, pana cand noile entitati promovate de DSM-5 si ICD-11 vor deveni obisnuinta.

8.5. Modelele explicative ale simptomelor inexplicabile medical

Lipsa unor date medicale coerente despre aceste simptome a generat eforturi pentru identificarea factorilor predispozanti si precipitanti si dorinta de a formula un model explicativ general pentru simptomele inexplicabile medical. Astfel au aparut un numar de modele explicative dar se pare ca nici unul din ele nu ofera o explicatie unanim acceptata.

Ravenzaaij si colab. (2010) fac o trecere in revista sistematica a 710 lucrari publicate pe aceasta tema si gasesc noua modele explicative mono-factoriale diferite, precum amplificarea somatosenzoriala, senzitivizarea, senzitivizarea imunitara, perturbarea endocrina, modelele

semnalului filtrat, modelul comportamentului de boală, disfuncția sistemului nervos vegetativ, modelul proprioceptivității anormale, și un meta-model cognitiv-comportamental care conține componente din celelalte nouă modele menționate mai sus. La aceste modele noi am adăugat unul, cel evolutionist, de care am vorbit și în capitolul 5 (Cap. Cine este bolnav și cine este sanatos).

Witthoft și Hiller (2010) și Fisher (2015) consideră că modelele etiopatogenice actuale ale simptomelor inexplicabile medical pot fi împartite în două mari categorii: modele orientate biologic și modele orientate cognitiv-comportamental. În timp ce modelele biologice pun accentul pe rolul geneticii și a perturbării funcționale a sistemelor somatice precum sistemul nervos central și vegetativ, a axei hipotalamo-pituitară-adrenergică și a sistemului imunitar, modelele cognitiv-comportamentale vorbesc de caracteristicile de personalitate, de disfuncțiile atenției și de interpretarea senzațiilor corporale sau de comportamentul de evitare.

Mai jos sunt prezentate aceste modele explicative mono-factoriale și multi-factoriale, iar printre modelele multifactoriale am adăugat modelul multifactorial cultural, care, după părerea mea, poate fi un model explicativ valabil pentru cel puțin o parte din subiecții care vizitează medicul pentru simptome inexplicabile medical.

8.5.1 Modelele explicative mono-factoriale:

8.5.1.1. Teoria focusării somato-senzorii.

Tendința de a lua nota și a amplifica senzații ne semnificative ale corpului a fost considerată ca și caracteristică principală a pacienților cu simptome inexplicabile medical. După Kirmayer și Taillefer (1997) creșterea stimulării emoționale sau chiar procesele fiziologice normale produc senzații corporale care captează atenția omului în proporții variate. Se consideră că atenția excesivă asupra acestor senzații se datorează unui proces de amplificare somatosenzorială care conduce la creșterea răsunetului lor subiectiv. Consecutiv acestui proces, indivizii dezvoltă cogniții și atribuții disfuncționale care ulterior amplifică și mai mult percepția și interpretarea senzațiilor fizice, corporale. Astfel de atribuții duc la generarea de griji privitoare la boli, la catastrofizarea situațiilor și la demoralizarea subiectului. Prin procesul de amplificare se constituie un cerc vicios prin care semnele corporale sunt reîntărite de interpretări și griji disfuncționale care, la rândul lor, amplifică și catastrofizează senzațiile corporale. Ca rezultat al acestor procese, individul adoptă “rolul de bolnav” și se adresează medicului. S-a văzut că

indivizii cu atenție sporită asupra senzațiilor corporale au un număr mai mare de plângeri somatice și un prag mai scăzut al durerii (Verkuil et al., 2007).

8.5.1.2. Teoria senzitivizării somatice.

Această teorie este bazată pe cercetările care au demonstrat importanța modului în care sistemul nervos central procesează simptomele, mod care explică de ce simptomele pot persista și se pot amplifica (Verkuil și colab. 2007). Mecanismul prin care răspunsul de senzații somatice crește ca rezultat al experiențelor anterioare cu aceste senzații a fost denumit senzitivizare. Senzitivizarea a fost elaborată în relație cu durerea dar poate juca un rol și în apariția altor simptome somatice (Bourke și colab. 2015). Senzitivizarea se explică prin focalizarea atenției pe simptomele corporale și amplificarea lor și poate fi gândită ca un proces multifacțat care implică factori cognitivi, somatici și neurobiologici (Burton, 2003). Senzațiile corporale anterioare lasă anumite urme la nivel neuronal și odată cu reaparitia acelui tip de senzații crește și senzitivitatea la acestea. Astfel, un pacient reacționează mai puternic la stimuli la care a devenit mai sensibil prin repetarea lui. Experiența unui simptom poate fi amplificată dacă neuronii au memorat experiența anterioară cu astfel de senzații corporale (Martin și colab. 2007).

8.5.1.3. Teoria senzitivizării sistemului imunitar.

Sistemul imunitar are un rol crucial în reglarea proceselor inflamatorii cu care se confruntă zilnic organismul uman. Parte a acestui sistem, citokinele cerebrale se activează în timpul răspunsului la stres, fiind responsabile de “inflamația cronică de mică intensitate” (Rohleder, 2014) și participă la răspunsul subiectiv și comportamental al individului (Irwin, 2011). Expunerea repetitivă la stimuli stresanți creează condițiile pentru procesul de senzitivizare a sistemului imunologic cu activarea citokinelor cerebrale și scăderea consecutivă a pragului la durere și apariția comportamentului de boală (Kirmayer and Looper, 2006).

8.5.1.4. Teoria dereglării endocrine.

Dereglarea axei hipotalamo-hipofizo-suprarenaliene a fost găsită constant la pacienții cu simptome inexplicabile medical, în special deficiențe de corticotropin-releasing factor și hipercortisolism (Nater și colab. 2011). Rief and Barsky (2005) au conceptualizat simptomele somatoforme ca o consecință a creșterii semnalelor corporale, urmare a frecvenței senzațiilor corporale care, la rândul lor, apar datorită stimulării cronice neuroendocrine și a incapacității hormonilor suprarenalieni de a exercita acțiunea lor antiinflamatorie. Toate acestea conduc la o cascada de probleme și simptome printre care anxietatea, depresia și intoleranța la stres precum

si la senzatii corporale diverse. Expunerea la evenimente negative de viata, ingrijorarea, ruminatia sunt mecanisme care au contribuit la activarea raspunsului neuroendocrin prin acest proces de senzitivizare (Chianello, 2010).

8.5.1.5. Teoria filtrarii semnalului.

Procesele de amplificare somatosenzoriale si senzitivizarea neurobiologica genereaza o cantitate imensa de informatie, un “zgomot senzorial” care ajunge la creier si care il copleseste. Asemenea pacienti sunt incapabili de a diferentia intre informatia din procesele normale fiziologice si informatia din procesele fiziopatologice si astfel, semnalele care vin de la periferie, sunt luate “grosso modo” ca semnificand procese patologice, ca fiind expresia unor posibile boli (Ravenzaaij si colab. 2010).

8.5.1.6. Teoria comportamentului de boala

Conform lui Mechanic (1986) comportamentul de boala se refera la maniera in care indivizii monitorizeaza corpul lor, defineste si interpreteaza simptomele lor, ia masuri in consecinta si utilizeaza modalitati de ajutor precum cele medicale. El inseamna si felul cum oamenii monitorizeaza si raspund la simptome si la evolutia lor in cursul unei boli si cum ele afecteaza comportamentul, actiunile si raspunsul la treatment. Aceasta teorie considera ca credintele pacientilor despre sanatate si boala influenteaza comportamentul lor de cautare a ajutorului si interpretarea senzatiilor corporale. In functie de felul cum aceste senzatii corporale sunt interpretate, individul se poate angaja in diferite tipuri de comportament de boala, incluzand consultatii medicale, cautarea de informatii, cautarea de locuri specifice de ajutor sau comportament de evitare, toate acestea exprimind atentie excesiva pe care o are fata de simptome si corp. Acest comportament afecteaza fiziologia si senzorialitate, creind cu cerc vicios de intarire si amplificare a senzatiilor corporale luate ca simptome. Acesta se realizeaza prin incercarile continue de a verifica daca simptomele sunt prezente prin scanarea permanenta, mentala si somatica a corpului, prin grija si ruminarea referitor la simptome si gravitatea lor, toate conducand la o grija care ocupa mare parte din activitatea curenta si conduce la formularea de explicatii catastrofice referitor la starea de sanatate (Brown, 2004). Rief si Broadbent (2007) au investigat 233 pacienti cu simptome inexplicabile medical ce s-au aflat in consultatie la nivelul medicilor de familie si gasesc ca acesti pacienti aveau multiple explicatii asupra suferintelor lor si o inclinatie de a le considera ca fiind boli organice. Pilowsky (1987) spunea ca comportamentul anormal de boala apare atunci cind exista un mod nepotrivit de percepere,

evaluare si actiune in legatura cu starea proprie de sanatate, comportament care persista in ciuda faptului ca un doctor a oferit explicatii rezonabile si adecvate despre natura bolii, bazat pe examinarea tuturor parametrilor functionali. Bazat pe teoria comportamentului de boala, Fink si colab. (2002) spuneau ca simptomele inexplicabile medical apar atunci cand un pacient se plange de simptome fizice care cauzeaza o grija sau disconfort excesiv si care face ca pacientul sa caute tratament pentru o patologie organica a carei baza fiziopatologica nu a putut fi gasita.

8.5.1.7. Teoria disfunctiei sistemului nervos vegetativ.

Disfunctia sistemului nervos vegetativ este un mecanism care conecteaza stresul psihosocial cu simptomele inexplicabile medical. Astfel, sistemul nervos simpatic este cel care regleaza vigilitatea si perceptia durerii prin caile descendente **antinociceptive** iar disfunctiile lui creeaza conditiile pentru aparitia SIM, precum oboseala sau durerea. In plus, noradrenalina, in concordanta cu cortizolul, influenteaza sistemul imunologic cu rol relevant in aparitia simptomelor inexplicabil medical (Ficher, 2015).

8.5.1.8. Teoria proprioceptivitatii anormale.

Daca acceptam ca oamenii utilizeaza senzatiile corporale percepute pentru a descrie starea lor fizica, ne putem intrebara cum sunt construite ele. O explicatie este data de modelul filtrarii semnalului, care spune ca oamenii au un mecanism special care cauta sa supprime informatiile corporale irelevante. O crestere sau o proprioceptivitate anormala poate perturba acest mecanism si astfel se creeaza conditiile pentru aparitia de simptome fizice. Pennebacke (1982) afirma ca oamenii au plangeri somatice atunci cand procesul de filtrare este distorsionat. La fel, s-a sugerat ca pacientii cu SIM au o perceptie exagerata a corpului lor comparativ cu oamenii fara astfel de simptome. Astfel, schimbari minime in tensiunea musculara pot conduce la ideea de anormalitate in corp, ca semn al prezentei unei boli. Aceasta teorie afirma si ca atentia focalizata pe procesele corporale joaca un rol major in mentinere SIM. Rief si colab. (1998) au aratat ca pacientii cu somatizare si cei cu hipocondrie raporteaza o crestere a frecventei scanarii corpului. Astfel, s-a constatat ca acesti indivizi observa corpul lor mai frecvent in timpul unei zile pentru a detecta posibilele semne ale unei boli (Rief si Broadbent, 2007).

8.5.1.9. Teoria stressului

Aceasta teorie poate fi considerate ca facand o legatura intre modelele explicative cognitiv si biologic. Teoria cea mai elaborata asupra stresului a fost formulata de Lazarus (1966) si Lazarus si Folkman (1984) care afirma ca stresul se manifesta cand un stimul este perceput ca

amenințator la prima evaluare, și resursele dedicate acestuia sunt interpretate ca inadecvate la a doua evaluare. Răspunsul la stres este conceptualizat ca un proces adaptativ cu scopul restabilirii homeostaziei prin procese endocrine și imunitare, iar în exterior se evidențiază prin modificări emotionale și comportamentale (McEwen 1998). Conform acestei teorii, SIM pot fi considerate ca expresie a disfuncțiilor neurobiologice asociate cu experiența subiectivă a individului, simptomele fiind expresia comportamentală a proceselor disfuncționale neuronale. Sistemul nervos central are un rol crucial în experiența durerii, a oboselei și a altor manifestări corporale, care pot fi luate de individ ca expresie a unei suferințe organice. Aceasta influență se exercită în conjuncție cu sistemul imunitar și cel endocrin. Există date care arată rolul factorilor psihosociale de stres în geneza SIM precum: probleme de atașament (Waller and Scheidt, 2006), abuz sexual (Sharpe and Faye, 2006) sau istorie de traume (Sharpe and Harvey, 2001). S-a evidențiat și o asociere dintre tulburarea posttraumatică de stres și prezenta simptomelor inexplicabile medical (Escalona et al., 2004).

8.5.1.10. Teoria evolutivă

De-a lungul evoluției umane, simptomele corporale au avut două roluri, ca semnal al răspunsului corporal față de o daună (de ex. infecție) sau ca semnal al nevoii de ajutor pentru supraviețuire (Stenkopf, 2015). În felul acesta, comunitatea sau cei apropiați individului, au primit semnalul că există un individ în situația de a avea nevoie de ajutor. De-a lungul evoluției societății umane, rolul de semnal al simptomului a rămas prezent, dar semnificația s-a schimbat, simptomul reprezentând atât căutarea ajutorului, cât și exonerarea de răspundere, incapacitatea executării datoriilor comune din cadrul grupului social. Aceasta problemă am prezentat-o pe larg în capitolul 5. Faptul că semnificația simptomului a supraviețuit de-a lungul evoluției naturale a omului subliniază valoarea lui pentru supraviețuire prin faptul că aduce mai mult beneficii decât costuri, conform conceptului evolutionist de "*trade-off*". Astfel, informațiile pe care le aduce simptomul, fie el explicabil sau inexplicabil, ne aduce informațiile și instrucțiunile pe care cultura, în general, și cea medicală, în special, ni le aduc pentru a ne organiza viața în același mod în care comportamentele generate de gene ne îndrumă pentru a supraviețui și adapta la mediu, pentru a crește șansa de reproducere, deci a crește ceea ce se înțelege în evolutionism prin "*fitness*".

8.5.2. Modelele explicative integrative, multi-factoriale.

Simptomele inexplicabile medical se întind pe un evantai larg de prezentări și este dificil pentru modelele mono-factoriale să identifice univoc o relație dintre un presupus factor etiologic și prezentarea lor așa de polimorfa (Edward et al., 2010). Este foarte probabil ca SIM să nu fie o entitate omogenă ci mai curând o clasă de fenomene diferite așa cum sugera Kirmayer și Robbins (1991).

Absența unei explicații medicale a creat o creștere continuă a literaturii referitor la factorii precipitanți sau predispozanți ai MUS. Cercetările au fost concentrate pe ipotezele implicând mecanisme endocrinologice, neurobiologice sau imunologice. Cu toate acestea, în ultimii ani cercetările s-au focalizat pe înțelegerea multifactorială a MUS. Aceste modele izvorăsc din concepția că simptomele sunt procesate la nivel central, unde mecanismele psihologice și neurobiologice joacă un rol esențial (Rosendal și colab. 2017). Dar dincolo de aceasta există un alt seducător model conceptual, cel cultural. Acest model porneste de la modul cum persoana construiește înțelesul bolii și al simptomelor ei în funcție de credințele, stereotipurile și atitudinile forjate cultural. Însăși definiția bolii și a suferinței este construită cultural. Modul cum simptomele sunt prezentate doctorilor este determinat de contextual social și cultural în care simptomele sunt tratate, în funcție de credințele și așteptările pacientului și de limbajul folosit de doctori pentru a interacționa cu pacienții. În acest model cultural, MUS sunt luate în considerare sub lupa teoriei prin care simptomele sunt semnalate, prin care pacienții comunică prin construcții simbolice și cum acestea sunt co-construite în relația dintre doctor și pacient.

8.5.2.1. Modelul multifactorial biologic

Datorită faptului că nu s-a găsit nici o modificare structurală organică, este rezonabil să ne gândim că pacienții cu SIM au o tulburare a funcțiilor organismului. Disfuncțiile axei hipotalamo-hipofizaro-suprarenaliene s-au găsit aproape constant la acești pacienți, alături de tulburări ale sistemului nervos vegetativ și imunitar. Interacțiunea dintre aceste sisteme este răspunzătoare de modificările constatate în percepția durerii și în apariția comportamentului de bolnav (Rief și Broadbent, 2007). Mai mult, activarea sistemului imunitar este în mod tipic asociată cu “senzația de a fi bolnav” (Danzer, 2005). S-au mai descris dezechilibre între sistemul nervos simpatic și cel parasimpatic cu o dezactivare cronică a celui parasimpatic. Rohleder (2014) constată că pacienții cu SIM prezintă un nivel de inflamație cronică care este expresia

dezechilibrelor din sistemul nervos central, sistemul vegetativ si cel imunologic, in special datorita incapacitatii catecolaminelor, a cortizolului si a cytochininelor de a-si exercita activitatea lor anti-inflamatorie, ceea ce se traduce din punct de vedere subiectiv cu oboseala, durere si "senzatiile de a fi bolnav". Luind in considerare toate acestea, Rief si Barsky (2005) considera ca simptomele SIM se datoresc cresterii semnalelor corporale generate de aceste disfunctii si de deficitul sistemului de filtrare a lor care face ca aceste semnale corporale sa ajunga nemodificate la creier, in loc ca ele sa fie inhibitate sau selectate, asa cum se intampla la persoanele fara astfel de simptome.

8.5.2.2. Modelul multifactorial psihologic

Cel mai proeminent model explicativ psihologic al simptomelor MUS este cel cognitiv-comportamental. Acest model pune accentul pe caracteristicile de personalitate, pe hiperatentie si interpretarile eronate ale senzatiilor corporale si pe comportamentul de cautare a ajutorului. Acest model furnizeaza un cadru conceptual ce incorporeaza si credintele subiectului cu privire la senzatiile corporale, credinte care se constituie in ratiuni ce perpetueaza existenta simptomelor SIM.

Rief si Broadbent (2007) gandesc ca doua procese cognitive sunt cruciale pentru acest model: i) interpretarea catastrofica a senzatiilor corporale si a legaturii lor cu un deznodamant nefast si ii) formularea de explicatii cauzal aberante pentru senzatiile corporale.

Modelul cognitiv-comportamental al SIM este bazat pe modelul hipocondriei a lui Salkovskis si Warwick (1986), model care a fost dezvoltat mai tarziu de Rief si Hiller (1989) si de Deary si colab. (2007), model care este asemanator cu cel propus pentru tulburarea de panica. Dupa acest model, presupunerile si credintele disfunctionale despre semnificatia senzatiilor corporale joaca un rol cheie in predispozitia pacientilor cu anxietate fata de propria sanatate. Senzatiile corporale sunt interpretate intr-o maniera catastrofica conducand la cresterea vigilitatii si la intensificarea acestor senzatii precum si la interpretarea lor eronata ca fiind daunatoare sau de rau augur. Consecutiv, ruminatiile si grijile legate de boala determina un comportament specific de boala si de cautare a ajutorului. Acest sistem de credinte poate fi activat de o varietate de factori declansatori, precum cititul despre unele boli, auzitul despre boli sau cunostinta cu persoane bolnave, articole sau emisiuni TV despre boli sau simptome corporale. Odata activate, aceste credinte conduc la ganduri automate negative despre conditia proprie de sanatate. Persoana devine din ce in ce mai anxioasa si hipervigilenta fata de senzatiile si semnele care ar fi

specifice pentru diferite boli. Senzatiile corporale sunt filtrate printr-un mecanism cognitiv care le confirma si care ajuta si exagereaza orice eveniment care sa justifice comportamentul de cautare a ajutorului medical pentru simptome fizice. Afirmatia de baza a modelului cognitiv-comportamental este ca simptomele sunt auto-perpetuante si indivizii cu SIM devin inchisi intr-un ciclu “**autopoietic**”, cu alte cuvinte intr-o organizare autonoma si auto-intretinuta (Deary si colab. 2007). Acest ciclu este tinut in viata de “cei trei P”: factori predispozanti, precipitanti si perpetuanti.

Printre factorii predispozanti se mentioneaza: i) influenta genetica in dezvoltarea de simptome somatoforme, ii) experiente negative timpurii in copilarie precum experienta bolii parintilor, cu invatarea comportamentului de boala, iar mai tarziu perpeturare simptomelor somatice, iii) trasaturi specifice de personalitate cu tendinta de a trai afecte negative si deficit in reglarea afectivitatii, iv) traume in copilarie (Waller si Scheidt, 2006; Wilkinson, 2013).

Dintre factorii perpetuanti mentionez: i) factori cognitivi precum sensibilizarea cognitiva ce presupune o tendinta de supradimensionare a raspunsului la stimuli din cauza experimentarii anterioare a acestora si a proceselor de hiperatentie si atributie, ii) procese comportamentale precum evitarea activitatilor fizice, cautarea permanenta a senzatiilor corporale legate de boli, comportament de cautare a ajutorului medical si comportament de utilizare frecventa a serviciilor medicale, iii) cautarea beneficiilor sociale precum cererea de ajutoare de boala, pensionare anticipata, clamanrea invaliditatii, etc.

Factorii precipitant sunt reprezentati de variate evenimente de viata care sunt interpretate de indivizii cu SIM ca fiind indezirabile, stresante si frustrante. Modelul cognitiv-comportamental vorbeste de vulnerabilitatea indivizilor care sunt supra-sensibili la evenimentele de viata negative ce contribuie astfel la perpetuarea ciclului **autopoietic** in care modificarile fiziologice, credintele despre boala, reducerea si inconsistenta activitatii, tulburarile de somn, suferinta, incertitudinea medicala si lipsa de ghidare, interactioneaza pentru a mentine simptomele inexplicabile medicale (Deary si colab. 2007).

Brown (2004) este si el partizanul originii cognitive a SIM. El a lansat ideea ca episoadele anterioare de boli organice stau la originea formarii si ghidarii atentiei pe simptomele corporale care amintesc de acea boala, conceptie bazata pe faptul ca multi din pacientii cu SIM raporteaza episoade anterioare de boli fizice reale. Dupa el, SIM reprezinta reactii artificiale sau alarme false ale unui sistem de informatie suprasensibilizat de experienta anterioara de suferinta

organice. Acest autor sustinea ca modelul cognitiv este consistent cu teoria disociatiei, care spune ca simptomele sunt cauzate de informatii stocate in sistemul cognitiv, informatii care erup in cazul interactiunii dintre aspectele constiente si preconstiente ale procesarii informatiilor si ca acest proces este declansat de reactia defensiva ce vrea sa reduca expunerea individului la evenimentul traumatic. Modelul presupune si existenta atentiei focusate pe simptome, ca in cazul somatizarii, ca fiind cruciala pentru crearea si mentinerea simptomelor inexplicabile medical, subliniind importanta interpretarilor catastrofice, credintele de boala si comportamentul de boala. Acest model cognitiv este consistent cu conceptele de disociatie, conversie si somatizare, reformulandu-le intr-un cadru explicativ comun consistent cu principiile teoriei cognitive generale.

Nucleul modelului cognitiv-comportamental al MUS este dat de mecanismul atentiei. Procesul de atentie din sistemul cognitiv are capacitatea de a influenta gandurile si comportamentul subiectului prin selectarea aspectelor relevante ale informatiei, procesul attentional fiind parte integranta a mecanismului de integrare si selectie a informatiei pe baza experientei anterioare si activarii schematelor cognitive congruente cu acestea. Brown (2004) sustinea ca simptomele inexplicabile apar atunci cand activarea cronica a reprezentarilor stocate in memorie este reactivata de informatii nepotrivite formate anterior. Rezultatul este o interpretare distorsionata a lumii senzoriale care este traita ca subiectiv valida si perceputa sub forma de simptome reale din cauza ca individul nu poate influenta felul cum interferentele originare au fost create. Simptomele inexplicabile sunt, conform acestui model, o perturbare a imaginii corporale generate de informatii stocate in sistemul cognitiv privind natura simptomelor fizice, informatii care creeaza sablonul pentru interpretarea viitoarelor senzatii corporale.

Modelul lui Brown (2004) furnizeaza un cadru comprehensiv pentru a explica factorii de influenta precum: i) expunerea la experiente corporale, ca in cazul pacientilor care au fost influentati de propria lor istorie de boli fizice; ii) expunerea cronica la nivele anormale de suferite somatice la membrii de familie; iii) conceptiile socioculturale ale boli, precum conceptiile populare, influentand ceea ce se numeste simptome "genuine"; iv) sugestia verbala sau cum simptomele pot fi create de fenomene hipnotice, respectiv, cum simptomele pot aparea ca raspuns la sugestii verbale directe facute de altii sau de persoana insasi; v) atribuirea gresita a simptomelor sau cum simptomele sunt influentate de propriul model de interpretare; vi) starile emotionale negative ca si contributor potential al SIM prin influenta asupra codificarii si stocarii

informatiilor corporale si a reprezentarii lor; vii) ruminatiile si grijile despre boala ca si contributori la cronicizarea simptomelor si mentinerea atentiei pe propria persoana si monitorizarea corpului propriu pentru a descoperi informatii relevante; viii) comportament de boala precum scheme cognitive prin care simptomele sunt interpretate si modul cum determina individul sa se angajeze in cautarea de informatii, in examinari medicale, in eforturi de evitare, in plimbarea de la un doctor la altul, in utilizarea serviciilor medicale.

8.5.2.3. Modelul multifactorial cultural.

Incapacitatea modelelor biologice de a furniza o explicatie fiziopatologica a SIM a facut ca cercetatorii sa se confrunte cu probleme epistemologice generate de existenta plangerilor subiective fara acoperire organica, precum durerea, oboseala sau altele, mai ales ca nu exista o modalitate de a evalua cantitativ aceste plangeri. Toate acestea au deschis usa pentru un model cultural plauzibil pentru SIM, model consistent cu rolul culturii in explicarea bolii, a felului cum factorii socio-culturali influenteaza creierul nostru, cum transleaza emotiile in limbaj si cum sentimentul ca traim in corpul nostru se converteste in suferinta si simptome. Pe scut, samburele modelului cultural este ideea ca SIM este o "suferinta fara boala" (Kirmayer si colab. 2004). La acesta se mai adauga faptul ca modelul cultural ia in considerare felul cum medicina este privita si folosita de oameni si cum practica ei sociala este inradacinata prin cultura in comportamentele de sanatate ale indivizilor, existand o transmitere intergenerationala a felului cum medicina poate fi utilizata. Sa mergi si sa consulti un doctor, sa te plangi de simptomele pe care le ai, sa astepti si sa primesti un diagnostic si tratament, inseamna pana la urma sa te "predai" sistemului medical, exteriorizand suferinta ta, primind o legitimare a ei in ochii familiei, cunoscutilor si societatii, si sa astepti ceea ce se poate intoarce spre tine de la ascestia.

Modelul multifactorial cultural are la baza ideile evolutionismului cultural dupa care cultura este capabila sa afecteze comportamentul indivizilor prin ceea ce obtine prin invatare, imitatie si ceea ce se reflecta asupra altora din ceea ce au acumulat si imaginat (Richerson si Boyd, 2005). Trebuie sa acceptam ce spunea Raynolds (1984): genele nu sunt singurele responsabile in evolutia omului modern, mai rebuie sa adaugam cultura.

O definitie comprehensiva a culturii postuleaza faptul ca ea forjeaza modelele, explicit sau implicit, dupa care comportamentul este dobandit si transmis, iar nucleul esential al culturii il constituie ideile traditionale si in special valorile atasate acestora, dupa care indivizii isi dirijeaza actiunile lor (Kroeber si Kluckhohn, 1952). Cultura in care traim este reprezentata de un set de

competente, practici și credințe în grup care formează și influențează membrii grupului și care sunt într-un schimb continuu și dialectic de semne, simboluri și înțelesuri. datorită unei interacțiuni dinamice între membrii acestuia (Vogelely și Roepstorff, 2009). Această definiție largă ne spune că lumea în care oamenii navighează și experiențele lor în această lume sunt inerent culturale. Se deduce de aici că cultura este cea care a modelat și rafinat competențele, practicile și credințele oamenilor despre medicina și îngrijirea sănătății, printr-un schimb continuu de mesaje dintre cei care îngrijesc sănătatea și cei a căror sănătate este îngrijită. Ce știe lumea în general despre boli, despre medici și despre activitatea lor, despre manifestările unor boli sau disfuncții ale stării de sănătate sau despre așteptările în acest domeniu, toate sunt encodeate în caracteristicile culturale învățate, copiate și absorbite prin limbaj și se răspândesc și se transmit, într-un continuu proces de remodelare și rafinare, generației următoare.

Este ușor să ne închipuim cum diferite idei, credințe, atitudini sau comportamente referitor la sănătate și boală s-au selectionat și transmis de-a lungul secolelor pentru a ajunge la variabilitatea celor pe care le avem astăzi și care fac ca un individ să se considere bolnav sau nu, să se duca la medic sau nu, să se vaccineze sau nu, să creadă în știința medicală sau doar în remedii naturiste, etc. Între cunoașterea științifică medicală și cunoașterea laică, populară, a exista din cele mai vechi timpuri un schimb reciproc de informații și, împreună, alcătuiesc cultura medicală în care o generație vietuiește. Acest schimb de informații se realizează și astăzi prin învățare, imitare, limbaj, inovație, imaginație, deducție și acumulare. Prin aceste procese oamenii învață unii despre ceilalți și fiecare încearcă să obțină un statut social, fie prin tendința de ierarhie, dominare și prestigiu, fie prin cel de deferentă, supunere și conformitate. Se sugerează că evoluția culturală dă naștere la normele sociale pentru că cei care detin o cunoaștere specială dobândesc standarde culturale prin care interpretează comportamentul altora. În plus, diferite grupuri vor dobândi diferite norme care vor ajunge să competeze unele cu altele (Henrich și Boyd, 1998, Henrich, 2011).

Mai trebuie adăugat că cultura este atât un produs cât și un facilitator al abilității umane de a coopera. Căutarea medicului, consultația medicală, diagnosticul, tratamentul și urmărirea medicală a bolnavului se petrec într-un context cultural și cel puțin felul cum aceste activități sunt "împachetate", dacă nu și conținutul lor, sunt determinate de cultura. În acest context limbajul este forma comună prin care se realizează coordonarea socială și transferul cunoașterii de la cel care o detine la cel care o caută. Aspectul cel mai remarcabil al limbajului este puterea

lui expresivă, abilitatea de a transmite un număr nelimitat de idei de la o persoană la alta, dar face posibilă și transmiterea de informație. Prin limbaj noi creiem și împărtășim cu alții modul nostru de a face lucruri și modul de a fi în lume, cultura noastră. Limbajul este un instrument excepțional de organizare a realităților particulare, inclusiv a unei varietăți largi de relații sociale și sisteme sociale. Conversația medicală este exemplul tipic al acestui fel de coordonare socială. Teoria determinismului lingvistic (Malt și Wolff, 2010) este relevantă din acest punct de vedere. Această teorie susține că structura limbajului influențează modul în care individul gândește despre lumea percepută, cu alte cuvinte capacitatea cognitivă a oamenilor este determinată de structura limbajului. Cultura noastră, prin limbaj, ne ghidează să vedem lucrurile în termeni de categorii arbitrar stabilite, de exemplu ce boli există și ce înseamnă ele. Ceea ce nu este stabilit sau numit de limbaj, nu putem înțelege. De exemplu, odată ce medicina postulează existența unei boli și îi dă un nume, oamenii preiau această denumire, înțelesul și conținutul ei și o plasează în limbajul laic și în felul cum ei se raportează la ea; limbajul ne spune ceea ce este și nu este, dacă nu avem un cuvânt pentru ceva, acel ceva nu există, Limbajul medical translat în limbajul laic furnizează materialul lingvistic prin care oamenii își vor descrie simptomele și bolile lor. Astfel avem boli și simptome pe care populația le discută cu diferite prilejuri în măsura în care ele au fost numite și concepute de medicină și apoi răspândite în limbajul popular, teorie numită *"naming and framing"* (Brown, 1995) sau *"put a name of it to exist"* (Golstein-Jutel, 2011).

Dacă simptomele medicale inexplicabile pot să-și aibă o sursă culturală, atunci a trebuit să acceptăm și faptul că noi trăim într-o "nisă medicală", tot așa cum trăim într-o nisă ecologică, socială, culturală sau cognitivă. Nisa, din punct de vedere al evoluționismului este tot ce condiționează existența unei specii. Nisa a fost descrisă ca un spațiu al variabilelor ambientale, biotice și abiotice, reprezentând limitele viabilității speciei, ca un spațiu care permite speciei să existe indefinit, și aceasta a fost denumită "nisă fundamentală". Organismele își construiesc printr-un proces perpetuu nisa în care se dezvoltă, strângând laolaltă tot ceea ce contribuie la evoluția favorabilă a speciei (Laland și Sterelny 2006; Laland și colab. 2014). Asta face și ființa umană în nisa în care trăiește, păstrează ceea ce este benefic și construiește ceea ce generează prosperitatea indivizilor ei. În felul acesta se descrie nisa socială care reprezintă totalitatea condițiilor sociale de care are nevoie un individ ca să-și trăiască viața în felul său (Bergmüller și Taborsky, 2010). Ea ne spune cum oamenii trăiesc și interacționează împreună într-un mediu pe care și-l aleg și în final și-l construiesc prin interrelații reciproce, printr-un proces continuu de

"*trade-off*" care maximizeaza beneficiile cresterii capacitatii de perpetuare a speciei umane sau de "*fitness*" in termeni evolutionari. Liantul din nisa sociala este comportamentul ales si liber impartasit (Saltz si colab., 2016). In nisa sociala s-ar incadra rolurile bolnavului ("*sick role*"), asa cum le-a definit Parsons (1951) si care ar fi: persoana bolnava este exceptata de la rolurile sociale, ea nu este reponsabila de conditia ei, are dreptul de a fi ingrijita, ea trebuie sa caute sa se faca bine si trebuie sa caute un ajutor profesional competent, un medic. Mai trebuie sa-i amintim pe Yamagishi si Hashimoto, (2016) care vorbesc de rolul institutiilor sociale in constructia nisei sociale, prin faptul ca acestea au la baza functionarii lor stimulentele pe care le ofera celor din interiorul si din afara institutiei. Stimulentele sunt inseparabile de actiunile intreprinse de unii din interiorul institutiei, pentru a furniza celor din afara obiectul dorit. Comportamentul de a oferi stimulente este o strategie pe care o folosesc institutiile sociale, de exemplu, cele medicale. pentru a provoca un comportament de obtinere a obiectului dorit celor care utilizeaza institutia. Privite din aceasta perspectiva, institutiile de ingrijire a sanatatii utilizeaza diferite stimulante, precum proceduri diagnostice, tratamente, legitimari, prin care ceilalti isi prezerva sanatatea, rolul social, acceptarea si grija altora.

Se mai descrie si nisa culturala. Ea a fost intuita de la inceputul secolului trecut de Murdoch (1932) care spunea ca individul se naste si creste intr-o ambianta culturala care il va influenta in fiecare moment al vietii lui. Toate manifestarile culturii, fie ele materiale, sociale sau ideologice, pot fi derivate de la o cunoastere de baza care inseamna cum sa facem lucrurile, cum sa interactionam cu altii sau cum sa obtinem ajutorul (Goodenough, 1956). Nisa culturala este data de practicile culturale care ajuta la transmiterea trasaturilor genetice si de cele culturale ce maximizeaza fitness-ul speciei. Exista o co-evolutie gena-cultura. La baza constructiei nisei culturale se afla o "inteligenta impovizationala", o suita de capacitati cognitive flexibile care permit speciei umane sa dobandeasca un comportament adaptativ larg. Aceste capacitati sunt augmentate de abilitatea de a invata de la altii, in special utilizand un limbaj gramatical. La aceasta se adauga un castig evolutionar special si unic care ne da abilitatea computationala de a improvizati solutii la probleme noi. Abilitatea de a invata de la altii duce la dobandirea de informatii la un cost foarte scazut evolutionar. Aceasta capacitate unica de a invata de la altii este absolut cruciala pentru succesul speciei umane. Ea a permis acumularea graduala de informatii de-alungul generatiilor si dezvoltarea de instrumente adaptate nevoilor, de credinte si practicii pe care nici o alta fiinta nu le poate inventa. Aceasta este nisa culturala si exploatarea acestei nise a

avut un puternic impact asupra traiectoriei evolutionare a fiintei umane. Culturala umana depinde de capacitatea noastra de a acumula si transmite capitalul cognitiv. Individual sau colectiv, oamenii actioneaza in lumea lor economica, sociala si tehnologica in acord cu informatiile pe care le mostenesc de la generatia anterioara. Acest transfer depinde, in parte, de adaptarile cognitive pentru invatare sociala (de ex. limbaj, imitatie), dar depinde si de lumea in care au crescut si dezvoltat (Stern, 2011). Practicile noastre actuale de construire a caminului si casei, de cresterea si educare a copiilor, de pastrare a sanatatii, a igienei si evitarea contagionii in cazul bolilor infectioase transmisibile, de folosire a apei potabile si de preparare si conservare a alimentelor, imbracamintea, gestionarea mediului ambiant, pentru a mentiona numai cateva, sunt trasaturi culturale, rafinate in generatii prin constructia nisei culturale. Cunoasterea medicala, progresul si inovatia medicala, structura si institutiile medicale, invatamantul medical, relatia medic-pacient, constructia intelectuala a bolii, a diagnosticului si a procedurilor de tratament, toate acestea si multe altele sunt expresia constructiei permanente a nisei culturale.

