

Relația medic-pacient

-comentariu și studiu-

Dan VASILIU

București, 2014

Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) definește starea de sănătate ca fiind „o stare completă de bine din punct de vedere fizic, mental și social și nu neapărat doar absența bolilor sau infirmităților”¹. Aceasta definiție este o recunoaștere a faptului că starea de sănătate este mai mult decât absența suferinței și durerii. Este o stare de armonie, o stare de bine cu privire la evoluția complexului biologic, psihologic și a dimensiunilor sociale ale comportamentului uman. Boala, în schimb, este definită ca o serie de modificări biologice și/sau dizabilități sau un risc crescut spre distres și/sau dizabilitate și expune un anumit tablou clinic. Conform Price & Linn (1981)² boala presupune anumiți agenți etiologici clasificați ca fiind exogeni (fizici, chimici, biologici sau psiho-sociali) și endogeni (de exemplu cei genetici). Într-o alt fel de clasificare acești factori pot fi: declanșatori, determinanți, favorizanți, predispozanți de risc sau de menținere. Putem constata că relația medic-pacient poate contribui, în mod nemijlocit, la întărirea sau ameliorarea factorilor favorizanți sau de menținere și poate astfel crește sau reduce corespunzător tabloul clinic al bolii. A exercita corect medicina înseamnă a răspunde prompt și onest la diferite nevoi și cereri în raport cu actul medical și a-l însoți mereu cu conștiința etică. Pentru aceasta medicul trebuie să înțeleagă pacientul, să-l protejeze psihic față de alarma senzorială și afectivă produsă de boală. Comportamentul trebuie să fie lin de căldură, de grijă și devotament față de bolnav. Cunoașterea mai profundă a beneficiilor îngrijirilor acordate poate conduce medicul spre oferirea unui tratament mai bun, individualizat, complet și continuu. O persoană „intră în boală” cu un anumit tip de sistem nervos și de temperament, cu un anumit caracter și inteligență, cu o anumită ereditate, cu complexe și păreri preconcepute, cu un anumit orizont cultural. Din acest motiv bolnavul are diverse atitudini față de boală, dar în același timp și față de echipa medicală: încredere, stimă, simpatie, însă, posibil și îndoială, teamă, dispreț, ură. Medicul este nevoit să-i trateze necondiționat pe toți.

¹ O.M.S. 1946.

² Apud. Daniel David (006), *Psihologie clinică și psihoterapie: fundamente*, Iași, Polirom, p:24.

În lucrarea "*Psihologia medicală : concept/cadru*"³ Doina Cosman evidențiază două modele conceptuale de boală : modelul biomedical și modelul biopsihosocial. Primul este un model reduționist, încorporează dualismul cartezian, este cauzal de tip liniar, pune accentul pe starea de boală, face abstracție de persoană, medicul este responsabil de tratarea bolii. Modelul biopsihosocial tratează boala ca având o cauzalitate multifactorială, consideră că psihicul nu poate fi separat de somatic, subliniază atât sănătatea cât și boala, suferința organului induce suferința persoanei iar responsabilitatea pentru tratament și recuperare este atât a medicului cât și a societății și a persoanei în cauză.

Conform lui A. Tatossian⁴ relația dintre medic și pacient se poate stabili prin conceptualizare, la nivelul intelectual, unde înțelegerea și explicarea bolii se face în acord cu modelele științifice sau prin identificare, la nivel afectiv, unde se merge spre înțelegerea personalității bolnavului și a particularităților căilor sale subiective. Se pot evidenția, conform *Cursului de Psihologie Medicală al Universității de Medicină și Farmacie "Iuliu Hașeganu"*⁵, mai multe modele de relație între medic și pacient : paternalist, informativ, interpretativ și deliberativ. În primul caz medicul decide ce este în interesul bolnavului pe baza informațiilor deținute și a raționamentului medical și se aplică cel mai adesea medicinei de urgență. În cazul modelului informativ medicul oferă pacientului informații relevante privitoare la afecțiune și la opțiunile terapeutice fără însă a ține cont de istoricul, personalitatea sau sistemul de valori al pacientului. Poate duce la creșterea anxietății, este lipsit de compasiune și presupune că pacientul este pe deplin autonom. Este mai potrivit în cazul consultului pentru afecțiuni minore, în ambulator. Conform modelului interpretativ medicul se erijează în "*sfătuitor*" ajutând cu experiența și raționamentul său pacientul să poată lua o decizie. Este necesar ca medicul să înțeleagă dorințele și nevoile pacientului și este mai potrivit în situațiile când pacientul este consultat pentru afecțiuni cu durată lungă de evoluție. Ultimul model, cel

