

ABORDAREA NONDIRECTIVĂ A RELAȚIEI MEDIC-PACIENT

Mihaela-Adina Dumitrache¹, Loredana Dumitrașcu¹, Roxana Ranga², Ruxandra Moraru¹

¹Catedra de Sănătate Orală și Științe Comportamentale, Facultatea de Medicină Dentară, U.M.F. „Carol Davila“, București

²Catedra de Prevenție Oro-Dentară, Facultatea de Medicină Dentară, U.M.F. „Carol Davila“, București

REZUMAT

Sunt descrise mai multe tipuri de relații dintre medic și pacient, care definesc în esență conținutul activității medicale și implică, pe lângă dimensiunile psihologice individuale ale actorilor ei, un ansamblu complex de aspecte de ordin social și cultural, care vor influența, pe parcursul desfășurării relației, atât comportamentul medicului, cât și pe cel al pacientului. „Orientarea non-directivă“ față de pacient propune o relație „centrată pe client, care“ se bazează pe patru componente: acceptarea necondiționată a celui alt, neutralitatea binevoitoare, autenticitatea și empatia.

TIPURI DE RELAȚII MEDIC-PACIENT

În analiza relației medic-pacient, ca relație socială s-au împus două puncte de vedere: unul, dezvoltat de T. Parsons, definește această relație ca pe una de înțelegere reciprocă între cei doi participanți, iar celălalt, susținut de E. Freidson, definește această relație ca fiind potențial conflictuală, insistând asupra mijloacelor folosite de medic pentru a-și atinge scopul. Cele două abordări accentuează diferitele aspecte ale relației medic-pacient, contribuind la înțelegerea naturii sociale a întâlnirii dintre cele două roluri.

a. Relație de complementaritate

Potrivit părerii lui Parsons, atât medicul, cât și pacientul reprezintă modele, „tipuri ideale“ de comportament social. Cele două roluri sunt complementare: pacientul trebuie să caute îngrijire și să coopereze cu medicul, iar medicul trebuie să își aplice cunoștințele în beneficiul pacientului.

Drepturile și obligațiile sociale prescrise au menirea de a reduce conflictul potențial din cadrul acestei relații, deși nu îl pot elimina în totalitate.

Doi autori americani, psihiatrii Szasz și Hollender (1956), au reevaluat câteva aspecte ale modelului lui Parsons, în principal ideea reciprocității relației, considerând că nu există doar un singur model de relații terapeutice. Ei au identificat trei tipuri de relații medic-pacient, legate de simptomele organice ale pacientului, pe care le-au catalogat astfel:

- activitate-pasivitate
- conducere-cooperare
- participare reciproca (vezi tabelul 1)

Aceste trei tipuri de relații sunt inspirate din tipologia liderului făcută de Kurt Lewin: autoritar, democrat și permisiv. Cea mai comună este, probabil, relația de conducere-cooperare, mai ales în practica generală a consultațiilor.

Schema lui Szasz și Hollender omite un al patrulea tip de relații posibile, în care pacientul conduce și medicul cooperează (de exemplu atunci

Tabelul 1.

Tipuri de relații medic-pacient după Szasz și Hollender (sursa: Lupu și Zanc)

Model	Rol medic	Rol pacient	Aplicație clinică	Prototip
Activitate-pasivitate	Face ceva pentru pacient	Receptor pasiv (nu este în stare să răspundă)	Anestezie, comă, răni grave	Părinte-copil mic
Coordonare-cooperare	li spune pacientului ce să facă	Cooperant (se supune)	Boli acute, infecții etc.	Părinte-adolescent
Participare reciprocă	Ajuta pacientul să se ajute el însuși	Participant (în relație de parteneriat)	Boli cronice, psihanaliza	Adult-adult

când medicul scrie o rețetă sau o trimitere la cererea pacientului).

Originea socială și contextul cultural joacă un rol foarte important în desfășurarea relației medic-pacient. Rezultatul va fi cu atât mai bun cu cât medicul și bolnavul vor fi mai apropiați din aceste puncte de vedere.

b. Relație potențial conflictuală

Față de tipul de relații de mai sus, bazate pe înțelegere și așteptări reciproce, unii cercetători au atras atenția asupra conflictului potențial care există între medic și pacient. Acest conflict își are originea în interesele și perspectivele diferite pe care le au pacientul și medicul (Freidson, 1970).