Dar daca punem fiinta umana in centrul procesului de alegere si constructie a niselor in care traieste, fie ea ecologica, sociala, culturala, etc, atunci trebuie sa acceptam ca aceasta nu s-a produs decat in limitele date de constructia fiintei umane; aceste nise reflecta ce este biologic fiinta umana, desi putem accepta si ca exista procesul reciproc prin care conditiile nisei influenteaza dezvoltarea si felul cum este aceasta fiinta umana, astazi sau maine. Mai corect ar fi sa conceptualizam aceasta relatie ca pe o co-evolutie care are la baza o relatie izomorfa intre om si ce alege ca sa-l inconjoare. Constructia oricarei nise umane nu este un proces pe care-l dirijeaza altii dinafara, doar fiinta umana alege cu ce sa se inconjoare dupa chipul si asemanarea sa. Este vorba de procesul general de co-constructie dintre gena si cultura (Laland si colab. 1995; Laland si colab., 2001).

Nisa medicala este expresia acestei constructii umane si a alegerilor omului, alegeri dictate de nevoia a se reproduce si supravietui in timp. Un astfel de exemplu este sistemul comportamental imunologic (vezi cap. 5) care consta in declansarea unei cascade de raspunsuri psihologice si comportamentale atunci cand este detectat un risc de infectie, precum cresterea aversiunii, evitarea tintelor nefamiliare si din afara grupului si intarirea coeziunii cu cei familiari si din grup, dezgustul pentru murdarie sau pentru incalcarea normelor intragrup, reducerea gregaritatii sociate.

Un alt exemplu este comportamentul "ma simt rau" ("*sick behavior*") care este comportamentul pe care il au oamenii atunci cand se simt rau si care poate fi considerat parintele celorlalte comportamente care apar ulterior, pe parcursul dezvoltatii, in legatura cu sanatatea si boala, precum comportamentul de suferinta si cel de boala, cel de cautare a ajutorului, cel de prezervare a sanatatii, etc. Comportamentul de a te simti rau invata individul sa monitorizeze si sa interpreteze anumite senzatii corporale ca semne biologice, prin legarea acestora de functionarea corpului. Acum individul invata ca simptomele sunt un mod de comunicare simbolica cu ceilalti, de ex. ca o cerere de ajutor, si va folosi mai departe in viata, constient sau inconstient, acest mod de comunicare. In timpul bolilor infectioase se asista la o crestere a moleculelor efectoare a sistemului imunitar, precum cytokinele si la aparitia unei constelatii de comportamente umane precum somnolenta, inapetenta, retragere sociala, lentoare motorie, descresterea libidoului, febra sau tulburari cognitive, toate la un loc primind denumirea de comportamentul de a te simti rau (Larson si Dunn, 2001; Miller si colab. 2005). Acest comportament s-a distilat de-a lungul evolutiei cu scopul de a ajuta supravietuirea si a limita raspandirea infectiilor prin organizarea prioritatilor energetice de lupta contra infectiei si prin semnalizarea nevoii de restrangere a contactelor sociale (Shattuck si Muehlenbein, 2015). Expresiile sociale ale comportamentul de a te simti rau sunt in parte construite cultural prin faptul ca normele si valorile culturale pot modela multiplele aspecte ale bolii si sanatatii precum comportamentul de cautare a ajutorului si raportarea simptomelor.

Dar ceea ce se afla in mijlocul nisei medicale este comportamentul de bolnav. Comportamentul de bolnav interpreteaza parcursul individului spre statutul de bolnav. Acest parcurs se face de cele mai multe ori cu participarea altora, ceea ce conduce la o autoevaluare, la o judecata dupa standardele implicite a ceea ce inseamna sa te simti rau sau nu. A te simti bine are intelesuri specifice pentru diferiti oameni in functie de valorile individuale, de clasa sociala si de cultura. Prima etapa a acestei decizii este stabilirea daca schimbarile din sanatate au depasit un prag de semnificatie a normalului. Acest prag variaza in functie de asteptarile persoanei referitor la forta, capacitatea, functionarea, confortul, bunastare fizica personala. Dincolo de acest prag, senzatiile corporale capata statutul de simptome. Din momentul in care un astfel de subiect deschide usa unui cabinet medical pentru a cere o consultatie el incepe "cariera" de pacient. Clothier (2003) facea remarca ca majoritatea pacientilor sufera de disconfort sau de simptomele lor cu o remarcabila tarie si rezistenta, iar altii, de obicei persoane dependente, cauta

sa fie ascultate chiar si numai pentru probleme familiale, tragedii personale sau pentru varsta inaintata. Multi pacienti se bucura sa fie examinati, manipulati sau injectati doar pentru ca le lipseste contactul personal si atentia. Cei care sunt cu adevarat bolnavi pot fi ori bravi, ori fricosi, depinzand de varsta, circumstante sau calitati personale. Totusi, un lucru este sigur, fiecare pacient va gandi ca reactia lui este justificata, data de o boala, si se asteapta sa primeasca toata atentia necesara. Daca ei nu obtin acesta atentie, vor fi tristi sau ofensati.

Facand un studiu asupra cauzelor care-i fac pe oameni sa vina la medic, Zola (1973) constata ca nu exista un simptom in sine care sa-i faca pe oameni sa caute ajutor medical, ci mai curand aceasta depinde de circumstantele sociale concomitente. El indica cinci conditii care duc la decizia de a cauta ajutor medical: concomitenta unei crize interpersonal, perceperea interferentei unei boli cu relatiile sociale incordate, imboldul unei alte persoane ca o vizita medicala este de dorit, perceperea legaturii cu activitatile fizice si magnitudinea comportamentului de amanare (de ex. "ma duc saptamana viitoare").

Simptomele sunt conditia preliminara, motivatia si continutul dialogului cu un medic. Daca nu avem simptome, nu avem de ce si ce vorbi cu un medic. Asa cum unii oamenii merg la teatru pentru a asculta o poveste, altii merg la concerte pentru a asculta o constructie muzicala, tot asa unii oamenii merg la doctor pentru a dialoga cu el, au nevoie de acest dialog si corpul lor le furnizeaza, inconstient, motivele, respectiv simptomele, pentru a putea deschide usa cabinetului medical. Simptomele sunt in acest caz simbolurile prin care dialogam cu medicina, ele sunt mai mult decat metafore, asa cum le considera unii autori (Lawley si Tompkins, 2000; Tompkins si Lawley, 2002; Lakoff, 2003, Schwartz, 2015), ele sunt materialul prin care se construiesc selful unui subiect care are nevoie de "dezmiertarile" medicinei pentru a-si alina singuratatea, anxietatea, nesiguranta, incertitudinea, ingrijorarea, incompletitudinea sau inadecvarea. Ele vor exista atata timp cat medicina furnizeaza legitimitate si beneficii pentru cel care prezinta simptome, beneficii care sunt reciproce, atat pentru medic, care se valideaza, cat si pentru solicitant, care se legitimizeaza. Se zice ca mintea noastra ne spune minciuni dar corpul niciodata. Eu nu sunt de acord, iata ca si corpul ne minte atata timp cat ne plac "minciunile" lui. Simptomele medicale inexplicabile sunt "*by-product-ul*" faptului ca vietuim in si continuam sa construim nisa noastra medicala.

Pe langa cele de mai sus, in constructia sociala a simptomelor inexplicabile medical mai participa in mod hatarator si asa-zisul discurs medical, discurs care este alcatuit dintr-o colectie

de cuvinte, figuri de stil, concepte, valori, simboluri, texte orale sau scrise, articole, carti, discutii si institutii (Foucault, 1972). Prin discurs institutiile sociale isi expun reglementarile practice si isi justifica anumite actiuni, ceea ce fac fara nici o discutie institutiile medicale. Medicina poate fi vazuta nu numai ca practica sociala, ci si ca discurs. Repetate in timp, discursurile se “naturalizeaza” inserandu-se in comunitate, iar subiectele si comentariile lor devin un bun comun. Acest proces explica cum discursul medical a devenit popular in comunitate prin internalizarea anumitor concepte si explicatii despre sanatate, boli, cauzele lor si modul de tratament (Azim, 2020). Foucault (1972) gande ca discursul este un mod de a construi realitatea, ceea ce explica realitatile multiple ale lumii, fiecare din ele fiind construita de discursuri locale sau de discursuri specifice. Oamenii nu se confrunta direct cu realitatea materiala a lumii, ci mai curand au acces la realitate prin discursuri si cadre discursive. Discursurile sunt filtrele noastre mentale prin care trec obiectele materiale si evenimentele, pentru ca ele sa aibe inteles pentru noi. Astfel boala este un produs al discursului medical, care la randul lui reflecta modul dominant de gandire in societate la un moment dat. Astfel anumite comportamente au devenit boli, sau anumite boli au devenit comportamente normale prin discursul medical. Adoptand aceasta teorie a cunoasterii, boala nu mai este o entitate patologica in natura, ci rezultatul unui proces social-istoric (Foucault in "*The Order of Things*", 1974).

Pentru a vedea cum discursul medical a contribuit la statutarea simptomelor inexplicabile medical trebuie sa mergem la Frank Furedi (2004) care analizeaza impactul social al discursului terapeutic, o varietate a discursului medical. Conform acestui mare sociolog, discursul terapeutic este limbajul care a devenit modalitatea comuna prin care oamenii se descriu pe ei insisi, interpreteaza pe altii si a devenit si modul prin care institutiile si statul incearca sa dirijeze indivizii din societatea actuala. Prin acest limbaj se exercita o persuasiune terapeutică, constructia unui self fals, imixtiunea in viata privata, si medicalizarea si psihologizarea mizeriei de fiecare zi (Illuz, 2008; Rose, 1998; Pilgrim si Bentall, 1999). Prin acest limbaj noi invatam ca orice eveniment al vietii noastre poate fi interpretabil prin intermediul vocabularului medical. Avem tentatia de a ne reconstrui, de a ne reformula continuu prin acest vocabular. Ce se petrece in cabinetul medical sau de terapie a devenit locul in care noi ne inventam ca indivizi prin faptul ca dorintele, nevoile noastre devin cunoscute, categorisite si controlate de dragul libertatii, sanatatii si bunastarii (Iliopoulos, 2012). Lumea moderna se caracterizeaza astazi si printr-o continua cautare a diagnosticelor, ele reprezentand o eticheta speciala pentru stradanie si pentru

esec. În această perspectivă Kenneth Gergen (1991) spunea că cultura terapeutică oferă o “invitație la infirmitate”, medicalizarea vieții zilnice permitând oamenilor să dea un sens necazurilor lor și să obțină simpatie. Politica recunoașterii, a validării prin acest vocabular, distrage oamenii de la dezvoltarea prin ei înșiși și cultivă în schimb o afirmație într-un climat formal, precum mersul la doctor sau la terapeut. Suferința îndrituiește un tratament specific, conferă privilegiul moral de a avea statutul de victimă. Furedi (2004) spunea că validarea unei plângeri particulare (n.n. precum a simptomelor inexplicabile medical) cere acceptarea diagnosticului. Se obține astfel dreptul de a nu fi judecat, de empatie. Primirea unui diagnostic înseamnă până la urmă un act de imputernicire. Obligatia de a crede victima are un caracter moral imperativ. Atribuirea responsabilității este plasată în afara individului. Societatea a acceptat victimizarea ca un nou mod de explicare și scuză a comportamentului. A vorbi astăzi despre traumă, abuzuri fizice și sexuale în copilărie sau mai târziu, părinți disfuncționali, invalidare, evanimente stresante, continua suferință de a găsi un diagnostic pentru simptome pe care medicii le ignoră, etc. este astăzi un lucru de “bun gust”, atrage atenția și simpatia ascultătorului, scuză inadvertențele și eșecurile, permite ocuparea unui loc mai în față. Printre rădăcinile acestui context discursiv în care noi trăim și în care mulți încearcă “să se rescrie” Eva Illouz (2008) menționează : i) doctrina freudiană, care a sedus imaginația publică cu metaforele și narativele ei și a făcut un pod între medicină și psihologie pe de-o parte, și cultura populară pe de altă parte; ii) post-modernismul, care susține că adevărul este local, contextual și că o afirmație este tot atât de adevărată ca și alta doar pentru că sunt epistemologic echivalente; iii) constructivismul social, care clamează primatul contextului social asupra cunoașterii; iv) mișcarea feminista, care împărtășește același lexicon emotionalist ca și cel din sesiunile de terapie și promovează etosul auto-constrângerii și auto-controlului, care reprezintă cerința socială pentru control emoțional ca un stil standard de comportament; v) amploarea mișcării de “self-help” și a literaturizării ei; vi) cultivarea nevoii de a avea un vehicol pentru a vorbi despre emanciparea din tirania familiei, a intimității, a ierarhiei sociale și a suferinței care constrânge.

În final trebuie să reiterez că simptomele medicale inexplicabile sunt o categorie polimorfă de realități medicale și rădăcina lor epistemică nu este pentru toți aceeași. Fiecare din modelele explicative multifactoriale expuse mai sus poate justifica existența acestora la unii pacienți și invalida existența lor la alții. Indiferent cum ar fi, acești subiecți merită toată atenția și

consideratia si medicii trebuie sa se aplece asupra lor cu aceiasi intelegere si consideratie ca si pentru oricare alt pacient.

Bibliografie:

American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the Third Ed. Washington DC: American Psychiatric Publ.

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the Fourth Ed. Washington DC: American Psychiatric Publ.

American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, The Fifth Ed. Washington DC: American Psychiatric Publ.

Azim HM (2020): A Foucaultian archaeology of modern medical discourse, PhD dissertation, Department of Anatomy and Cell Biology, Indiana University, Bloomington, Indiana.

Bergmuller R, Taborsky M (2010): Animal personality due to social niche specialization, Trends Ecol Evol, 9: 504-511

Bermingham S, Cohen A, Hague J, Parsonage M (2010): .The cost of somatisation among the working population in England for the year 2008–09, Mental Health in Family Medicine, 7: 71–84.

Berrios GE, Markova IS (2006): Symptoms – historical perspective and effect on diagnosis, in M Blumenfield, JJ Strain (Eds.): Psychosomatic Medicine, 1st ed., New York: Lippincott Williams & Wilkins.

Bliss M (1999): William Osler: A life in Medicine, New York: Oxford University Press.

Boeft den M, Huisman D, van der Wouden JC et al (2016): Recognition of patients with medically unexplained physical symptoms by family physicians: Results of a focus group study, BMC Family Practice, 17: 55-62.

Brown P (1995): Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness, Journal of Health and Social Behavior, 35: 34-52.

Brown RJ (2004): Psychological mechanisms of Medically Unexplained Symptoms: An integrative conceptual model, Psychological Bulletin, 130(5):793-812.

Brown RJ (2007): Introduction to the special issue on medically unexplained symptoms: Background and future directions, Clinical Psychology Review, 27: 769–780.

Budtz-Lilly A, Schroder A, Rsk MT et al (2015): Bodily distress syndrome: A new diagnosis

for functional disorders in primary care? BMC Family Praactice, 16: 180-189

Burbaum C, Stresing AM, Fritzsche K et al (2010): Medically unexplained symptoms as a threat to patients' identity? A conversation analysis of patients' reactions to psychosomatic attributions, Patient Education and Counseling, 79: 207–217.

Burton C (2003): Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS), British Journal of General Practice, 53: 233-241.

Bourke JH, Langford RM, White PD (2015): The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation, Journal of Psychosomatic Research, 78(3): 228–236.

Cassirer EA (1944): An Essay on Man: An Introduction to a Philosophy of Human Culture, New Haven: Yale University Press.

Chalder T, Willis C (2017): “Lumping” and “splitting” medically unexplained symptoms: is there a role for a transdiagnostic approach?, Journal of Mental Health, 26 (3): 187-191.

Chianello T (2010): Somatization and engagement in mental health treatment, Dissertation, Portland State University, Oregon, USA.

Clarke A (2010): The Sociology of Healthcare, 2nd ed., Harlow: Pearson.

Clothier CM (2003): On being a patient, in DA Warrell, TM Cox, JD Firth (Eds.): Oxford Textbook of Medicine, (4th ed.), Oxford: Oxford University Press.

Cox AP, Ray PL, Jensen M, Diehl AD (2014): Defining “sign” and “symptoms”, <http://ceur-ws.org/Vol-1309/paper4.pdf>.

Creed F, Guthrie E, Fink P, et al. (2010): Is there a better term than ‘Medically unexplained symptoms’? Journal of Psychosomatic Research, 68: 5–8.

Dantzer R (2005): Somatization: a psychoneuroimmunological perspective, Psychoneuroendocrinology, 30: 947–952.

Deary V, Chalder T, Sharpe M (2007): The cognitive behavioral model of medically unexplained symptoms; A theoretical and empirical review, Clinical psychology Review, 27: 781-797.

Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, et al (2013): Somatic Symptom Disorder: An important change in DSM, Journal of Psychosomatic Research, 75: 223–228.

Edwards TM, Stern A, Clarke DD et al (2010): The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature, Mental Health in Family Medicine, 7:209–221.

Eisenberg L (1977): Disease and illness: distinctions between professional and popular

ideas of sickness, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1: 9–23.

Eriksen TE, Risør MB (2013): What is called symptom?, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(1):89-102..

Escalona R, Achilles G, Waitzkin H, Yager J (2004): PTSD and somatization in women treated at a VA primary care clinic *Psychosomatics*, 45(4): 291-296.

Fink P, Rosendal M, Toft T (2002): Assessment and treatment of functional disorders in general practice: The Extended Reattribution and Management Model – an advanced educational program for nonpsychiatric doctors, *Psychomatics*, 43(2): 93–131.

Fink P, Schroder A (2010): One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders, *Journal of Psychosomatic Research*, 68: 415–426.

Fink P, Rosendal M, Toft T, Schroder A (2015); Background, in P Fink, M Rosendal (Eds.): *Functional Disorders and medically Unexplained Symptoms: Assessment and Treatment*, Aarhus, Denmark: Aarhus University Press.

Fischer S (2015): *Aetiopathogenesis and Phenomenology of Medically Unexplained Conditions*, Dissertation, Department of Psychology and Psychopathology, University of Marburg, Germany.

Foucault M (1963) *Naissance de la Clinique*, Paris: Presses Universitaires de France.

Foucault M (1972): *The Archeology of Knowledge & The Discourse on Language*. (transl. by AM Sheridan Smith), New York: Pantheon Books.

Foucault M (1974): *The Order of Things*, London: Tavistock.

French R (1998): Sign conceptions in medicine from the Renaissance to the early 19th century, 2. Teilband: Ein Handbuch zu den zeichentheoretischen Grundlagen von Natur und Kultur, Berlin, New York: De Gruyter Mouton, DOI: 10.1515/9783110156614.2

Gergen K (1991): *The saturated self: dilemmas of identity in contemporary life*, New York: Basic Book.

Goldstein-Jutel A (2011): *Putting a Name to It: Diagnosis in Contemporary Society*, Baltimore: John Hopkins University Press.

Goodenough WH (1956): Cultural anthropology and linguistics, *Philadelphia Anthropological Society Bulletin*, 9(3): 3–7.

Gureje O (2015): Classification of somatic syndromes in ICD-11, *Current Opinion in Psychiatry*, 28: 345-349.

Gureje O, Reed GM (2016): Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects, *World Psychiatry*, 15(3): 291-292.

Guthrie E (2008): Medically unexplained symptoms in primary care, *Advances in Psychiatric Treatment*, 14: 432–440.

Haller H, Cramer H, Romy L, Gustav D (2015): Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care, *Deutsches Arzteblatt International*, 112, 279–87.

Hatcher S, Arroll B (2008): Assessment and management of medically unexplained symptoms, *British Medical Journal*, 336: 1124-1128.

Henrich J, Boyd R (1998): The evolution of conformist transmission and the emergence of between-group differences, *Evolution and Human Behavior*, 19: 215-242.

Henrich, J (2011); A cultural species: How culture drove human evolution, *American Psychological Association, Psychological Science Agenda*, November, vol.25, No. 11.

Heinrich TW (2004): Medically unexplained symptoms and the concept of somatisation, *Wisconsin Medical Journal*, 103(6): 83-87.

Helman C (1981): Disease versus illness in general practice, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31: 548–52.

Henningsen P, Fink P, Hausteiner-Wlehle C, Rief W (2011); Terminology, classification and concepts, in F Creed, P Henningsen, P Fink (Eds.): *Medically Unexplained Symptoms, Somatization and Bodily Distress*, Cambridge: Cambridge University Press.

Hilderink PH, Bernard CEM, van Driel TJW, Olde Rikkert MGM (2008): Medically unexplained symptoms in older adults: a combination of physical, psychiatric and psychological factors, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152(23):1305-1309.

Hiller W, Rief W, Brahler E (2006): Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms, *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 41: 704–712.

Hubley S, Uebelacker L, Eaton C (2014): Managing medically unexplained symptoms in primary care: A narrative review and treatment recommendations, *American Journal of Lifestyle Medicine*, 20(10): 1-11.

Iliopoulos J (2012): Foucault's Notion of Power and Current Psychiatric Practice Philosophy, *Psychiatry, & Psychology*, 19 (1): 49-58.

Illouz E (2008): *Saving the modern soul therapy, emotions, and the culture of self-help*, Berkley: University of California Press.

International Classification of Diseases, 10th Revision, Geneva: World Health Organization.

Irwin MR (2011): Inflammation at the intersection of behavior and somatic symptoms, *Psychiatric Clinics of North America*, 34(3): 605-620.

Ivbijardo G, Goldberg D (2013): Bodily distress syndrome (BDS): the evolution from medically unexplained symptoms (MUS), *Mental Health in Family Medicine*, 10: 63-64.

Johnston I (2006): *Galen – On Disease and Symptoms*, Cambridge: Cambridge University Press

Kirmayer LJ, Robbins JM (1991): Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179: 647–655.

Kirmayer LJ, Taillefer S (1997): Somatoform disorders, in SM Turner, M Hersen (Eds.): *Adult psychopathology and diagnosis* (3rd ed.), New York: Wiley.

Kirmayer LJ, Looper KJ (2006): Abnormal illness behaviour: physiological, psychological and social dimensions of coping with distress, *Current Opinion in Psychiatry*, 19: 54–60.

Kroeber AL, Kluckhohn C (1952): *Culture: a critical review of concepts and definitions*, Papers of the Peabody Museum of Archaeology & Ethnology, Harvard University, 47(1), MA: Cambridge: Harvard University Press.

Kroenke K (2003): Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12 (1): 34-43.

Kroenke K (2006): Physical symptom disorder: a simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions, *Journal of Psychosomatic Research*, 60: 335–339.

Kroenke K, Rosmalen JGM (2006): Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders, *Medical Clinics of North America*, 90: 603–626.

Kurlansik SL, Maffei MS (2016): Somatic Symptom Disorder, *American Family Physician*, 93(1): 49-54A.

Lacourt T, Houtveen J, van Doornen L (2013): Functional somatic syndromes, one or many. An answer by cluster analysis. *J. Psychosom.Res.* 74(1): 6-11.

Lakoff G (2003): *Metaphors We Live By*, Chicago, University of Chicago Press.

Laland KN, Kumm J, Feldman MW (1995): Gene-culture co-evolutionist theory - a test - case. *Current Anthropology*, 36(1): 131-156.

Laland KN, Odling-Smee J, Feldman MW (2001): Cultural niche construction and human evolution, *J. Evol. Biol.*, 14: 22-33.

Laland KN, Sterelny K (2006): Seven reasons (not) to neglect niche construction. *Evolution*, 60(9): 1751-1762, DOI 10. 1111/j. 0014- 3820. 2006. tb005 20.x.

Laland KN, Uller T, Feldman M, et al (2014): Does evolutionary theory need a rethink? *Nature*, 514(7521): 161–164, DOI 10. 1038/ 51416 1a.

Larson SJ, Dunn AJ (2001): Behavioral effects of cytokines, *Brain Behav Immun*, 4:371-387

Lazarus RS (1966): *Psychological stress and the coping process*, New York, NY: McGraw-Hill.

Lazarus RS, Folkman S (1984): *Stress, appraisal, and coping*, New York, NY: Springer.

Lawley J, Tompkins P (2000): *Metaphors in Mind: Transformation Through Symbolic Modeling*, London: Developing Company Press.

Lipowsky ZJ (1988): Somatization: the concept and its clinical application, *American Journal of psychiatry*, 145(11): 1358-1368.

Malt BC, Wolff P (Eds) (2010): *Words and the Mind: How Words Encode Human Experience*. London: Oxford University Press.

Marks EM, Hunder MS (2015): Medically unexplained symptoms: an acceptable term? *British Journal of Pain*, 9(2): 109-114.

Marsella AJ (1988): Cross-cultural research on severe mental disorders: issues and findings, *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1988;344:7-22

Martin A, Buech A, Schwenk C, Rief W (2007): Memory bias for health related information in somatoform disorders, *Journal of Psychosomatic Research*, 63(6): 663-671.

Mayou R (2014): Is the DSM-5 chapter on somatic symptom disorder any better than DSM-IV somatoform disorder? *The British Journal of Psychiatry*, 204: 418–419.

McEwen BS (1998): Stress, adaptation and disease. Allostasis and allostatic load, *Ann NY Acad Sci*, 840:33-44.

Mechanic D (1986): The concept of illness behavior: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*, 16: 1–7

Miller A, Capuron L, Raison C (2005): Immunologic influences on emotion regulation. *Clin. Neurosci. Res.*, 4: 325–333.

Mobini S (2015): Psychology of medically unexplained symptoms: A practical review, *Cogent Psychology*, 2: 1033876; DOI: 10.1080/23311908.2015.1033876.

Murdock GP (1932): The science of culture. *American Anthropologist*, 34(2): 200–215, DOI 10.1525/aa.1932.34.2.02a00020.

Nater UM, Fischer S, Ehlert U (2011): Stress as a pathophysiological factor in functional somatic syndromes, *Current Psychiatry Review*, 7(2): 152-169.

Olde Hartman T, Lucassen P, van de Lisdonk E et al (2004): Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome, *British Journal of General Practice*, 54: 922-927.

Olde Hartman T, Hassink-Franke L, Lucassen P et al (2009): Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: A focus group study, *BMC Family Practice*, 1; 68-74.

Olde Hartman TC (2011): Persistent medically unexplained symptoms in primary care: The patient, the doctor and the consultation: Cap. 1: Introduction. Department of Primary and Community Care, Radboud University Nijmegen Medical Center, The Netherlands.

Olde Hartman T, Blankenstein N, Molenaar B, et al (2013): NHG Guideline on Medically Unexplained Symptoms (MUS), *Huisarts Wet*, 56(5): 222-230.

Parsons T (1951): *The Social System*, Glencoe, IL: The Free Press.

Pennebaker JW (1982): *The psychology of physical symptoms*, New York: Springer.

Pilgrim D, Bentall R (1999): The medicalisation of misery: A critical realist analysis of the concept of depression, *Journal of Mental Health*, 8(3): 261-274.

Pilowsky I (1987): Abnormal illness behavior, *Psychiatric Medicine*, 5: 85–91.

Ravenzaaij van J, Olde Hartman TC, van Ravesteijn H et al (2010): Explanatory models of medically unexplained symptoms: a qualitative analysis of the literature, *Mental Health in Family Medicine*, 7: 223–231.

Reynolds V (1984): The relationship between biological and cultural evolution, *Journal of Human Evolution*, 13: 71-79.

Richerson PJ, Boyd R (2005): *Not by Genes Alone: How Culture Transformed Human Evolution*, New York: University of Chicago Press

Rief W, Barsky AJ (2005): Psychobiological perspectives on somatoform disorders, *Psychoneuroendocrinology*, 30: 996–1002.

Rief W, Broadbent E (2007): Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms, *Clinical Psychology Review*, 27: 821–841

Rief W, Hiller W, Margraf J (1998): Cognitive aspects in hypochondriasis and the somatization syndrome, *Journal of Abnormal Psychology*, 107: 587–595.

Rief W, Isaac M (2007): Are somatoform disorders "mental disorders"? A contribution to the current debate, *Current Opinion in Psychiatry*, 20: 143-146.

Roelofs K., Spinhoven P (2007): Trauma and medically unexplained symptoms: Towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts, *Clinical Psychology Review*, 27(7): 798-820.

Rohleder N (2014): Stimulation of systemic low-grade inflammation by psychosocial stress, *Psychosomatic Medicine*, 76(3): 181-189.

Rolfe A, Burton C (2013): Epidemiology and impact in primary and secondary care, in C Burton (Ed.): *ABC: Medically Unexplained Symptoms*, Chichester: Wiley-Blackwell.

Rose N (1998): *Inventing Our Selves. Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press

Rosendal M, olde Hartman TC, Aamland A et al (2017): “Medically Unexplained” symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification, *BMC Family Practice*, 18: 18-27.

Salkovskis PM, Warwick HC (1986): Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis, *Behaviour Research and Therapy*, 24: 597–602.

Saltz JB, Geiger AP, Anderson R et al (2016): What, if anything, is a social niche? *Evol. Ecol.*, 30: 349–364, DOI 10.1007/s10682-015-9792-5.

Schwartz ES (2015): Metaphors and medically unexplained symptoms, www.the-lancet.com , vol 386, August 22

Sebeok TA (2001): *Signs: An Introduction to Semiotics*, Second Edition, Toronto: University of Toronto Press

Sharp TJ, Harvey AG (2001): Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21: 857-877.

Sharpe D, Faye C (2006): Non-epileptic seizures and child sexual abuse: A critical review of the literature, *Clinical Psychology Review*, 26: 1020–1040.

Sharpe M, Mayou R, Walker J (2006): Bodily symptoms: New approaches to classification, *Journal of Psychosomatic Research*, 60: 353-356.

Sharpe M (2013): Somatic symptoms: beyond 'medically unexplained', *The British Journal of Psychiatry*, 203: 320–321.

Shattuck EC, Muehlenbein MP (2015): Human Sickness Behavior: Ultimate and Proximate Explanations, *American Journal of Physical Anthropology*, 157: 1-18, DOI 10.1002/alpa.22698.

Smith RC, Dwamena FC (2007): Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms, *General Internal Medicine*, 22: 685–691

Stenkopf L (2015): The signalling theory of symptoms: An evolutionary explanation of the placebo effect, *Evolutionary Psychology*, 13(3): 1-12.

Sterelny K (2011): From hominins to humans: how sapiens became behaviourally modern, *Phil. Trans. R. Soc. B.*, 366: 809–822, DOI 10.1098/rstb.2010.0301.

Stone J, Wojcik W, Durrance D et al (2002): What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend", *British Medical Journal*, 325(7378): 1449-1450.

Stone J, Reuber M, Carson A (2013): Functional symptoms in neurology: mimics and chameleons, *Practical Neurology*, 13: 104–113.

Tiokhin L (2016): Do symptoms of illness serve signalling functions? (hint: yes), *The Quarterly Review of Biology*, 91(2): 177-195.

Tompkins P, Lawley J (2002): The mind, metaphor and health, *Positiv Health*, Issue 87.

Von Uexkull T (1982): Semiotics and medicine, *Semiotica*, 38(3-4): 205-215.

Waller E, Scheidt CE (2006): Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective, *International Review of Psychiatry*, 18(1): 13–24.

Verkuil B, Brosschot JF, Thayer, JF (2007): A sensitive body or a sensitive mind associations among somatic sensitization, cognitive sensitization, health worry, and subjective health complaints, *Journal of Psychosomatic Research*, 63(6): 673-681.

Vogeley K, Roepstorff A (2009): Contextualizing culture and social cognition, *Trends in Cognitive Sciences*, 13(12): 511- 516.

Vradi R (2019): Lungul drum al simptomelor somatice inexplicabile medical de la tulburarile somatoforme la tulburarea suferintei corporale (ICD-11) si tulburarea cu simptome somatice (DSM-5) Partea 1, *Psihiatru.ro*, 56(1): 43-47.

Vradi R (2019): Lungul drum al simptomelor somatice inexplicabile medical de la tulburarile somatoforme la tulburarea suferintei corporale (ICD-11) si tulburarea cu simptome somatice (DSM-5) Partea 2, Psihiatru.ro, 56(2): 41-47.

Waller E, Scheidt CE (2006): Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective, International Review of Psychiatry, 18(1): 13–24.

Wessely S, White PD (2004): There is only one functional somatic syndrome. British Journal of Psychiatry, 185: 95 – 96.

Wilkinson K (2013): Investigating Difficulties in Emotion Regulation in Medically Unexplained Symptoms, Dissertation, Department of Psychology, University of Sheffield, England.

Witthoft M, Hiller W (2010): Psychological approaches to origins and treatment of somatoform disorders, Annual Review of Clinical Psychology, 6: 257-283

Yamagishi T, Hashimoto H (2016): Social niche construction, Current Opinion in Psychology, 8: 119–124.

Zola IK (1973): Pathways to the doctor - from person to patient, Soc. Sci. & Med., 7: 677-689.

Cap. 9: Conceptul de boala - intre naturalism si normativism³

9.1. Istoria conceptului de boala

Bolile sunt ubicuitare, le gasim peste tot, afecteaza deopotriva oameni, animale sau plante. Ele sunt in contiinta oamenilor ca si in discursul public sau in conversatiile zilnice. Despre boli se vorbeste la TV, la radio, in ziare, in romane, piese de teatru, sau poate fi vorba de boli in picturi sau chiar in muzica. Pe de alta parte, este putin probabil ca cineva sa treaca prin viata fara sa nu fi avut vreodata o boala. Cu toate ca boala este o problema asa de importanta in viata oamenilor, nu se stie suficient despre natura ei si mai ales exista dificultati in a gasi o definitie agreata de toti: ce este boala? Oameni inteleg instinctiv ce este boala, dar atunci cand se cauta o definitie problema devine foarte complicata. Toate acestea duc la necesitatea de a mentiona ca exista o diferenta intre intelesul conceptului de boala folosit de medici, cel folosit de filozofi si antropologi si cel folosit in viata de toate zilele. Pentru medicina, boala se afla drept in inima ei, ea este ceea ce a facut ca medicina sa fie posibila, necesara si dorita, pentru filozofi boala este un subiect de disputa referitor la statutul ei ontologic si epistemologic: este ea un lucru care are o existenta independenta, naturala, sau este o creatie a mintii noastre, in special a medicilor, este intelesul ei dat de mecanisme ei intrinseci sau de valorile sociale si culturale intr-un spatiu dat? Si, in fine, pentru oamenii obisnuiti boala este ce te aduce la medic pentru ajutor, este ceea ce explica suferinta si ceea ce da sens apararii sanatatii. In mare parte, lipsa acordului cu privire la ce este boala vine din faptul ca boala nu este un lucru, un obiect, ea este mai mult un concept. Ca multe alte concepte, nu are un inteles uniform si astfel pentru unii este vorba de frica, suferinta sau neaz, pentru altii este vorba de simptome si de deteriorarea bunastarii lor fizice. Pentru uzul curent, boala este inteleasa ca o afectare a unui organ sau a intregului organism, se poate transmite intre oameni sau de la animale la oameni, poate avea legatura cu alimentatia sau cu varsta, cu contactul cu anumite substante sau cu expunerea la diferiti agenti fizici sau climaterici.

³ Mentionez inca o data ca aceasta lucrare nu include comentarii despre bolile psihice; cand vorbesc de boli ma refer numai la bolile somatice, corporale, fizice. Dupa parerea mea, acestea pot si trebuie sa faca subiectul unor lucrari separate, statutul lor ontologic, epistemologic si fenomenologic fiind cu totul aparte.

Din această succintă prezentare se poate deduce de ce conținutul noțiunii de boală a fost mereu un subiect de dezbateri ce a însoțit istoria civilizației umane de milenii și până astăzi.

9.1. Istoria teoriilor despre ce este boala

Teoriile pe care oamenii în variate culturi le-au utilizat în încercarea de a înțelege și răspunde la experiențele de boală au legătură cu felul cum oamenii se raportează la natură (von Engelhardt, 2004). Preocuparea oamenilor față de acestea poate fi documentată din cele mai vechi timpuri. Ea apare pe măsura în care bolile au produs consecințe imediate pentru persoana în cauză și consecințe extinse pentru grupul și comunitatea din care individul bolnav făcea parte. Astfel, noțiunea sau conceptual de boală a exprimat diferite idei despre natura bolii de-a lungul timpului. La început acest cuvânt a vrut doar să diferențieze durerea sau suferința de sănătate și nu natura sau cauza bolii. Urmărirea evoluției acestui concept urmează dezvoltarea medicinei și a științelor biologice în general.