³ Doina Cosman, Minodora Manea, *Psihologia medicală: concept/cadru*, [http://psychiatry-psychology.ro/file/Psihologie%20Medicala/CURS_1_INTRODUCERE_IN_PSIHOLOGIA_MEDICALA\(1\).pdf](http://psychiatry-psychology.ro/file/Psihologie%20Medicala/CURS_1_INTRODUCERE_IN_PSIHOLOGIA_MEDICALA(1).pdf) (consultat aprilie 2014).

⁴ Apud. Florin Tudose, (2007), *Fundamente în Psihologia Medicală*, București, Ed. Fund. România de mâine, p: 137.

⁵ Curs *Psihologie Medicală* al Universității de Medicină și Farmacie "Iuliu Hașeganu", Cluj-Napoca, http://www.psychiatry-psychology.ro/file/Psihologie%20Medicala%20RO%202012-2013/Curs_5_RELACIA%20MEDIC%20%E2%80%93%20PACIENT.ppt (consultat aprilie 2014).

deliberativ, este utilizat în special în instituții cu profil de sănătate publică. Medicul se comportă ca un profesor sau prieten al pacientului încercând să-l convingă să aleagă "calea mai bună".

Pe de altă parte tipul de temperament al pacientului poate favoriza sau nu un anumit tip de relație cu medicul. Anxioșii și fobicii au nevoie de un interlocutor care să le inspire securitate iar o atitudine directivă le satisface nevoile lor de dependență. Obsesivii cer explicații amănunțite, necesare a se asigura intelectual pe calea raționamentului riguros, iar paranoizii simt nevoia de relații de încredere și onestitate. Depresivii resimt o oarecare alinare dacă sunt lăsați să-și expună suferințele. Aceștia percep orice intervenție a celor din jur ca pe o pedeapsă. Firile demonstrative necesită o libertate în expunerea sentimentelor însă fără excese.

Medicul nu trebuie să uite niciodată că prin comportamentul său el comunică ceva pacientului. Pacientul sesizează dacă medicul este atent, interesat de relatarea sa, îi apreciază atitudinea calmă și răbdătoare, vocea adaptată situației. Pacientul nu iartă niciodată atitudinea de dezinteres, de ignorare pe care o are uneori un medic. Comunicarea dintre medic și pacient se realizează atât verbal cât și non-verbal. Carl Rogers⁶ identifică "*calitățile terapeutice esențiale*" care reprezintă legăturile importante între arta și știința medicinei. Aceste calități sunt: respectul sau abordarea pozitivă necondiționată, originalitatea sau congruența și empatia.

Nu în ultimul rând trebuie luate în considerare fenomenele de transfer și contratransfer ce apar în relația medic-pacient. Transferul este definit ca un set de așteptări și răspunsuri emoționale pe care pacientul le aduce în relație. El este determinat mai degrabă de experiențele continue ale acestuia de-a lungul vieții cu personalități importante sau autorități. Medicii pot dezvolta la rândul lor reacții contratransferențiale față de pacienți ce pot lua uneori forma sentimentelor negative. Acestea dezbină relația dintre cei doi sau pot deveni disproporționat pozitive prin idealizare sau reacții erotice.

⁶ Apud. Florin Tudose, (2007), *Fundamente în Psihologia Medicală*, București, Ed. Fund. România de mâine, pp: 138-141.