Legăturile sociale și experiența diferită a medicului și pacientului se află mereu în conflict una cu cealaltă. Medicul percepe bolnavul și nevoile sale conform cunoștințelor sale de specialitate. Bolnavul percepe viața sa în funcție de exigentele vieții sale cotidiene și în acord cu contextul sau cultural. Există așadar o diferență între perspectiva „culturii profesionale“ a medicului și cea oferită de „cultura profană“ a pacientului. Aceasta „ciocnire a perspectivelor“ este condiționată și de tipul de activitate medicală (pediatrie, neurologie), tipul de pacient (pasiv, cooperant), felul bolii etc.

Pentru Freidson, medicina reprezintă, ca profesie, una dintre numeroasele grupe de interes existente în societate. Interesul personal al medicului se poate opune altruismului vehiculat prin retorica sa profesională.

Conflictele din cadrul relației medic-pacient sunt „potențiale“ și rareori îmbracă o formă deschisă. Atât medicii, cât și pacienții, pot folosi strategii de influențare a evoluției acestei relații în sensul atingerii scopului propus de fiecare dintre ei. O strategie de îmbunătățire a comunicării este atitudinea empatică față de pacient.

EMPATIA MEDICULUI FAȚĂ DE PACIENT

Capacitatea de a te identifica emoțional cu trăirile altei persoane poartă numele de empatie. Această „transpunere“ reprezintă una dintre trăsăturile cele mai importante ale medicului, nefiind un mijloc de cunoaștere științifică, ci mai degrabă intuitivă, cu privire la ceea ce pacientul experimentează.

În abordarea acestui concept, s-au desprins mai multe tendințe metodologice. Astfel, empatia poate fi privită ca o „transmisie afectivă“ (se stabilește o relație între conținuturile psihice ale celor doi participanți la o situație), ca o „contaminare afectivă“

(se realizează o simetrie între identitățile celor doi), ca o „percepție inconștientă“ (informațiile sunt primite pe canalele senzoriale, însă prin stimuli subliminali), ca o „rezonanță afectivă“ (afectivitatea manifestată de pacient prin comportament se sincronizează cu cea a terapeutului)¹.

Formarea atitudinii empatică

Oprindu-se asupra ontogenezei empatiei, Alexandru Trifan² prezintă perspectiva psihanalitică elaborată de Frieda Fromm-Reichman. Empatia este o legătură emoțională (un „linkage“) ce exprimă o relație arhaică mamă – nou-născut. De exemplu, tensiunea anxioasă a mamei induce anxietatea sugarului, realizându-se un fel de „cordon ombilical psihologic“. În primele luni de viață, dacă un alt sugar plânge sau face zgomot, sau dacă un adult imită plânsul, copilul începe și el să plângă, ca într-un proces de „conexiune fără fir“. Totuși, Alexandru Trifan subliniază că această situație nu poate fi considerată empatie, pentru că reprezintă o reacție la un semnal de pericol exterior, prezentă într-un mod similar și la animalele care trăiesc în grupuri. Abia mai târziu, după ce a fost „anunțat“ prin plânsul altui sugar de apropierea unui pericol și a trăit emoția respectivei amenințări exterioare, copilul va memora procesul și îl va putea proiecta asupra altuia. Empatia reprezintă o înțelegere simbolică a experienței celuilalt, care ulterior poate fi tradusă și exprimată. Un pas ulterior, descris de G.H. Mead și citat de Alexandru Trifan, este reprezentat de fenomenul de „punere la locul său“; jocul cu păpușile – personaje care „suferă“ sau „se bucură“, este esențial în dezvoltarea empatiei. Formarea unei structuri sănătoase și coerente de personalitate depinde, în perspectiva psihanalistului Franz Kohut, de măsura în care identitatea copilului este recunoscută și oglindită de familie, adică de modul în care părinții „empatizează“ cu sentimentele celui mic. Familia trebuie să îi răspundă cu „afecțiune neseductivă și cu fermitate neostilă (nici să nu respingă cererile copilului, nici să cedeze cu sentimentalitate)³“.

Empatia și viața profesională

Din punct de vedere al dihotomiei artistic-rațional, Liam Hudson clasifică elevii de școală în convergenți (care vor deveni oameni de știință mai mult sau mai puțin empatici) și divergenți (artiștii și alți profesii care au nevoie un nivel mare de empatie).

