

MEDICINA STOMATOLOGICĂ DIN PERSPECTIVA PRAXIOLOGICĂ

**Dr. Mircea Carabela, Dr. Mihai Burlibașa, Dr. Ileana Ionescu,
Dr. Alexandru Iliescu, Prof. Dr. Florin Georgescu**
Facultatea de Medicină Dentară, UMF Carol Davila, București

REZUMAT

După cum bine se cunoaște, medicina stomatologică ocupă un loc aparte în sistemul specialităților medicale. Dovada este, între altele, faptul că, pentru pregătirea viitorilor specialiști, s-a instituit și funcționează o facultate aparte (cu un specific bine definit). Activitățile desfășurate de corpul medicilor stomatologi constituie, prin excelență, obiect nemijlocit și fundamental pentru abordarea praxiologică. Se poate vorbi de o relație complexă, de la praxiologia generală, spre sistemul științelor medicale stomatologice, praxiologie, praxiologie particulare și dinspre acestea, spre praxiologia generală.

ABSTRACT

It's a very well known fact, that dentistry is a special part of medical specialties. In order to prove it, for training future specialists in dentistry, there is a special faculty (with a well defined specification). Medical activities carried on by dental specialists constitute a fundamental object for praxiological approach. They can say, there is a complex relation: starting from general praxiology to dental medical sciences and, as well as, from dentistry (seen as particular praxiological science) to general praxiology.

După cum bine se cunoaște, medicina stomatologică ocupă un loc aparte în sistemul specialităților medicale. Dovada este, între altele, faptul că, pentru pregătirea viitorilor specialiști, s-a instituit și funcționează o facultate aparte (cu un specific bine definit). Urmare a ceea ce este, activitățile desfășurate de corpul medicilor stomatologi, constituie prin excelență, un obiect nemijlocit și fundamental pentru abordarea praxiologică. Se poate vorbi de o relație complexă, de la praxiologia generală, spre sistemul științelor medicale stomatologice, praxiologie, praxiologie particulare și dinspre acestea, spre praxiologia generală.

Dezvoltarea cercetării pe aceste aliniamente nu poate fi decât benefică pentru activitățile desfășurate de medicul stomatolog, a cărui performanță nu poate fi, așa cum se exprimă un întemeietor al praxiologiei, și l-am numit pe Kotarbinski, „decât lucrul bine făcut“.

Vom lăsa de o parte largul evantai al temelor, care constituie obiectul de interes al praxiologiei, pentru a ne opri asupra problematicii subiectului praxiologic, respectiv, asupra medicului stomatolog, privit din această perspectivă. Astfel, din multitudinea dimensiunilor, care se subîntind acestei teme, vom selecta și vom dezbate pe scurt,

problema formării medicului stomatolog, ca subiect praxiologic. Individul în genere nu se naște ca subiect praxiologic, ci se formează ca atare. Și aceasta, cu atât mai mult în cazul unei activități de înaltă specializare, cum este cea a stomatologului.

Activitatea stomatologică se desfășoară necondiționat în prelungirea și sub asistența demersului științific. În consecință, formarea medicului (specialistului) stomatolog ca subiect praxiologic, impune cu necesitate, instituirea lui ca subiect epistemic. Activitatea care urmează a fi desfășurată de viitorul specialist stomatolog, nu poate ajunge la condiția „lucrului bine făcut“, decât dacă acesta este un bun diagnostician.

De fapt, „diagnosticul este un act esențial al practicii medicale, pentru că, după cum este știut, tratamentul cel mai adecvat situației bolnavului, este consecința logică a unui diagnostic corect“. Dezvoltându-și analizele cu privire la eroarea de diagnostic, reputatul Prof. Dr. Mihail Anton a dorit să precizeze în însemnările dumnealui, încă de la bun început: „nu este cazul să insistăm asupra erorii de diagnostic, datorită ignoranței. Un diagnostic greșit, rezultat din faptul că medicul este ignorant, este ceva condamnat, atât moral, cât și penal chiar“.

Așadar, un prim comandament pentru procesul de instruire a medicului stomatolog, în vederea formării lui ca subiect praxiologic, este instituirea lui ca bun diagnostician. Împlinirea acestui comandament, are loc prin formarea subiectului epistemic, insistându-se pe 2 direcții diferite: instruirea lui (și, până la urmă, instituirea lui) ca subiect **perceptiv** și corelat, ca subiect **teoretic**.