Ideea de boală ca entitate separată a izvorât în parte din conceptual demonic așa cum a fost descris de culturile foarte vechi. Se poate spune că în acele timpuri medicina avea un caracter magico-mistic, demonic-religios. Factorii exogeni precum spiritele, vrăjile și zeii erau considerați responsabili pentru boli. Precursori ai sistemului medical și ai teoriilor bolii au fost găsiți în culturile vechi ale Mesopotamiei și Egiptului, stabilind conexii între conceptele naturale și religioase, pe de o parte, și viziunea bolii și sănătății pe de altă parte. Pentru aceștia, sănătatea și boala ar fi atât fenomene naturale cât și religioase. Explicația cauzală, magia și credința coexistau în teoria și practica medicală, iar medicina acelor vremuri combina ritualul religios cu tratamentul empiric (von Engelhardt, 2004). De exemplu, îmbolnăvirea a fost asociată cu păcatul sau datorată invaziei de spirite, de vrăjitorii și pedepse ale zeitatilor pentru încălcarea regulilor stabilite. Codul babilonian al lui Hammurabi (1750 î.e.n.) conține prima listă de onorarii chirurgicale și penalități în caz de eșec. Vindecatorul tradițional de sorginte religioasă devine treptat doctorul profesionist.

Conceptul de boală, ca deviere de la normal, a apărut mai întâi în gândirea greacă. Vechii greci explicau sănătatea și boala cosmologic și antropologic, adică, în relație strânsă cu natură în general și cu natură umană în special. În Grecia antică coexistau reprezentanții mai multor școli de gândire care încercau să explice cauzele bolilor și modul de tratare a lor. Printre acestea, erau “metodistii” care suspectau că ceva necunoscut produce porii în țesuturile corpului astfel încât

substanțe pot să patrundă din afară sau să iasă dinăuntru, ceea ce face corpul ori prea uscat ori prea umed. „Empiricistii” credeau în trăirile celor ce erau bolnavi și experiența lor era ceea ce poate arăta ce este boala; astfel ei acceptau doar datele care pot fi percepute de simțuri, iar trăirile care se repetau des deveneau simptome și boli. Medicul grec Hipocrate (460-370 î.e.n.), considerat părintele medicinei, a negat originea divină a bolilor și a dezvoltat o abordare naturalistă a medicinei. El a postulat originea umorală a bolilor, spunând că corpul omului conține sângele, flegma, bila galbenă și bila neagră iar sănătatea este dată de o proporție corectă între aceste fluide. În schimb, boala era generată de perturbări în cele patru umori ale corpului. Această perturbare poate apărea din excese nenaturale sau defecte ale umorilor, dintr-o schimbare a locului lor natural sau din faptul că umorile și-au schimbat calitatea. În majoritate, bolile sunt date de predominanța flegmei sau a bilei și această perturbare se produce datorită dietei sau mediului, iar bolile pot fi descrise și diagnosticate în funcție de simptome. Mai erau și „pneumatistii” care credeau în pneuma, un foc interior care ține în viață toate ființele, dar care stă și la baza bolilor. Ei inventează cuvântul discrazie ca un dezechilibru al umorilor din organism. „Eclecticii” acceptau toate dogmele care meritau și care se potriveau unei situații. Mai târziu, în Grecia lui Alexandru cel Mare, s-a permis disecția corpurilor umane și Herophilus este primul care a furnizat date coerente despre anatomia umană.

Cel mai cunoscut medic grec eclectic a fost Galen (129-216 e.n.). El a fost un admirator al lui Hipocrate, diseca animale și agreea ideea că bolile apar din dezechilibrul celor patru umori. El era totodată și empiricist, afirmând că cunoașterea în medicină se poate obține prin observație și experiență. El a elaborat un model al sănătății și bolii ca o structură a elementelor, calităților, umorilor, organelor, temperamentelor, orelor zilelor și anotimpurilor. Sănătatea a fost înțeleasă în această perspectivă ca o condiție a armoniei și echilibrului dintre aceste componente de bază iar boala ca discordanță sau dominare nepotrivită a uneia din componentele de bază. Contribuția majoră a lumii greco-romane la definirea naturii bolilor a constatat în faptul că a propus multe teorii alternative și a furnizat un mediu în care să se compare meritele și slăbiciunile fiecăreia (George, 2005). Această contribuție a fost preluată de arabi și dusă până în sec. XVI din nou în Europa medievală, când aceste idei au fost la baza apariției medicinei ca știință.

În evul mediu creștin, sănătatea și boala au fost interpretate în perspective teologice. Abordările cosmologice sau naturale și cele antropologice sau umane au fost subordonate

viziunii religioase. Doctrina creștină vedea sănătatea și boala ca mutual exclusive, boala fiind era descrisă simultan ca entitate fizică și ca intervenție a lui Dumnezeu.

După o perioadă de relativă stagnare din timpul evului mediu timpuriu, când viziunea asupra bolii se întoarce spre origine divină sau spirituală, sec. XV și XVI aduc noi voci care resuscitează vechile idei greco-romane și arabe la care se adaugă noi contribuții conform stadiului gândirii epocii.

Odată cu debutul erei moderne, în epoca Renasterii, gândirea medievală a făcut loc unei noi viziuni asupra lumii, naturii și individului. “Secularizarea paradisului”, respectiv viziunea că pământul este locul de realizare a aspirațiilor oamenilor, a avut repercursiuni asupra cursului medicinei, de atunci și până în prezent, în sensul că observațiile empirice, explicațiile cauzale și terapia rațională devin bazele teoriei și practicii medicale. Cu toate acestea, magicul, astrologia și alchimia au jucat încă un rol în explicarea bolilor în sec. XIV-XVI (Engelhardt, 2004). Mai întâi trebuie menționat medicul și alchimistul elvețian Theophrastus Bombastus von Hohenheim cunoscut sub numele de Paracelsus (1493-1541) care a fost primul care a aruncat o privire critică asupra teoriilor înaintașilor săi, precum teoria umorală a lui Hipocrate și eclectismul lui Galen. El considera că o înțelegere adecvată a bolii necesită luarea în considerare a unei componente chimice care contribuie la esența ființei umane. El lansează ideea că sănătatea și boala, prin dependența lor de chimie, pot avea același traiect ca al unei substanțe chimice, sănătatea fiind asimilată cu o substanță pură și boala cu una impură. După Paracelsus, bolile omului sunt influențate de cinci instanțe care conduc la boli distincte. Aceste instanțe sunt: Dumnezeu, stelele sau climatul, otrăvurile, constituția naturală a omului și spiritul sau psyche. După el, factorii generali care contribuie la boala aparțin atât naturii cât și spiritului. Astfel, el deschide ușa unei viziuni asupra cauzelor bolilor și nu numai asupra aspectului lor simptomatologic. Concepția lui Paracelsus despre boala este ontologică sau esențialistă, boala având un statut autonom, fiind o entitate separată, independentă, de opiniile noastre.

Diferită era concepția lui Fracastoro din Verona, care în 1546 și-a publicat lucrările despre contagiune. El spunea că există un număr mare de boli cauzate de contagiune mai curând decât de perturbarea balanței dintre umori. El definea contagiunea ca o tulburare care se transmite de la un individ la celălalt și este cauzată de particule imperceptibile numite de el “seminaria”. Această contagiune se realizează prin contact direct sau indirect, prin haine și alte medii. Face și o listă de boli care se transmit direct precum sifilisul, rabia, lepra, scabia sau ftizia.

Ulterior trebuie menționat aportul filozofiei lui Descartes (1596-1650) la dezvoltarea medicinei. El are o concepție mecanicistă asupra sănătății și bolii, considerând că corpul uman este ca un mecanism perfect de ceas pus în mișcare de Dumnezeu. Sufletul, creație divină, este independent de corp și astfel el prezintă un sistem dualist cu două “substanțe”, cea a corpului, “res extensa” și cea a sufletului/mintii, “res cogitans”, sistem care a susținut pentru prima oară, și de atunci pentru totdeauna, problema dualității minte-corp, dualitate în care ramasă ancorată și astăzi medicina. Acest model de relație dintre minte și corp stă încă la baza unor aspecte la medicină, precum bolile psihosomatice și la interpretările laice despre sănătate și boală.

În 1543, Andreas Vesalius, publică o carte despre descoperirile sale făcute cu ocazia disecției corpurilor umane, carte care poate fi considerată primul atlas anatomic. Imaginea oaselor, articulațiilor și mușchilor din atlasul lui Vesalius, la care se adaugă ideile din mecanica newtoniană, făceau ca corpul omenesc să fie comparat cu un mecanism care funcționează după reguli fizico-matematice. Conform viziunii newtoniene, lumea este un sistem mecanic uriaș. Acest mecanism este guvernat de legi caracterizate prin simplitate. Un sistem complex derivă din aglutinarea mai multor sisteme simple, așa cum se întâmplă în cazul mașinii umane. Acest sistem poate fi transpus în operații matematice și poate fi măsurat. Așa a apărut pe lângă iatrochimia lui Paracelsus și iatrofizica, exponentul său cel mai de seamă fiind Friedrich Hoffmann (1660-1742). După acesta din urmă, sănătatea constă în funcționarea adecvată a acțiunilor vitale precum mișcarea, senzația și nutriția, iar atunci când acestea se perturbă, apar bolile. El mai spunea că bolile sunt expresia afectării părților solide din organism și mai puțin a umorilor. În aceeași paradigmă, Herman Boerhaave (1668-1738) îndemna studenții săi de la medicină să aplice principiile hidraulicii, mecanicii și chimiei pentru a afla funcționarea organismului și cauzele bolilor. El considera că boala este expresia unei insuficiente funcționale a organismului. Istoria medicinei renasterii îl mai menționează pe Thomas Willis (1621-1675) care susținea că în organism intra diferite particule care generează fermentație, proces care ar sta la baza diferitelor boli (Wulff, 1999; George, 2005; Funkhouser, 2020).

Povestea construirii conceptului de boală nu-l poate ignora pe Giovanni Battista Morgagni (1682 – 1771), anatomist italian, privit ca părintele anatomiei patologice moderne. El a funcționat 56 ani ca profesor de anatomie la Universitatea din Padova, timp în care a publicat o lucrare în cinci volume despre experiența sa acumulată făcând 646 disecții asupra corpurilor umane în încercarea de a localiza cauzele bolilor în modificări ale țesuturilor și organelor (Ventura,

2000). Aceste contributii la cunoasterea cauzelor anatomo-patologice ale bolilor sunt duse mai departe de anatomistul si fiziologul francez Marie-Francois Xavier Bichat (1771-1802) care sustinea ca organismului contine 21 tipuri de tesuturi, fiecare cu principiul vital de contractibilitate si sensibilitate. Boala apare cand principiul vital este perturbat. Teoriile vitaliste tradau incapacitatea oamenilor de stiinta din acele vremuri de a explica functiile organismului si chimia celulara. Totusi, pe baza vitalismului s-a nascut fiziologia, ca stiinta a functionarii organelor si sistemelor corpului uman.

Timpul si impartasirea cunoasterii stiintifice a dus la acumularea ideilor si astfel medicina a mai facut un pas spre clasificarea bolilor. Aici este important de a-l mentiona pe Thomas Sydenham (1624-1689), numit si Hipocrate al englezilor. Bazat mai mult pe simptome si considerand bolile ca entitati unice, el a stabilit un compendium, o clasificare ierarhica centrata pe simptome. Bolile ar exista independent in lumea naturala, iar manifestarile si expresia lor clinica pot fi descrise la fel cum plantele pot fi descrise in botanica. Sub influenta sistematicii utilizate de Linne (1707-1778) in botanica, clasificarea bolilor in medicina devine o preocupare dominanta si astfel apare nosologia ca ramura a stiintei medicale care se ocupa cu clasificarea si denumirea bolilor.

In 1768 Francois Boissier de Sauvages publica o lucrare monumentala in cinci volume "Nosologia Methodica Sistem Morburum". Aceasta lucrare este rodul a 20 ani de strangere si sistematizare a descrierilor bolilor de la mii de medici ai timpului. El face o noua sistematizare in functie de simptome si aspectul clinic, identifica un numar mare de entitati clinice pe care apoi le grupeaza in zece clase, fiecare clasa in 50 ordine, apoi in specii, ca in final sa ajunga la un numar de 2400 entitati. Sauvages dorea ca nosologia sa fie un ghid pentru medicul individual, si compara rolul acestei lucrari cu firul Ariadnei care l-a ajutat pe Theseus sa iasa din Labirintul Minotaurului. O alta nosologie este publicata in 1785 William Cullen (1710-1790) la Edinburgh sub titlul de „Synopsis Nosologiae Methodicae” care a fost mai mult folosita in scopuri statistice. Pe un astfel de drum apare treptat conceptul de boala ca o entitate clinica care poate fi descrisa in termeni de simptome si semne medicale, entitati carora li s-a atribuit un nume. Aceasta stradanie nu s-a oprit aici si in 1891, International Statistic Institute, la intrunirea de la Viena din 1891, desemneaza un grup de lucru condus de Jacques Bertillon (1851-1922) sa realizeze o clasificare a bolilor in functie de cauzele de deces. In aceasta clasificare bolile sunt grupate in functie de organ sau sisteme in loc de simptome. Aceasta clasificare a stat la baza primei

versiuni a Clasificarii Internationale a Bolilor („International Classification of Disease – ICD”) din anul 1946, ca astazi sa ajunga la versiunea a 11-a care aranjeaza bolile sub forma ierarhica si codifica in jur de 60.000 conditii de boala. In toate aceste clasificari boala este vazuta de pe pozitii ontologice ce indica entitati clinice cu istorie naturala proprie, independenta si un curs al bolii autonom.

Treptat medicina urmeaza modelul stiintelor naturale si incepe sa se desparta de filozofia naturala si antropologia filozofica a erei romantic-idealiste. Medicina incepe sa capete constiinta stiintifica. Boala incepe sa fie definita ca o afectare structurilor organice ale corpului. Aceste leziuni pot fi cauzate de factori microbiologici, chimici, fizici, genetici sau agenti degenerativi, iar leziunea era definita ca o schimbare a modelului standard al structurii si functiei organismului. Pacientul devine din ce in ce mai mult un obiect de cercetare, anatomia si fiziologia se conecteaza si odata ce microscopia a devenit mijloc de explorare a cauzelor bolilor, celula inlocuieste tesutul ca centru al atentiei in cautarea cauzelor bolilor. Rudolf Virchow (1821-1902) initiaza studiul patologiei bolilor identificand bazele celulare ale inflamatiei sau diferenta dintre tumorile maligne si cele benigne. In viziunea lui, entitatea de boala era o alterarea a unei parti din corp sau o alterare a celulei sau a mai multor celule, tesut sau organ. El subliniaza importanta locului bolii si nu a conceptului de boala, boala este ceva despre o alterare morfologica. Prin aceasta viziune clinico-patologica a bolilor Virchow considera boala ca o afectare a sistemului reglator al corpului, incapabil de a depasi o perturbare a corpului, fie ea anatomica sau fiziologica. In acest sens el este un ontologist pentruca totdeauna a privit boala ca o entitate vie care are o existenta proprie (Stempsey, 2000; Engelhardt, 2004; George, 2005).

Sec. XX incepe cu ascensiunea triumfala a modelului infectios al bolii: apare bacteriologia. Louis Pasteur (1822-1895), chimist francez, si-a indreptat atentia asupra procesului de fermentatie, precum producerea de acid lactic din lapte sau producerea de alcool din struguri sau din fermentarea berii. El a fost la un moment dat chemat sa investigheze o boala epidemica a viermilor de matase, ocazia cu care face o analogie dintre fermentatie si boala, respectiv asa cum fermentatia este produsa de drojdie si bacterii, tot asa bolile pot fi cauzate de microorganisme. El isi muta atentia de la viermii de matase la cauzele antraxului si rabiei si a ramas proverbiata expresia lui: “cauta microbul” atunci cand cineva se intreba care este cauza unei boli. Intre 1870 si 1880, doctorul Robert Koch (1843-1910) demonstreaza ca antraxul si tuberculoza sunt cauzate de bacterii. El ajunge la concluzia ca exista diferite bacterii care

cauzează diferite boli și astfel cea de a doua parte a sec. XIX a fost denumită “varsta de aur a bacteriologiei” pentru că atunci s-au descoperit agenții patogeni ai gonoreei (1879), holerei (1883), difteriei (1883), tetanosului (1884), pneumoniei (1886), meningitei (1887), botulismului (1896), disenteriei (1898), sifilisului (1903) (Thagard, 1997).

Povestea merge mai departe cu Frederick Twort care descoperă în 1915 virusii și responsabilitatea lor pentru unele boli. Apoi se descoperă exo- și endotoxinele și mecanismele umorale celulare a imunității. Urmează pe rând descoperirea complementului și mecanismele interacțiunii dintre anticorpi și antigene, a mecanismelor auto-imune, a diferitelor tipuri de citokine, ca mediatori imunologici între celulele ce reglează răspunsul la injurii și infecții, ce alcătuiesc un sistem ce produce o ierarhie de mesageri chimici care participă la organizarea diferitelor tipuri de răspuns la agresiuni și care pot contribui la generarea de tipuri diferite de boli.

Ca răspuns la biologizarea excesivă a medicinei o parte din cercetătorii medicinei descoperă circumstanțele individuale și sociale ale sănătății și bolii. Ființa umană începe să fie concepută ca participant în construcția năsei ecologice și a celei culturale. Medicul german Viktor von Weizsäcker (1886–1957) introduce viziunea sa antropologică a medicinei vorbind de persoana ca subiect. Se întetesc controversele dintre gândirea monocausală, cauzalism și cea plurifactorială, conditionalism. Se formulează întrebarea dacă boala poate fi dedusă dintr-o cauză sau sunt necesare diferite cauze din diferite arii ale realității. Sumarizând, se poate spune că sec. XX a adus clarificări asupra etiologiei, fiziopatologiei și a elucidat multe din mecanismele bolilor evidențiind încă odată cât de complex este acest domeniu. Majoritatea teoriilor vechi au fost abandonate și au făcut loc viziunii biomedicale a bolilor și a conceptului biopsihosocial (Engel, 1977).

În concluzie și pentru a face legătura cu următorul paragraf, se observă că din timpurile străvechi și până astăzi au existat două mari concepte care au dominat toate scrierile despre natura bolii: i) boala este o entitate distinctă, existând multiple feluri de boli care au caracteristici diferite, și ii) boala este o deviație de la normal, o deviație care se petrece sub influența diferiților factori, fizici sau mentali, conform cartezianismului viu al medicinei (Cohen, 1953).

9.2. Problema definitiei bolii

Medicina consta in trei lucruri, boala, pacientul si medicul, iar boala a facut medicina posibila. Intr-un sens cronologic boala a precedat medicinei, ea este ceea ce a provocat medicina. Temkin (1977) spunea ca boala a fost acea portiune a suferintei umane pe care noi am ales-o istoriceste sa o alocam medicinei; cand si unde omul incepe sa separe boala de alte forme ale suferintei, noi nu stim, aceasta demarcatie neclara se intende pana astazi.

Conceptele de sanatate si boala reflecta modelele care stau la baza stiintei medicale, a eticii si a societatii (Khushf, 2007). Conceptele de sanatatea si boala au consecinte de mare importanta pentru diagnostic si terapie, pentru atitudinea si comportamentul medicilor, pentru felul cum pacientii vad boala, pentru atitudinile si structurile sociale, si contribuie decisiv la formarea alegerilor morale si a comportamentelor de bunastare. Sanatatea si boala nu sunt numai termeni medicali, sunt si teme vitale in arta, filozofie, teologie, sociologie si psihologie. De fapt, aceste discipline reamintesc mereu medicinei caracterul ei antropologic distinct in sensul ca medicina se ocupa cu natura si destinul oamenilor. Conform teoriei echilibrului lui Pörn (1984) sanatata este legata de profilul scopurilor subiectului, ea este capacitatea psihofiziologica de a actiona si raspunde in mod potrivit situatiilor de viata. Sanatatea si boala nu sunt concepte complementare, opusul sanataii este suferinta si nu boala, iar bolile, infirmitatile, injuriile sunt procese fiziopatologice, stari sau schimbari care compromit sanatatea. Pentru Pörn, sanatatea este un echilibru intre scopurile individului si capacitatile organismului sau.

Nici medicina si nici conceptele de sanatate si boala pe care le foloseste, nu pot fi intelese adecvat doar prin utilizarea categoriilor din stiintele naturale si stiintele umane. Asa cum medicina nu poate fi reduca la una din acestea doua, tot asa este necesar de a conecta natura si cultura in scopul intelegerii sanataii si bolii (von Engelhardt, 2004). Sanatatea si boala nu sunt nici concepte biologice stiintifice pure si nici concepte sociale pure, ele apartin lumii ciudate, hibride, a medicinei (Rosenberg, 2003). A fi bolnav, sau starea de imbolnavire, este un mod extern si public de a nu fi sanatos. Este vorba de un rol social, de un statut, de o pozitie negociata in lume, o intelegere intre persoana bolnava, cu plangerile ei, si societate, care este gata sa recunoasca sau sa sustina persoana (Boyd, 2000).

Privita singular, boala este un eveniment biologic, un construct verbal reflectand istoria intelectuala si institutionala a medicinei, o legitimitate pentru politica de sanatate publica, un element definind statutul social al bolnavului, o sanctiune pentru normele culturale si un element

care structureaza relatia medic-pacient. Hucklenbroich (2014) scria ca entitatea de boala este conceptul teoretic cheie al medicinei. El arata ca boala este o entitate ca si oxigenul, o entitate cu margini fie fizice, fie metaforice. Intr-un anumel fel, boala nu exista pana cand nu suntem de acord sa o percepem, sa o numim si sa raspundem la ea (Rosenberg, 1989). Boala este un cuvnt utilizat de observatori, fie ei medici, apropiati de cel care sufera sau oricare altcineva, pentru a descrie un proces care se petrece cand un organism sufera schimbari fizice sau mentale, schimbari pe care observatorul le considera ca fiind un dezavantaj fata de starea anterioara sau un prejudiciu conform normelor culturale locale.

Problema bolii, direct sau indirect, este o preocupare fundamentala a fiecarui demers medical (George, 2005). Existenta si diagnosticarea bolii, denumirea ei, sunt probleme care framanta mai intai pe cel suferind, pe bolnav, care isi gaseste astfel explicatia si validarea suferintei si justificarea cautarii unui ajutor specializat la care societatea ia parte. Se poate spune ca prin recunoasterea calitatii de bolnav, individul capata o noua identitate. Totusi, medicii nu sunt preocupati cu definirea ei, ei sunt capabili sa recunoasca si sa trateze sute de boli dar nu au nici o preocupare cu definirea conceptului. Cu toate acestea definitia bolii este o problema importanta pentru filozofia medicinei pentru ca natura bolii reprezinta baza conceptuala a medicinei. Cum percep pacientii, cum comunica medicii, cum este livrata educatia medicala, cum este organizata cercetarea, toate se bazeaza pe definirea bolii (Berlin si colab. 2018).

Problema definirii unui lucru izvoraste de la Aristotel care discuta despre ierarhii, specii si esentele lor. El gandea ca atunci cand lucrurile pot fi definite atunci acele lucruri sunt specii care se caracterizeaza printr-o descriere adecvata a esentei lor. In sensul celor de mai sus, bolile, asa cum le gandim astazi, sunt specii arbitrare pentru ca nu putem descrie in mod adecvat esenta lor. Inca din Grecia antica, prin dispute dintre scolile de medicina din Cos si Cnidos, s-a pus problema daca boala este o entitate care exista prin ea insasi sau este creatia observatorilor, in special a medicilor. Aceasta intrebare persista si astazi sub diferite abordari si sub diferite naratiuni; limbajul insusi poate induce in eroare. In mare, ontologistii considera ca fiecare boala este o entitate aparte, are o existenta particulara, autonoma, iar nominalistii spun ca bolile impartasesc toate variabilele posibile legate de modificarile fiziologice si functionale si de modelele explicative culturale si sociale atasate lor. De aici izvorasc ideile lui Robinson (1972) pentru care definitia este o activitate intelectuala umana sub forma unor expresii verbale care stabilesc asociatii care pot fi despre cuvinte sau/si despre lucruri. Aplicand aceasta teorie la

notiunea de boala putem spune ca boala poate fi definita lexical, ceea ce implica existenta celui care defineste, respectiv stiinta medicala, a celui care citeste definitia, medicul, si persoana care foloseste cuvantul cu intelesul pe care cel ce defineste l-a atribuit, adica utilizatorul. Fiecare parte poate face interpretari subiective privind cuvantul boala. El mai spunea ca cuvintele sunt semne si ca fiecare semn este lexical definibil de catre cineva pentru cineva in anume timp si loc. Al doilea fel de definitii, pentru Robinson, sunt definitiile stipulative care sunt facute sa inlature erorile utilizarii comune a cuvantului, imbunatatirea conceptelor, inlaturarea arbitrariului din limbaj, abrevierea limbajului si denumirea unui obiect nou. Utilizarea unor definitii stipulative poate fi necesara pentru domeniul definirii bolii. In timp ce o definitie lexicala incearca sa identifice intelesul pe care oamenii il au pentru subiect, o definitie stipulativa incearca sa rectifice inadecvarile existente si definirile lexicele nesatisfacatoare ale subiectului. Valoarea unei definitii va depinde de succesul prin care se clarifica un subiect obscur ca cel de boala.

Problema definirii bolii s-a pus cu mai multa acuitate din deceniul sapte al sec XX in momentul in care Christopher Boorse (1975 si 1977) emite teoria biostatistica a bolii si sanatatii. De atunci aceasta chestiune a stat la baza unor dispute aprinse, mai ales printre cei ce ocupa de filozofia medicinei. Hofmann (2001) se intreaba care ar fi ratiunea sa cautam mereu o definitie a bolii. De ce oamenii de stiinta se straduiesc sa gaseasca o definitie coerenta a bolii? Raspunsul este ca boala este notiunea centrala a medicinei si ea conduce societatea la masuri de preventie si la identificarea altor boli. Avem nevoie de ea si pentru ca trebuie sa stim exact daca ceea ce credem ca este o boala se califica pentru a fi tratata medical. In plus identificarea corecta a bolilor poate ajuta la planificarea si alocarea resurselor economice dedicate sistemului de ingrijire a sanatatii.

Se spune ca daca se priveste stradania de decenii de definire a bolii, aceasta este un demers care a esuat! Dupa ce afirma ca medicina cuprinde cuvintele care vorbesc despre boala si ca una din cele mai importante concepte ale medicinei pare sa fie cuvantul boala, Kendell (1975) clameaza ca boala este un concept alunecos care nu a fost niciodata bine definit. Mai mult, el declara ca conceptul de boala este mort, respectiv este vag, alunecos, complex si indefinibil. In consecinta, ar fi bine sa se abandoneze conceptul de boala si sa se termine cu toate incercarile de a-l defini. Cei mai multi doctori nu se gandesc nici un moment la intelesul termenilor precum boala sau suferinta si nici nu au de ce sa o faca. In mod simplu, ei trateaza pacientii pe care-i consulta cat de bine pot, ii diagnosticheaza cat de bine pot si incearca sa le redea sanatatea cat de

bine pot. Hesslow (1993) abordase o poziție mai radicală după care există mai multe condiții care sunt numite boală și care nu necesită atenție medicală și există multe condiții care necesită atenție medicală dar nu sunt numite boală. Rolul acestui concept este iluzoriu, distincția dintre sănătate și boală fiind irelevantă pentru majoritatea deciziilor medicale și reprezintă o „camasă de forță conceptuală”. La acest punct de vedere se asociază și Sundström (2001) când afirmă că înțelesul cuvântului de boală este vag, elusiv și instabil. Tu poți să-l atingi dar nu poți să-l prinzi cu excepția unor părți sau fragmente. Acest înțeles este inclinat să se schimbe, să aibă permutații și să se fragmenteze în funcție de circumstanțe. În plus, poți să-l folosești, dar nu vei fi sigur că termenul va însemna ceea ce doreai să spui.

Conceptul de boală devine mai util dacă i se adaugă criterii adiționale care să îmbunătățească definiția și granițele sale. Worall și Worall (2001) recunosc că boala este un lucru natural, un concept real, dar nu există o distincție reală în natură între boală și non-boală. Este clar că boala este un concept “borderline” pentru că ea cuprinde o multitudine de condiții pentru care nu există criterii pentru a fi acolo sau nu. Nordby (2006) și Schwartz (2007 și 2014) fac o analiză critică a conceptului de boală și găsesc că definiția bolii încorporează multe presupuneri problematice, ceea ce duce la necesitatea de identificare a condițiilor necesare și suficiente care guvernează aplicarea conceptului, adică a unei liste de condiții care sunt individuale necesare pentru o definiție clasică. Ei spun că nu este posibil să extragi o definiție a bolii din analiza felului cum este utilizat termenul și ce înțeles are, dar că este posibil să dezvolti o pluralitate de definiții ale bolii care pot fi utilizate în diferite contexte, în funcție de scop.

În mare, ceea ce medicina consideră că fiind o boală este un grup de probleme fiziologice și psihologice care afectează funcționarea organismului și care împiedică individul în realizarea scopurilor sale. Această definiție presupune că schimbările nu se petrec fără cauză, fără prezența agenților etiologici. Interacțiunea dintre organism și factorii etiologici reprezintă mecanismul central patogenetic al bolii. Boala se caracterizează prin schimbări între starea premorbida și starea actuală. Aceste schimbări au anumite cauze, iar existența cauzelor bolii face parte din definiția bolii. Faptul că în definiția bolii trebuie să existe și cauzalitatea are diferite implicații. Una din implicații este faptul că ideea de boală în general implică înțelegerea felului cum cauza afectează organismul. Chiar o boală fără cauză aparentă poate avea în mecanismul dezvoltării ei cauze care afectează părți din acest mecanism (George, 2005). Toate acestea sunt văzute prin grila epistemologică prin care unii consideră că bolile sunt entități naturale. În final, observatorul

judeca daca boala a generat un dezavantaj pentru individ si astfel se creaza premisele unui diagnostic.

Cu un deceniu inainte de acesti autori, Ludwig Fleck (1989) afirma ca entitatile de boala individuale sunt indefinibile. Entitatile individuale de boala sunt iluzii stiintifice create de abstractii bazate pe statistici si intuitii. Ele sunt irrationale, elusive si indefinibile fara echivoc. Chiar intre indivizi, exista o variatie extraordinara in ceea ce priveste intelesul bolii. El sugera ca in loc de a urmari o definitie stiintifica a bolii, mai bine sa ne rezumam la o definitie lexicala, de dictionar, care impartaseste o minima intelegere a ceea ce boala este. In final ne putem gandi ca ar fi cazul sa ne gandim sa reunim la o definitie a bolii si sa acceptam ca este vorba de o familie de intelesuri utilizate in functie de circumstante si interese.

Aceasta pozitie a lui Fleck deschide usa discutiei despre cat de util sau nu este conceptul de boala. Hesslow (1993) credea ca termenul de boala este unul util din cauza ca face o referire simpla ca o anume clasa de lucruri coincide in mare masura cu aria de competenta a medicinei. Termenul nu este identic cu aceasta arie, totusi, o intelegere profunda a acestei arii este necesara pentru a sti cum acest termen poate fi folosit in mod normal. Mai mult, Kincaid (2008, citat de Vreese, 2017)) punea in alte cuvinte aceasi pozitie cand scria ca noi nu trebuie sa definim exact lucrurile si felurile naturale („natural kind”) pentru a ne ocupa de o stiinta. Medicina este o stiinta in care noi intelegem cauzele in maniera „bucata cu bucata” si in care ne focalizam pe cauze specifice pe care le putem manipula, fara sa facem teorii si defini precise ce lucru natural este boala. Vreese (2017) se declara partizan al pozitiei ca boala poate fi mai bine caracterizata ca un concept practic care presupune ca intelesurile lui pot varia, iar utilizarea lui este inevitabil influentat de natura practica a medicinei. Conceptul de boala este in mod intrinsec „value-laden”, adica incarcat de pozitii subiective, contextuale, ideologice, culturale si politice. In consecinta el e de acord cu pozitia lui Miller Brown (1985) in a recunoaste complexitatea si variabilitatea conceptului de boala, ceea ce implica sa oprim eforturile de a descoperi o definitie corecta a bolii.

Este de inteles pentru ceilalti oameni de ce conceptul de boala este considerat vag sau ambiguu. Cand am o raceala si totusi merg la serviciu si cineva ma intreaba cum ma simt, eu sunt inclinat sa spun ca sunt bolnav, iar cand cineva ma intreaba cum ma simt pentru ca stau in pat pentru o luxatie la picior dupa ce am jucat forbal, inclinatia mea este sa spun ca sunt sanatos. Boala este ceva diferit in cuvinte si semnificatii intre ceea ce intelegem cand suntem bolnavi si

ce înțelegem când vorbim despre boli în general. O parte din această ambiguitate vine din gradul cunoașterii celui care vorbește despre boala. Într-un fel vorbește doctorul despre boala și altfel oamenii obișnuiți.

Ceea ce înseamnă boala ține și de experiența proprie, de cunoștințele generale, de cunoștințele specifice, de așteptări, frici, vârstă, sex, religiozitate/spiritualitate. Conceptul, în vorbirea curentă, mai ales, este atât descriptiv, cât și evaluativ, vorbește atât despre tine cât și despre alții, are atât aspecte subiective, cât și obiective și are o variabilitate interindividuală foarte mare. Acest concept este polisemantic, adică are nenumărate conotații sau sinonime atunci când vrem să comunicăm ceva despre boala. Aceasta face ca utilitatea lui în comunicare să fie redusă, și mai curând se comunică suferința decât boala ca atare. Individul intră în condiția de bolnav datorită suferinței și nu bolii, el devine parte a carierei de bolnav doar după ce medicul validează suferința lui, pune un diagnostic și dă un nume științific suferinței lui (Hofmann, 2010). Marinker (1975) observă că o minoritate semnificativă de pacienți, care vin să consulte în mod regulat un medic de familie, vin mai mult pentru prescripții și nu acuză nici un fel de boala. Ei apar în cabinetul de consultație mai curând pentru a stabili o relație cu medicul care este capabil și numit de societate să îngrijească bolnavi. Așa că pacient este cineva care în mod activ consultă un doctor, mai curând decât cineva care este bolnav sau se recunoaște ca fiind bolnav. Astfel, majoritatea pacienților pot fi clasificați ca indivizi bolnavi sau simțindu-se bolnavi doar pentru că sunt recunoscuți ca bolnavi de către alții (de observatori) și mai ales de către medici.

Boala este dată de o varietate de atribute precum durere, suferința, disfuncții fizice, desfigurări, structuri sau procese anormale față de norma statistică. Atunci este legitimă întrebarea lui Temkin (1963): există boli sau numai bolnavi? Cautând răspunsul la această întrebare Stempsey (1999) formulează ideea că boala nu are nimic general, ci agregă toate entitățile curente de boala. Conceptul de boala este dat de extensivitatea lui. Bolile nu au nimic în comun decât că sunt numite boli. Tocmai acest lucru face ca eforturile spre o definiție unitară să fie așa de frustrante. Medicii vor identifica și trata bolile și ei nu au nevoie de un concept general. În fapt, încercarea de a defini boala va eșua din cauza că entitățile de boala nu au intradevar nimic în comun decât faptul că sunt denumite boli.

Chestiunea dacă boala este dată de extensia ei sau de proprietățile ei este o problemă de semantică, în particular de logica claselor și atinge domeniul filozofiei limbajului. Atunci ni se pare logic ceea ce încearcă Walker și Rogers (2018). Trecând în revistă toate aceste dificultăți, ei

gasesc ca cea mai buna explicatie pentru incapacitatea noastra de a gasi o definitie adecvata a bolii este ca acest concept are o structura diferita, „non-clasica” si de aceea ei propun ca boala sa fie privita ca un concept „cluster”, adica ca un grup de entitati.

Recunoasterea ca boala este un concept practic variabil si complex ajuta la explicarea de ce conceptual nu este potrivit pentru o analiza conceptuala descriptiva. Noi nu avem nevoie de o definitie a bolii ca „natural kind” pentru a avea o cunoasterea medicala buna si pentru a face decizii medicale corecte. Distinctia dintre sanatate si boala, care sta la baza tacita a intelegerii notiunii de boala, nu joaca un rol important in procesele de luare a deciziilor clinice, morale, legale, sociale, etc. care pot avea consecinte importante in practica. In procesul de medicalizare, cand un numar de comportamente sunt percepute ca boli si conduce la tratarea si alocarea de fonduri pentru acestea, se poate vedea ca practicienii nu sunt atat de ingrijorati daca ei trateaza boli adevarate (de ex. sindromul de oboseala cronica, boala Lyme, fibromialgia, hiperkinezia, sindromul de sensibilitate chimica, etc.). Practicienii sunt destul de inclinati de a clasifica problemele oamenilor ca boli si a le trata in consecinta, ei lucrând într-un context institutional in care eticheta de boala este luata de buna sau de-a gata.