Empatia poate fi privită atât ca o calitate, ca o „aptitudine de a se așeza pe sine în locul altei persoane, de a intra în sistemul său de referință,

de a înțelege obiectiv sentimentele și comportamentul acesteia⁴. Alexandru Trifan subliniază importanța acestei aptitudini în profesii precum cea de medic, preot, scriitor, ziarist și agent social în același timp, empatia poate fi privită și ca o hotărâre de a controla propriile reacții pentru a fi disponibil pentru celalalt, fiind componenta cea mai dificil de aplicat în comunicare.

Empatia față de pacient

Carl Rogers⁵ include empatia în conceptul mai larg de „**orientare non-directivă**” față de pacient. Această teorie propune o relație „centrată pe client” care creează un climat în care acesta se simte acceptat, se poate înțelege pe sine și își recunoaște problemele. În accepțiunea lui Carl Rogers, acest climat relațional se bazează pe patru componente: **acceptarea necondiționată a celuilalt** (absența oricărei judecăți cu privire la ceea ce spune celalalt sau acceptarea faptului că acesta nu dorește să exteriorizeze nici un sentiment), **neutralitatea binevoitoare** (angajare pozitivă a medicului, fără însă a judeca, bazată pe un „interes dezinteresat”), **autenticitatea** (interes sincer pentru ceea ce exprimă pacientul, însoțit uneori chiar de exprimarea propriilor sentimente în situația de interacțiune) și **empatia** (capacitatea medicului de a se așeza în poziția pacientului său și de a privi lucrurile din perspectiva acestuia, „prin ochii lui”).

Rogers afirmă că a fi empatic înseamnă a percepe cu acuratețe cadrul intern de referință al altuia, cu toate componentele sale emoționale și cu semnificațiile care-i aparțin, ca și cum ai fi cealaltă persoană, dar fără a pierde condiția de „ca și cum”. În viața de zi cu zi, prin empatie ne convingem că există și alți oameni asemănători nouă, că nu suntem singuri și că trăiri ca ale noastre sunt cunoscute și de cei din jur.

Empatia presupune așadar o transpunere în psihologia celuilalt fără a pierde însă identitatea de sine. S. Marcus⁶ subliniază că această transpunere este realizată atât la nivelul ideilor (preluarea modului în care pacientul gândește și realizează rolul său social) dar și la nivelul sentimentelor (prin perceperea experienței acestuia și preluarea stării lui de spirit). Limbajul non-verbal al pacientului oferă mai multe îndicii asupra stării lui emoționale decât cuvintele pe care î le adresează medicului, și de aceea acesta din urmă are nevoie de o atenție sporită asupra detaliilor. D. Goleman⁷ consideră că, atunci când cuvintele unui pacient sunt în dezacord cu ceea ce transmite de fapt prin tonul vocii, gesturi sau alte canale nonverbale, adevărul emoțional stă în felul în care spune ceva și nu în ceea ce spune.

În interacțiunea cu bolnavul, medicul completează demersul clinic-terapeutic cu mesaje, cu „informațiile” primite pe cale intuitivă⁸. Lucruri care par neinteligibile la o analiză rațională pot fi înțelese dacă intră în discuție modul particular al pacientului de a înțelege și trăi evenimentele.

Funcțiile empatiei

Atunci când vorbim despre legătura dintre empatie și eficiența comunicării interpersonal, psihologii au luat în considerație 5 funcții ale empatiei:

1. funcția cognitivă – urmărind cunoașterea celuilalt
2. funcția anticipativă – prin care poate fi stabilit comportamentul probabil al celuilalt
3. funcția afectivă – prin care se stabilește o legătură emoțională între comunicatori
4. funcția performanțială – care presupune faptul că empatia poate deveni o aptitudine
5. funcția de comunicare – care se referă la posibilitatea de a stabili o legătură între eu și celalalt

Manifestarea empatiei

Primul element al empatiei este abilitatea de a recepta sentimentele celuilalt, iar cel de-al doilea, la fel de important, este capacitatea de a comunica verbal și nonverbal această înțelegere. Empatia trebuie așadar să fie transmisă celuilalt.

Ascultarea activă este un prim pas în susținerea procesului de comunicare cu pacientul. Prin aceasta, vorbitorul este încurajat să continue conversația, este ajutat în momentele în care se blochează și este solicitat să explice detalii dificil de înțeles. Iată câteva sugestii pentru a aplica în practică ascultarea activă, adaptate de A. Coman și C. Coman⁹ după Cornelius & Faire, 1996:

- Nu vorbiți despre dumneavoastră
- Nu schimbați subiectul discuției
- Nu dați sfaturi, nu dați verdicte, nu criticați
- Nu planificați dinainte ce aveți de spus
- Urmăriți sentimentele celuilalt, așa cum reies ele din limbajul verbal și din cel nonverbal
- Interesați-vă de sentimentele, nevoile și temerile pacientului
- Nu pretindeți ca ați înțeles ce vrea să spună atunci când, de fapt, nu l-ați înțeles
- Confirmați ca ați înțeles parafrazând ideea transmisă de el („Vrei să spui că...”)