SUBIECTUL PERCEPTIV

Cel care bate la porțile stomatologiei este un subiect al cunoașterii, capabil să se orienteze și să acționeze în mediul său, datorită senzațiilor, percepțiilor și reprezentărilor, a proceselor cognitive, considerate ca primă treaptă a cunoașterii. Dar, dacă este capabil să vadă în jurul său, asta nu înseamnă că știe să vadă, ceea ce ontologic se înscrie în aria activităților stomatologice. Și asta, în ciuda faptului că stimulii obiectivi ai pacientului, care iau forma undelor electro-magnetice din spectrul vizual sunt aceiași, atât pentru el, cât și pentru subiectul format. Putem spune, că de fapt cauza este aceeași (afecțiunea pacientului exprimată prin stimuli vizuali), dar efectul diferă (percepția novicelui și percepția medicului stomatolog format). De ce primul privește și nu vede, dar nu știe ce vede, iar al doilea vede ce este în toată complexitatea?

Pentru a răspunde întrebărilor, se cer evidențiate 2 aspecte ale complicatului proces de trecere de la obiectiv (pacientul) la subiectiv (subiectul perceptiv).

A) Boala, se spune că vorbește prin semne. Subiectul perceptiv, în genere, este capabil să recepționeze stimulii obiectivi în forma undelor electro-magnetice, dar nu este în stare să vadă semnele și faptul că stimulii sunt semne. De ce? Probabil, datorită dualității semnului. Acesta este altceva decât realitatea, despre care se vorbește. Novicele recepționează semnul ca „altceva“ (ca stimul numai), dar nu este capabil să vadă și „realitatea despre care se vorbește“. Semnul este un fapt fizic, dar el nu vorbește niciodată despre sine. Ca atare, este recepționat ca fapt fizic, în sine, atât și nimic mai mult. Acel „altul“ al său, al semnului, îi rămâne ascuns novicelui. Semnul pune distanță între sine și realitatea, despre care se vorbește (dar care îi este iminentă), distanță pe care începătorul nu o poate parcurge.

B) Primul aspect la care ne-am referit (dualitatea semnului) este un dat obiectiv, cel de-al doilea, în jurul căruia poposim în continuare, privește subiectul.

Dacă, așa cum am arătat anterior, cauza este una și aceeași, iar efectul diferă, înseamnă că cel de-al doilea termen al relației este răspunzător pentru diferențierea efectelor. De ce anume structuri în plus dispune medicul stomatolog, în virtutea cărora el

este capabil să vadă în stimulul semnul? O senzație anume (să zicem cea vizuală), se produce ca urmare a acționării unui stimul obiectiv asupra organului de simț și, metaforic vorbind, preluând limbajul senzualistilor, drept urmare, are loc o „întipărire“ în proiecția centrală a organului respectiv.

La acest nivel al relației subiect-obiect, nu se poate vorbi încă de un act al cunoașterii propriuzis. Informația ajunsă în scoarță nu găsește aici, revenind la limbajul senzualist, o „tabula rasa“. Ajunsă în proiecția corticală a organului receptor, ea este „întâmpinată“ de ceea ce s-a întipărit în experiența anterioară. Asupra celor întipărite trebuie să ne centrăm atenția, pentru elaborarea răspunsului. Ne punem întrebarea: „ce fel de întipăririi, care se găsesc parca în așteptare, se află în scoarță și cum s-au format ele?“

Întipăririle mai vechi și mai noi nu se găsesc așezate unele lângă altele. Ele se organizează și se ierarhizează. Experiența repetată face ca aceste întipăririi să ia forma unor structuri relativ invariante. De acum, se păstrează în subiectivitatea individului nu întipăririi singulară a unui stimul, ci structura corelată acestuia. În procesul de formare a structurilor perceptivă și ca urmare a solicitării lor în actul de diagnoză, se instituie sisteme de semne etalon, în raport cu care sunt identificate semnele din aceeași clasă.