Mentinerea acestei dezbatere despre definitia bolii nu face altceva decat sa indeparteze medicina clinica de problema acestei definitii. De obicei, definitia ar trebui sa cuprinda caracteristicile bolii, criteriile bolii. Prezenta lor este necesara si suficienta pentru a vedea boala iar absenta lor sa indeparteze certitudinea de a avea boala. Prin aceasta definitia bolii devine o preconditione a judecatii clinice. Pe de alta parte, se considera ca toate definitiile sunt arbitrare, ele nu au un caracter logic in sine. Totusi, daca definitia bolii nu poate fi nici adevarata si nici falsa, ce o face utila este faptul ca se adera la ea si o face capabila sa defineasca pacientii cu aceeasi boala. Dar pentru a fi rigurosi, aceasta definitia trebuie sa contina caracteristicile necesare si suficiente pentru a defini boala. In definitia bolii trebuie sa existe criteriile obligatorii prezente la toti cei care au boala si absente la toti care nu au boala, iar existenta criteriilor obligatorii conduce la universalitatea bolii si la faptul ca poate fi parte la o nosologie valabila pentru medicina stiintifica universala. Existenta definitiei face posibile presupozitiile clinice si existenta situatiilor tipice a ceea ce este specific unei boli, adica a ceea ce este esential. De aici izvorasc simptomele sau semnele patognomice sau cele cardinale. Vocabularul esentialismului a fost imprumutat de medicina clinica si astfel se poate spune ca o boala prezinta simptomele sau

markerii necesari care împreună sunt suficienți pentru diagnostic. Atât termenul de suficient cât și cel de necesar sunt folosiți pentru a formula explicațiile cauzale ale bolilor (Jensen 1984). Problema definirii bolii întâmpină așa de multe obstacole și disensiuni și din cauza complexității acestui concept. Complexitatea conceptului de boală vine din încercarea de a aborda diferite perspective, aspirații teoretice și valori, din dorința de a exprima diferite metodologii de cercetare, diferite cauzalități și diferite limbaje. Asta face să nu existe un concept unificator. Noi putem avea un concept de boală bazat pe defecte anatomice, anomalii histologice, factori etiologici, constelații de simptome și semne. Complexitatea conceptului de boală vine și din faptul că înțelesul termenului este în funcție de contextual în care este folosit (Worall și Worall, 2001). Nordby (2003) se întreabă: dacă avem diferite înțelesuri în funcție de context, cine decide care este înțelesul corect? Aceasta face ca utilitatea conceptului să fie redusă. Mai înainte King (1984) deja deschisese dezbaterile spunând că definiția bolii este un proces arbitrar depinzând de context, interes și utilitate. Toate încercările de a-l defini au fost profund criticabile și nu au strans adeziune suficientă pentru a se impune.

Există mai multe argumente care susțin că boala nu este definibilă (Hofmann, 2010):

- i) definiția bolii vrea să cuprindă mai multe scopuri, precum să decidă cine este bolnav, dacă generează suferință sau nu, dacă atenția medicală este cerută sau felul cum medicul o poate descrie;
- ii) Boala este abordată din diferite perspective teoretice care sunt greu de conciliat;
- iii) O definiție trebuie să rezolve aceste contradicții și să furnizeze o poziție normativă, ceea ce nu s-a putut întâmpla din cauza pozițiilor ireconciliabile ale cercetătorilor care au ajuns la concluzia că boala cere mai mult decât o definiție;
- iv) Problema limbajului prin care boala este descrisă este complexă pentru că boala este printre cele mai fundamentale și primitive elemente ale limbajului natural, adică este un concept înscut cu o semantică indefinibilă;
- v) Este imposibil de a defini boala prin limbajul ordinar din cauza că orice încercare a dus la o circularitate vicioasă a înțelesurilor (Nordby, 2006), precum: termenul de boală este definit de cuvântul boală, sau la faptul că adevărul definiției stă în înțelesul cuvintelor folosite și nu în definiția însăși;

vi) In limbajul laic definitia bolii este foarte vaga si nu se poate distinge intre cea ce inseamna si cine este cel indreptatit sa-l foloseasca, intre cei ce spun despre boala altora si ce spune unul care este bolnav.

9.3. Conceptul de boala intre naturalism si normativism

De la inceput trebuie sa-l citez pe Hesslow (1993) care observa ca de-a lungul timpului mai ales filozofii, sociologii si specialistii in sanatate publica au prezentat un interes real in definirea bolii. In schimb medicii clinicieni nu au aparut interesati in mod special de absenta unei definitii rafinate, universal acceptate, a bolii. Analizarea conceptului de boala a fost preocuparea centrala a filozofiei analitice a medicinei incepand din anii 1970, cand se intreba pe ce pozitie trebuie sa ne plasam cand concepem ceva ca fiind o boala, din perspectiva suferindului, a leziunilor corporale, a interesului terapeutic sau in functie de realizarea unor scopuri?. Este boala o experienta subiectiva, un semn obiectiv, o problema terapeutică sau una sociala? Complexitatea acestei probleme a fost pana la urma redusa la dezbaterea dintre pozitile naturaliste, biologizante, si cele normativiste, sociologizante.

Problema centrala a acestei literaturi a fost rolul asa-numitilor factori biologici si factori sociali in definirea conceptului de boala, cautand sa se raspunda la intrebarea: poate fi boala analizata in termenii biologiei umane sau in termenii valorilor si practicilor sociale, sau ambele variante luate impreuna? Astfel, unii filozofi afirmiau ca doar stiinta biomedicala este capabila sa documenteze cauzele si consecintele variatiei fenotipice si astfel poate determina care din aceste variatii sunt boli, in timp ce altii merg mai departe sustinand ca conditiile biologice nu sunt suficiente pentru ca o conditie biologica sa fie considerata boala, aceasta fiind determinata mai mult de opiniile, presupunerile, ideologiile, inclinatiile, “parti-pris”-urilor celor care incearca sa o descrie. Dupa acesti ganditori, orice trasatura fenotipica poate fi ori normala, ori patologica intr-un context social particular (Glackin, 2010; Matthewson si Griffiths, 2017). Aceasta dezbatere este legata de dilema: ar fi notiunea de boala pur descriptiva sau ar fi pur evaluativa?

Cei care sustin ca boala este un lucru descriptiv, numiti si naturalisti, se bazeaza pe faptul ca boala este ceva obiectiv, un fel natural, si nu depinde de cultura locala sau de credintele indivizilor, ea nu este relativa, oamenii prezinta o convergenta a ideii ca o anume conditie este o boala, ea este o conditie “value-free”. Termenul de naturalism denota atat realismul semantic, pozitia descriptivista, cat si pozitia care clameaza ca boala poate fi descrisa in limbajul stiintelor

naturii. Termenul de obiectivism descrie poziția descriptivistă și se aplică și denotă și ca aspectele normative ale conceptului de boală sunt obiective și intersubiective. Esentialistii, obiectivistii, naturalistii, realistii, sunt cei care susțin că termenul de boală este aplicat în concordanță cu fenomenele comune din natură. Bolile sunt grupate împreună pe baza împărtășirii unei existențe reale date de caracteristici naturale, ele sunt feluri existente naturale (“natural kind”). Ce este o boală poate fi investigat prin metodele științelor naturii. Categorii precum ontologic, realist, rationalist și altele au fost aplicate pentru a arăta poziția că boala este un fel sau un sort natural. În acord cu acest punct de vedere, boala ar fi o entitate independentă, auto-suficientă, care parcurge un curs propriu și are o istorie naturală separată. Aceste entități nu au fost inventate, ci descoperite, clasate sau grupate în familii de boli ce nu pot fi create arbitrar sau după voința noastră, ele există ca atare în natură. Încă în secolul XIX Charcot (1892, citat de Hofmann, 2001) spunea că boala este ceva vechi și nimic nu poate fi schimbat; noi suntem cei care ne schimbăm și care învățăm să cunoaștem ceea ce odată era imperceptibil. Această concepție ontologică a bolii este prevalentă în concepția laică despre boli și puțini oameni de știință contemporani o mai susțin.

Cei care susțin că boala este evaluativă afirmă că oamenii nu sunt unanimi în a considera o condiție ca fiind o boală și pozițiile fiecăruia depind de predilectiile și beneficiile individuale, de poziția socială și “background”-ul cultural, ea este “value-dependent”. Dacă boala nu este un fapt natural, adică “natural kind”, atunci ce este? Contrar poziției ontologice, conceptul de boală a fost categorisit ca fiziologic, biografic, istoric, empiric, nominalist sau conventional. Ea este un proces și nu un tablou fix și spre deosebire de a fi un lucru, boala este un dezechilibru și o alterare, o deviație de la normă. Sustinătorii acestor idei sunt denumiți normativisti și acest termen are diferite conotații.

Normativismul se referă la poziția care spune că bolile au în comun proprietăți care sunt definite social și spune că o boală este ceea ce spune medicul că este. În plus, normativismul spune că boala este o entitate “value-laden” adică încărcată de predilectii, inclinații, presupozitii, ideologie, factori culturali și sociali, factori istorici și religioși, etc. și este opusă descriptivismului. Ei rejetează legătura bolii cu ceva real sau natural. Ceea ce este comun nu este dat de natură, ci de societate, de subiectivism sau evaluationism. Tocmai faptul că definiția bolii a variat așa de mult în istoria medicinei spune că ea este subiectivă, legată de cultură, de context, de societate (Hofmann, 2001). Problema statutului normativ al conceptului de boală se așază pe

dezbateră generală filozofică despre norme și valori și astfel avem partizani ai poziției normative (Brown, 1985; Reznick, 1987; Sade, 1995), evaluative (Tristram Engelhardt, 1986; Fulford, 1989) sau valorice (Margolis, 1976). În concluzie, aceștia au postulat că cultura determină judecări de valoare și că aceste definiții ale bolii pot fi înțelese numai în termenii unei culturi și ideologii particulare (Margolis, 1976); că o explicație epirică a bolii nu poate fi susținută din cauza că bolile nu sunt definite de cauzele lor, ci de efectele lor (Reznick, 1987) și efectele lor castigă semnificație doar într-un context cultural.

Tristram Engelhardt Jr. (1984) ne prezintă o bună introducere istorică la disputa dintre naturalisti și normativisti de astăzi. Astfel, istoria medicinei ne arată că această dispută a început încă din Grecia antică când școlile de medicină din Cos și Cnidos nu erau în de acord dacă boala poate primi o singură definiție, adică să fie un singur fel de entitate; medicii din Cnidos susțineau că există diferențe între simptome, lucru care justifică crearea de noi entități clasificatorii. Această dispută s-a prelungit peste ani cu privire la faptul dacă boala are o realitate în sine sau dacă este doar creația medicilor sau o culturii. Cei care susțineau ideea că bolile sunt feluri sau lucruri existente în natură („natural kind”) au primit denumirea de ontologiști. Ei mai spuneau că entitățile de boală sunt entități anatomo-patologice, respectiv au la bază un substrat lezional organic și descoperirea unor boli noi nu este altceva decât descoperirea altor modificări ale țesuturilor și organelor corpului. ceilalți, numiți și nominaliști, aveau o poziție care explica bolile prin perturbările funcțiilor sau fiziologiei organismului, evaluate la rândul lor prin intermediul propriilor valori legate de concepțiile de sănătate și boală. Aceste dispute între poziții diferite privind nosologia bolilor din secolul XVIII și XIX nu se duceau doar referitor la faptul că bolile sunt entități naturale sau entități construite artificial, ci și care este cea mai bună cale de a aborda realitatea medicală, cea ontologică sau cea în termenii utilității definirii bolii cu privire la tratamentul pacientului.

Istoric, s-a trecut de la clasificarea bazată pe simptome a lui Sauvages la abordarea anatomo-patologică a lui Xavier Bichat, Broussais și Virchow, nu atât ca o căutare ontologică a adevăratei realități a bolii, ci ca o căutare a modurilor de examinare a condițiilor medicale care să explice fenomenele bolii și să ducă la forme eficiente de tratament. Pentru că mai apoi, așa cum spunea cu ocazie tot Tristram Engelhardt (1978), boala să nu fie altceva decât un concept care îmbrățișează modul cum un eveniment fiziopatologic sau anatomo-patologic se leagă și

explica semnele sau simptomele caracteristice ale suferintei ce permit o baza conceptuala rationala, coerenta si confidenta pentru o interventie medicala.

Istoria moderna a acestei dezbateri incepe cand Christopher Boorse lanseaza teoria care spunea ca boala este o diminuare atipica a functiei sau abilitatii functionale a unui individ. In doua ocazii diferite, el spunea ca boala este ceea ce interfereaza cu una sau mai multe functii pe care in mod tipic le posedea membrii unei specii, deficiente functionale care devin boli atunci cand ele sunt nenaturale pentru ca sunt fie atipice, fie pentru ca sunt atribuibile actiunii ostile a mediului (Boorse, 1975), sau ca boala este un tip de stare interna care este fie o afectare a abilitatii de functionare normala, de exemplu reducerea uneia sau mai multor abilitati functionale sub nivelul tipic de eficienta, fie o limitare a abilitatii functionale cauzate de agenti de mediu; cu alte cuvinte, boala este o stare substandard a unei parti sau proces al corpului sau „fitness-ului” evolutiv in comparatie cu alti indivizi din aceeaasi clasa sau specie (Boorse, 1977). Aceste definitii arata o abordare naturalista, pentru ca prezinta boala ca o stare a organismului generata de o functionare fiziologica deficitara. Boorse (1997) spunea ca el a pornit de la o analiza unificatorie a sanatatii, bolii si functiei, pe care ulterior le-a tratat ca un standard despre conceptia larga ca sanatatea si boala sunt concepte stiintifice „value-free”. Dupa el, sanatatea din punct de vedere teoretic este absenta bolii si boala este numai o problema a unor functii subnormale statistice. Prin aceasta pozitie Boorse se plaseaza in categoria teoriilor naturaliste, in opozitie cu cele normativiste care includ judecati de valoare, adica „value-laden”. El numeste teoria sa ca o teorie biostatistica pentru ca se bazeaza pe conceptele de functie biologica si de normalitate statistica. Teoria lui se refera la un anumit tip de stare interna care presupune o limitare a abilitatii functionale sub un prag al functionarii normale, prag determinat statistic, lucru ce ar conduce la boala; aceasta teorie se bazeaza pe existenta unei linii de demarcatie intre ceea ce este normal si ceea ce este anormal. Prin definirea in acest fel a bolii, Boorse face ca problema definitiei bolii sa fie o chestiune legata de investigatia stiintifica, de obiectivism, libera de influentele sociale sau de alt fel. Aceasta nu inseamna totusi ca nici o valoare nu joaca un rol in medicina clinica. El recunoaste ca criteriile pe care le folosesc medicii in diagnosticul si tratamentul bolnavilor implica valori, dar le considera avand un rol secundar. Boorse accepta ca suferinta reflecta valori sociale, spunand ca a fi bolnav implica judecati normative despre tratament si responsabilitate.

Un comentariu al teoriei lui Boorse il face Tristram Engelhardt (1984) aratand ca in aceasta teorie dificultatea consta in identificarea unui standard neutru din punct de vedere

valoric. Broose el însuși recunoaște că strdania de identificare a unui nivel tipic pentru o specie sau funcții tipice pentru o specie face ca o boală să nu poată fi considerată universală. Definirea unei funcții normale este un proces de referire statistică tipică pentru membrii unei specii referitor la capacitatea lor de supraviețuire și reproducere. Dar medicina clinică nu este interesată de acest prag și nici de supraviețuirea sau reproducerea speciei, ci de un caz particular. Dacă cineva încearcă să înțeleagă sănătatea ca o adaptare de succes la un mediu anume, atunci este necesar să se specifice nu numai mediul respectiv, dar și scopul succesului. Oamenii nu au fost rezultatul evoluției într-un mediu ideal. O dimensiune a unui astfel de mediu ar fi cultura în care oamenii trăiesc. Atunci este important să se identifice lucrurile care sunt favorabile oamenilor și scopurile lor. Pe cale de consecință, pentru definirea sănătății și bolii în domeniul medicinei este important să se determine la care scopuri ale oamenilor răspunde medicina. Conceptele de boală vor trebui să facă referință și la problemele dobândirii abilităților așteptate ale funcției sau ușurarea durerii, etc. în măsura în care aceste probleme sunt văzute ca având baze fiziologice și psihologice și sunt dincolo de voința imediată a individului în cauză. Căutarea deviațiilor funcțiilor fiziologice sau psihologice specifice speciei poate avea o valoare euristică dar nu este suficient pentru a deveni un ghid pentru clasificarea bolilor în medicină. Atât timp cât medicina este o acțiune socială, generalizarile privind suferința și explicările ei trebuie adaptate la rolurile particulare ale terapiei și scopurilor de care pacienții sunt legați, ele sunt doar elementele descriptive, explicative și performative ale limbajului medical al bolii (Tristram Engelhardt, 1981).

După părerea mea, medicina clinică nu are ca scop căutarea explicațiilor și predicțiilor de dragul ei sau pentru o mai bună înțelegere a realității, ci caută explicații și predicții pentru un caz particular în scopul unei terapii specifice. Boala pe care o are medicul în față este un caz specific, are un statut ontologic, ea este reală, obiectivă și trebuie diagnosticată, numită și tratată, iar dacă se gândește la suferința pacientului, atunci ea devine particulară, subiectivă și value-dependentă.

Cu toate că teoriei biostatistică este una din cele mai citate lucrări în domeniu, ea a dus la apariția a sute de lucrări critice. Boorse (1997) publică un răspuns la cei 20 ani de critică sau obiecții la teoria lui, realizând totodată că în ciuda acestor critici lucrările lui au fost foarte mult citate. Dacă utilizarea dihotomiei sănătate versus boală deranjează pe unii, ea poate fi înlocuită de dihotomia normal versus patologic. Atunci scopul teoriei biostatistice ar fi să analizeze această distincție. Normalul este natural, sănătatea fiind conformă cu proiectul speciei, cu

constructia originara a speciei, adica cu functionarea interna conform organizarii tipice a membrilor speciei. In schimb, ceea ce numim boala este un tip de stare interna care ar fi fie o afectare a abilitatii de functionare normale, fie o limitare a abilitatii functionale cauzate de agenti ambientali. Distinctia dintre normal si patologic s-ar face pe baza unei distributii statistice a normalitatii definita de functiile biologice ce au ca scop supravietuirea si fitness-ul speciei. Atat sanatatea cat si boala sunt concepte ce depind de judecati de valoare precum de credinte, conceptii, intentii, costuri, beneficii, riscuri, ideologii, inclinatii, etc.

Critica principala a teoriei lui Boorse este ca definitia bolii este inherent normativa. Conceptul de boala nu este dat de o descriutie stiintifica, independenta, a fenomenului in natura. Ea este stabilita in functie de nevoile, valorile si normele umane. Conceptul este inventat si nu descoperit (Margolis, 1978; Tristram Engelhardt si Wildes, 1995) si depinde de rolurile sociale stabilite pentru a fi bolnav si pentru a fi medic (Tristram Engelhardt, 1975).

In cadrul conceptului de boala normativa si evaluativa este important de a dezvalui despre a cui valori si norme este vorba. Si atunci apare distinctia dintre conceptele de boala ale subiectivistilor si obiectivistilor. Distinctia se aplica la discutia daca conceptul normativa al bolii este dat de “normele subiective” sau de “normele obiective”, daca este definit de pacientul individual sau de alti membrii ai comunitatii. Acesta se reflecta si pe plan lingvistic, cuvantul boala avand o multime de sinonime care il fac sa fie greu de pus intr-un lexicon (maladie, defect, dizabilitate, handicap, deformatate, desfigurare, infirmitate, afectare, disfunctie, distrofie, anormalitate, debilitate, deranjament, malignitate, morbiditate, suferinta, durere, slabiciune, incompetenta, simptome, sindrom, etc.). Prin acest tezaur lingvistic se poate evidientia distinctia dintre boala, suferinta si bolnav, respectiv cum vad boala medicul, persoana si societatea si ce cuvinte specifice utilizeaza.

O analiza a valorii peste ani a teoriei naturaliste rezida arata ca ea aduce in discutie distinctia dintre fapte si valori, intre stiinta si societate, distinctie care evidientiaza tensiunile din interiorul modelului managementului ingrijirii sanatatii in medicina moderna. Este vorba de pozitii diferite intre administratorii si practicienii ingrijirii sanatatii, administratorii ocupandu-se de conditiile materiale ale stiintei, influentand direct protocoalele clinice, iar practicienii fiind implicati direct cu faptele realitatii clinice de la patul bolnavului, inceercand sa potriveasca valorile generate de sistem cu faptele clinice particulare (Khushf, 2007).

De partea cealaltă a baricadei se plasează normativistii. În mod tradițional, ei consideră boala ca ceva holistic și evaluativ, adică pe de-o parte boala interesează întreaga persoană și nu numai o funcție sau o parte din organism și, pe de altă parte, boala este judecată ca un lucru rău, ca un lucru pe care noi și societatea îl evaluăm ca fiind constituit din dizabilitate, esuarea acțiunii, dauna, suferința, lipsa de noroc sau indezirabilitate. În mod tipic, normativistii sbliniază necesitatea includerii termenilor evaluativi în definiția conceptuală a bolii. (Amoretti și Lalumera, 2022). Un reprezentant important al acestei poziții a fost Lennart Nordenfelt (1986, 1987) care susținea că a fi sănătos înseamnă să ai abilitatea, în circumstanțe standard, să dobândești scopurile vitale care sunt necesare și suficiente pentru o minimă fericire, iar suferința poate fi dedusă din orice deficiență a sănătății. El vedea boala ca o condiție internă care cauzează suferința, o condiție care amenință abilitatea cuiva de a îndeplini scopurile vitale. Astfel, se poate vedea că Nordenfelt utilizează noțiuni ca dizabilitate, scopuri vitale, fericire, toate fiind noțiuni încărcate de valori culturale și sociale.

Cronologic, îl menționez pe Bill Fulford (1989), care nota că în limbajul obișnuit descrierile bolii sunt legate de judecăți de valoare negative. După el conceptul primar în medicină nu este boala, ci suferința, adică experiența directă a pacientului, experiența care este guvernată de evaluări subiective mai curând decât de elemente factuale. În mod specific, experiența suferinței este un fel distinctiv ce implică eșecul acțiunii, adică un eșec în a face ceva care este în mod inerent ușor de făcut, un eșec de a face ceva care în mod obișnuit era făcut. În această perspectivă boala este secundară suferinței și eșecului acțiunii și astfel este o situație evaluativă în termeni de valori și nu de fapte.

Alte două poziții normativiste ce merita menționate aici sunt cele ale lui Lawrie Reznek (1987) și Jerome Wakefield (1992, 1995). Reznek afirmă că o anumită condiție corporală sau mentală devine boala dacă și numai dacă este anormală, necesită intervenție medicală, nu este voluntară și afectează statutul biologic și psihologic al membrilor unei specii în circumstanțe standard. El pune accentul pe noțiunea de daună („harm”), definită ca ceva care face subiectul mai puțin capabil de a dobândi ce e bine pentru el, adică ceva care afectează bunăstarea generală. Conceptul de boală la Reznek nu este bazat pe elemente factuale pure, ci mai curând este holistic și evaluativ, iar noțiunea de daună poate fi determinată numai cu privire la valorile și scopurile individuale. Wakefield porneste de la contrastul dintre clinic și normal cu scopul de a defini conceptul de tulburare („disorder”) utilizat în psihiatrie. Pentru el tulburarea este un concept

clinic ce ignora caracterul patologic și care indica doar vătămarea sau dauna („harm”). El spune că pentru a fi o tulburare, disfuncția trebuie să cauzeze o vătămare semnificativă a persoanei. În acest caz noțiunea de dauna duce la o afectare semnificativă a bunăstării generale a subiectului, bunăstare care trebuie evaluată în relație cu standardele sociale, valori și înțelesuri. Noțiunea de dauna depinde de o evaluare negativă cu privire la normele sociale și culturale și astfel este legată de lumea socială de care subiectul aparține și nu de cea naturală, descriptivă, ca la naturalisti. Astfel, pentru Wakefield, boala este doar o disfuncție daunatoare.

Reznek (1987) afirmă cu tărie că teza normativistă vede conceptul de boală ca „value-laden” și că majoritatea conceptelor medicale cheie sunt negative și conectate la noțiunea de dauna sau la o stare indezirabilă ce trebuie depășită. Dacă conceptul de boală înglobează conceptul de dauna, concluzia ar fi că judecățile despre boală sunt evaluative și vom fi forțați să acceptăm că boala este în legătură cu sistemul de valori al cuiva. El continuă susținând că noțiunea evaluativă de dauna cere o referință la o normă, care și ea, la rândul ei, este supusă judecăților și credințelor culturale și sociale. Aceste norme nu pot fi pe de-a-ntregul naturale pentru că natura nu furnizează un standard sau o normă naturală, pentru că natura nu face nimic, natura nu îngrijeste și nu este îngrijorată de soarta indivizilor (Tristram Engelhardt, 1975). Ideile normativiste nu sunt altceva decât o versiune a constructivismului social aplicat în dezbaterile despre natura conceptului de boală.

Nu pot încheia acest paragraf fără să amintesc ce spunea Richard Mervyn Hare (1986) că ideea de boală este doar o simplă definiție care apare din când în când la suprafața discuțiilor filozofice despre boală. El amintea pe Wittgenstein când spunea că un cuvânt poate avea o multime de înțelesuri, putând exista o multime de condiții pentru folosirea lui și poate că niciunul din ele nu este suficient și necesar. Folosirea unor astfel de cuvinte ne ajută să recunoaștem aceste condiții, când ele sunt prezente sau absente, și nicidecum să le dăm o definiție exactă. La această poziție se asociază și George (2005) care recunoaște că nici o definiție nu este satisfăcătoare și că boala poate fi atât un cuvânt, o idee, cât și o stare naturală. Pentru el, o bună definiție operațională, utilizabilă, este aceea care acceptă că boala este doar un cuvânt utilizat de observatori pentru a descrie un proces ce se petrece când unul sau mai mulți factori externi interacționează cu un organism viu pentru a produce schimbări fizice și/sau mentale în organismul pe care observatorul îl consideră ca fiind dezavantajat comparativ cu starea lui anterioară. Apoi Charles George distinge opt implicații ale acestei definiții:

- i) schimbarile nu se petrec fara cauza;
- ii) cauza cere atat organismul cat si factorii externi;
- iii) interactiunea este mecanismul central patogenetic al bolii;
- iv) cauzele si schimbarile pot fi evidente sau ascunse, fizice sau mentale;
- v) observatorul judeca daca dezavantajul este prezent;
- vi) perceptiile fiecarui observator creaza premisele unui diagnostic personal;
- vii) consensul intre observatori intaresc diagnosticul;
- viii) ideile colective si universale despre boala se dezvoltă pornind de la cazurile individuale.

9.4. Despre relatia dintre boala si patologie

Educatia academica a medicilor se bazeaza pe stiintele biologice. Ea incepe cu un abecedar stiintific care introduce studentul mai intai in morfologie, adica in anatomie si histologie pentru ca mai apoi sa treaca mai departe la sintaxa, adica la semiologie, anatomie-patologica si clinica.

Medicina este un demers uman profund teleologic, adica este orientat spre scop. Scopul este diagnosticarea suferintei, care capata denumirea unei boli, si apoi la tratarea ei in vederea recuperarii sanatatii. Nu poti sa intalnesti un medic clinician, cel de la patul bolnavului, care sa nu fie „naturalist”, adica sa nu creada in originea biologica, fizica a bolilor cu care se confrunta, pentru ca facultatea de medicina fabrica mai ales practicieni si nu filozofi! Pentru el, un criteriu hotarator al originii naturaliste a bolii este eficienta tratamentului allopathic. Ideile, conceptiile, credintele despre boli nu ajuta cu nimic tratarea bolilor organice de care se ingrijeste. Faptul ca prin procesul de medicalizare s-au acaparat diferite comportamente umane si au fost inrolate in categoria bolilor nu reprezinta un argument impotriva celor afirmate mai sus, ci doar expresia imixtiunii ideilor constructivismului social in medicina. In dialog cu pacientul sau, medicul are in minte constructia organismului acestuia si posibilele schimbari petrecute care sa explice suferinta si nicidecum ideile generale in care se scaldă atat pacientul, cat si medicul cu privire la un subiect sau altul. Pentru medici conceptul de boala este doar un vehicul pentru cunoasterea si experienta clinica si astfel sa se evite intrebarea metafizica despre natura bolii (Wulff, 1981). In plus, se afirma ca medicii nu trebuie sa se concentreze pe deosebirea dintre naturalism si normativism, ci mai curand sa incerce sa apere stiinta medicala de intruziunea factorilor socio-economici (Khushf, 2007). Lemoine (2013) sustine ca analiza conceptuala nu ne ajuta sa

decidem intre naturalism si normativism si ca unica cale pentru o decizie este raspunsul la intrebarea daca conceptul de boala poate fi naturalizat, adica bazat pe biologie. Boala nu este altceva decat un concept care imbratiseaza modul cum un eveniment fiziopatologic sau anatomo-patologic se constituie si explica semnele sau simptomele caracteristice ale suferintei ce permite o baza conceptuala rationala, coerenta si confidenta pentru o interventie medicala.

Inainte de a merge mai departe trebuie sa lamuresc intelesul pe care-l dau cuvintelor patologie, patologic si patogeneză. Patologic este un adjectiv care se ataseaza unui eveniment sau a unui fenomen sau unei schimbari care genereaza aparitia sau evolutia a ceva rau, daunator, negativ, in organism. Prin termenul de patologie vom intelege disciplina medicala dedicata cauzelor, schimbarilor structurale/functionale, a mecanismelor si a istoriei naturale a bolilor. Termenul de patogeneză se refera la schimbarile in structura si functia organismului la nivel clinic si care evidentiaza anormalitatile produse de schimbarile la nivel celular si tisular si care se tradeaza prin simptome, semne si schimbarile functiilor si structurilor organismului care, impreuna, reprezinta continutul a ceea ce medicina clinica intelege prin termenul de boala (Funkhouser, 2009). Trebuie sa facem totusi distinctia dintre patologi, care sunt cei care studiaza caracteristicile morfologice ale bolii, si clinicieni, care studiaza boala in aspectul ei semiologic. Cand patologii vorbesc de boala ei vorbesc de fapt de corelatia dintre morfologia leziunilor si fenomenologia bolii.

Hucklenbroich (2014a) considera ca termenul de patologie are doua intelesuri diferite, unul utilizat ca o prescurtare pentru teoria generala a bolii, incluzand aici anatomia patologica, fiziopatologia, biochimia patologica, nosologia clinica si simptomatologia, si altul, in sens strict biologic, delimitand disciplina morfologica a anatomiei patologice cu ramurile ei, histopatologia si morfopatologia. El prezinta o trecere in revista a ideilor si principiilor fundamentale ale patologiei medicale moderne dupa care bolile sunt procese partiale, circumscrise ale vietii oamenilor. Ele nu sunt o parte necesara a vietii pentru ca o viata fara boli sau conditii patologice este teoretic posibila. Sanatatea este atat timp cat nu exista conditii patologice in organism, adica organe si functii alterate patologic, iar acest criteriu al patologicului nu exprima o evaluare normativa sau valorica, ci formeaza un criteriu pentru construirea conceptului de boala. El militeaza pentru introducerea termenului de patologitate („pathologicity”) care desemneaza masura in care o conditie patologica este mai mult sau mai putin patologica pentru o boala, capacitatea ei de a determina o boala. Termenul are o similitudine cu alta notiune folosita in

medicina, cea de patogenitate, respectiv măsura în care un agent sau cauză internă sau externă este patogenă, adică dăunătoare pentru organism. Noțiunea de patologicitate arată că cursul unei entități de boală este pe de-a-ntregul conectat cauzal cu stări și evenimente ale afectării organismului atâta timp cât ele sunt patologice. El caracterizează conceptul de patologicitate ca fiind de un sistem de criterii care izvorăsc din ideile despre boală, suferință și anormalitate care au fost rafinate și precizate în procesul de definire a bolilor conform descrierii structurale a organismului uman.

Hucklenbroich (2014a, 2014b) conturează șapte criterii ale patologicității, care sunt și criteriile entității de boală.

1. Bolile sunt procese parțiale, circumscrise și condiții ale procesului vieții oamenilor. Ele nu sunt o parte necesară a vieții, doar condițiile procesului vieții pot fi alterate patologic;
2. Bolile sunt în general distinse de sănătate în măsura în care împlinesc cel puțin un criteriu de boală sau criteriu de patologicitate;
3. Sunt cinci criterii primare ale patologicității („pathogenicity”):
 - 3.1. Scurtarea expectanței de viață sau letalitate imediată;
 - 3.2. Durere și alte plângeri somatice sau vegetative specifice;
 - 3.3. Infertilitate, inabilitatea de reproducere biologică;
 - 3.4. Inabilitatea sau afectarea vieții împreună cu alți oameni din comunități simbiotice;
 - 3.5. Dispoziție non-universală a organismului de a dezvolta o condiție care este patologică în acord cu una sau mai multe din aceste criterii (această condiție acoperă ceea ce se numește în mod comun factori de risc, dizabilitate, afectare sau handicap);
4. Bolile apar din cauze primare sau circumscrise care interacționează din afară (de ex. din mediul fizic sau familie) cu procesele de viață ale individului;
5. Toate procesele parțiale ale unei boli sunt cauzal conectate; în mod particular și retrospectiv, ele ar apărea fără ca subiectul să fie conștient sau împotriva voinței lui;
6. În teoria medicală, totalitatea proceselor patologice posibile formează un sistem imens dar definit de condiții patologice și mecanisme patologice care reprezintă subiectul patologiei medicale;
7. În teoria medicală, totalitatea bolilor poate fi sistematizată și clasificată în acord cu structura cauzală al lor și cu caracteristicile clinice și este clasificată în specii de boli care sunt denumite entități de boală și care sunt aranjate taxonomic în nosologia medicală.

Hucklenbroich mai adaugă ca aceste criterii se referă la condiții care sunt, cel puțin parțial, atribuibile organismului și nu exclusiv atribuibile mediului. Aceste condiții și procese sunt biologice autonome și independente de voință și cunoașterea persoanei afectate (condiție de a fi „*value-free*”!). Conceptul de patologitate poate aduce răspunsul la întrebarea de ce o condiție particulară este o boală sau de ce este patologică. Judecata medicală a patologității se referă la criteriile ce se bazează pe fapte obiective sau cel puțin obiectivabile, cele care au fost prezentate mai sus, printre care cele mai importante sunt dacă condiția cauzează o amenințare la viața persoanei sau dacă cauzează semne, simptome sau plângeri nenaturale. După Hucklenbroich (2017) o condiție particulară anume este o boală, este patologică sau posedă o valoare de boală dacă întrunește cel puțin un criteriu al patogenității.

Din cele de mai sus se vede că problema care se ridică în această discuție este cea a liniei de demarcație între normal și patologic atunci când este vorba de funcții fiziologice și de structuri tisulare sau celulare. Schwartz (2007) atrage atenția că funcțiile biologice au o distribuție continuă, sunt dimensionale, și că stările patologice pot avea și ele granițe vagi. Rămâne mereu de discutat ce nivel al disfuncției ar trebui să existe ca să diferențieze patologicul de normal. Multe funcții biologice apar într-un spectru, de la funcționare bună la mai puțin bună, etc. Astfel, tulburarea funcției, disfuncția, poate să fie în diverse grade, în timp ce boala este fie prezentă, fie nu. Și astfel apare dilema creată de încercarea de a folosi o variabilă plasată pe un continuum, cel al funcției, ca bază pentru a defini o entitate categorială, totul sau nimic, care este boala. Această problemă se numește problema stabilirii demarcației („*line drawing problem*”) (Rogers și Walker, 2017). Pentru a rezolva satisfactor și util această problemă s-au construit valori prag precum, de exemplu, cele ale tensiunii arteriale pentru a deosebi normalul de hipertensiunea arterială, sau nivelul glicemiei în cazul diabetului sau al hipercolesterolemiei, etc. În plus, se recomandă ca pentru delimitarea normalului de patologic să se folosească alături de disfuncție și explicația etiologică a acesteia.

Recent, Correia și colab. (2021) trec în revista lucrările științifice medicale publicate în ultimele decenii și găsesc că subiectul care predomină este căutarea de criterii non-teoretice, descriptive, non-normative despre ceea ce este boala. Aceste criterii alcătuiesc ceea ce autorii numesc paradigma biologică explicativă a noțiunii de boală. Paradigma biologică a bolii ar avea trei dimensiuni:

- i) Prima dimensiune a bolii ar fi leziunea, respectiv o afectare structurala, macro sau microscopica, generata de factori microbiologici, chimici, fizici, genetici sau degenerativi; leziunea este definita ca o schimbare a modelului standard al structurii cu rasunet asupra functiei. Aceasta viziune a fost criticaata din cauza ca organismele sanatoase si structura anatomica si histologica a lor pot diferi in forma si functie si nu este clar unde se termina variatia normala si unde incepe cea patologica (problema trasarii liniei de demarcatie). Deci boala nu poate fi definita numai prin leziune. Mai apoi, conceptul trebuie sa includa intregul set de anormalitati observate in suferinta si nu numai leziunea. Si in ultimul rand s-a vazut ca diferite leziuni nu duc in mod automat la boli sau sunt boli care nu au la baza leziuni care sa le justifice.
- ii) A doua dimensiune a conceptului biologic de boala ar fi dezavantajul biologic. Aceasta dimensiune este cuprinsa in definitiile bolii date de Broose (1975), Nordenfelt (1986), sau Wakefield (1995), de care am vorbit mai sus. Si formularea acestei dimensiuni a fost criticaata pentru ca exista deviatii de la normal fara dezavantaj sau necesitate de tratament. Se recunoaste nevoia unui criteriu care sa distinga deviatii de la norma care necesita atentie medicala de cele care nu necesita.
- iii) A treia dimensiune priveste boala ca disfunctie asa cum a fost postulata de Boorse si Wakefield. In aceasta perspectiva, o boala corespunde unei disfunctii daca are impact asupra vietii si/sau reproducerii („fitness-ul evolutiv”), criteriu presupus a fi value-free. Disfunctia este definita ca incapacitatea unui mecanism de a performa functia naturala.