Modelul psihodinamic al lui Gebattel⁷ evidențiază câteva faze esențiale în evoluția relației medic-pacient:

- Faza apelului uman: pacientul se exprimă mental prin *"am nevoie de dumneavoastră"* iar medicul manifestă o atitudine de înțelegere satisfăcându-l așteptările.
- Faza îndepărtării sau obiectivării: pacientul spune despre medic *"el trebuie să știe ce am și ce trebuie să-mi facă"*. Medicul spune despre pacient *"este un caz, nu o persoană aparte"*. Bolnavul devine subiect de analiză științifică.
- Faza personalizării: pacientul – *"el mă înțelege și mă va ajuta"* iar medicul - *"el suferă, este bolnavul meu, eu pot să-l ajut"*.

Emoțiile nasc contraemoții și din acest punct de vedere este necesar ca medicul să fie capabil a se ridica deasupra acestora prin renunțarea la reacții intense, contratransferențiale și explorarea cauzelor prin care pacientul reacționează într-o anumă manieră, aparent de apărare.

Într-un mic studiu pe care l-am realizat într-un spital din București am observat următoarele atitudini ale medicilor față de pacienții lor:

- a. Trăsături atitudinale nepotrivite (grabă, neăbdare, oboselă, plictiseală, răceală, ton ridicat): la 4 participanți (3M, 1F).
- b. Exces sau lipsă de autoritate: la 5 participanți (2M, 3F).
- c. Angrenarea în situații conflictuale: la 3 participanți (2M, 1F).
- d. Polipragmazie (cedarea la insistențele bolnavului): la 5 participanți (1M, 4F).

Studiul s-a realizat prin observație, s-a aplicat metoda interviului cu înregistrarea datelor creion-hârtie. Numărul de participanți la studiu a fost de nouă, cinci de gen masculin și patru de gen feminin, cu vârste cuprinse între 25 și 62 de ani. Pentru a nu vicia rezultatele am promis participanților că voi păstra confidențialitatea privind numele lor și al spitalului. S-a păstrat obiectivitatea privind întrebările și înregistrarea scorurilor. Au fost evitate pe cât posibil erorile de tip III și IV. Întrebările directe au avut ca variante de răspuns: (1) deseori, (2) de puține ori sau niciodată.

Incidența cazurilor la punctul (a) a fost mai mare la participanții cu vârste mai înaintate iar pentru punctele (b), (c), și (d) la cei cu vârste mai scăzute. Numărul mic de

⁷ Idem., p. 147.

participanți precum și metoda folosită nu pot face baza unei analize statistice inferențiale. O asemenea analiză se va putea face prin construirea și aplicarea unui chestionar cu un coeficient suficient de fidelitate (modul de formularea al itemilor) și validitate (număr suficient de mare de participanți) pentru a diagnostica corect starea relației medic-pacient din România.

Bibliografie:

- [1] Constituția O.M.S. 1946.
- [2] Cosman, D, Manea, M, *Psihologia medicală: concept/cadru*, [http://psychiatry-psychology.ro/file/Psihologie%20Medicala/CURS_1_INTRODUCERE_IN_PSIHOLOGIA_MEDICALA\(1\).pdf](http://psychiatry-psychology.ro/file/Psihologie%20Medicala/CURS_1_INTRODUCERE_IN_PSIHOLOGIA_MEDICALA(1).pdf) (consultat aprilie 2014).
- [3] Curs *Psihologie Medicală* al Universității de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, http://www.psychiatry-psychology.ro/file/Psihologie%20Medicala%20RO%202012-2013/Curs_5_RELACIA%20MEDIC%20%E2%80%93%20PACIENT.ppt (consultat aprilie 2014).
- [4] David, D, (2006), *Psihologie clinică și psihoterapie: fundamente*, Iași: Polirom.
- [5] Tudose, F, (2007), *Fundamente în Psihologia Medicală*, București: Ed. Fund. România de mâine.