Experiența perceptivă privită în devenirea ei pe direcția formării unor structuri a condus la ideea prezenței unei stări perceptivă sui-generis. Structura formată apare ca un montaj, ca un edificiu construit de subiect și depozitat în memoria lui. Montajul sau set-ul, consideră Mihai Golu, „constituie o problemă centrală pentru psihologia percepției“. „El reprezintă o condiție permanentă actului perceptiv. Niciodată nu percepem la întâmplare, ci în acord cu un anumit curs al acțiunii, aflată în perioada de pregătire sau în plină desfășurare“.

Instituirea montajului perceptiv face ca actul de percepție să fie un proces de identificare. În acest stadiu al devenirii subiectului, înregistrarea trece cumva pe un plan secundar. Stimulii înregistrați sunt de acum comparați cu montajul perceptiv preexistent actului de percepție dat. Medicul stomatolog în formare, produce pentru sine montaje perceptivă tot mai adecvate, în raport cu variatele afecțiuni, ce urmează a fi diagnosticate.

Așadar, montajul perceptiv reprezintă acel „ce“ în plus, de care dispune subiectul format, datorită căruia acesta știe să vadă, vede semnul, și poate să parcurgă distanța la realitatea desemnată.

Încercând o imagine aproximativă a procesului perceptiv, am spune că medicul stomatolog format ca „subiect perceptiv“, aduce informațiile recepțio-

nate în timpul consultării în fața montajului perceptiv, pe care și l-a instituit pentru a compara, dacă acestea se încadrează sau nu în montajul de care dispune. Ne referim aici la „subiectul perceptiv“ și nu la cel „teoretic“, adică, recurând la o dihotomie, pentru a fi înțeleși, facem distincție între semne și simptome, care se adresează percepției, dar și sindroame, care privesc în principal „subiectul teoretic“.

În acest caz, se impune un efort susținut, pentru ordonarea și clasificarea semnelor (adică a conceptelor ce le desemnează), în grupe relativ distincte, corespunzătoare afecțiunilor, pentru ca în final să se realizeze un tablou coerent. Acesta ar reprezenta schema ideală a montajelor perceptive, ce trebuie să constituie zestrea „subiectului perceptiv“. În baza acestor informații, „subiectul perceptiv“ poate ajunge relativ ușor la diagnostic.

Împlinirea unei atari sarcini impune necondiționat preocuparea, ca în procesul formativ să se urmărească sistematic, nu numai pregătirea viitorilor specialiști stomatologi în plan teoretic, cunoașterea de către aceștia a semnelor și simptomelor corespunzătoare afecțiunilor, ci mai ales instituirea în subiectivitatea lor a montajelor perceptive, la care vor apela ca factori operaționali în activitatea lor profesională.

După cum am arătat în prima parte a referatului, subiectul praxiologic nu se naște, ci se formează în practica vieții. În cazul activităților de înaltă specializare, cum este și cea desfășurată de către medicul stomatolog, formarea are loc prin instituirea succesivă și, uneori simultană, a o serie de dimensiuni mai mult sau mai puțin specifice care, în sinteza lor, reprezintă subiectul praxiologic în toată complexitatea sa. Pentru medicul stomatolog o primă dimensiune, asupra căreia ne-am oprit în studiul precedent, este cea a „subiectului perceptiv“. Sarcina centrală a procesului formativ în această secvență este instituirea montajelor perceptive specifice în subiectivitatea viitorului specialist.

SUBIECTUL TEORETIC

Pentru a fi mai bine înțeleși, am recurs la o dihotomie între semne și simptome, pe de o parte, și simptome pe de altă parte, arătând că primele se adresează cunoașterii perceptive. Un semn anume este (și trebuie să fie) recunoscut de aparatul perceptiv căruia i se adresează. Recepționând un stimul anume, „subiectul perceptiv“ îl identifică în calitatea lui de semn. Identificarea este mai mult decât reflectarea, dar, luată în sine, nu este încă un act de cunoaștere propriu-zisă. Prin identificarea perceptivă am spune, subiectul realizează o cunoaștere la suprafață, deci superficială.

Pentru a fi mai expliciti în expunerea pe care o întreprindem, recurgem de fapt la imagine: însușirile care însoțesc o afecțiune dată, se dispun tridimensional. Unele dintre acestea, fie sunt caracteristice afecțiunii respective, fie nu se situează în raport cu subiectul în același plan, pe orizontală (am putea spune unele lângă altele). Alte însușiri se dispun în adâncime, pe verticală.