De fapt, toate aceste trei categorii sunt prinse in criteriile patologitatii a lui Hucklenbroich dar folosind alte cuvinte.

O sa inchei acest capitol cu cuvintele lui Charles George (2004) care spunea ca nici o definitie nu este pe deplin satisfacatoare pentru toata lumea si ca boala poate fi atat un cuvânt sau o idee, cat si o stare naturala. Cuvantul sau ideea sunt folosite in medicina sau in sociologie. Ca stare naturala boala este utilizata doar in medicina, cand ea este judecata pe criterii obiective, empirice, stiintifice.

Bibliografie:

Amoretti MC, Lalumera E (2022): Wherein is the concept of disease normative? From weak normativity to value-conscious naturalism, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 25:47–60; DOI: 10.1007/s11019-021-10048-x.

Berlin R, Gruen R, Best J (2018): Systems Medicine Disease: Disease classification and scalability beyond networks and boundary conditions, *Front. Bioeng. Biotechnol.* 6: 112; doi: 10.3389/fbioe.2018.00112.

Boorse C (1975): On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs* 5: 49-68.

Boorse C (1977): Health as a theoretical concept. *Philos. Sci.* 44: 542-573.

Boorse C (1997): A rebuttal on Health in James M. Humber, Robert F. Almeder (Eds.): *What is Disease?* Totowa, NJ: Humana Press.

Boyd KM (2000): Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts, *J Med Ethics: Medical Humanities*, 26: 9–17.

Brown WM (1985): On defining “disease”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 10(4): 311–328.

Cohen H (1953): The evolution of the concept of disease, *Proceedings of the Royal Society of medicine*, 48: 155-161.

Correia DT, Stoyanov D, Neto HGR (2021): How to define today a medical disorder? Biological and psychosocial disadvantages as the paramount criteria, *J Eval Clin Pract.* 28(6): 1195-1204; DOI: 10.1111/jep.13592.

Engel GL (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, 196 (4286): 129–136, DOI:10.1126/science.847460.

Fleck L (1986): Some specific features of the medical way of thinking, *Boston Studies in the Philosophy of Sciences*, 87: 39–46.

Fulford KWM (1989): *Moral Theory and Medical Practice*, Cambridge: Cambridge University Press.

Funkhouser WK (2009): Pathology: The Clinical Description of Human Disease (Chap. 11), in WB Colemand, GJ Tsongalis (Eds.): *Molecular Pathology: The Molecular Basis of Human Disease*, . CA, San Diego: Elsevier, DOI: 10.1016/B978-0-12-374419-7.00011-1.

Funkhouser WK (2020): *Pathology: The Clinical Description of Human Disease*, in

WB Coleman, GJ Tsongalis (eds): *Essential Concepts in Molecular Pathology*, 2nd ed., London: Elsevier.

George CRP (2005): *Disease defined*, Dissertation,
<http://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/handle/2123/654/adt-NU20051111.10173802whole.pdf>.

Glackin SN (2010): Tolerance and illness: The politics of medical and psychiatric classification, *Journal of Medicine and Philosophy* 35:449–465.

Hare RM (1986): Health, *Journal of Medical Ethics*, 12: 174-181.

Hesslow G (1993): Do we need a concept of disease? *Theoretical Medicine* 14: 1–14.

Hofmann B (2001): Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks, *Theoretical Medicine* 22: 211–236.

Hofmann B (2010): The concept of disease—vague, complex, or just indefinable? *Med Health Care and Philos*, 13: 3–10; DOI 10.1007/s11019-009-9198-7.

Hucklenbroich P (2014a): “Disease Entity” as the key theoretical concept of medicine, *Journal of Medicine and Philosophy*, 39: 609–633; DOI:10.1093/jmp/jhu040.

Hucklenbroich P (2014b): Medical criteria of pathologicity and their role in scientific psychiatry—comments on the articles of Henrik Walter and Marco Stier, *Front Psychol.* 5: 128, DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00128.

Hucklenbroich P (2017): Medical Theory and Its Notions of Definition and Explanation, in T Schramme, S Edwards (Eds.): *Handbook of the Philosophy of Medicine*, Dordrecht, Netherland: Springer; DOI 10.1007/978-94-017-8688-1_44.

Jensen UJ (1984): A critique of essentialism in medicine, in L Nordenfelt, IB Lindahl (Eds.): *Health, Disease, and Causal Explanations in Medicine*, Dordrecht: D.Reidel Publ.

Kaufman F (1997): Disease: Definition and objectivity, in James M. Humber, Robert F. Almeder (Eds.): *What is Disease?* Totowa NJ: Humana Press.

Kendell R (1975): The concept of disease and its implications for psychiatry, *British Journal of Psychiatry* 127: 305–315.

Khushf G (2007): An agenda for future debate on concepts of health and disease, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10:19–27; DOI 10.1007/s11019-006-9021-7.

King L (1984): *Medical thinking*, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Lemoine M (2013) Defining disease beyond conceptual analysis: An analysis of conceptual analysis in philosophy of medicine, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 34: 309–325.

Margolis J (1976): The concept of disease, *Journal of Medicine and Philosophy*, 1: 238–255.

Marinker M (1975): Why make people patients? *Journal of Medical Ethics*, 1: 81-84.

Matthewson J, Griffiths PE (2017): Biological criteria of disease: four ways of going wrong, *Journal of Medicine and Philosophy*, 42(4): 447-466; DOI:10.1093/jmp/jhx004.

Miller Brown W (1985): On defining ‘disease’, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 10: 311–328.

Nordby H (2006): The analytic-synthetic distinction and conceptual analysis of basic health concepts. *Medicine, Health Care and Philosophy* 9(2):169–180.

Nordenfelt L, Lindahl IB (1984): *Health, Disease, and Causal Explanations in Medicine*, Dordrecht: D.Reidel Publ.

Nordenfelt L (1986): Health and disease: Two philosophical perspectives, *Journal of Epidemiology and Community Health* 41: 281–284.

Nordenfelt L (1987): *On the nature of health: an action-theoretic approach*, 2nd ed., Dordrecht: Reidel.

Pörn I (1984): An Equilibrium Model of Health, in L Nordenfelt, IB. Lindahl (Eds.): *Health, Disease, and Causal Explanations in Medicine*, Dordrecht: D. Reidel Publ.

Reznek L (1987/2022): *The Nature of Disease*, New York: Routledge & Keagen Paul.

Robinson R (1972): *Definition*, Oxford: Clarendon Press, 1972.

Rogers WA, Walker MJ (2017): The Line-drawing problem in disease definition, *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 42(4): 405–423; DOI 10.1093/jmp/jhx010.

Rosenberg CE (1989): Disease in history: Frames and framers, *The Milbank Quarterly*, 67, Supplement 1. Framing Disease: The Creation and Negotiation of Explanatory Schemes: 1-15.

Rosenberg CE (2003): What is disease? In memory of Owsei Temkin, *Bulletin of the History of Medicine*, 77(3): 491-505.

Sade RM (1995): A theory of health and disease: The objectivist-subjectivist dichotomy, *Journal of Medicine and Philosophy*, 20: 513–525.

Schwartz PH (2004): An alternative to conceptual analysis in the function debate. *Monist* 87(1):136–53.

Schwartz PH (2007): Defining dysfunction: Natural selection, design, and drawing a line, *Philosophy of Science*, 74: 364-385.

Schwartz PH (2014): Reframing the disease debate and defending biostatistical theory. *Journal of Medicine & Philosophy* 39(6):572–89.

Stempsey WE (2000): A pathological view of disease, *Theoretical Medicine* 21: 321–330.

Sundstrom P (2001): Disease: The Phenomenological and Conceptual Center of Practical-clinical Medicine, in S Toombs (Ed.): *Handbook of Phenomenology and Medicine*, ed., Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Temkin O (1963): The scientific approach to disease: Specific entity and individual sickness, in AC Crombie (Ed.): *Scientific Change: Historical Studies in the Intellectual, Social and Technical Conditions for Scientific Discovery and Technical Invention from Antiquity to the Present*. New York: Basic Books.

Temkin O (1977): *Health and Disease in The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Thagard P (1997): The concept of disease: structure and change, <http://cogsci.uwaterloo.ca/Articles/Pages/Disease.htm>.

Tristram Engelhardt Jr, H (1975): The concepts of health and disease, in HT Engelhardt HT, SF Spicker (Eds.): *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, Dordrecht: Reidel.

Tristram Engelhardt Jr, H (1978): Health and disease: philosophical perspectives, in W Reich (Ed.): *Encyclopedia of Bioethics*, New York: Free Press.

Tristram Engelhardt Jr, H (1981): Clinical judgement, *Metamedicine*, 2: 301-317.

Tristram Engelhardt Jr, H (1984): Clinical problems and the concept of disease, in L Norderfelt, IB Lindahl (Eds.): *Health, Disease, and Causal Explanations in Medicine*, Dordrecht, Boston: Reidel Publ.Comp.

Tristram Engelhardt Jr, H (1986): *Disease, Malady, and Informed Consent*, Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.

Tristram Engelhardt Jr, H, Wildes KW (1995): Health and disease – philosophical perspectives. In WT Reich (Ed.): *Encyclopedia of Bioethics*. New York: MacMillan.

Ventura HO (2000): Giovanni Battista Morgagni and the foundation of modern medicine, *Clinical Cardiology*, 23(10): 792–794. DOI:10.1002/clc.4960231021.

Von Engelhardt D (2004): Health and disease: History of the concepts, in SG Post (Ed.): *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd Edition, Macmillan Ref, Thompson Learning Inc.

Vreese L de (2017): How to proceed in the disease concept debate? A Pragmatic approach, *Journal of Medicine and Philosophy*, 42: 424–446; DOI:10.1093/jmp/jhx011.

Wakefield JC (1992): The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values, *American Psychologist*, 47: 373–388.

Wakefield JC (1995): Dysfunction as a value-free concept: A reply to Sadler and Agich. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 2(3): 233–246.

Walker MJ, Rogers WA (2018): A new approach to defining disease, *Journal of Medicine and Philosophy*, 43: 402–420; doi:10.1093/jmp/jhy014.

Worall J, Worall J (2001): Defining disease: Much ado about nothing? *Analecta Husserliana* 72: 33–55.

Wulff HR (1981): *Rational Diagnosis and Treatment*, 2nd ed., Oxford: Blackwell Scientific Publ.

Wulff HR (1999): The concept of disease: from Newton back to Aristotle. *The Lancet*, 354: 50.

Cap. 10: Logica diagnosticului medical; despre rationamentul clinic

10.1. Despre rolul diagnosticului medical

Diagnosticul medical este varful, piscul sau culmea cea mai inalta a demersului medical. Pe un versant sunt toate acele activitati care strang informatii despre suferinta sau plangerile pacientului si care atesta starea lui de sanatate, iar de pe celalalt versant se petrec toate activitatile care au ca scop tratamentul medical si recuperarea starii de sanatate sau de bine a pacientului. Sus de tot, in varf, acolo unde cele doua versante se unesc, sta procesul de diagnostic, procesul care identifica, numeste si decide despre ce este vorba si ce este de facut in cazul unei persoane care are o conditie de boala.

Medicina este parte din Weltanschauung-ul culturii vestice, adica parte a felului cum cunoastem lumea, cum este judecata aceasta cunoastere si cum raspundem la ea (Dilthey, 1960). In alte cuvinte, acest concept defineste viziunea noastra asupra vietii, respectiv credintele si sentimentele asociate acestei viziuni ce determina “filozofia” individului asupra lumii in care traieste. Pentru stiinta, viziunea asupra lumii inseamna un set de credinte si atitudini care includ variate pozitii si presupuneri care stau la baza formularilor si legilor stiintifice si a ipotezelor care explica entitatile ontologice care compun lumea naturala. Ca fiecare stiinta, medicina are propriul sau Weltanschauung ce cuprinde presupozitiile metafizice, entitatile ontologice ale medicinei moderne precum si felul cum sunt construite si dezvoltate pozitiiile metafizice si atitudinile pe care medicii le iau fata de pacienti lor. Medicul este prins intr-un nod de presupuneri care stau la baza stiintelor naturale. El face anumite presupuneri despre boala pacientului in functie de plangerile lui si astfel va dirija examenul medical. Toate acestea se bazeaza pe un numar de pozitii epistemeologice care caracterizeaza activitatea practicienilor din stiintele biomedicale precum reductionismul, determinismul/emergentismul si naturalismul (Marcum, 2008).

Determinismul sustine ca un eveniment este determinat de evenimente sau conditii antecedente, premeregatoare sau declansatoare, si aceasta relatie este data de legile naturii. Aceasta relatie cauzala se bazeaza pe principiul ca fenomenele naturale nu pot avea alta sursa decat in ele inele, independent de mintea noastra, pozitie ce defineste realismul medical ce spune ca entitatile reale de boala exista independent de noi si de modul nostru de a le percepe. Conform pozitiei metafizice realiste a modelului biomedical, a monismului mecanicist, predominant in medicina somatica, cauzalitatea bolilor poate fi explicata prin legi stiintifice

realiste și este atribuită mecanismelor fiziologice și biochimice ce pot fi confirmate experimental, realitate care pretinde a fi independentă de gândirea sau presuposițiile teoretice ale noastre, fiind deci „*value-free*”. Decelarea acestor cauze, care stau la baza acestui model, dirijează activitatea diagnostică și terapeutică a medicilor.

Diagnosticul a jucat întotdeauna un rol pivotal în practica medicală, dar în ultimele două secole, rolul diagnosticului a fost reconfigurat, a devenit mai tehnic, mai specializat și chiar mai birocratizat ca să ajungă până la urmă să ocupe partea centrală a practicii medicale. Body și Foex (2009) clamează că conceptul tradițional al diagnosticului derivă din paradigma pozitivismului filozofic care spune că noi putem afla cum sunt lucrurile în realitate prin adoptarea unei poziții neutre și distanțe de pe care să facem observații obiective și apoi să dezvoltăm ipoteze pe care să le verificăm. Prin observarea relațiilor dintre variabile se pot formula legi și reguli care apoi pot deveni fapte. Astfel, medicii pot recunoaște boli de care pot fi siguri de natura lor. În acord cu paradigma pozitivistă, fiecare cercetător sau medic care observă niste fapte din realitatea clinică va ajunge la aceeași concluzie. Medicii apar să fie taxonomiști realști, ei cred că identitatea sau diferențele dintre boli sunt ceva ce ei au descoperit sau pot descoperi pentru că numărul de boli sau felurile de boli care există sunt independente de ei. În plus, medicii cred că dacă este ceva de descoperit atunci ei pot descoperi sau, cu alte cuvinte, diagnostică (Reznek, 1987/2022).

Dar ce se înțelege prin diagnostic în medicină? În general se acceptă definiția dicționarului Oxford că diagnosticul este procesul de identificare a naturii unei boli sau a altor probleme clinice prin culegerea și examinarea simptomelor pacienților. Pe de altă parte, *Stedman's Medical Dictionary* (1995) definește diagnosticul ca o acțiune de “determinare a naturii bolii” și nu ca un nume generic pentru o boală anume. Henrik Wulff (1976) spunea că înainte de toate trebuie remarcat că diagnosticul nu este un sfârșit în sine, el este numai un nod din care pornesc apoi considerentele prognostice și decizii terapeutice. Pe de altă parte, H. Tristram Engelhardt, Jr. (1981) vede diagnosticul ca implicând un amestec inseparabil de descriții, explicații, predicții și evaluări prin care condiția pacientului este descrisă în termeni stabiliți nosografic, semne și simptome, și explicat în termenii entități de boală. O definiție mai complexă a diagnosticului o oferă Sadegh-Zadeh (1981) care consideră diagnosticul ca o afirmație categorială cu o structură particulară despre un anumit individ. El înțelege diagnosticul ca o funcție cu șase termeni: i) diagnosticul este întotdeauna în legătură cu un anumit pacient; ii) implică un medic care face diagnosticul utilizând o judecată specifică; iii) este totdeauna un lucru

legat de a anume perioada de timp; iv) depinde de un anume sistem conceptual, de o anume teorie stiintifice si nosografica; v) diagnosticul depinde de datele de la care este construit, diferite seturi de date putand genera diferite diagnostice si vi) diagnosticul depinde de metoda utilizata pentru generarea lui. O pozitie aparte o are Stempsey (2002) care spunea ca nu este posibila o definire precisa a diagnosticului din cauza ca elementele clinice pe care se bazeaza si datele derivate nu sunt precis definibile si. Astfel, diagnosticul nu poate fi inteles in termenii faptelor stiintifice “*value-free*”.

Diagnosticul este parte integranta a teoriei si practicii medicinei si reprezinta partea centrala a constructiei bolii. Prin diagnostic medicii furnizeaza pacientilor explicatia suferintei lor si numele prin care se identifica stiintific suferinta sau tulburarea acuzata de acestia. Prin faptul ca determina existenta unei conditii de boala, diagnosticul legitimizeaza boala pentru pacient, familie si societate (Brown, 1995). Intr-o analiza celebra, Rosenberg (2002) spunea ca actul diagnostic leaga individul de sistemul social; el este in mod necesar atat un spectacol cat si un eveniment birocratic, diagnosticul devenind un ritual al dezvaluiri si o perdea se trage si incertitudinea este inlocuita, in bine sau rau, de o structura narativa. Atat medicul, cat si pacientul sunt prizonierii acestui ritual vechi. Mai departe, in lucrarea lui, „*The Tyranny of Diagnosis*”, Rosenberg adauga ca diagnosticul contemporan este in mod obisnuit un proces colectiv, cumulativ si contingent, un act discret, care are loc intr-un moment particular in timp. Jutel (2009) descrie diagnosticul ca un set preexistent de categorii agreate de profesia medicala pentru a desemna o categorie specifica. Astfel, medicii ofera presupunerea ca au ajuns la o intelegere a mecanismelor fiziopatologice si a proceselor anatomo-patologice din spatele bolii. Prin procesul de diagnostic o suferinta prezentata neorganizat, adica sub forma unei aglomerari de plangeri si simptome, care pot fi exprimate fara claritate, neconectate intre ele si de origine incerta, devin organizate, capatand o coerenta interna corespunzatoare mecanismelor fiziopatologice presupuse a sta la baza lor. Formuland un diagnostic medicul de fapt reorganizeaza plangerile pacientului.

Diagnosticul reprezinta si etapa esentiala care permite medicilor sa prescrie tratamente si sa dezvolte un plan de ingrijire pentru pacienti. Se apreciaza cu 80-85% din activitatea zilnica a unui medic generalist o reprezinta punerea diagnosticului (Stopler, 2010). Cand un diagnostic este acurat si facut intr-un timp rezonabil, un pacient are cea mai buna oportunitate pentru un deznodamant pozitiv al problemelor de sanatate pentru ca decizia clinica va fi modelata de

cunoașterea corectă a problemelor pacientului (Balogh și colab. 2015). Așa cum clama Rosenberg (2002), există o ironie în modul în care clasificările diagnostice pot în mod efectiv să reconstruiască viețile unor pacienți, pentru că și atunci când medicul pune un diagnostic anume, el este conștient că de arbitrară poate fi această atribuire.

Medicii interpretează simptomele pacienților în lumina datelor din Clasificarea Internațională a Bolilor a Organizației Mondiale a Sănătății și formulează diagnosticele în vocabularul acestei clasificări. Aceste tablouri nosologice ale bolilor sunt forme narative care furnizează înțeles nu numai pentru diagnostic și tratament, dar furnizează justificări pentru ierarhiile sociale. Pentru aceste ierarhii, gestionate de nosologia medicală, Rosenberg (2002) folosește termenul de „tiranie a diagnosticului” pentru că un om bolnav nu poate evada din aceasta indispensabilă, dar de neevitat, ierarhie.

Fără diagnostic practicarea medicine nu ar fi posibilă. Multi autori au denumit diagnosticul ca fiind inima practicii medicale (Yazdani și colab. 2017) pentru că de el depinde calitatea întregului sistem de îngrijire a sănătății (Chiffi, 2021). Nuland (1994, citat de Croskerry și colab. 2023) nota că diagnosticul este cea mai importantă abilitate clinică și este măsura abilității fiecărui doctor; el este cel mai important ingredient al imaginii profesionale proprii și medicii sunt primii care vor admite această apreciere. Se spune că medicul nu poate trăi, vorbi și acționa fără conceptul de boală și diagnosticul ei. Obsesia pentru diagnostic și clasificarea este un semn distinctiv pentru medicina modernă (Lie și Greene, 2020). Mai mult, Brinkman (2016) vorbește chiar de “cultura diagnostică” a vremii noastre, înțelegând prin aceasta răspândirea pe care o are vocabularul diagnostic în populația generală, cautând etichete medicale pentru diverse practici sociale sau arii noi ale vieții socioculturale. Tot mai mulți oameni apar înclinați de a face descripții diagnostice diferitelor comportamente sociale (Martin, 2007).

O să închei această secțiune menționându-l încă o dată pe Rosenberg (2002) care ne aduce o interpretare profundă a importanței diagnosticului medical pentru individ și societate. El spunea că: “diagnosticul este un ritual cognitiv și emoțional necesar ce conectează ideile medicale cu oamenii care sunt pacienți. Asemenea legături sunt necesare în fiecare societate și rolul medicinei este crucial pentru asemenea percepții și identități negociate. Sistemul categoriilor de boală și diagnosticul este o metaforă pentru societatea noastră și un microcosmos al ei. Diagnosticul este un element substantiv în acest sistem, o cheie a repertoriului de

passworduri care furnizeaza acces la software-ul institutional care gestioneaza medicina contemporana. El ajuta sa faca aceasta experienta descifrabila”.

10.2. Rationamentul diagnostic sau judecata clinica

Diagnosticul poate fi vazut ca o forma de cunoastere in medicina care se sprijina pe doua paliere: cunoasterea experientiala, bazata pe practica si experienta obiectiva si cunoasterea rationala sau intuitiva care depinde de capacitatea mintii noastre de a captura cunoastere prin rationament. Aceste doua pozitii epistemice, de empiricism si rationalism in medicina, lucreaza impreuna. Practicarea medicinei actuale se bazeaza pe rationamentul clinic care la randul lui este format atat din experienta cat si din asimilare cunoasterii empirice, experimente, la care se adauga, mai nou, si cunoasterea statistica, care este o subspecie a cunoasterii experimentale, precum utilizarea esantionanelor populationale si a studiilor controlate randomizate ce stau in miezul medicinei bazate pe dovezi.

Modelul biomedical este sustinut de un mod de gandire obiectiv, stiintific, ca modalitate de cunoastere reala a bolilor. Aceasta cunoastere este vazuta ca impersonala, ca venita de nicaieri anume, adica aceasta cunoastere este valida in toate momentele si locurile, indiferent de valorile, tendintele sau contextele culturale. Ea presupune punerea intre paranteze a emotiilor si intuitiilor celui care face diagnosticul. In contrast, modelul umanist subscrie la un mod subiectiv de gandire medicala care ar include si intuitiile, valorile si virtutile celui care cunoaste (Marcum, 2008).

Intr-o perspectiva oarecum asemanatoare, Bruner (1986, citat de Marcum, 2008) ne spune ca exista doua moduri distincte de ordonare a experientei, de constructie a realitatii. Un mod ar fi cel paradigmatic sau obiectiv, care este de sorginte cognitiva, si cel narativ sau subiectiv. Ele sunt feluri distincte de cunoastere care sunt exclusive complementare una fata de cealta. Primul mod de cunoastere, cel paradigmatic, reprezinta incercarea de a descrie faptele intr-un sistem formal, matematic al descrierii si explicarii, folosind categorizarea sau conceptualizarea si operatiile prin care categoriile sunt stabilite, conturate, idealizate si inrudite unele cu altele pentru a forma un sistem, asa cum sunt bolile in sistemul nosografic al clasificarii. Cunoasterea paradigmatica depinde de verificarea empirica si de abilitatea rationala de a dezvolta un argument. Cel de al doilea mod ar fi cel al cunoasterii narative ce reprezinta intentia si actiunea umana si consecintele care marcheaza cursul ei. Naratiunea este un mijloc puternic de a explica si organiza lumea in intamplarile ei, scenariul, intriga si subiectul, mai curand decat logica si cauzalitatea. Ea se straduiește sa justifice unicitatea si sa localizeze experienta in timp

și spațiu, să explice misterele, necunoscutul și de aceea ea este asemănată cu soluțiile pe care le da detectivul cazurilor pe care le are de rezolvat (Elstein 2009). În medicina, forma tradițională a cunoașterii este bazată pe cunoașterea rațională logică, inductivă sau deductivă în natura sa, existând o conexiune între premise și concluzii. Logica diagnosticului este reprezentată de felul cum datele pacientului sunt utilizate sau interpretate prin formularea ipotezelor diagnostice. Dar înainte de a fi experimentală, medicina este fundamental narativă. Povestirea pacientului este primul pas spre diagnostic și practicarea medicinei este o activitate profund interpretativă. În această perspectivă, medicul se aseamănă cu detectivul care are de rezolvat misterul unor situații. Incorporarea vieții personale a pacientului, a simptomelor pacientului și a suferinței lui subiective într-o povestire constituie scenariul unic al bolii, scenariu care se stochează în baza de date mentală a medicului expert.

Logicianul englez Peirce scria în 1870 în lucrarea sa *“Deduction, Induction and Hypothesis”* că ceea ce trebuie să separe în principal diferitele feluri de oameni de știință nu sunt tehnicile utilizate, ci mai ales diferențele dintre modurile de judecată/raționament (Peirce, 1870/1992). Aceste cuvinte se potrivesc foarte bine în cazul medicilor care utilizează un raționament specific pentru facerea unui diagnostic. Acesta este raționamentul clinic. Raționamentul clinic este procesul cognitiv care îmbină cunoașterea medicală, capacitatea de luare a deciziilor și experiența clinică în vederea formulării ipotezelor de diagnostic și ulterior alegerea unei ipoteze cu probabilitatea și validitatea cea mai înaltă.

În ciuda mai multor decade de cercetare, raționamentul clinic este încă destul de neclar înțeles. Loftus (2012) spunea că noi nu știm încă cum să vorbim despre raționamentul clinic. Această problemă este provocatoare, promitătoare, complexă, multidimensională, în cea mai mare parte invizibilă și în general prost înțeles (Yazdani și Abardeh, 2019). Cercetătorii au explorat natura lui începând din 1980, dar datorită lipsei modelelor teoretice, conceptul a rămas vag. Majoritatea modelelor teoretice au putere explicativă limitată și sunt bazate pe unele presupuneri despre ceea ce constituie raționamentul clinic (Lucchiari și Pravettoni, 2012). Greutatea de a descrie raționamentul clinic vine din faptul că a fost studiat de nenumărați cercetători în variate perspective, precum educația medicală, psihologia cognitivă, psihologie clinică, etc., și astfel nu s-a ajuns la un numitor comun (Round, 2000; Norman, 2005; Hyoung Seok Shin, 2019).

O alta problema majora este ca in invatamantul medical aceasta problema este tratata superficial si lasata in sa se distileza pe parcursul castigarii experientei practice si mai putin prin oferirea unui suport teoretic. O ancheta din 2017, facuta asupra sefilor de departamente de medicina interna din 95 universitati medicale din USA a evidentiat ca stagiile de invatare dedicate rationamentului clinic nu au existat in 57% din programele de invatamant. Aceasta situatie a fost pusa pe seama lipsei timpului si a expertizei (Rencic si colab. 2017). Pelaccia si colab (2011) recunoasteau ca ambianta academica a studentilor de la medicina nu promoveaza dezvoltarea activa a rationamentului clinic. Desi profesorii impartasesc felul lor de rationament clinic ca un factori determinant al expertizei lor medicale, rationamentul medical nu este un obiectiv explicit in universitatile medicale. Astfel, dezvoltarea lui ramane adesea secundara in comparatie cu cunoasterea teoretica. Multi cred ca aceasta competenta va fi castigata gradual si natural cu timpul, odata cu castigarea experientei. Focusul medicine in general, a fost pus pe alte lucruri precum intelegerea bolii la nivel celular, dezvoltarea tehnologiilor de testare si pe imagistica si mai putin pe felul cum se gandeste si rationeaza medicul in cazul formularii diagnosticului. Aceasta poate fi o explicatie a faptului ca cunoasterea suportului cognitiv al procesului de decizie clinica are o asa de mica recunoastere stiintifica (Croskerry si colab. 2023). Primul studiu major asupra rationamentului clinic a fost condus de Elstein, Shulman si Sprafka publicat in 1978, care au sumarizat activitatile diagnostice ale medicului intr-un model cu patru stadii: culegerea informatiilor, generarea ipotezelor, interpretarea informatiilor si evaluarea ipotezelor (Stempsey, 2002).

Schwartz si Elstein (2008) trec in revista cercetarile din domeniul rationamentului clinic in medicina si gasesc o plaja larga de abordari teoretice pe care autorii le grupeaza in abordari din categoria teoriei deciziei si din cea a rezolvarii problemelor. O alta clasificare a diagnosticului o face Chifi si Zanotti (2015) care impart diagnosticul in doua categorii: diagnosticul nosografic, care repartizeaza conditia patologica la o categorie specifica in taxonomia nosografica si diagnosticul fiziopatologic, care se focalizeaza pe evidentierea felului cum boala pacientului a aparut si explicarea conditiilor patologice.

Termenul de rationament clinic, facerea deciziei clinice (*clinical decision making*) si rezolvarea problemelor medicale (*medical problem solving*) si rationamentul diagnostic sunt adesea termeni folositi intersanjabil. Toti acesti termeni se refera la aceeasi idee care a fost descrisa de Barros si Tabblin (1980) ca procese cognitive care sunt necesare pentru a evalua si

gestiona problemele medicale ale pacientului (Round, 2000). Asa cum am mai spus, rationamentul este partea centrala a competentei medicului.

Rationamentul clinica implica o evaluare a evidentelor, datelor sau observatiilor cu scopul de a discerne sau a decide o cale a actiuni. Aceasta judecata incepe cu nivelul prezentari si experientelor pacientului si continua cu nivelul intelegerii datelor si observatiilor, ca in final sa se ajunga la reflectare, afirmare sau negatie. Sa pronunti o judecata fara reflectare este doar o ghicire (Lonergan, 1992 citat de Marcum, 2008). In general, judecata clinica este bazata pe reguli si algoritmi generati de fiziologie si patologie, dar ea are si o dimensiune tacita si intuitiva. Cu alte cuvinte judecata clinica poate sa reflecte un deznodamant al rationamentului stiintific obiectiv dar si un deznodamant subiectiv al rationamentului intuitiv. De ex. internistul stie exact cu ce presiune sa apese stetoscopul pentru a asculta plamanul sau inima sau chirurgul stie cu ce presiune sa apese bisturiul cu toate ca nu exista reguli scrise. Acestea sunt o dimensiune complimentara la dimensiunea explicita.

Luat in mod simplistic, rationamentul medical este ce si cum medicul gandeste despre pacientul aflat in consultatie pentru ca scopurile activitatii clinice sa fie implinite. Astfel, rationamentul clinic este: i) procesul prin care medicul colecteaza, proceseaza si interpreteaza informatia extrasa de la pacienti prin interviul clinic sau anamneza si prin examenul fizic al corpului pacientului; ii) creiaza o naratiune, un scenariu, ce cuprinde istoria pacientului, rezultatele examinarii fizice si a rezultatelor testelor de laborator sau imagistice alaturi de observatiile ulterioare; iii) serveste la stocarea cunoasterii si la comuniarea stiintifica intre medici; iv) ajuta la dezvoltarea de scheme stocate in memorie reprezentant pattern-urile tipice (prototipuri) sau atipice de boala si la o colectie de scenarii de boli; vi) ajuta la invatarea rationamentului medical prin repetarea expunerii la cazuri reale care ilustreaza fatetele rationamentului medical si stocarea acestei cunoasteri in memoria de lunga durata (University of Iowa Health Center, 2023).

Diagnosticul medical incepe cu ascultarea plangerilor prezentate de pacient sau sursele colaterale. Examinarea tipica medicala continua cu evaluarea diferitelor aspect ale istoriei pacientului (istoria prezentei afectiuni, istoria afectiunilor medicale trecute, istoria familiala si istoria psihosociala), examinarea fizica si testele diagnostice. In mod uzual, aceasta parte a examenului medical este concentrata pe plangerile si simptomele pacientului, cu scopul de a

decide ce intrebari si/sau teste sunt relevante pentru clarificarea acestui caz. Odata selectate si efectuate, se poate construi un diagnostic si elimina alte diagnostice .

Procesul de rationament clinic nu inseamna simplu gasirea celui mai probabil diagnostic, dat fiind informatiile disponibile, ci trebuie sa include deciziile despre ce informatii trebuiesc colectate in plus pentru a genera un diagnostic valabil. In final, diagnosticul reflecta cunoasterea medicala existenta despre o conditie patologica anume. El reflecta o dimensiune evaluativa pentru ca el este o judecata care trebuie sa se bazeze pe evidente si sa fie justificabil. Procesul de cunoastere a bolii de fata trebuie deosebit de cel de recunoastere a bolii. Sunt doua lucruri diferite, mai intai trebuie sa cunoasca despre cea ce este vorba si apoi sa vada daca aceasta boala este recunoscuta dintre cele stocate in bagajul de cunoastere, de boli prototipice sau de boli pe care le-a cunoscut de-a lungul propriei experienta.

10.3. Formularea ipotezelor diagnostice; rationamentul deductiv si cel inductiv

In cunoasterea bolii prezente un rol il joaca simptomele si semnele patognomonice, apoi categoriile intermediare, preliminare, ale diagnosticului, precum cele de sindrom, care ajuta la construirea diferitelor ipoteze care vor fi confirmate sau infirmate dupa ce se culeg toate datele din examinari clinice si paraclinice. Acest proces presupune formularea de ipoteze si recunoasterea si inlaturarea posibilelor erori. Procesul este unul probabilistic de rationare clinica, de capacitatea de a identifica si masura erorile, de validitatea testelor si datelor clinice (Chiffi, 2021). Prin generarea unei ipoteze medicul face o prima tentativa de gasire a unei explicatii a bolii cu care se confrunta la pacientul din fata lui.

Iata de ce formularea ipotezelor este problema centrala a rationamentului clinic. Solutia pentru problemele dificile de diagnostic consta in generarea unui numar limitat de ipoteze si utilizarea lor ca un ghid subsecvent pentru colectarea datelor. Fiecare ipoteza poate fi folosita pentru a predicta ce datele aditionale ar putea sugera pentru a le confirma.

Diagnosticul diferential este folosit pentru identificarea unei ipoteze particulare, chiar daca aceasta ipoteza nu este cea mai sigura; confirmarea unei ipoteze inseamna eliminarea altora. In acest proces de formulare a ipotezelor se folosesc cateva modele de rationament logic precum i) modelul deductiv-nomologic, in care o concluzie poate fi derivata deductiv din legi generale explicative, ii) modelul statistic inductiv, in care explicatiile sunt derivate din faptele care stau la baza a ceea ce este de explicat cu un grad de probabilitate, si iii) modelul explicatiilor teleologice

sau functionale în care structura este ceea ce explică fenomenul prin luarea în considerare a scopurilor specifice ale mecanismelor biologice (Chiffi, 2021).

Pentru mulți teoreticieni, și Aristotel a fost printre primii, toate inferențele sau concluziile logice cad în două categorii: deducția și inducția (Johnson-Laird și Khemlani, 2013). Și clinicienii, utilizând un raționament bazat pe cunoașterea științifică și informațiile de la pacient, folosesc în mod tradițional raționamentele de tip deductiv, sau în trecut, și inductiv, sau în perspectiva (Fischer, 1998). Procesele de raționare inductive și deductive au diferite trasături și joacă roluri diferite în rezolvarea problemelor clinice complexe.

Raționamentul deductiv ne permite să inferăm o nouă propoziție din alte două premise. El constă în extragerea unei concluzii despre un caracter specific al obiectelor sau evenimentelor dintr-un eșantion pe baza cunoașterii caracterului obiectelor în populație din care am extras eșantionul. În raționamentul deductiv noi pornim de la cunoașterea generală asupra caracterului populației și de la metoda de eșantionare ca să jungem la concluzia despre caracterul eșantionului. În diagnostic, asemenea argument deductiv poate fi aplicat la boli cu trasături patognomonice. În procesul de raționare deductivă cineva stabilește un model mental sau un set de modele pentru a rezolva problemele date luând în considerare cunoașterea științifică și principiile de bază ca pe un fundament. Apoi, clinicianul trage o concluzie sau găsește o soluție bazată pe acest model mental sau set de modele. Pentru a verifica modelul mental, cineva are nevoie de a controla validitatea concluziilor sau soluțiilor prin contra exemple. Dacă nu se găsesc contra exemple, concluziile pot fi acceptate ca adevărate sau soluțiile ca valide. Abordarea deductivă își propune să seteze mai întâi un scop, apoi să găsească ceea ce susține acest scop. Dacă ipoteza este limitată și este necesar să se găsească fapte care să susțină, atunci abordarea deductivă este eficientă. Abordarea deductivă este mai potrivită când un sistem sau fenomen este bine structurat și relațiile dintre componente sunt prezente în mod clar.