Pe parcursul consultării pacientului sunt identificate acele însușiri, care au valoare de stimuli-semne, ele fiind delimitate de celelalte însușiri, care nu au nimic în comun cu afecțiunea dată. În această secvență a cunoașterii (diagnosticării), sunt reținute numai acele însușiri dispuse pe orizontală. Ceea ce este dincolo, ceea ce se află dincolo de acestea, în adâncuri (și nu colateral), nu este accesibil simțurilor. La nivel perceptiv sunt surprinse aspecte fizico-chimice, mecanice de suprafață, acele manifestări, însușiri, care țin de aspectul fenomenal al realității date. Ce ține de fapt de esență nu este perceptibil.

Determinări, precum cauzalitate-condiționare-finalitate, realitate-posibilitate-probabilitate, structuralitate (elemente constitutive variabile și țesătura invariantă, raportul parte-întreg, funcțiile îndeplinite de părți și de întreg) etc, determinări existente în orice stare de ființare a lumii, nu pot fi puse în evidență prin simțuri.

Trecerea de la fenomen la esență, scoaterea din adâncuri a ceea ce este logic, devine posibil pe măsură ce se instituie „subiectul teoretic“.

În atenția acțiunii formative se înscriu, de data aceasta, procesele gândirii, precum și celelalte procese psihice, corelate cu acestea. Corpul de cunoștințe teoretice, care trebuie transmise subiectului în formare, presupune capacitatea de înțelegere, memorare, sistematizare, reproducere prin limbaj științific etc.

Întregul proces este unul de subiectivare a cunoștințelor obiectivate. Subiectul primește ceea ce comunitatea științifică în domeniu primește prin cercetare. Rezultatele cunoașterii precedesorilor se obiectivează în studii, monografii, tratate, lucrări enciclopedice. Ceea ce au produs alții și pare a nu mai aparține nimănui, este apropiat de subiect, devine un bun al acestuia, bun prin care el se instituie ca „subiect teoretic“. Specialistul, aplecat asupra pacientului, pentru a ajunge la diagnostic, pune în lucru, direct și indirect, totalitatea cunoștințelor subiectivate. Prin punerea în lucru a cunoștințelor apropiate, el decodifică semnele identificate, pentru a dezvălui ceea ce se află dincolo de ele.

Subiectivarea are o logică a sa, de care, din păcate, nu se ține seama în mod sistematic și consecvent. Un prim plan al cunoștințelor, ce urmează a fi însușite de viitorul specialist, este cel al con-

ceptelor cu valoare universală, cum sunt cele prin care sunt desemnate determinațiile existențiale, la care ne-am referit mai sus. Ele pot spune foarte mult, dar, asimilate școlastic, nu spun mai nimic. Îmbogățirea conținutului lor teoretic, respectiv împlinirea exigenței de a spune cât mai mult, constă în însușirea cunoștințelor, care au rezultat prin studierea realităților concrete, prin care se manifestă determinațiile universale, în cazul nostru al stărilor de sănătate și boală.

Al doilea plan îl constituie deci, ansamblul cunoștințelor de anatomie și fiziologie, referitoare la omul sănătos și, corelat, al cunoștințelor de anatomie patologică și fiziopatologie. Prin aceasta s-a depășit planul universalului, dar se plutește încă în sfera generalului. Planul următor îl constituie ansamblul cunoștințelor, cu privire la anatomia și fiziologia aparatului buco-maxilo-facial în stare de normalitate și, respectiv patologică. Al patrulea plan (în ordinea noastră, evident schematică), este dat de ansamblul cunoștințelor care, structurate sui-generis, iau forma sindroamelor.

Sindromul ar reprezenta o „asociere caracteristică de simptome și semne clinice și uneori paraclinice, grupate omogen sau heterogen, prin care se exprimă aspecte esențiale sau cel puțin importante ale unor boli, care au un anumit tip de leziune sau alterare funcțională“. Noțiunea de sindrom, conduce spre ceea ce au numit montaj perceptiv. Aparent, ar fi vorba de unul și același lucru (ansamblu de semne și simptome).