Raționamentul deductiv este o metodă de colectare prin care mai întâi se construiesc ipotezele și apoi se găsesc datele care să le susțină (Hyoung Seok Shin, 2019). Când un medic face un diagnostic prin referire la criteriile de diagnostic din Clasificarea Internațională a Bolilor sau dintr-un textbook celebru de medicină internă el practică o formă a inferenței deductive. Deducția este acea practică de a te referi la definițiile postulate de o autoritate cunoscută. Diagnosticul ca fi valid când concluzia diagnostică urmează în mod necesar premisele sau teoria (Bolton, 2015).

În contrast, raționamentul inductiv nu furnizează o concluzie care să derive logic dintr-o premiză. Inducția este cel mai frecvent raționament în cercetare unde scopul este de a defini o regulă sau o generalitate, decât în clinică care este mai mult focalizată pe un caz particular. Deci, raționamentul inductiv se bazează pe utilizarea evidențelor empirice din observarea unui eșantion pentru a face afirmații despre un set de cazuri dintr-o populație mai mare sau încă neexplorată clinic. Aristotel definea inducția ca o inferență de la particular la universal (Johnson-Laird și Khemlani, 2013). În procesul de raționare inductivă, cineva observă mai întâi mai multe fapte și apoi trage o concluzie despre o premiză sau un principiu bazate pe aceste fapte. Există posibilitatea ca concluzia să nu fie adevărată chiar dacă premisele sau principiile care au stat la baza concluziei sunt adevărate. Abordarea inductivă este considerată o abordare bazată pe colectarea datelor și este o cale de a găsi o soluție bazată pe regulile detectate din fapte indubitabile. Astfel, dacă există o multime de date disponibile și ipoteze de formulat, atunci este bine de a utiliza abordarea inductivă pentru a descoperi soluții sau caracteristici interesante sau neașteptate. O abordare inductivă face posibilă obținerea concluziilor prin raționament care implică următoarele proceduri: recunoaștere, selectare și acționare. Când este folosită în clinică, inducția este mai ales o parte a planificării tratamentului, unde riscul și beneficiile opțiunii de tratament sunt considerate în termeni de probabilitate sau când clinicianul a formulat în mod inductiv o credință despre caz datorită experienței capătate cu un număr de cazuri anterioare.

În concluzie, raționamentul deductiv este considerat o metodă de colectare a informației și apoi construcția ipotezelor, deci o metodă care privește în trecut, în timp ce în raționamentul inductiv cineva mai întâi construiește propria schemă bazată pe constatările experimentale și apoi o compară cu cunoașterea actuală, deci o metodă care privește în viitor. În raționamentul deductiv datele observaționale se compară cu teoria deja postulată, iar în raționamentul inductiv datele observaționale servesc pentru formularea unei ipoteze sau teorii noi, teoria este plasată în fața observațiilor. Raționamentul inductiv este folosit pentru sarcini exploratorii precum planificare, design sau monitorizarea proceselor pe când raționamentul deductiv se utilizează pentru facerea diagnosticului clinic prin testarea ipotezelor bazate pe colectarea sistematică a datelor clinice (Johnson-Laird, 1994; Coderre și colab. 2003; Willis și colab. 2013, Hyoung Seok Shin, 2019).

10.4 Rationamentul abductiv

In a 5-a conferinta despre pragmatism, celebrul logician englez Peirce (1903) introduce termenul de abductie care consta in studierea faptelor si construirea unei teorii noi pentru a le explica, ca mai apoi, in a 6-a conferinta sa sustina ca abductia este un fel de rationare prin intermediul careia idei noi pot fi introduse. Dupa el, toate ideile din stiinta vin pe modul abductiv de rationare. Analiza lui Peirce porneste de la felul cum instinctiv oamenii rationeaza in fata mai multor alternative. El spunea ca natura fecundeaza mintea oamenilor cu idei si aceste idei cresc si se vor asemana cu „parinti” lor. Printr-o explicatie evolutionista Peirce arata ca alegerea celei mai simple ipoteze este cea care apare sa fie testabila in mod natural si ca inainte ca cele mai multe ipoteze sa fie triate, inteligenta noastra ne conduce la una care sustine toate observatiile (Stanley si Campos, 2013)

Urmandu-l pe Aristotel. Peirce vede trei modele de rationare: deductia (numita de Aristotel „synagoge” sau a lua sau strange impreuna), care este cea mai buna metoda si cea mai sigura dar cea mai putin fertila, abductia care este mai fertila dar mai putin sigura si inductia („epagoge”, adica a introduce sau deriva o propozitie dintr-o alta propozitie) care este intre cele doua. El sustine ca rationamentul trebuie sa fie fertil adica trebuie sa fie capabil sa genereze noi idei sau continut nou. Rationamentul trebuie sa fie capabil sa depaseasca informatia si continutul primar sau premisele. Numai abductia este capabila sa faca acest lucru. Rationamentul abductiv este sustinut de acea capacitate, inrudită cu instinctul, de ghicire inteligenta. Abductia, adica generarea ipotezelor care sa explica evenimentele observate sau experimentate, este primul stadiu al investigarii. Al doilea stadiu este deductia, adica derivarea consecintelor testabile ale ipotezelor dupa care testele experimentale pot fi conduse, iar al treilea stadiu este inductia sau testarea consecintelor ipotezelor utilizand metode potrivite de ex. metode statistice, pentru a atribui greutate in favoarea unei evidente sau impotriva unei ipoteze. Aceste stadii sunt ale unui proces continuu de investigare iar procesul incepe totdeauna cu abductia, cu incercarea de a genera ipoteze pentru a explica ceea ce noi observam.

Deductia si inductia construiesc concluzii care sunt limitate de premisele lor initiale. Deductia ne permite numai sa conectam observatiile de rezultatele sau teoriile deja cunoscute, inductia ne permite numai sa inferam reguli sau teorii prin combinarea observatiilor. In deductii, noi numai alegem la intamplare ipoteze pe care le testam. Rationamentul inductiv nu este simplu o lista sau o serie de observatii, ci ele conduc la o regula. Cum se construiesc aceste reguli?

Ajungând la ipoteze, combinând afectele cu imaginația posibilelor explicații și formulând reguli pe baza observațiilor, este procesul de lucru al abductiei. Astfel, există argumentul că abductia se află la rădăcina forței explicative care rezultă din teorie. Abductia se află la rădăcina tuturor concluziilor care merg dincolo de descrierile a ceea ce este observat. Deși abductia porneste de la o observație, și în loc de a infera o teorie despre observație prin raționamentul inductiv sau a deduce înțelesul observației din ceea ce a fost deja stabilit de o teorie, abductia întreabă: cum pot să interpretez această observație? (Veen, 2021).

Raționamentul este o activitate voluntară prin care se formulează ipoteze. O ipoteză care a fost adoptată este cea mai probabilă în sine și face faptele probabile. Acest proces de adoptare a unei ipoteze ce este sugerată de fapte este ceea ce se numește abductie. Pentru Peirce, abductia este prima parte a celor trei stadii ale procesului metodologic, celelalte două stadii fiind deductia și inducția. Povara probabilității este purtată nu de abductie ci de celelalte două metode care completează abductia în metoda generală a cercetării. Abductia poate conferi plauzibilitate sau rezonabilitate unei concluzii, dar probabilitatea este determinată de testările viitoare.

Abductia este primul pas al raționamentului științific și inducția este pasul concluziv. Abductia da startul formulării de teorii pornind de la fapte pentru că o teorie este necesară pentru a explica faptele surprinzătoare. Inducția porneste de la ipotezele care par să fie recomandate de ele însele, fără a avea vreun fapt particular în vedere. În abductie luarea în considerare a faptelor sugerează ipoteze (Psillos, 2011).

Mai apoi s-a înțeles că abductia descrie de fapt ceea ce noi facem tot timpul: inferăm explicația cea mai posibilă la ceea ce noi observăm. De ex. eu merg la un magazin și nu găsesc ce caut și mă uit în jur și vad pe cineva care este îmbrăcat într-o uniformă cu ecuson încât cred că aparține personalului magazinului și mă duc să-l rog să mă ajute să găsesc ceea ce caut. Prin abductie eu formulez o posibilă soluție pentru un rezultat observat și introduc un element creativ în raționamentul meu. Această noutate este ceea ce distinge abductie de alte forme de raționament și ceea ce face ca inovațiile să fie posibile.

Raționamentul abductiv este adesea făcut intuitiv, bazat pe percepția individuală și informațiile disponibile. Ca atare, raționamentul abductiv este făcut rar explicit și nu este subiect de scrutinare ca alte forme de raționament. În exemplul pe care ni l-a oferit Veen (2021) noi am raționat abductiv că persoana îmbrăcată în anume fel este un angajat al magazinului. Cu toate acestea, noi putem la fel greși pentru că persoana este îmbrăcată în acest fel din alte motive.

În acest exemplu, dacă am folosi inducția raționamentului ar exprima o situație în care noi intrăm în magazin, vedem câteva persoane îmbracate la fel și generalizăm că ei fac parte din personal. Dacă folosim deducția, noi pornim de la regula că personalul trebuie să îmbrace uniforme la fel și să poarte ecusoane și inferențele noastre trebuie să fie fit cu aceste deducții. Deducția, inducția și abducția diferă în felul cum ele se raportează la aceste elemente și în ce ordine. Abducția niciodată nu furnizează certitudine, lăsând posibilitatea ca o altă explicație să fie posibilă. Abducția are o umilitate inerentă din cauza că recunoaște că, deși concluzia este o explicație suficientă a observației, asta nu înseamnă că nu există și o altă explicație. (Veen, 2021).

În fapt, Peirce (1870/1992) grupează cele trei moduri de judecată concluzivă, adică deducția, inducția și abducția în două clase: raționamentul analitic sau explicativ și raționamentul sintetic sau amplificativ. Există numai o formă de raționare analitică, deducția. Deducția este aplicarea regulilor generale la cazuri particulare. În raționamentul deductiv, conectarea dintre premise și concluzie este logic necesară, respectiv dacă premisele sunt adevărate atunci și concluziile sunt în mod necesar adevărate. În clasa argumentul sintetic, amplificativ, adevărul concluziei nu este garantat de forma argumentului, el nu trebuie neapărat să fie adevărat. Raționamentul sintetic este valid sau invalid și concluziile sunt mai mult sau mai puțin probabile. Spre deosebire de argumentele deductive, argumentele sintetice pot duce la o cunoaștere nouă (Bolton, 2015).

În medicină, abducția este forma de raționament ce sugerează o viitoare explorare pentru a testa sau verifica o ipoteză specifică, ceea ce este un aspect crucial al tuturor judecăților medicale privind diagnosticul, prognosticul, tratamentul și prevenția (Chiffi, 2021). Relația dintre semnele și simptomele pacientului și cunoașterea clinică și epidemiologică poate fi extrem de complexă și furnizează fundamentul pentru a formula o judecată clinică. Abducția ajută pe clinician pentru a selecta acele aspecte care sunt relevante pentru înțelegerea legăturii dintre evidențele bazate populațional și particularitățile unui singur caz clinic și a formula astfel o ipoteză care să fie liberă de constrângerile din textbook-urile medicale sau din nosologiile oficiale, așa cum se întâmplă în cazul deducțiilor (Chilli și Andreoletti, 2023). Mai concret, abducția în medicină este și procesul care aduce o explicație unei observații enigmatice, capacitatea de a furniza ipoteze care pot explica fenomenul de investigat. Când un doctor observă un simptom, el emite o ipoteză despre posibilele lui cauze bazându-se pe cunoștințele fiziopatologice. De ex, la un pacient cu tulburări de tranzit intestinal de mai mult timp, apare o

durere surprinzătoare în regiunea coccigiană; dacă suspectăm o boală celiacă, atunci durerea cociogiană ar fi explicabilă; atunci există rațiunea de a suspecta că boala celiacă poate fi ceea ce prezintă bolnavul.

Tipologia lui Peirce poate fi aplicată în mod util în practica clinică pentru a distinge între diferite tipuri de raționamente utilizate de clinicieni. Unii clinicieni fac afirmații despre un caz individual bazate pe o regulă și un rezultat (deductive), uneori ei derivă o regulă sau o afirmație generală bazată pe un număr de cazuri (inductie), dar de cele mai multe ori medicii dau sens unui caz surprinzător prin aplicarea unei reguli sau explicații ca mai apoi să procedeze ca și cum regula a fost corectă, adică au folosit metoda abductivă (Bolton, 2015).

Abductia este un mod de raționament esențial pentru diagnostic. Când medicul identifică un set de simptome, abductia este raționamentul prin care medicul le asociază cu o porțiune a cunoașterii medicale, ceea ce face ca aceste simptome să nu fie surprinzătoare. Să considerăm un doctor care observă mai multe simptome surprinzătoare la un pacient. În această situație, clinicianul este forțat să considere surpriza ca o variantă a ceva cunoscut. Clinicianul va fi constrans la un număr sau tipuri de ipoteze pe care le va genera pentru a da sens situației noi. Unele constrângeri nu pot fi conștient formulate, ele sunt preconștiente. Odată ce ipotezele acceptabile au fost generate, clinicianul va face o alegere provizorie pentru cea mai potrivită dintre ele. În mod obișnuit, există mai multe ipoteze pe care le face pe baza cunoașterii medicale de bază pentru a explica aceste simptome care se pot schimba în timp în evoluția bolii. Astfel, în raționamentul clinic sunt mai multe opțiuni de luat în considerare și clinicianul are nevoie de a curăța procesul de anumite posibilități cu scopul de a face spațiul diagnostic mai ușor de gestionat. Cel mai adesea simptomele și semnele nu orientează univoc diagnosticul într-o singură direcție, ci sunt compatibile cu mai multe opțiuni diagnostice. Aceasta face ca raționamentul abductiv să fie crucial pentru raționamentul clinic pentru că el are capacitatea de a selecta ipotezele care ar fi cele mai apropiate pentru a explica fenomenele aflate sub investigație. Într-adevăr, raționamentul abductiv poate fi privit ca un proces de raționament generativ și selectiv, care duce la elaborarea ipotezelor și la alegerea dintre ele. Raționamentul abductiv este privit ca procesul de raționament care este capabil de a clasifica ipotezele și astfel să clarifice incertitudinile care afectează procesul de diagnostic (Campaner și Sterpetti, 2023). La fel, metoda abductivă de raționament este folosită și de detectivi sau jurați pentru a lega faptele de pe teren sau de prinderea unui infractor sau de formularea unei sentințe judecătorești.

Asa cum Peirce spunea de multe ori, oamenii de știință verifică ipotezele prin inducție și deducție, dar prin abducție ei elaborează în primul rând ipotezele. Pentru a explica acest proces Martini (2023) ne oferă următorul exemplu: un medic vede un pacient care acuza greață cu vomă și medicul crede că acest simptom are aceeași cauză care a dus la nivelul crescut de bilirubină în sânge ceea ce a cauzat și colorația galbenă a tegumentelor și conjunctivelor pacientului (prima ipoteză). Apoi mai ia în considerare și alta alternativă, că senzația de vomă poate să fie cauzată și de medicamentele anticancerogene pe care pacientul le ia pentru un cancer pancreatic (a doua ipoteză). Conform istoriei pacientului care arată progresia cancerului pancreatic, doctorul crede că este vorba de o obstrucție a canalelor biliare care poate fi susținută de valorile testelor de laborator efectuate: nivele crescute ale gama-glutamil transferazei, a fosfatazei alcaline și bilirubinei. Doctorul aplică în mod explicit raționamentul abductiv pentru generarea ipotezei de progresie naturală a cancerului care a dus la blocarea canalelor biliare datorită faptelor observate: simptome și semne (icter și vomă) și valorile testelor de sânge.

După Peirce, abducția este portretizată ca o formă posibilă de formulare a celei mai bune explicații la o teorie sau găsirea unei justificări printr-o ipoteză gândită ca fiind cea mai adecvată să explice un fenomen dat. Doctorii trebuie să selecteze o ipoteză de lucru din mai multe posibile ipoteze codificate de cunoașterea clinică, cu scopul de a da sens simptomelor oferite de spusele pacientului. Abducția este un fel de principiu heuristic care orientează adoptarea unei ipoteze candidat, adică a unei afirmații care nu este încă confirmată pozitiv de evidente, deci nu este încă probată. În activitatea clinică de diagnostic, ipotezele sunt pur și simplu selectate din setul de opțiuni posibile și medicii trebuie să identifice și izoleze o ipoteză pentru testare, posibil prin utilizarea metodei abductive, cu scopul de a ajunge la un diagnostic (Chiffi, 2021).

Aceste tipuri de raționament logic stau la baza unor modele de raționament diagnostic pe care le voi prezenta mai departe.

10.5. Modelul ipotetico-deductiv

Există o discrepanță între tipul de raționament diagnostic pe care medicii sunt învățați să-l folosească și modul actual de a rezolva problemele de zi cu zi din practica clinică. Ei au învățat că mai întâi să colecteze în mod sistematic informații relevante de la pacient și apoi să facă o analiză fiziopatologică și în final să facă un diagnostic diferențial dintre ipotezele formulate. Însa în practică s-a constatat că majoritatea ipotezelor pe care, cel puțin internistii și medicii de medicină generală, le fac și care ghidează întrebările pe care le pun pentru a le confirma sau

infirmă, sunt făcute în prima parte a interviului medical. Aceasta este strategia ipotetico-deductivă (Stolper și colab. 2005).

Modelul de raționament ipotetico-deductiv este o strategie de raționare care acționează de la general la specific în care informațiile culese de la pacient sunt interpretate pentru a susține sau a infirma o ipoteză. Modelul a fost validat de mai multe studii empirice (Charlin și colab. 2000). Acest model este considerat clasic pentru facerea diagnosticului și a fost descris prima dată de Elstein și colab. (1978) care au arătat că într-o întâlnire clinică, după câteva minute, clinicianul deja generează mai multe ipoteze de diagnostic bazat pe sugestiile și indicațiile pe care le găsește și, ulterior, pe datele pe care le culege. Autorii identifică patru componente în procesul de raționament diagnostic ipotetico-deductiv: identificarea simptomelor, interpretarea simptomelor, generarea ipotezelor și evaluarea ipotezelor. Acest model este oarecum în contrast cu modelul tradițional care recomandă ca mai întâi să se strângă informațiile de la pacient, prin istoria și examenul fizic al pacientului, și apoi generarea unei liste de diagnostic diferențial. Modelul ipotetico-deductiv se bazează pe utilizarea conștientă și deliberată a algoritmilor sau arborilor de decizie bazati pe evidente, model care este construit prin testarea probabilității variatelor ipoteze pornind de la simptome și semne considerate relevante sau tipice. El este caracterizat de generarea de multiple ipoteze aflate în competiție pornind de la indicațiile inițiale ale pacientului și colectarea datelor clinice pentru a confirma sau a rejecta fiecare ipoteză. Pentru a fi valide ipotezele trebuie să fie logic formulate, să aibă o valoare explicativă pentru fenomenul observat, să fie consistente cu teoriile medicale acceptate și să permită predicția unui diagnostic (Stanley și Campos, 2013). Aceste ipoteze ghidează modul în care medicii culeg informațiile ulterioare. Se mai spune că acest model este un proces secvențial de raționare diagnostică, proces care transformă o problemă nestructurată într-una structurată care este calea adecvată ce conduce la un diagnostic (Yazdani și Abardeh, 2019)

Astfel acest model este destul de laborios și este utilizat mai ales de medicii cu mai puțină experiență, spre deosebire de cei cu experiență care vor utiliza un model intuitiv-inductiv care utilizează cai scurte, heuristice, care să permită tragerea de concluzii rapide, model de care voi vorbi mai departe. Aceste două modele nu sunt mutual exclusive și se pot combina pe parcursul urmăririi clinice a bolnavului și reformularii diagnosticului (Corazza și colab., 2021). În etapele finale ale raționamentului diagnostic, totuși diagnosticul ipotetico-deductiv prevalează asupra celui intuitiv.

Intr-un proces ipotetic-deductiv se genereaza o lista clasica de clasificare si ordonare a diagnosticelor. Procesul decurge dupa algoritmul: „daca – atunci – dar - prin urmare”. De ex. „daca” avem o anume informatie, „atunci” anumite ipoteze sunt adevarate, „dar” noi testam pentru informatii suplimentare si „prin urmare” o ipoteza devine adevarata sau nu. Pe masura ce culegerea informatiilor de la pacient continua, ipotezele formulate in prealabil sunt eliminate pana ce candidatul cel mai probabil ramane in picioare.

10.6. Modelul Bayesian

In procesul de diagnostic medicii folosesc cunoasterea pe care au acumulato si sub forma probabilitatilor pe care un simptom, sindrom sau boala sa apara in contextul tabloului clinic al pacientului aflat in examinare medicala. Thomas Bayes descrie in termeni matematici cum probabilitatea unei concluzii, in cazul nostru diagnosticul, este alterata de noi date care devin disponibile. Teorema Bayesiană inca joaca un rol cheie in diagnosticul medical de astazi, permitand datelor bazate pe evidenta stiintifica, sa fie combinate cu evaluarile subiective (Goodman, 1999). Procesul de acceptare sau respingere a unui diagnostic presumpativ implica un rationament probabilistic atunci cand caracteristicile clinice sunt integrate si interpretate. Rationarea probabilistica furnizeaza o metoda formala de a evita unele predispozitii cognitive in interpretarea informatiilor. Folosind rationamentul Bayesian si revizuirea probabilitatilor diferitelor boli ajuta clinicienii sa evite erorile. Clinicienii trebuie sa decida daca sa continue strangerea de informatii bazati pe estimarea corecta a probabilitatii bolii pe care o banuiesc. Rationamentul probabilistic este cel mai adesea luat in considerare tot asa cum prezenta sau absenta semnelor si simptomelor specifice ajuta al adoptarea sau rejetearea ipotezelor diagnostic. Gill si colab. (2005) au constatat ca clinicienii aplica rationamentul bayesian in facerea diagnosticului diferential fara ca sa aibe vre-o expertiza iin statistica bayesiana. Ei au aratat ca rationamentul bayesian este atat o parte naturala a facerii deciziei diagnostice, in special in timpul culegerii istoriei clinic si examinarii fizice a pacientului, cat si parte la intuitia in alegerea diagnosticului.

Rationamentul bayesian se foloseste cel mai des in interpretarea testelor de laborator. Interpretarea bayesiana a rezultatului testelor nu rezulta dintr-o probabilitate categoriala, ci din gradul cu care rezultatul pozitiv sau negativ ajusteaza probabilitatea unei boli date. In acest fel, testul actioneaza ca un modificador al opiniei, ca o updatare a probabilitatii anterioare a bolii.

Intr-un sens, abordarea bayesiană spune care este probabilitatea ca acest pacient să aibă boala, datorită rezultatului acestui test.

Probabilitatea caracteristicilor pozitive, a semnelor, simptomelor sau testelor pentru ca o boală să fie prezentă se numește senzitivitate. Probabilitatea caracteristicilor negative, deci absența semnelor, simptome și testelor pentru prezența unei boli se numește specificitate. Face parte din cunoașterea generală medicală ca clinicianul să știe care este valoarea probabilistică a unui test, adică senzitivitatea și specificitatea lui pentru o afecțiune dată. De ex. glicemia este o senzitivitate foarte mare pentru diabet.

Testele diagnostice sunt utilizate în principal pentru a răspunde la întrebarea bayesiană: care este probabilitatea ca pacientul să aibă boala datorită unui test anormal? Astfel răspunsul la un test anormal trebuie să ducă la analiza felului cum el modifică probabilitatea anterioară a bolii respective, probabilitatea pre-test. Boala luată în considerare înainte de a face un test diagnostic este o decizie inerent subiectivă. Facând un test diagnostic se deschide o alternativă ca aceasta judecată subiectivă să fie exclusă. Se poate spune că clinicienii sunt în mod natural bayesieni pentru că ei utilizează în mod instinctiv testele diagnostice pentru a confirma sau informa o boală (Gill și colab., 2005). Folosind abordarea probabilistică, diagnosticianul generează o listă de diagnostic potențiale, estimează probabilitățile asociate cu fiecare ipoteză, iar rezultatele testelor clinice cresc sau reduc probabilitățile pentru fiecare din ele până când medicul crede că a găsit cel mai bun răspuns pentru boala pacientului.

De cele mai multe ori procesul de diagnostic este bazat și pe o estimare a prevalenței simptomului, sindromului sau bolii în populația generală. Astfel, medicii se gândesc la mai multe variante odată și decid cât de mare este ponderea pe care să o ataseze la informația disponibilă într-un context specific. Ei nu gândesc în numere sau probabilități ca variabile continue. Ei nu exprimă probabilitatea unei boli la un pacient anume în procente, ci doar în termeni ca probabilitate scăzută, rezonabilă sau crescută. Noțiunile vagi, ca adesea sau niciodată, dobândesc o semnificație mai mare în practică. Greutatea unui argument pentru sau contra unui anume diagnostic este adesea implicit, dar poate la fel să fie exprimat în valori de probabilitate (Stolper, 2010). În felul acesta se poate distinge valoarea modelului Bayesian în alegerea ipotezelor diagnostice.

10.7. Modelul de recunoastere a patternului; rolul memoriei clinice in construirea scriptului de boala sau a prototipului de boala

Teoria rationamentului clinic afirma ca ipotezele diagnostice sunt formulate de la inceputul intalnirii cu pacientului si apoi validate prin teste ulterioare. Pelaccia si colab (2011) au aratat ca medicii de la urgenta genereaza 25% din ipoteze in primele secunde ale intalniri cu pacientul si 75% in primele 5 minute ale consultatiei. Barrow si colab. (1982) au constatat ca diagnosticul pus in primele 5 minute ale consultatiei are o acuratete de 95%, iar daca este pus mai tarziu, acuratetea descreste la 25%. Ei am mai aratat ca medicii clinicieni dezvoltă 3 pana la 5 ipoteze diagnostice in primele secunda si minute ale consultatiei. Alt studiu a aratat ca diagnosticul se pune in 75% din cazuri doar pe baza simptomului principal, cardinal, cules in timpul interviului cu pacientul (Gruppen si colab., 1988). Astfel ca aproape 80-90% din diagnostice sunt facute numai pe baza istoriei pacientului iar examinarea clinica si imagistica reprezinta doar un suport ulterior pentru diagnostic (Harris si colab. 2021).

Aceasta abilitate a medicilor de a face ipoteze diagnostice atat de rapid a fost pusa pe seama modului de stocare in memorie a informatiilor pe care medicul le culege de-a lungul experientei sale si nici decum unui proces aparte de judecata (Brush Jr si colab. 2017). Abilitatea de a face un diagnostic este mai putin dependenta de un proces rational distinctiv ci este mai tributara experientei trecute, important fiind cum experienta memorizata este stocata si extrasa de-a lungul practicii clinice. Aceasta arata ca cunoasterea biomedicala, castigata prin invatare abstracta, ca de ex. cea din carti, este diferita de cunoasterea experientiala castigata direct prin activitatea practica la patul bolnavului. Caracteristicile generale ale observatiilor pacientilor persista in mintea medicilor, in memoria lor clinica, sub forma similaritatilor repetabile.

Apoi s-a cautat sa se explice aceasta capacitate facandu-se o paralela cu felul cum marii sahisti rezolva atat de rapid situatii complicate si neasteptate de joc. Asa a aparut constatarea ca aceasta capacitate a sahistilor este data de reamintirea unei pozitii tipice de la mijlocul jocului; o privire de 5 secunde duce la reamintirea exacta a pozitiiilor a 80% din piese. Expertiza marilor sahisti a aparut legata de reamintirea a unui set mare de cazuri care pot fi utilizate ca analogii pentru o problema actuala. S-a estimata ca un mare maestru isi aminteste 50.000 de pozitii de joc (Simon si Chase, 1973, citati de Norman, 2005).

Aceasta constatare, transpusa la medicina clinica, ne duce cu gandul ca abilitatile clinice ale medicului sunt legate atat de cunoasterea pe care el o dobandeste de-a lungul experientei, cat

și de capacitatea de a memora experiența câștigată de-a lungul activității clinice, stocată în memoria de lungă durată. În timpul consultației medicale, clinicianul apelează la cunoaștere dobândită prin experiență, care se releva sub forma reprezentărilor mentale, pe care Schmidt și colab. (1990) o împarte în trei categorii, i) reprezentări privind mecanismele de bază ale bolii, ii) scenariile, sinopsisurile sau scripturile bolilor pe care le-a văzut medicul și iii) exemple tipice de boli derivate din experiența clinică, numite și boli prototipice. Procesul de generare a ipotezelor diagnostice este un proces de categorisire utilizând scripturile și prototipurile.

O categorie diagnostică este utilă din cauza că permite clinicianului să facă inferențe și predicții despre pacienții alocati la categoria diagnostică. Această abilitate de a plasa un pacient într-o categorie este similară cu abilitatea generală de a plasa un obiect comun precum o pasare sau un câine în categoria corespunzătoare. Astfel, categoriile de care vorbesc autorii mai sus citați, precum cele de script sau de prototip, ajută la facerea rapidă a unui diagnostic și această abilitate se bazează pe capacitatea medicului de a recunoaște imediat aceste categorii construite și stocate de-a lungul experienței lui clinice. Cu experiența, o categorie va conține un număr de exemple care sunt stocate în memoria de lungă durată care mai apoi pot fi automat recuperate. Fiecare întâlnire clinică este reprezentată în memoria de lungă durată într-un mod unic și specific datorită unor trasături cheie de prezentare, mod ce este luat ca specific de clinician. Această reprezentare poate conține atât caracteristici relevante ale bolii, cât și alte trasături unice ale pacienților cu această boală. Cazurile stocate de fiecare clinician sunt un produs al acestor experiențe unice și nu generalizările făcute între clinicieni.

În afara cunoașterii generale, mai ales a celei cauzale, care leagă simptomele de mecanisme fiziopatologice, clinicianul folosește o reprezentare sub forma listelor de semne și simptome. Această listă este legată de un fel de naratiune-povestire a unui caz de boală pe care Barrows și Felrovich (1987) o numesc „scriptul” sau scenariul de boală, un fel de „libret” al bolii, o naratiune a unui caz de boală care se stochează în memoria medicului și pe baza căreia va recunoaște în viitor boli cu o naratiune asemănătoare. Pentru a ajuta acest proces, clinicienii sunt învățați să extragă istoria pacientului și să o organizeze în termenii unei naratiuni. O naratiune este un mod de organizare a povestirii prin adăugarea contextului și detaliilor și a atribuirea priorității și greutății elementelor naratiunii. Când un expert clinician repovesteste ceea ce pacientul a spus, cuvintele pacientului devin cuvintele doctorului. Oamenii sunt în mod natural povestitori și adesea diagnosticul este mai ușor de recunoscut când povestea pacientului

este organizata intr-o naratiune coerenta. Cand un medic vede un pacient, el percepe trasaturile, semnele, simptomele si detaliile contextuale si activeaza reseaua cunoasterii care continue acele trasaturi si relatiile cu bolile corespunzatoare. Astfel el da inteles situatiei noi. Scripturile sunt schemele asociate cu secventele de evenimente care se petrec frecvent intr-o ordine specifica (Charlin si colab. 2000). Functia principala a scriptului bolii este ca permite doctorului de a reduce povestea pacientului la explicatii medical identificabile. Cand un pacient descrie suferinta sa el de fapt furnizeaza sugestii pentru ca medicului sa le transpune in scriptul unei boli care este deja stocata in memoria medicului in masura in care a mai vazut asemenea boli. Teoria scriptului bolii furnizeaza un cadrul comprehensive pentru recunoasterea bolii, iar aspectele epidemiologice, statistice si testele sa joace un rol secundar (Stopler si colab., 2005).

Norman (2005) vorbeste si de un alt tip de reprezentare derivata din modelele de categorisire folosite in psihologie si in semantica. Ideea de baza este ca multe categorii pe care le folosim in reprezentarea lumii sunt definite, in parte, de o larga colectie de exemple derivate din experienta trecuta. Cand noi clasificam ceva noi extragem rapid, fara a fi constienti, un exemplu similar din experienta trecuta. Cu alte cuvinte noi recunoastem un lucru, obiect, fenomen pentru ca avem in mine un tip de acest fel care impartaseste aceleasi caracteristici. Aceste studii sugereaza ca identificarea diagnosticului se face printr-un proces de recunoastere a unor exemple similar stocate anterior care sunt denumite prototipuri. Prototipurile includ cele mai comune caracteristici ale unei categorii particulare. Asa face si medicul care utilizeaza prototipuri de boli specifice care ajuta la recunoasterea unei boali aflata in procesul de diagnosticare. Prototipurile actioneaza ca modele recognisabile, ca un fel de index al cunoasterii stocate in mintea clinicianului. Un medic compara plangerile si simptomele pacientului cu aceste prototipuri din mintea lui cautand potriviri pentru a identifica tabloul clinic care se potriveste cel mai mult. Metoda diagnosticului prototipic a fost dezvoltata de Westen si colab. (2002) si constă în comparația pe care o face clinicianul între descrierea clinică tipică a unei entități clinice și prezentarea pacientului, pe baza căreia stabilește ulterior un grad de concordanță.

Pe baza scripturilor de boala si a prototipurilor de boala clinicianul recunoaste patternurile de boala si astfel face un pas decisiv in facerea diagnosticului. Judecata clinica si acuratetea diagnostica se imbunatatesc odata cu achizitia cunoasterii si a experientei si astfel medicul incepe sa identifice rapid ceea ce este evident sub forma recunoasterii unui pattern de

boala stocat în memoria lui clinică. Acest mecanism este descris sub forma unei metafore: recunoașterea matusi Minnie („*aunt Minnie*”). Pentru un clinician experimentat, cel mai corect diagnostic vine din recunoașterea patternului și nu din rezolvarea problemei clinice prin metoda ipotetico-deductivă. Matusa Minnie este o poreclă dată de Dr. Benjamin Felson pentru a descrie procesul de recunoaștere a patternului în radiologie, și care apoi s-a generalizat în toată medicina ca denumire metaforică pentru recunoașterea rapidă a patternului bolii. Dr. Benjamin Felson a fost un radiolog și expert în interpretarea imaginilor radiologice din anii 1990. El impresiona colegii și pacienții prin facerea unor diagnostice complexe doar pe baza privirii imaginii radiologice. Când a fost întrebat cum face asemenea diagnostice rapide, el a spus simplu că o vede pe matusa Minnie: “când o vad pe matusa Minnie eu nu vad o batrână doamnă cu părul alb, eu știu pe moment că este matusa Minnie doar când ridic ochii spre ea, pur și simplu o recunosc”. El spunea în tratatul său “*Chest Roenthenology*” (1990) că „matusa Minnie” este o caracteristică radiologică așa de specifică și convingătoare că nu există nici o îndoială asupra diagnosticului (Goodman, 2006; Harris și colab., 2021). Modelul acesta arată că recunoașterea unui pattern clinic conduce la semnalizarea unei boli și astfel devine o sugestie pentru un proces de raționament abductiv de formulare a unei ipoteze. Deși această strategie este încărcată de distorsiuni din cauza că multe boli seamănă între ele, recunoașterea patternului este cea mai des întâlnită și cea mai eficientă strategie de diagnostic (Stanley și Campos, 2013).

Recunoașterea patternului depinde în mare măsură de manifestările semnalului care se desprinde de fundal. Cu cât este mai puțin zgomot în fundal cu atât mai distinctive sunt aceste manifestări și mai ușor vor fi detectate. Dacă manifestările semnalului, de ex. simptomele, sunt foarte evidente pentru un pattern de boală este numite că fiind patognomonice. În cazul herpesului zoster care are trasături caracteristice precum un grup de vezicule, eritem și implică unu sau două dermatoame care sunt și foarte dureroase, raportul semnal/zgomot este foarte înalt. În alte cazuri raportul semnal/zgomot este altul precum în cazul disconfortului din regiunea precordială, pattern care are 25 posibilități, în timp ce durerea de cap are 300 de posibilități (Croskerry și colab. 2023).

Se pune întrebarea: ce sunt patternurile de boli? Cum sunt ele extrase? Un pattern este un model, un tipar pe care caruia se identifică un fenomen, o situație sau eveniment care are o repetabilitate sau probabilitate oarecare. Un pattern mental se stabilește prin repetarea experienței acestui fenomen, situație sau eveniment suficient de multe ori pentru a fi stocat ca un

model sau tipar in memorie si pentru a fi folosit in viitor pentru recunoasterea rapida a lucrurilor care au contribuit la construirea lui. In situatii clinice, diagnosticale sunt puternic influentate de situatia in care medicul a vazut cazuri similare pe parcursul activitatii sale. Dealungul experientei sale, medicul a construit scripturi de boli si exemple prototipice de boli care s-au adunat sub forma de patternuri de boli si astfel ele au devenit tipare dupa care medicul va recunoaste ulterior despre ce boala este vorba la pacientul din fata lui in masura in care simptomele si semnele acestuia se potrivesc cu modelele stocate in memorie. Acest proces sugereaza ca diagnosticienii au construit relatii semantice diverse si abstracte, o retea de legaturi intre trasaturile clinice si categoriile diagnostice si diagnosticul apare ca o potrivire non-analitica a prezentarii clinice cu un pattern format in prealabil in memoria clinicianului. Extragerea acestor patternuri este declansata de asemanarea cu scripturi anterioare de boala sau cu exemple prototipice de boala (Elstein si Schwartz, 2002; Yazdani si colab. 2017).

O sumarizare a acestui model o face in 2015 Institutul de Medicina al Academiei de Stiinte a Statelor Unite, prin Comitetul de analiza a erorilor diagnostice medicale, care a utilizat o echipa larga de clinicieni cu experienta pentru a analiza procesul de diagnostic si erorile lui [Balogh si colab., (Eds.), 2015]. Ei ajung la concluzia ca clinicienii fac diagnosticul si aleg tratamentele prin potrivirea problemelor prezentate de pacient cu modelele anterioare deja stocate in memorial lor. Cei care sustin modelul recunoasterii patternului afirma ca acestea sunt de fapt scripturi sau prototipurile de boli stocate mnezic, pe baza frecventei lor de aparitie. Fiecare pattern implica fie scriptul de boala ce include cunoasterea aspectului si evolutiei boli si factorii de risc, fiziopatologia bolii si semnele si simptomele bolii, fie prototipurile de boala care sunt exemple de boala organizate conform unei matrici de semne si simptome caracteristice.

Acest model de realizare a diagnosticului este dedicat mai ales cazurilor simple, cazurile dificile avand nevoie de generare semantica si testare a ipotezelor. Cum o problema diagnostica este calificata ca usoara sau dificila este in functie de cunoasterea si experienta clinicianului.

10.8. Rolul intuitiei si afectului in procesul diagnosticului

Se spune ca intuitia este cruciala in medicina. Ea este o abilitate necesara pentru a fi un bun medic. Atunci cand este tinuta in granitele epistemice ale modelului medical ea este capabila de a evalua informatii despre suferinta pacientului si a aduce informatii suplimentare care depasesc evaluarile cantitative. Aceasta insuirie face parte din asa zisa arta a medicului. Ea este

un mod de cunoastere in care mintea unei persoane cuprinde, intelege un obiect, fenomen, ia o decizie sau construiește o solutie a unei probleme fara o interventie constienta sau procese cognitive. Ea este un proces inconstient, sensibil la context, care vine cu practica si implica o atentie selectiv la mici detalii si nu poate fi redușă la logica cauza-efect. Ea este un proces tacit care se castiga cu experienta. Ea este si un proces creativ care inseamna o reducere la un algoritm sau un set de operatii rapide care presupune coroborarea inconstienta a amanuntelor din experienta anterioara. Istoriceste, intuitia este opusa ratiunii sau reflexiei. (Marcum 2008). In teoria continuului cognitiv, intuitia si analiza sunt definite ca doua moduri ale cognitiei care pot fi plasate la capetele unui continuum: in timp ce intuitia se refera la procesare inconstienta, rapida si fara control, analiza se refera la procesare controlata, constienta si lenta . Intre aceste doua capete exista mai multe moduri in functie de sarcinile specifice (Stopler si colab., 2005).

Din punct de vedere teoretic, procesul de facere a diagnosticului este un proces flexibil si adaptabil ce cuprinde o plaja de principii si moduri de ratioanre care pot fi schematic reprezentate de doua modele distincte, fie cel intuitiv, fie cel analitic (Corazza si colab. 2021). Rationamentul analitic este cel logic, ipotetic-deductiv, care se bazeaza pe utilizarea constienta si deliberativa a algoritmilor sau arborilor de decizie bazati pe evidente, model care este construit pe baza testarii probabilitatii variatelor ipoteze pornind de la simptome si semne considerate relevante sau tipice si mai putin de la tabloul clinic al bolii. Acest model cere mai mult timp, este mai laborios, utilizeaza mai multe resurse si este utilizat mai mult de medici cu mai putina experienta pentru ca el ofera prudenta si posibilitate de eroare.

Modelul intuitiv este un model inductiv sau abductiv, utilizeaza cai scurte mentale, heuristice, care sa permita tragerea de concluzii rapid si nu necesita resurse specifice, iar medicul nu este constient decat in parte de acest proces. El ia in considerare intregul tabloul clinic si mai putin o lista de simptome si semne, dar se bazeaza pe un fundament stiintific probat si nu are nimic de-aface cu sentimentele intuitive primare, aparute spontan si fara justificare cognitiva. Aceste sentimente aparute brusc in constiinta medicului pot fi valoroase atunci cand sunt legate de un sentiment de alarma care sa justifice o interventie rapida pentru un prognostic negativ.

Abordarea intuitiva se bazeaza foarte mult pe experienta de luare a deciziilor si utilizeaza logica inductiva. Medicul care are experienta luarii deciziilor recunoaste modelul general in informatiile prezentate si actioneaza in consecinta, actiunea lui de recunoastere este primul pas. Experienta acestuia va determina cat de bine informatia prezentata capata sens pentru recunoasterea unui

model. În contrast, abordarea analitică are loc în circumstanțe ideale, cu informații bogate, iar deciziile sunt luate printr-o judecată normativă. Dacă toate variabilele relevante și parametrii testelor sunt cunoscute, atunci putem folosi metoda bayesiană de calculare a probabilității unei anume boli. Rationarea analitică implică gândire critică și logică. Strategia exhaustivă implică mai întâi colectarea tuturor datelor posibile și apoi trierea acestor date pentru formularea diagnosticului (Croskerry, 2009).

La fel ca detectivul celebru Sherlock Holmes, medicii urmăresc să „prindă” vinovatul, adică să formuleze diagnosticul și astfel construiesc diferite ipoteze care să explice faptele, adică simptomele și semnele pacientului. În acest proces medicii se sprijină pe raționamentul abductiv pentru că el permite să se formuleze o ipoteză care duce la cea mai bună explicație a lor. Pentru alege între mai multe boli care pot conduce la aceleași simptome medicii folosesc imaginația și intuiția.

Veen (2021) spunea că a identifica ceva absent dar care prin absență devine relevant nu este ceea ce logica inferă ci ceva care solicită imaginația noastră. În loc de a analiza anumite situații inductiv sau deductiv, medicii sunt afectați de situații care conduc la presimțiri, la intuiții care unori pot sfida logica sau chiar experiența trecută. În aceste cazuri medicul se bazează pe aceste sentimente „viscerale”, pe felul cum situația respectivă îl „afectează”. Acest afect, sub forma imaginației, creativității, surprizei, intuiției, ia parte la formarea ipotezei printr-o „saritură creativă care lasă în urmă lumea logicii”.

Medicul caută să răspundă la întrebări precum: Despre ce este vorba aici? Ce se petrece aici? Acestea sunt întrebări centrale abductive despre ce teorie poate să le răspundă. Abducția nu este numai speculație, ci și o saritură creativă care are originea în faptele observate sau presimțite. Mulți medici vor recunoaște că astfel de sentimente apar brusc ca alarme în timpul consultației fără ca să știe precis despre ce este vorba. Acestea apar automat, fără antrenarea conștiinței, sunt un fel de emoții care joacă un rol în procesul de diagnostic, mai ales când simptomele sunt vagi, nediferențiate sau este vorba de stadiul inițial de evoluție a unei boli (Stopler, 2005 și 2010).

Afectul este o stare care înseamnă un sentiment pozitiv, de bine sau unul negativ, de rău, care se atasează de cunoaștere și facilitează în mod automat procesele asociative. Răspunsurile afective se petrec rapid și uneori pe continuumul sentimentului de la bine la rău și ghidează procesele de gândire ajutând medicii să navigheze în mod eficient în situații periculoase, incerte

sau complexe. Sentimentele viscerele, intuitive, pe care medicii pot să le experimenteze în procesul lor diagnostic pot fi înțelese ca o parte a afectului heuristic și pot să-i ajute la distingerea dintre situații unde simt că ceva nu este în regulă. Ei percep adesea acest sentiment de alarmă ca o senzație fizică în abdomen sau în regiunea precordială, senzații care pot fi explicate prin faptul că aceste sentimente viscerele au un marker somatic care se activează uneori când aceste sentimente heuristice sunt prezente (Stopler, 2010).

10.9 Modelul dual al judecării clinice

Procesele de raționare diagnostică de care am vorbit până acum ar putea fi împartite în trei categorii. O primă categorie cuprinde modelul de judecată analitic precum modelul ipotetic-deductiv, de care am vorbit mai sus. A doua categorie ar fi cea care utilizează un raționament intuitiv, non-analitic, care poate fi descris ca inconstent, asociativ, implicit, automat și tacit; acest model utilizează gândirea heuristică care este o strategie cognitivă ce utilizează scurtături pentru a infera o concluzie și cuprinde procesul de recunoaștere a paternului, bazat pe scriptele de boală și prototipurile de boli. A treia categorie ar fi un model ce compilează cele două modele, cel analitic și non-analitic (Stopler, 2010, Yazdani și Abardeh, 2019), model care a fost denumit modelul dual.

Modelul dual a fost inițiat de lucrările lui Schneider și Shiffrin (1977, citați de Croskerry și colab. 2023)) care au descris cum cele două procese ale procesării informației se pot asocia. Inspirați de autorii mai sus citați, Elstein și colab. (1978) concep un model care face o distincție între predicția clinică care este „artistică și calitativă” și predicția statistică care este „formală și cantitativă”. Mai apoi Dawson (1993) inventariază cele două sisteme referindu-se la ele ca un sistem intuitiv și altul analitic. Ulterior aceste sisteme au fost botezate de Evans (2008) și Stancovici și colab. (2014) ca sistemul 1 și sistemul 2 iar întregul model ca modelul dual (Croskerry 2009). Tipul 1 poate fi văzut ca făcând o asociație directă, intuitivă, între noi informații și exemple similare din memoria medicului, ca în cazul rememorării paternului, iar procesarea de tip 2 ca fiind abstract și normativ, bazat pe operații computaționale din memoria de lucru, precum identificarea cazului, ierarhizarea lor și estimarea probabilităților ca în cazul judecării bayesiene. Procesul de generare a ipotezelor se face cu tipul 1, intuitiv, care este un proces rapid, în timp de căutare sistematică a informațiilor începând cu istoria pacientului și până la testele de laborator sau imagistică se face conștient și explicit în tipul 2 de raționament,

care este un proces lent (Kahneman, 2011; Norman si colab, 2017). In tipul 1 de procesare, clinicianul recunoaste ceea ce a mai vazut si stocat in minte (de ex. recunoasterea patternului), iar in tipul 2 clinicianul construiește propriul diagnostic utilizand rationamentul sau cel bayesian. In tabelul Nr. 1 se prezinta principalele caracteristici ale tipului/sistemului 1 si 2 de proces implicat in facerea diagnosticului clinic.

Sistemul 1 este o abordare intuitiva care se dovedeste efectiv majoritatea timpului. El este legat mult de context. In formarea impresiei diagnostice precoce, medicul poate fi influentat constient sau mai putin constient de o varietate de factori: i) caracteristicile pacientului precum prezentare, comportament, comunicare, experienta anterioara cu pacientul, ii) caracteristicile bolii precum severitatea simptomelor, experienta anterioare cu plangerile pacientului, iii) caracteristicile ambianței medicale precum numarul de pacienti care asteapta sa fie vazuti, prioritate, intreruperile, distactibilitatea, iv) resurse precum disponibilitatea pentru anumite teste, proceduri, consulturi cu alti colegi, disponibilitatea de paturi pentru internare), sau v) probleme etice sau medico-legale.

Caracteristici cognitive	Tipul 1: Heuristic, intuitiv	Tipul 2: Sistematic, analitic
Principiul computational	Asociativ	Bazat pe reguli
Responsivitate	Pasiva	Activa
Capacitate	Inalta	Limitata
Control constient	Joasa	Inalta
Automatism	Inalt	Scazut
Viteza	Repede	Inceata
Confidenta	Scazuta	Inalta
Erori	Relativ obisnuit	Rar
Efort	Scazut	Mare
Atasament emotional	Inalt	Scazut
Rigoare stiintifica	Joasa	Inalta

Tabelul 1: Principalele caracteristici ale Tipului 1 si Tipului 2 (dupa Croskerry, 2009)

Multe decizii diagnostice sunt bazate pe modelul de recunoastere a patternului, care este puternic legat de manifestarea globala a bolii sau de caracteristicile patognomonice de prezentare a unei boli specifice. Sistemul este rapid, frugal, cere putin efort si deseori furinzeaza raspunsul bun. Dar ocazional sistemul 1 poate si gresi, uneori chiar catastrofal, mai ales in cazurile in care

prezentarea pacientului este atipica sau cand patternul bolii este confundat cu altceva. In schimb, sistemul 2 este utilizat cand semnele si simptomele nu sunt usor de recunoscut ca apartinând unei oarecare boli sau nu urmeaza scenariul unei boli. Atunci gradul de patognomitate a semnelor si simptomelor este scazut si incertitudinea este mare, drept pentru care variate posibilitati trebuie testate in mod sistematic. Sistemul este analitic, incet si cere resurse. Sistemul 1 si 2 pot interactiona astfel incat rezultatul sa fie o sinteza a ambelor. Prezentarea initiala a pacientului poate declansa raspunsul sistemului 1, ca mai apoi medicul sa declanseze sistemul 2 de rationament pentru o abordare analitica. Aceasta abordare poate face uneori sistemul 2 sa rejeteze sugestia diagnostica facuta de sistemul 1 sau sa intareasca cea facuta de sistemul 1 (Croskerry, 2009). Interactiunea dintre sistemul rapid 1 si cel lent 2 ramana controversata (Balogh si colab. 2015). Unii cred ca aceste procese se petrec constant in paralel si ca orice conflict este rezolvat pe masura ce apare. Altii cred ca sistemul 1 genereaza un raspuns individual obisnuit si ca sistemul 2 poate sau nu interveni ca sa se suprapuna pe sistemul 1 (Evans and Stanovich, 2013). Cand sistemul 2 se suprapune pe sistemul 1 aceasta duce la imbunatatirea deciziei din cauza ca angajeaza rationamentul analitic care lasa impresia ca este mai robust. Totusi este important de notat ca sistemul lent 2 nu garanteaza ca facerea deciziei este corecta. Exista unele situatii cand sistemul 1 este corect si se suprascrie pe sistemul 2. Cu toate acestea, cand sistemul 1 trece peste sistemul 2 aceasta poate duce la decizii irrationale. Interventia sistemului 2 este probabil sa se petreaca in situatii noi cand sarcina este dificila sau in cazul unui medic cu cunoastere sau experienta minima sau cand medicul in mod deliberat cauta sa evite biases. Sistemul 1 si sistemul 2 performeaza optim in diferite situatii clinic, sistemul 1 in situatii inalt confidente si predictatile si sistemul 2 in situatii in care nu exista presiune de timp (Evans and Stanovich, 2013).

Modelul dual este acceptat astazi ca platforma de baza pentru facerea deciziei medicale si este descris ca fiind un model universal de rationare diagnostica (Croskerry, 2009).

10.10. Calea diagnosticului, procesul multistadial al diagnosticului

Modelele de rationament clinic pe care medicii le utilizeaza atunci cand construiesc ipoteze diagnostice echipeaza drumul pe care medicul il parcurge pentru a face un diagnostic confident. Acest drum este un proces cognitiv, de logica, care implica luarea in considerare a diferitelor ipoteze si posibilitati de eroare, drum care se numeste calea rationamentului

diagnostic. Aceasta cale a diagnosticului este de fapt un proces multistadial care începe odată cu interviul pacientului.

Mai mulți autori au analizat, mai ales prin metode calitative, felul cum medicii construiesc acest drum înspre formularea diagnosticului. Gruppen and Frohna (2002) spun că procesul de raționare pornește de la informația luată de la pacient. Cunoașterea anterioară a medicului ajută la formarea unei reprezentări inițiale a problemelor pacientului. Calitatea acestei reprezentări inițiale este critică pentru rezultatul procesului de judecată și stă la baza alegerii ipotezelor diagnostice. Următorul pas este alegerea unei ipoteze care se face printr-o judecată non-analitică, precum recunoașterea patternului, sau formularea unei ipoteze noi prin raționamentul abductiv, iar după alegerea acesteia, ipoteza este judecată analitic prin procesul deductiv care presupune culegerea de noi indicii pentru a completa reprezentarea anterioară. Acest ciclu poate continua până se obține cea mai bună potrivire între reprezentarea formulată și cunoașterea stocată mental.

Ferreria și colab. (2010) au examinat raționamentul clinic la 16 medici generalisti în timpul consultației și în timpul discuției clinice dintre ei și mai apoi au făcut un interviu separat cu fiecare dintre ei. Autorii au găsit că medicii încep cu un set de întrebări exploratorii despre plângerile curente ale pacientului și despre istoria personală și cea familială. Ei utilizează întrebări generale ca un mod de a găsi unul sau mai multe semne și simptome care să reprezinte indicații pentru un diagnostic. Odată ce ipoteza inițială de diagnostic este obținută, medicii opresc explorarea. O sursă importantă de informație de la începutul întâlnirii o reprezintă înregistrările medicale anterioare, rezultatele anterioare de la testele de laborator și scrisorile de trimitere de la alți medici. În mod obișnuit, aceste informații contextuale conduc la o mai riguroasă investigație. Aceste informații inițiale i-au condus pe medicii intervievați la formularea unei ipoteze inițiale de diagnostic care reprezintă baza inițierii unei etape secundare de strângere de informații specifice pentru a contrazice sau susține ipoteza inițială. Când aceste informațiile contrazic ipoteza inițială, sursa principală nu este medicală ci rezultatele de la teste de laborator și alte investigații paraclinice. Atunci când acest proces nu se soldează cu succes, medicii intervievați au acceptat să examineze și alte ipoteze alternative.

Mai elaborat este studiul lui Heneghan și colab (2009) care au condus două sedințe de focus group cu medici referitori la strategiile de diagnostic folosite de ei în îngrijirile medicale primare. Ei au găsit că medicii generalisti strabat trei stadii până la formularea diagnosticului

final: initierea ipotezelor de diagnostic, rafinarea ipotezelor si definirea diagnosticului. Pentru fiecare din aceste stadii medici au folosit diferite strategii. In faza initierii ipotezelor diagnostice, medicii au afirmat ca reperul diagnostic apare ca o recunoastere inconstienta a unei sugestii sau pattern verbal particular, vizual sau auditiv, furnizat de pacient. Acest diagnostic este instantaneu, bazat pe experientele anterioare si nu solicita o evaluare a istoriei pacientului. Este ce se intelegea prin metafora “matusii Minnie” de care am vorbit mai inainte sau de recunoasterea patternului. Asa se intampla in cazul reperelor vizuale ca in eczeme, conjunctivite, acnee, etc. O alte strategie folosita in aceasta faza de initiere a ipotezelor este cea de auto-denumire, cand pacientul poate spune medicului ceea ce crede el ca ar fi diagnosticul sau, ceea ce poate fi uneori corect, bazat pe propria experienta. De ex. pacientul poate spune: “eu am o amigdalita”, sau “eu am cistita”. Insa cele mai frecvente strategii utilizate in acest stadiu initial sunt cele bazate pe prezenta simptomului cardinal sau patognomonic sau de recunoastere a patteernului bazati pe scriptul de boala sau pe prototipul de boala.

In faza doua, de rafinament al ipotezelor, medicul aplica diferite strategii pentru a reduce posibilitatile, deci de a elimina multe din ipoteze. Cea mai folosita este rationamentul bayesian de recunoastere a probabilitatilor. Astfel se judeca probabilitatea unei ipoteze in functie de frecventa de aparitie a unui simptom sau sindrom (de ex. cea mai frecventa cauza ca cefaleei este migrena) sau a unei localizari anatomice a proceselor patologice presupuse (de ex. durerea din hipocondrul drept insotita de greata care duce la presupunerea unei tulburari a colecistului) sau probabilitatea pre-test judecata in comparatie cu probabilitatea post-test dupa ce anumite teste diagnostice au fost facute (de ex. polidipsia judecata a indica un diabet vs hiperglicemie). La aceste strategii se mai adauga cea recunoasterii patterenului unei tulburari sau a unui tabloul de boala.

In faza a treia, cea a formularii diagnosticului final, medicul poate sustine cu ceretitudine un diagnostic fara testari suplimentare sau poate dispune teste precifice de laborator, imagistice sau anatomo-patologice sau se poate baza pe testul tratamentului sau pe testul timpului. Se poate conchide ca dupa culegerea informatiilor initiale de la pacient, medicul strabate trei stadii: i) initierea ipotezei diagnostice, prin judecata abductiva sau recunoasterea paternului, ii) rafinarea ipotezei diagnostice prin metoda ipotetico-deductiva sau probabilistice si iii) definirea initiala a diagnosticului. Aceasta secventa ne duce cu gandul la modelul dual cand cele doua

faze, sistemul 1 non-analitic, rapid, intuitiv și de recunoaștere a modelului se combină cu sistemul 2 lent, laborios, analitic și deductiv.

În cazul medicinei interne, caracteristica care o deosebește de alte specialități este focusul pe diagnostic și de aceea medicul internist este de multe ori caracterizat ca “diagnostician”. În medicina internă pacienții sunt mai nediferențiați diagnostic decât în alte specialități și în consecință procesul de diagnostic este mai laborios, mai stufos și mai susceptibil la erori (Corazza și colab. 2021). Și în acest caz, generarea ipotezelor și rafinarea lor este un stadiu crucial în formularea diagnosticului final pentru că orice perturbare a judecării clinice, bazate pe date izolate sau irelevante clinice, pot conduce la diagnostice greșite. În acest caz, modelul dual face ca fiecare ipoteză formulată la nivelul sistemului 1 să fie deliberată și justificată la nivelul 2, ca mai apoi ciclul să se repete până când se ajunge la formulare finală. În această situație este de analizat felul cum prejudecățile și interferențele pot conduce la perturbări ale procesului de diagnostic. Pericolul cel mai mare vine din modul intuitiv, de folosire a scurtăturilor heuristice de judecată, preferat de mulți clinicieni. Cea mai comună prejudecată constă în tendința de a considera un diagnostic ușor din cauza că este comun, excepțional sau sever, sau tendința de a lua în considerare numai manifestările tipice sau caracteristice ale unei boli și a ignora posibilitatea manifestărilor atipice, sau tendința de a căuta confirmare și rejctarea datelor care nu sunt conforme cu ipoteza preliminară, sau pierderea informațiilor datorită concluziilor premature (Dhaliwal, 2017).

Un model de drum diagnostic, mai aproape de cum găsesc eu lucrurile, îl fac Lawson și Daniel (2011) care pornesc de la ideea că medicii nu se poticnesc din cauza ignorării faptelor clinice, ci mai mult din cauza că inconstient cad în diferite capcane cognitive. Una din ele, foarte frecventă, este data de gresala de a genera un număr insuficient de alternative și de a le testa adecvat. Ei propun următoarea cale în formularea diagnosticului: i) explorarea inițială cu culegerea atentă a informațiilor din contactul cu bolnavul; ii) generarea unei prime ipoteze spontane și creative printr-un proces abductiv bazat pe multitudinea de observații și constatări clinice; iii) căutarea explicării acestei ipoteze prin căutarea potrivirii cu patternuri de boli stocate în memorie; iv) utilizarea abducției sau recunoașterii patternului pentru generarea de ipoteze alternative; v) utilizarea deducției și inducției statistice pentru a testa și rafina acest set de ipoteze; vi) efectuarea de observații și teste suplimentare pentru testarea ipotezelor rămase în discuție; vii) utilizarea inducției bayesiene pentru a trage concluzia finală. Înafara trecerii

pragurilor bayesiane al probabilităților diagnostice, care sunt cel mai bine stipulate în ghidurile medicinei bazată pe dovezi, diagnosticul final trebuie să treacă și de evaluarea adecvantei lui pentru explicarea tuturor caracteristicilor pozitive și negative găsite, a explicării rezonabile a legăturilor cauzale dintre datele clinice și cunoașterea biomedicală astfel încât diagnosticul să poate fi considerat ca fiind făcut pe baza unor date științifice reale (University of Iowa Health Center, 2023).

O să închei acest paragraf cu ideile pe care Stopler (2010) ni le aminteste. În primul rând ca există patru nivele de cunoaștere care sunt implicate în judecata diagnostică: i) experiența de fiecare zi a semnelor și simptomelor, ii) cunoașterea clinică exemplificată în judecata diagnostică și expertiza terapeutică, iii) cunoașterea biomedicală științifică și iv) cunoașterea filozofică implicată. Rationamentul diagnostic implică transformarea povestii individuale a pacientului într-un model clinic recunoscutibil al semnelor și simptomelor prin aplicarea cunoașterii științifice generale la un caz individual. Distincția de bază dintre cunoașterea științifică și cea clinică înseamnă de fapt că oamenii de știință încearcă să descopere modelele și legi generale, în timp ce clinicienii sunt focusați pe cazurile individuale și relațiile specifice dintre modelele generale. Un diagnostic este foarte folositor deoarece oferă un grad de certitudine și indică opțiunile terapeutice, dar care este adesea doar o presupunere și interpretare individuală a semnelor și simptomelor. Medicul nu este nici om de știință și nici artist, ci este inerent o persoană care lucrează cu un tip de cunoaștere incert și complex și cu relațiile lor mutuale (Bowen, 2006). Și în final, Stopler (2010) face o metaforă foarte frumoasă pentru a portretiza relația medicului cu știința și cu experiența clinică. Pentru el știința este ca și navigatorul unui vas care stă în camera hărților, iar experiența clinică este cârmaciul care stă cu mâna pe timona vasului. Putem considera că cârmaciul stă de veche și se luptă cu schimbările vântului și a curenților marini și astfel fără cârmaci vasul nu ar putea să urmeze un curs sigur pentru a ajunge la destinație, dar nici fără navigator vasul nu ar fi parat niciodată portul.

10.11. Erorile de diagnostic

Interesul în medicina a fost mai mult focalizat pe cauzele bolilor și intervențiile terapeutice și puține studii au fost făcute asupra certitudinii pe care o oferă diagnosticul medical. Se admite că diagnosticul clinic este un proces complet asediat de greseli, adesea reprezentând doar un echilibru între diferite feluri de incertitudini. Multe dintre acestea sunt date

de variabilitatea cursului bolilor, de tablourile clinice diferite și de interpretarea pe care li se da. În plus, practica medicinei are în mod inerent multe aspecte „value-ladden” precum credințele și atitudinile medicilor care introduc aspecte subiective în procesul de diagnostic.

Graber și colab. (2005) definește erorile de diagnostic ca un „diagnostic care a fost întârziat neintentionat, greșit sau omis, acestea fiind apreciate după o analiză a informațiilor corecte ulterioare”. Schiff et al. (2009) îl definește ca „orice gresală sau eroare în procesul diagnostic conducând la un diagnostic greșit sau întârziat. Aceasta poate include o gresală în timpul alocat pentru stocare, obținere sau interpretare a simptomelor, semnelor sau rezultatelor de laborator, în formularea sau cântărirea diagnosticului diferențial și a timpului alocat pentru urmărirea pacientului, în îndrumare la alte specialități sau evaluare”. În general se sugerează ca o eroare de diagnostic este considerată să se petreacă atunci când diagnosticul incorect duce la generarea de probleme sau daune pacientului sau la evenimente adverse.

Se apreciază că aproximativ 75% din greselile de diagnostic par să aibă o origine cognitivă (Graber și colab. 2005). Astfel, din 130 milioane de vizite anuale în departamentele de urgență din Statele Unite, au fost identificate peste 7 milioane de erori care au condus la aproximativ 350.000 decese (Newman-Toker și colab, 2022). Alte surse cognitive ale erorilor diagnostice au fost cunoașterea clinică inadecvată, abilități și raționări inadecvate, în special în cazuri atipice. Leape și colab. (2020) estimează o rată anuală de mortalitate între 40.000-80.000. Se estimează că rata de diagnostic greșit pe întregul spectru al medicinei este între 10 și 15% (Berner și Graber, 2008).

Istoriceste, erorile de diagnostic au fost văzute la nivel individual ca un eșec la procesul cognitiv al medicului. În raportul Institutului de Medicină a Academiei de Științe a Statelor Unite din 2015, despre erorile în medicină, focusul s-a concentrat asupra erorilor cognitive din raționamentul medical și aceasta pentru că „raționamentul clinic se petrece în mintea medicului” (Balogh și colab., 2015). Croskerry și colab. (2023) estimează că raționamentul clinic apare să fie sursa primară a acestor eșecuri cognitive care au condus la diagnostic greșit. Deși unele erori de diagnostic sunt cauzate de disfuncționalități latente din sistemul de sănătate, precum politicile de sănătate, comunicare greșită, training inadecvat, 80% din erori pot fi contabilizate de o cascada de erori cognitive. Doctorii nu gresesc din cauza ignorării faptelor clinice, ci mai mult din cauza că, subconstient, cad într-un număr de capcane cognitive. Una din ele foarte frecventă este data de gresală de a genera un număr insuficient de alternative și de a le testa adecvat

(Lawson si Daniel, 2011). La acestea s-au mai adaugat pereturbări cognitive legate de interpretări preferentiale ale unor date clinice sau de laborator, supraevaluarea sau subevaluarea unor date, inclinatii doctrinare, omisiuni legate de presiunea timpului, oboseala, distractibilitate, modalitati particulare de examinare si culegere de date, graba, inchiderea prematura a examinării (Norman si colab. 2017).

Atunci cand erorile de diagnostic au fost analizate in functie de tipul de rationament clinic, Evans si colab. (2013) au constatat ca erorile de diagnostic pot aparea de la utilizarea scurtaturilor heuristice de judecata din sistemul 1 din modelului dual de rationament clinic, erori care pot fi insa corectate in timpul procesării din sistemul 2. Mai pot aparea si erori legate de sistemul 2 cand se fac greseli in colectarea datelor sau in utilizarea testelor diagnostice. Dar erorile cognitive nu sunt singura sursa a greselilor de diagnostic din medicina. Graber si colab. (2005) au investigat 100 de cazuri de erori de diagnostic din medicina interna si le-au impartit in erori cognitive, erori legate de sistemul medical si nicio gresala. Apoi ei au constatat ca 46% din erorile de diagnostic au fost determinate de o combinatie de erori ale sistemului medical plus erori cognitive ale medicilor, 28% au fost cazuri pure ce implica numai factori cognitivi, 19% au fost numai erori legate de sistem si doar in 7% cazuri de erori in care nu s-au gasit greseli, ci doar boli atipice sau probleme legate de pacient. Erorile legate de sistem include probleme si proceduri ineficiente, dificultati ale lucrurului in echipa si perturbări in comunicare. Combinand cazurile pure si cazurile mixte, sistemul a contribuit la 65% dintre erorile de diagnostic.

In concluzie, putem spune, impreuna cu Thammasitboon si colab.(2013), ca erorile de diagnostic sunt comune, daunatoare pentru pacient, costisitoare pentru societate si pentru indivizi si critice pentru siguranta pacientilor aflati in ingrijire medicala.

Bibliografie:

Balogh EP, Miller BT, and Ball JR (Eds.) (2015): Improving Diagnosis in Health Care / Committee on Diagnostic Error in Health Care, Board on Health Care Services, Institute of Medicine, The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Washington DC: The National Academies Press.

Barrows HS, Norman GR, Neufeld VR, Feightner JW (1982): The clinical reasoning of randomly selected physicians in general medical practice, *Clin Invest Med.*, 5: 49-55.

Barrows HS, Feltovich PJ (1987): The clinical reasoning process, *Med Educ.*, 21: 86–91.

Body R, Foex B (2009): On the philosophy of diagnosis: is doing more good than harm better than “*primum non nocere*”? *Emerg Med J*, 26: 238–240; DOI: 10.1136/emj.2008.064303.

Bolton JW (2015): Varieties of clinical reasoning, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 21: 486–489.

Bowen JL (2006): Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning, *N Engl J Med.*, 355: 2217-2225.

Berner E, Graber M (2008): Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine, *Amer J Med.*, 121(Suppl 5): S2-S23; DOI: 10. 1016/j. amjmed. 2008. 01. 001,

Brinkmann S (2016): *Diagnostic Cultures: A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*, London and New York: Routledge.

Brown P (1995): Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness, *Journal of Health and Social Behavior*, Extra issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future: 34-52.

Brush Jr JE, Sherbino J, Norman GR (2017): How Expert Clinicians Intuitively Recognize a Medical Diagnosis, *The American Journal of Medicine*, 130: 629-634.

Campaner R, Sterpetti F (2023): *Abduction, Clinical Reasoning, and Therapeutic Strategies*, in L Magnani (Ed.): *Handbook of Abductive Cognition*, Dordrecht: Springer.

Charlin B, Tardif J, Boshuizen HPA (2000): Scripts and medical diagnostic knowledge: Theory and applications for clinical reasoning instruction and research, *Acad. Med.* 75: 182–190.

Chiffi D, Zanolini R (2015): Medical and nursing diagnoses: a critical comparison, *J. Eval. Clin. Pract.*, 21(1): 1–6.

Chiffi D (2021): *Clinical Reasoning: Knowledge, Uncertainty, and Values in Health Care*, Springer, Switzerland.

Chiffi D, Andreoletti M (2023): Introduction to Abduction and Medicine: Diagnosis, Treatment, and Prevention, in L Magnani (Ed.): *Handbook of Abductive Cognition*, Dordrecht: Springer

Coderre S, Mandin H, Harasym PH, Fick GH (2003): Diagnostic reasoning strategies and diagnostic success, *Med. Educ.*, 37(8): 695–703.

Corazza GR, Lenti MV, Howdle PD (2021): Diagnostic reasoning in internal medicine: a practical reappraisal, *Internal and Emergency Medicine*, 16(2): 527-528, DOI: 10.1007/s11739-020-02580-x.

Croskerry P, Campbell SG, Petrie DA (2023): The challenge of cognitive science for medical diagnosis, *Cognitive Research: Principles and Implications*, 8(1): 13, DOI: 10.1186/s41235-022-00460-z.

Dhaliwal G (2017): Premature closure? Not so fast. *BMJ Qual Saf.*, 26: 87–89.

Dawson NV (1993): Physician judgment in clinical settings: Methodological influences and cognitive performance. *Clinical Chemistry*, 39(7): 1468–1480, DOI: 10.1093/clinchem/39.7.1468

Dilthey W (1960): *Dilthey's Philosophy of Existence: Introduction to Weltanschauungslehre*, London: Vision.

Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA (1978): *Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Elstein AS, Schwarz A (2002): Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature, *BMJ*, 324: 729–732.

Elstein AS (2009): Thinking about diagnostic thinking: a 30-year perspective, *Adv in Health Sci Educ*, 14: 7–18; DOI 10.1007/s10459-009-9184-0.

Engelhardt HT, Jr (1981): Clinical judgment, *Metamedicine*, 2: 301-317.

Evans JST (2008). Dual-processing accounts of reasoning, judgment, and social cognition. *Annual Reviews Psychology*, 59: 255–278.

Evans JST, Stanovich KE (2013): Dual-process theories of higher cognition: Advancing the debate, *Perspectives on Psychological Science*, 8(3): 223–241.

Ferreira AP, Ferreira RF, Rajgor D et al (2010): Clinical reasoning in the real world is mediated by bounded rationality: Implications for diagnostic clinical practice guidelines. *PLoS ONE*, 5(4): e10265.

Fischer R (1998): Public relations problem solving: heuristics and expertise. *J. Public Relat. Res.*, 10(2): 137–153.

Gill CJ, Sabin L, Schmid CH (2005): Why clinicians are natural Bayesians, *BMJ*, 330: 1080–1083.

Goodman SN (1999): Toward evidence-based medical statistics: II. The Bayes factor, *Ann Intern Med*, 130: 1005-1013.

Graber ML, Franklin N, Gordon R (2005): Diagnostic error in internal medicine, *Archives of Internal Medicine*, 165(13): 1493–1499. DOI: 10.1001/ archinte. 165. 13. 1493.

Gruppen LD, Woolliscroft JO, Wolf FM (1988): The contribution of different components of the clinical encounter in generating and eliminating diagnostic hypotheses, *Res Med Educ.*, 27: 242-247.

Gruppen LD, Frohna A (2002): Clinical Reasoning, in GR Norman GR et al (Eds.): *International handbook of research in medical education*, Boston (MA): Kluwer Academic.

Goodman LR (2006): *Felson's Principles of Chest Roentgenology*, 3rd Ed., New York: Saunders.

Harris BW, De Simone NF, Slotkin JF (2021): *American Journal of Clinical Medicine*, 9(3): 134-137.

Heneghan C, Glasziou P, Thompson M et al (2009): Diagnostic strategies used in primary care, *BMJ*, 338: b946: DOI: 10.1136/bmj.b1187.

Hyoung Seok Shin (2019): Reasoning processes in clinical reasoning: from the perspective of cognitive psychology, *Korean J Med Educ.* 2019 Dec; 31(4): 299–308, DOI: 10.3946/kjme.2019.140.

Johnson-Laird PN (1994): Mental models and probabilistic thinking, *Cognition*, 50(1-3): 189–209.