În fapt, ne aflăm în fața unor realități, care sunt în unitate, dar nu sunt și identice. Spunând că sindromul este în unitate cu montajul perceptiv, vrem să arătăm, că el se instituie pe baza experienței (aici, în sensul de cunoaștere empirică, perceptivă) realizată în practica medicală, că, spre a fi valid, el nu are voie să se îndepărteze de aceasta, să o ignore. În acest caz, dihotomia dintre sindrom, pe de o parte, și semne și simptome pe de altă parte, nu trebuie absolutizată.

Ontologic, un anume montaj perceptiv și sindromul corespunzător, ființează ca fapte de conștiință, în același subiect al cunoașterii. Și ființează nu în paralel, ci într-o unitate dialectică, fiecare întemeindu-se pe celălalt. Unitatea nu trebuie înțeleasă însă, ca identitate. Montajul perceptiv ține de cunoașterea perceptivă, empirică, în timp ce sindromul este un dat al cunoașterii raționale, al treptei logice.

Sintagma „ansamblu de semne și simptome“, ne trimite la montajul perceptiv. Schimbând accentul, aceeași înșiruire de cuvinte (ansamblu de semne și simptome) se va referi la un fapt de conștiință, ce ține de cunoașterea discursivă, rațională. De ce de data aceasta, prin aceeași expresie ne referim la un dat situat în afara proceselor psihice perceptivă? Pentru că, înainte de fi un ansamblu, semnele și simptomele trebuiesc asamblate, iar această sarcină revine rațiunii. Numai gândirea logică poate realiza o asociere caracteristică, numai ea poate grupa semne și simptome, care exprimă aspecte esențiale.

Vorbind în limbajul lui M. Bunge, vom spune că sindromul (nu noțiunea generică de sindrom, ci sindromul unei boli anume) este un construct, un obiect ideal construit de mintea umană, un edificiu mental, în care comunitatea științifică în domeniu a reunit, în urma unei experiențe îndelungate, o serie de aspecte semnificative, pentru o anumită boală. Alcătuirea tabloului sindroamelor se desfășoară ca proces istoric, fiind rezultatul formeii superioare de cunoaștere, cea științifică.

Valoarea lor este teoretică, dar mai ales operațională. Rezultat al cunoașterii științifice, ele devin instrumente ale cunoașterii medicale. Prin ele se trece din planul abstract la cel concret, de la general la singular, la omul din fața ta, pacientul.

Ajunși cu discuția la acest nivel, s-ar putea spune că sarcina procesului formativ, care a vizat realizarea „subiectului epistemic“, s-a încheiat prin instituirea „subiectului perceptiv“ și a „subiectului teoretic“. Lucrurile nu sunt atât de simple, pe cât ar părea la prima vedere. Actul diagnosticării nu este unul fotografic, un proces prin care semnele și simptomele identificate prin montajul perceptiv sunt raportate și încadrate într-un sindrom, pe care subiectul și l-a însușit în procesul formării.

Pentru că tabloul sindroamelor este neîncheiat, valoarea cognitivă a fiecărui sindrom statuat fiind relativă, pentru că sunt situații, când aceleași semne vorbesc despre afecțiuni diferite, etc., „subiectul teoretic“ trebuie să-și formeze o anumită gândire, să practice o gimnastică a mișcării raționamentelor, deci să recurgă la montajele perceptivă și la sindroame, ca instrumente operaționale numai și ca premise, sarcina elaborării diagnosticului ca act original, urmează a fi împlinită de raționamente desfășurate corect din punct de vedere logic și în conformitate cu situația pacientului.

BIBLIOGRAFIE

1. **Bunge, M** – Philosophy of physics. Dordrecht, 1977.
2. **Costică, I.,I** – Considerații privind unele aspecte ale definiției și clasificării sindroamelor în medicina internă. Editura Medicală, București, 1989, p. 305-306.
3. **Golu, M** – Percepție și activitate. Editura Științifică, 1971, p. 94.
4. **Mihail, A** – Eroarea de diagnostic, în filozofie și medicină. Editura Medicală, București, 1989, p. 444-448.
5. **Piaget, J** – Biologie și cunoaștere. Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1971, p.15
6. **Von Wright, G.,H** – Normă și acțiune. Editura Științifică și Enciclopedică, 1982, p. 220-226