Johnson-Laird PN, Khemlani SS (2013): Toward a Unified Theory of Reasoning, in: BH Ross (Ed.): *Psychology of Learning and Motivation*, Vol 59, New York: Elsevier, DOI: 10.1016/B978-0-12-407187-2.00001-0.

Jutel A (2009): Sociology of diagnosis: A preliminary review, *Sociology of Health and Illness* 31(2): 278–299.

Kahneman D (2011): *Thinking, fast and slow*, New York: Farrar, Straus and Giroux.

Lawson AE, Daniel ES (2011): Inferences of clinical diagnostic reasoning and diagnostic error, *Journal of Biomedical Informatics*, 44: 402–412.

Leape LL, Berwick DM, Bates DW (2020): What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA*, 288(4): 501–507; DOI 10. 1001/ jama. 288.4. 501.

Lie AK, Greene JA (2020): From Ariadne's thread to the labyrinth Itself — Nosology and the infrastructure of modern medicine, *N Engl J Med*, 382;13: 1273-1277.

Loftus S (2012): Rethinking clinical reasoning: time for a dialogical turn, *Medical Education* 2012; 46: 1174–1178; DOI:10.1111/j.1365-2923.2012.04353.x.

Lucchiari C, Pravettoni G (2012): Cognitive balanced model: a conceptual scheme of diagnostic decision making, *J Eval Clin Pract.*, 18(1): 82–88.

Marcum JA (2008): *Humanizing Modern Medicine: An Introductory Philosophy of Medicine*, New York: Springer.

Martini C (2023): Abductive Reasoning in Clinical Diagnostics, in L Magnani (Ed.): *Handbook of Abductive Cognition*, Dordrecht: Springer

Martin E (2007). *Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Newman-Toker DE, Peterson SM, Badihian S et al (2022): Diagnostic errors in the emergency department: A systematic review. *Comparative Effectiveness Review No. 258*, Johns Hopkins University, AHRQ Publication No. 22(23)-EHC043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; DOI: 10. 23970/ AHRQE PCCER 258.

Norman G (2005): Research in clinical reasoning: past history and current trends, *Med Educ.* 39(4): 418–427.

Norman G, Monteiro SD, Sherbino J et al (2017): The causes of errors in clinical reasoning: cognitive biases, knowledge deficits and dual process thinking, *Academic Med.*, 92(1): 23-29; DOI: 10.1097/ACM.0000000000001421.

Peirce CS (/1870/1992): Deduction, induction, and hypothesis, in N Houser & C Kloesel (Eds.): *The Essential Peirce (1867–1893)*, Bloomington: Indiana University Press.

Pelaccia T, Tardif J, Triby E, Charlin B (2011): An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: The dual-process theory. *Medical Education Online*, 16, 5890; DOI: 10. 3402/ meo.v16i0. 5890.

Psillos S (2011): An Explorer upon Untrodden Ground: Peirce on Abduction, in DM. Gabbay, S Hartmann, J Woods (Eds.): *Handbook of the History of Logic. Volume 10: Inductive Logic*, New York, London, Amsterdam: Elsevier.

Rencic J, Trowbridge RL, Fagan M et al (2017): Clinical reasoning education at US medical schools: Results from a national survey of internal medicine clerkship directors, *Journal of General Internal Medicine*, 32(11): 1242–1246; DOI: 10. 1007/ s11606- 017.

Reznek L (1987/2022): *The Nature of Disease*, London and New York: Routledge.

Rosenberg C (2002): The tyranny of diagnosis: Specific entities, *The Milbank Quarterly*, 80(2): 237-260; DOI: 10.1111/1468-0009.t01-1-00003.

Round A (2000): Introduction to clinical reasoning, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 7(2): 109–117.

Sadegh-Zadeh K (1981): Foundations of clinical praxiology: Part I: The relativity of medical diagnosis, *Metamedicine*, 2: 183-196.

Schiff GD, Hasan O, Kim S, et al (2009): Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors, *Arch Intern Med.*, 169(20): 1881–1887.

Schwartz A, Elstein AS (2009): Clinical reasoning in medicine, in J Higgs, M Jones, S Loftus, N Christensen (Eds.): *Clinical Reasoning in the Health Professions*, 3rd Edn. London: Elsevier.

Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen HPA (1990): A cognitive perspective on medical expertise: theory implications, *Acad Med.*, 65: 611–621.

Stanovich KE, West RF, Toplak ME (2014): Rationality, intelligence, and the defining features of type 1 and type 2 processing, in J W Sherman et al (Eds.): *Dual-process theories of the social mind*, New York: The Guilford Press.

Stanley DE, Campos DG (2013): The Logic of medical diagnosis, *Perspectives in Biology and Medicine*, 56(2): 300-315; DOI: 10.1353/pbm.2013.0019.

Stedman T (1995): *Stedman's Medical Dictionary*, 26th ed., Williams & Wilkins, Baltimore.

Stempsey WE (2002): *Disease and Diagnosis: Value-dependent Realism*, New York, Boston: Kluwer Academic Publ.

Stolper E, Rutten L, Dinant GJ (2005): The nature of diagnostic reasoning by experienced general practitioners, *Huisarts en Wetenschap*, 48: 16-19; in Stolper E (2010): *Gut feelings in general practice*, Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse /Universitaire Pers Maastricht, DOI: 10.26481/dis.20100226es.

Stolper E (2010): *Gut feeling in general practice* (PhD thesis), Maastricht: University of Maastricht; DOI: 10.26481/dis.20100226es.

Thammasitboon S, Thammasitboon S, Singhal G (2013): Diagnosing diagnostic error, *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 43: 227-231.

University of Iowa Health Center (2023): *Clinical and Diagnostic Reasoning*, Department of Internal Medicine, Master Clinical Program, IA: Iowa City.

Veen M (2021): Creative leaps in theory: the might of abduction, *Advances in Health Sciences Education*, 26: 1173–1183, DOI: 10.1007/s10459-021-10057-8.

Westen D, Heim A, Morrison K (2002): Simplifying diagnosis using a prototype-matching approach: implications for the next edition of the DSM, in: LE Beutler and ML Malik (Eds.): Rethinking the DSM: A Psychological Perspective, Washington DC: American Psychological Association.

Willis BH, Beebe H, Lasserson DS (2013): Philosophy of science and the diagnostic process, *Family Practice*, 30: 501–505; DOI: 10.1093/fampra/cmt031.

Wulff HR (1976): *Rational Diagnosis and Treatment*, Blackwell Scientific Publications, Oxford.

Yazdani S, Hosseinzadeh M, Hosseini F (2017): Models of clinical reasoning with a focus on general practice: a critical review. *J Adv Med Educ Prof*. 5(4): 177-184.

Yazdani S, Abardeh MH (2019): Five decades of research and theorization on clinical reasoning: a critical review, *Advances in Medical Education and Practice*, 10: 703–716, DOI: 10.2147/AMEP.S213492

Cap. 11: De ce “filozofia medicinei” și problema Inteligenței Artificiale

Filozofia, ca dragoste față de înțelepciune, așa cum vechii greci o priveau, este un studiu sistematic a problemelor generale privind existența, rațiunea, cunoașterea, scopurile, valorile și mintea omenească. În sens larg, filosofia poate fi definită ca “critica a presupuzițiilor” ce duce la clarificarea gândurilor și a solidității fundamentelor cunoașterii (Honderich, 1995). Acest lucru se dobândește printr-o disecție ordonată a acestor presupuziții inerente unui corp particular de cunoaștere. Doar evidențiindu-le, supunându-le la obiecții relevante și examinând validitatea contra-exemplurilor, discuția filozofică este posibilă (Fenton, 2018). Harper (2003) folosește o foarte frumoasă metaforă când spune că filozofia este ca un fel de cadru care ne ajută să ne cățaram mai sus. La bază stă cunoașterea rudimentară, care ne permite să facem doar un pas mai sus, ca să avem o perspectivă mai bună. Cu cât cunoașterea și înțelegerea noastră filozofică crește, cu atât ne ridicăm mai sus și vedem mai departe, câștigăm noi perspective.

La începutul epocii moderne s-a crezut că filozofii sunt intelectuali puri care trebuie să se ocupe numai de problemele cruciale ale naturii și umanității care pot fi abordate abstract, în izolare față de activitățile practice. Mai apoi s-a văzut că cele mai fructuoase probleme în filozofie au apărut din contactul cu domenii practice, precum medicina, dreptul, administrația publică sau ecologia. Această „filozofie aplicată” a revigorat și relația dintre teorie și practică și, pe acest fundal, filozofia s-a apropiat din nou de medicină. Mai mult, se spune că de fapt medicina a salvat etica, ramura principală a filozofiei generale (Toulmin, 1982; 2002).

Nu se putea ca filozofia să nu vadă în medicină un câmp fertil de reflecție. Principala sarcină intelectuală în filozofia medicinei este analiza reflexivă a diferitelor feluri de practici medicale, precum clasificare, raționamentul diagnostic, legitimitatea tratamentelor și multe altele, și cum ele se leagă unele de altele. Astfel, începând din vechea Grece, interacțiunea dintre filozofie și medicină are o lungă istorie de legături mutual benefice. Multi filozofi, precum Pitagora, Empedocle și Democrit au fost și experți medicali, iar unii dintre ei au avansat teorii despre natura bolilor. În acele timpuri, atenția filozofilor se limita la o teorie generală a naturii, în special a naturii umane, și în acest sens fenomenul medical era de un interes special. Aceste probleme antropologice și ontologice au fost însoțite și de un interes practic privitor la ceea ce se înțelege printr-o viață bună și sănătate mentală și trupească, temele predilecte ale gândirii grecești (Frede, 1986).

Deși cele două discipline urmăresc scopuri distincte, filozofia fiind în căutarea adevărului, iar medicina în căutarea sănătății, în realitate ele sunt interconectate. Filozofia și medicina totdeauna s-au influențat una pe alta de pe vremea lui Hipocrate, care credea că medicii sunt și filozofi. Filozofia a furnizat instrumente teoretice, metodologice și analitice pentru scrutarea conceptelor medicinei precum boala, sănătatea, diagnostic, în timp ce medicina a furnizat filozofiei probleme la care să reflecteze. Se poate spune că a existat o lungă și eterogenă tradiție a filozofiei despre medicina care uneori a dus la divorțuri și alteori la impacări fructuoase.

Trebuie să-l cităm în extenso pe Hank Ten Have (2002) care afirmă că a existat chiar și un conflict de lungă durată dintre filozofie și medicina în perioada evului mediu, când medicina era mai aproape de alchimie decât de chimie și acest conflict a fost rezolvat la sfârșitul sec. XIX, prin redefinirea rolului și obiectului filozofiei față de medicina. Filozofia a fost recunoscută ca o știință a științei, generând un alt nivel de abstracție și a devenit interesată de conceptele și metodele folosite de medicina în studierea și manipularea obiectelor sale. Rezultatul acestei relocări a fost emergența filozofiei medicinei ca disciplină intelectuală importantă. Concepend filozofia ca o meta-activitate, dintr-un competitor, medicina s-a transformat într-un aliat critic. Pretul plătit pentru această pacificare a fost că filozofia medicinei nu mai este focalizată pe interpretarea și explicare suferinței, bolilor și morții. În loc de a sublinia obiectivitatea cunoașterii medicale, filozofia medicinei reliefează valoarea cunoașterii medicale. În loc de a se ocupa de înțelesul existențial al bolii, întrebarea care stă pe frontispiciu nu mai este "Ce stim?", ci "Ce vrem să facem cu ceea ce stim?". Noile dezvoltări ale medicinei au provocat formularea de întrebări care se situează dincolo de scopul imediat al medicinei, probleme la care numai filozofia poate să fie capabilă să răspundă, având tradiția și capacitatea de a le analiza, probleme precum etica medicală în epoca transplantului și a inteligenței artificiale, îmbătrânirea și longevitatea, îngrijirile în stadiile terminale și eutanasia, etc. (Tosam, 2014). Aceste probleme sunt de competența celor patru ramuri ale filozofiei: metafizica, epistemologia, logica și etica.

Medicina nu mai este identificată doar ca un complex de cunoaștințe și practici actuale. Această identitate este fluidă și pentru a determina ce este, trebuie să avem o privire mai adâncă asupra societății și culturii ce influențează această identitate (Ten Have, 2002).

Prima carte de filozofie a medicinei a apărut în 1844, fiind scrisă de Elisha Barlett: „*Essay of the Philosophy of Medical Science*” (Stempsey, 2005). Barlett a publicat acest eseu după 8 ani de sedere la Paris unde a fost în contact cu ideile care încercau să transforme medicina dintr-o

practica intr-o stiinta reflexiva. Cartea reprezinta o perspectiva larga asupra gandirii si metodelor stiintifice in medicina. Ea are 36 capitole ce sunt divizate in doua parti: Partea I-a, numita si filozofia stiintelor fizice, se ocupa de principiile fizice care stau la baza gandirii stiintifice, iar Partea II-a, numita filozofia stiintelor medicale, priveste anatomia, fiziologia, patologia, diagnosticul si terapia in lumina principiilor stiintei considerate in partea I-a. Aceasta carte, ce poate fi privita ca prima incercare de formalizare a filozofiei medicinei, a avut cititorii ei in America acelor timpuri si a influentat in oarecare masura ceea ce va deveni mai tarziu filozofia medicinei (Huth, 2009).

Ce a urmat nu a fost de natura sa fie mentionat in mod specific pentru istoria filozofiei medicale pana in mai 1974, cand Institutul pentru stiinte umaniste a Universitatii de medicina din Texas a sponsorizat primul simposion transdisciplinar de filozofie si medicina care s-a tinut la Galveerston (Texas). Lucrarile prezentate aici au inaugurat seria de carti despre filozofie si medicina editate de Tristram Engelhart Jr si Stuart F Spicker. Participantii la acest simpozion au contribuit istoric la evaluarea filozofica a conceptelor de sanatate si boala, epistemologia medicinei si analiza fenomenologica a relatiei dintre corp si self (Pellegrino, 2002a).

Daca dorim sa cunoastem cum s-a nascut si se aseaza apoi filozofia medicinei intre alte cazuri in care filozofia vorbeste de medicina, atunci trebuie sa mentionam lucrarile de inceput ale lui Engelhardt si Erde (1978) si Pellegrino (1976). Tristram Engelhardt si Edmund Erde, sunt coautori la contributia "*Philosophy of Medicine*" din editia 1978 a „*Encyclopedia of Bioethics*”, care mai apoi a fost publicata ca lucrare independenta (Engelhardt si Erde, 1980). Ei disting diferite tipuri de relatie dintre filozofie si medicina: i) filozofia pentru medicina, ii) filozofia in medicina, iii) filozofia despre medicina si iv) filozofia medicinei. In primul caz, filozofia utilizeaza conceptele speculative pentru a genera explicatii medicale, in al doilea, filozofia este un instrument analitic folosit sa disece structurile logice din medicina, iar in a treia ipostaza, se reflecteaza asupra problemelor traditionale filozofice aparute in domeniul medicine. Filozofia medicinei, care este a patra tema, se ocupa de acele probleme epistemologice si conceptuale specifice medicinei, la fel cum filozofia le discuta in cazul oricarei alte stiinte.

Edmund Pellegrino (1976), in articolul sau „*Philosophy on Medicine: Problematic and Potential*” discutand posibila relatie dintre medicina si filozofie, gaseste trei tipuri de relatie: i) filozofie si medicina, ii) filozofie in medicina si iii) filozofia medicinei. El spunea ca filozofia colaboreaza cu medicina discutand unele probleme comune, precum problema minte-corp,

constiinta, perceptia, limbajul, probleme comune filozofiei si medicinei sau utilizeaza instrumente traditional filozofice precum gandirea critica sau rationamentul dialectic. Cand filozofia se intoarce spre intelesul medicinei si examineaza fundamentele ei conceptuale, ideologiile ei, etosul ei si bazele filozofice ale eticii medicale, atunci ea devine filozofie a medicinei. Filozofia medicinei cauta explicatii pentru ce este medicina si ce doreste sa fie.

Filosofia medicinei nu a fost todeauna recunoscuta ca un domeniu distinct si a existat o dezbatere importanta asupra acestui subiect. Arthur Caplan (1990) neaga ca filozofia medicinei exista. El spune ca filozofia medicinei este doar studiul epistemologiei, metafizicii si dimensiuniilor metodologice ale medicinei si nimic altceva. Stempsey (2008) spune ca filozofia medicinei nu poate fi precis descrisa din cauza ca nici filozofia si nici medicina nu pot fi precis definite. Mai mult, filozofia medicinei nu constituie o clasa bine definita pentru ca nu vine numai din campul filozofiei si medicinei ci si din variate alte discipline. El face o trecere in revista a literaturii filozofiei medicinei care sa suporte aceasta pozitie si gaseste ca din 625 articole publicate intre 1997–2006, aproape trei-sferturi se ocupau cu probleme de etica medicala si din 36 carti, aproape 60% sunt in special despre etica. Autorul conchide ca filozofia medicinei include toate felurile de reflectie filozofica asupra medicinei, dar predomina domeniul eticii medicale.

Cu toate pozitiile ambigue ale unor autori, filozofia medicinei este astazi un domeniu distinctiv prin focusul pe care-l are asupra problemelor conceptuale, metodologice, axiologice, epistemologice, metafizice si a altor probleme filozofice privind medicina din punct de vedere teoretic, cu scopul de a analiza, intelege sau explica aspecte ale teoriei si practicii medicale (Tosam, 2014; Schramme, 2017). Astazi filozofia medicinei constituie nu numai o disciplina filozofico-medicala dar si un forum de discutii care reflecteaza la asaltul pe care tehnologia il face asupra practicii medicinei clinice ducand-o treptat la o „medicina fara suflet” si la felul cum tehnologia computationala IT incearca sa inlocuiasca medicul din cea mai rafinata pozitie a lui, cea de diagnostician.

Se vorbeste ca medicina este in criza datorita in special deprofesionalizarii medicilor. Edmund Pellegrino (2002b) vorbea de faptul ca profesia medicala este pe cale sa piarda angajamentul fata de protectia bunastarii si intereselor pacientilor in favoarea stralucirii pe care o capata manipuland tehnologii din ce in ce mai sofisticate, iar Arthur Kleidman (citad de Blumer si Meyer, 2006) se arata profund ingrijorat ca societatea le permite medicilor sa devina mai

eficienti tehnologic odata cu pierderea capacitatii lor de a fi compasionanti si responsivi fata de pacientii lor. Medicina moderna adesea prezinta cu emfaza abilitatile si caracterul ei tehnic, dar ingrijirile umane le trece cu vederea. Pentru Marcum (2012) criza medicinei de astazi, daca este intr-adevar o criza, nu este altceva decat o alta fateta a ciocnirii dintre doua culturi, cea stiintifica si cea umanista.

Mai recent, Hofmann (2021) vorbeste de faptul ca medicina se afla de "muchie" (*"medicine on the edge"*). Metafora "*edge*" este ubicuitara astazi pentru a descrie situatia lumii sau situatia medicinei contemporane. Metafora medicinei aflate pe muchie sau pe lama cutitului se intalneste in titluri de carti, articole academice, in mass-media. Hofmann analizeaza intelesurile "medicinei aflate pe buza prapastiei" si identifica mai multe probleme pe care stiintele umaniste, in general, si filozofia medicinei in special, trebuie sa le abordeze. Dintre ele mentionez clarificarea conceptelor pe care le foloseste, clarificarea presupozitiilor si a premizelor argumentelor, metodelor si deciziilor, conceptualizarea si gestionarea incertitudinii si a regretelor morale, identificarea trendurilor si a implicatiilor lor si, foarte literar, relevarea "noilor haine ale imparatului", facand aluzie la povestea lui Hans Christian Andersen.

Alaturi de „noile haine ale imparatului”, de noua infatisare pe care medicul de astazi o promoveza avand obarsia intr-un narcisism profesional exacerbat, a aparut si indemnul de a pastra apartenenta la conceptul de medic virtuos. Marcum (2012) vorbeste de medicul virtuos pentru a rezolva criza de calitate si de profesionalism de care sufera medicina de astazi. Medicul virtuos este, pentru acest autor, un profesionist genuin care furnizeaza atat ingrijiri etice, cat si epistemice, in termenii medicinei holistice, adica bazate pe dovezi dar si centrate pe pacient, intr-un mod inteligent, prudent si plin de compasiune. Conceptul de medic virtuos a fost introdus de Pellegrino si Thomasma (1993) atunci cand inventariaza virtutile cardinale pentru practicarea medicinei, respectiv "*phronesis*", justitie, fortitudine si temperanta, in care termenul de "*phronesis*" vine din cultura vechilor greci care intelegeau un fel de intelepciune derivata din invatarea lucrurilor practice ceea ce conduce individul sa discearna si sa faca judecati drepte si corecte. In cazul medicului, este vorba de un „*insight*” moral necesar pentru a determina si implini nevoile pacientului. Intr-o alta lucrare, Pellegrino si Thomasma (1996) merg mai departe, preiau ideile papei Ioan Paul al II-lea si vorbesc de medicul virtuos crestin in care virtutile precum credinta, speranta, mila si binefacerea se adauga la celelalte virtuti. Medicul virtuos crestin nu numai ca se angajeaza in practicarea unei medicini virtuoaase, dar se angajeaza si in salvarea

spirituala a omului. Oamenii au intrinsec aceasta virtute pentru ca Dumnezeu i-a creat si astfel medicul virtos crestin adauga la caracteristicile lui epistemice si virtutile spirituale.

Alta problema care pune medicina pe „muchie” este conflictul ce rezida din diferite perspective si dileme, conflict pe care Hofmann (2021) il compara cu ciocnirea dintre placile tectonice. Unul din aceste conflicte ar fi cel dintre bioconservatori si bioliberali privitor la subiecte printre care eutanasia, ingrijirile paliative, transpalntul de organe, durerea, longevitatea, vulnerabilitatea si in final inteligenta artificiala. Nu trebuie sa uitam ca niciodata mai mult ca in timpul epidemiilor de Ebola sau Covid-19, medicina nu a parut mai vulnerabila epistemologic si mai inrobota fortelor politice. Toate acestea arata ca medicina se confrunta cu o permanenta stare de incertitudine. Exista chiar un slogan: medicina este stiinta incertitudinii!

Incetitudinea in medicina clinica afecteaza toate aspectele practicii clinice, de la deciziile de diagnostic pana la cele de tratament. Din punct de vedere filozofic, incertitudinile din medicina clinica pot fi morale sau epistemice. Incertitudinile morale caracterizeaza probleme precum retragerea aparatelor de suport al vietii, criteriile de donare de organe, alocarea de resurse in cazul epuizarii lor, eutanasia si medicina s-a adresat filozofiei pentru a incerca o clarificare a acestor incertitudini (Luther si Crandall, 2011). Se mai descriu si incertitudinile de ordin metafizic, ca de ex. este boala definita da o aberatie statistica, de un deficit functional sau de experienta pacientului? Poate cineva care are o boala sa fie considerat in acelasi timp si sanatos? Incertitudinea metafizica este adesea reflectata in dezbaterile dintre variate scoli de gandire, ca in cazul disputei dintre cei care vad boala ca aparand din cauza individului si cea care vad boala ca existent independent de individ. Tonelli si Upshur (2019) sustin ca majoritatea incertitudinilor cu care se confrunta clinicienii zilnic sunt de natura epistemica, respectiv obtinerea, intelegerea, ponderea si aplicarea cunoasterii derivate dintr-o varietate de surse in obtinerea deciziei medicale, precum din multiple surse de informare, ghiduri si principii cu variate nivele de confidenta. Incertitudinea epistemica este pervaziva si afecteaza toate dimensiunile deciziei clinice; diagnosticul, prognosticul sau alegerea tratamentului. Filozofia medicala trebuie sa ajute medicina clinica sa accepte incertitudinea ca parte intrinseca a ei si sa gestioneze aceste provocari epistemice si metafizice.

Problema inteligentei artificiale in medicina (IA)

O sa tratez separat aceasta problema pentru ca ea pune la incercare rezistenta rationamentelor, premizelor si valorilor pe care medicina le-a pus in opera pentru a ajunge acolo unde si-ar fi dorit sa ajunga.

Inteligena artificiala (IA) este destul de des prezentata ca fiind viitorul practicii medicale. Conceptul a fost dezvoltat in anii 1950 si a fost definit ca utilizarea unui model de comportament inteligent de computer cu interventie minima umana (Hamet si Tremblay, 2017). Ea este privita ca o alternativa la inteligena umana, in special ca inlocuire a abilitati medicilor de a face un diagnostic clinic. De mai multi ani, inteligena artificiala este in focusul comentatorilor din mass-media care afirma ca ea poate egala sau chiar depasi inteligena umana in domeniul diagnosticului.

In principal IA este bazata pe algoritmi unui program de invatat, algoritmi care sunt destul de inteligenti pentru a manipula probleme complexe si dificile. Recent, s-au facut progrese substantiale prin introducerea de retele, similar cu o retea neurala, numite retele neurale profunde. Daca ar fi sa facem o paralela intre medici si IA referitor la facerea diagnosticului, ar trebuie sa spunem ca medicii fac diagnosticul in principal prin metode intuitive si deductive, care pot sau nu sa se asocieze in modelul procesului dual de diagnostic pentru a genera ipoteze, care ulterior sunt rafinate prin adaugarea de evidente suplimentare. IA, numita si “masina de invatat” depinde de introducerea unor date care constituie baza de cunoastere, ca mai apoi sa faca predictii diagnostice pe aceasta baza. Introducerea datelor primare o fac expertii, iar daca acestea sunt gresite si rezultatul masinii este gresit.

Mai departe o sa reproduc in mare descrierea acestei masini de invatat asa cum o fac Pelaccia si colab. (2019). Masina de invatat depinde de dezvoltarea unui algoritm care retine trasaturile importante dintr-un set de date cunoscut ca un set de cunoastere de baza, ca mai sa faca predictii despre alte date cunoscute. Pentru ca invatarea sa se petreaca, datele utilizate pentru invatare trebuie denumite in acord cu asocierea lor la o solutie; aceste date sunt considerate ca “adevarul de baza”. De ex. datele fiziologice ale pacientului trebuie sa fie asociate cu o eticheta, indicand daca pacientul este bolnav sau sanatos. Adevarul de baza este furnizat de un expert uman (un medic), fie direct, ca in cazul adnotatiilor la o imagine radiologica, sau de fund de ochi, sau de computer tomograf, fie prin documente, precum rapoarte clinice, rezultate la testele de laborator. Astfel, spre deosebire de medici, care cunosc mii de mici piese de informatii despre bolnav si despre cunoasterea medicala in general, IA este limitata la o informatie specifica

furnizata pentru o sarcina anume. In plus, pentru fiecare sarcina noua, sistemul IA trebuie sa o ia de la zero.

Sistemele IA sunt compuse dintr-un model ce reprezinta cunoasterea invatata, o functie de decizie ce face posibil raspunsuri la problema atunci cand date noi sunt incarcate si o evaluare metrica care este raspunsul furnizat de IA comparat cu adevarul de baza stocat in memoria sistemului. Aceasta cunoastere poate fi stocata in retelele neurale adanci care sunt de fapt straturi de interconectare de neuroni artificiali ce formeaza impreuna un model. Pentru a invata, algoritmul IA optimizeaza in mod automat solutiile stocate calculand un rezultat numeric de evaluare, care este de fapt diferenta dintre rezultatul propus de algoritm, adica diagnosticul facut de masina si adevarul de baza, cel al expertilor medicali. In retelele neurale adanci, erorile analizate prin evaluarea metrica sunt intoarse inapoi prin straturile retelei si reanalizate, iar procesul este repetat pana ce algoritmul proceseaza rezultatul cu o mai mare acuratete.

Pentru a face un diagnostic corect al cancerelor de piele IA a avut nevoie de un stagiu de invatare care a constat in introducerea a 130.000 de imagini, Tot de 130.000 imagini a avut nevoie pentru a pune diagnosticul de retinopatie diabetica si de 100.000 imagini radiologic pentru diagnosticul de pneumonie (Pelaccia si colab.2019). Toate aceste date de baza, respectiv imagini, au trebuit sa fie certificate de experti ca sa reprezinte baza de invatare a acestei masini de diagnostic. Singura nu ar fi putut face nimic!

Holm (2023) critica sistemul de IA aprobat in Statele Unite de catre “*Food and Drug Administration*” pentru diagnosticul retinopatiei diabetice, sistem denumit IDx-DR. Acest sistem IA se bazeaza pe introducerea de zeci de mii de imagini retiniene de la diabetici, imagini care au fost calibrate conform unei scale metrice de la 1 la 10 in functie de probabilitatea de a fi o retinopatie diabetica judecata conform deciziei unor medici experti. O imagine va fi judecata ca fiind de retinopatie diabetica daca ea va trece de un prag stabilit statistic, respective peste nota 9. Autorul spune pe drept cuvant ca aceasta judecata statistica ce sta la baza acestiui sistem IDx-DR poate fi valabila pentru un esantion de pacienti, dar nu si pentru un caz separat. Evidenta generala este bazata pe faptele extrase de la un grup sau esantion, in timp ce evidenta particulara este evidenta rezultata pentru un pacient anume. Autorul afirma ca evidenta pur statistica nu poate justifica credinta ca un pacient anume are boala aflata in proces de diagnostic. In cazul deciziei diagnostice facute de medici, inductia statistica bayesiana este doar pentru a formula o

ipoteza care mai trebuie justificată de alte procese raționale și de culegerea unor informații suplimentare, atunci când este cazul.

Erorile în IA nu sunt comparabile cu erorile umane atunci când se analizează raționamentul diagnostic. În cazul IA cele mai multe erori rezultă din greșeli din timpul fazei de învățare, când se stochează datele bazale, din numărul insuficient de cazuri exemplare stocate, sau din calitatea datelor din procesul de antrenament sau din evaluare metrică irelevantă. Ceea ce este stocat în mașina de învățare este ceea ce experți descriu ca adevărat sau fals despre un anumit tip de condiție patologică. IA nu poate învăța la fel cum medicul raționează bazat pe o cunoaștere biomedicală complexă prin care el construiește normalul și patologicul. IA nu poate dobândi această cunoaștere pentru că nu poate face legăturile dintre straturile de cunoaștere, de exemplu, dintre cunoaștere anatomică și histologică și cea anatomopatologică și histopatologică, sau dintre cea fiziologică și cea biochimică, etc. Babushkina (2023) aduce argumente în plus împotriva pretenției că IA poate înlocui expertiza umană în procesul diagnostic. Este vorba de responsabilitatea etică a diagnosticului formulat de IA; cine poate fi făcut responsabil despre utilizarea acestui sistem sau de incorporarea acestuia în decizia făcută de medic. Astfel este neclar cine este proprietarul greșelii diagnostice, sau dacă noi ne putem atribui greșelile sistemului de diagnostic IA. Dacă noi nu suntem pasibili de a fi făcuți responsabili de alegerea mașinii IA de a face diagnosticul, atunci responsabilitatea va duce să blamezi un vacuum. Diana Babushkina spune că în cazul în care IA este considerată numai o unealtă, unealta nu are libertatea de a devia de la funcția sa. Ea nu este capabilă de atitudini epistemice și nu poate participa la procese care să fie legate de atributul de corect sau incorect. Dat fiind statutul ontologic al sistemelor de diagnostic IA, aceste sisteme nu sunt decât un tip de tehnologie printre alte tipuri de tehnologie, iar tehnologiile nu se bucură de privilegiul pe care persoanele îl au, adică să aibă capacitatea de a fi proprietarii erorilor făcute.

Iată de ce rolul filozofiei medicinei este mai actual ca niciodată, pentru că doar ea poate duce la i) clarificarea conceptelor, a presupuzițiilor și premizelor argumentelor, metodelor și deciziilor precum și la felul cum biotehnologia alterează fundamentul fiintelor umane, ii) modul de tratare a incertitudinilor, a vagului, ambivalenței, indeterminării ca și a regretelor morale cu care se confruntă medicina și implicațiile ei și iii) problema tehnologizării excesive a medicinei. Putem spune că într-adevăr medicina este pe muchie pentru că e gata să externalizeze evaluarea pacientului, utilizând algoritmi diagnostici sau tehnologii care să înlocuiască judecata medicului

si aceasta externalizare plaseaza evaluarea pacientului intr-un “*black-box*” impersonal (Hofmann, 2021).

Bibliografie:

Babushkina D (2023): Are we justified attributing a mistake in diagnosis to an AI diagnostic system? AI and Ethics, 3: 567–584; DOI: 10.1007/s43681-022-00189-x.

Blumer RH, Meyer M (2006): The New Medicine, New York, NY: Middlemarch Films.

Caplan AL (1990): Can philosophy cure what ails the medical model? in: RL Berg RL, J Cassells (Eds.): Promoting Health and Preventing Disability. Washington: National Academy of Sciences Press.

Engelhardt HT Jr, Erde EL (1980): Philosophy of Medicine, in: PT Durbin (Ed): A Guide to the Culture of Science, Technology, and Medicine, New York: Free Press.

Fenton R (2018): What is the place for philosophy within the field of medicine? A review of contemporary issues in medical ethics, Ethics, and Humanities in Medicine, 13(1): 16; DOI: 10.1186/s13010-018-0070-3.

Frede M (1986): Philosophy and Medicine in Antiquity, in: A Donagan, AN Perovich Jr, MV Wedin (Eds): Human Nature and Natural Knowledge. Dordrecht: Kluwer.

Hamet P, Tremblay J (2017): Artificial intelligence in medicine, Metabolism, Suppl.69: S36-S40; DOI: 10.1016/j.metabol.2017.01.011

Harper CM (2003): Philosophy for physicians, Journal of the Royal Society of Medicine, 96(1): 40-45.

Hofmann B (2021): The role of philosophy and ethics at the edges of medicine, Philos Ethics Humanit Med., 16: 14; DOI: 10.1186/s13010-021-00114-w.

Holm S (2023): Data-driven decisions about individual patients: The case of medical AI, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 1- 6; DOI: 10.1111/jep.13904.

Honderich T (1995): Oxford Companion to Philosophy, Oxford: Oxford University Press.

Huth EJ (2009): Transatlantic ideas on the philosophy of therapeutics in the middle of the 19th century, J R Soc Med., 2009 102: 34; DOI: 10.1258/jrsm.2008.08k032.

Luther VP, Crandall SJ (2011): Ambiguity and uncertainty: Neglected elements of medical education curricula? Acad Med., 86: 799–800.

Marcum JA (2012): *The Virtuous Physician: The Role of Virtue in Medicine*, Dordrecht, Heidelberg, London: Springer.

Pellegrino ED (1976): Philosophy of medicine: problematic and potential. *J Med Philos* 1(1): 5–31.

Pellegrino ED, Thomasma DC (1993): *The virtues in medical practice*, New York, NY: Oxford University Press.

Pellegrino ED, Thomasma DC (1996): *The Christian Virtues in Medical Practice*, Washington DC: Georgetown University Press.

Pellegrino ED (2002a): Bioethics as an Interdisciplinary Enterprise: Where Does Ethics Fit in the Mosaic of Disciplines? In: RA. CARSON, CR BURNS (Eds.): *Philosophy of Medicine and Bioethics: A Twenty-Year Retrospective and Critical Appraisal*, New York, Boston, Dordrecht, London: Kluwer Academic Publishers.

Pellegrino ED (2002b): Professionalism, profession and the virtues of a good physician, *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 69: 378–384.

Pelaccia T, Forestier G, Wemmert C (2019): Deconstructing the diagnostic reasoning of human versus artificial intelligence, 191(48): 1352-1355; DOI: 10.1503/cmaj.190506.

Schramme T (2017): *Philosophy of Medicine and Bioethics*, in T Schramme, S Edwards (Eds.): *Handbook of the Philosophy of Medicine*, Dordrecht, London: Springer; DOI 10.1007/978-94-017-8706-2_58-1

Stempsey WE (2005). Elisha Bartlett's Philosophy of Medicine, in: WE Stempsey (Ed.): *Elisha Bartlett's Philosophy of Medicine*, *Philosophy and Medicine*, vol 83. Dordrecht: Springer; DOI: 10.1007/1-4020-3042-8_5.

Stempsey WE (2008): Philosophy of medicine is what philosophers of medicine do, *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(3): 379-391.

Ten Have H (2002): From Synthesis and System to Morals and Procedure: The Development of Philosophy of Medicine, in RA. CARSON, CR BURNS (Eds.): *Philosophy of Medicine and Bioethics: A Twenty-Year Retrospective and Critical Appraisal*, New York, Boston, Dordrecht, London: Kluwer Academic Publishers.

Tonelli MR, Upshur EG (2019): A Philosophical Approach to Addressing Uncertainty in Medical Education, 94: 507-511; DOI: 10.1097/ACM.0000000000002512.

Tosam MJ (2014): The role of philosophy in modern medicine, *Open Journal of Philosophy*, 4(1): 75-84; DOI: 10.4236/ojpp.2014.41011.

Toulmin S (1982): How medicine saved the life of ethies, *Perspectives in Biology*

and Medicine, 25: 736-750.

Toulmin S (2002): The Primacy of Practice: Medicine and Postmodernism, in RA. CARSON, CR BURNS (Eds.): Philosophy of Medicine and Bioethics: A twenty-year Retrospective and Critical Appraisal, New York, Boston, Dordrecht, London: Kluwer Academic Publishers.