Evaluarea nivelului de empatie

Pentru a ilustra și înțelege diferitele grade de empatie, Fabienne Gérard¹⁰ propune o „scală a empatiei” cu patru niveluri.

Nivelul 1. Manifestarea empatiei blocată. Replica medicului este ofensatoare și deloc pertinentă, el nerăspunzând sentimentelor pacientului. Este vorba despre o strategie folosită pentru a inhiba exprimarea emoțiilor.

Nivelul 0. Manifestarea discontinuă a empatiei. Medicul nu comunică recunoașterea mecanismelor profunde ale afectelor pacientului; în schimb, înțelege sentimentele de suprafață rostite explicit de acesta. Atitudinea pasivă a medicului nu relevă nimic din ceea ce pacientul a comunicat în mod implicit.

Nivelul 1. Reflectarea. Medicul îi transmite direct pacientului că sentimentele de suprafață sunt înțelese și le reflectă cu precizie.

Nivelul 2. Empatia adițională. Răspunsul medicului comunică înțelegerea sentimentelor pacientului în profunzimea lor și la nivelul dispoziției pacientului de a-și dezvălui propriile emoții. Medicul depășește nivelul explicit al cuvintelor interlocutorului sau, pentru a deduce cauza emoțiilor sau pentru a descoperi sentimente asociate, dar fără direcție clară, explicită. Această formă de empatie se manifestă prin expresii de genul: „Mă întreb dacă mi-ați putea spune...“, „Poate că...“, „Am impresia că...“ sau „Nu cumva credeți că...“

Din punct de vedere comunicațional, s-a observat că empatia în cadrul consultațiilor medicale se oprește la nivelul de reflectare (nivelul 1). În scopul înțelegerii diferitelor niveluri de empatie, am analizat un caz concret și am imaginat patru posibile răspunsuri ale unui medic. Răspunsurile reprezintă, fiecare, un nivel particular de empatie.

CAZ PRACTIC

O pacientă vine în cabinetul dentar pentru o restaurare fizionomică în regiunea frontală. La consultație, medicul descoperă depozite importante de tartru însoțite de inflamație gingivală, carii dentare netratate și complicate pe dinții laterali. Medicul propune următoarele etape de tratament: igienizare, rezolvarea leziunilor active din zona laterală și abia apoi restaurarea fizionomică în regiunea incisivilor.

Pacienta îi spune medicului: „Nu cred că am posibilitatea să susțin financiar un tratament de așa mare anvergură și, în plus, pe mine nu mă interesează decât felul în care arată dinții care se văd. Nu pot accepta planul dumneavoastră de tratament“.

Medicul răspunde:

Răspuns empatic de nivel – 1

„Nu sunt de acord cu dumneavoastră. Asanarea cavității bucale înainte de refacerea dinților frontali este singura soluție terapeutică acceptabilă!“

Răspuns empatic de nivel 0

„Igienizarea cavității bucale și eliminarea infecțiilor sunt absolut necesare!“

Răspuns empatic de nivel 1

„Nu aveți resursele financiare pentru un tratament de așa mare amploare și considerați mai important aspectul dumneavoastră fizionomic. Așa este?“

Răspuns empatic de nivel 2

„Nu aveți posibilitatea să susțineți financiar acest tratament de mare amploare pentru că nu îl considerați absolut necesar pentru bunăstarea dumneavoastră. Vă doriți doar un aspect fizionomic agreabil care să vă asigure relații sociale de calitate. Am înțeles corect punctul dumneavoastră de vedere?“

ÎN CONCLUZIE

A fi empatic înseamnă a înțelege durerea sau satisfacția altuia așa cum el le simte și a percepe cauzele acestora așa cum el le percepe. În orice caz, nu trebuie pierdut din vedere acel „ca și cum“ în a fi trist sau bucuros. S-a dovedit că folosirea empatiei are o influență pozitivă atât în ceea ce privește satisfacția pacientului, cât și în respectarea unui anumit tratament. Invers, absența empatiei a generat nemulțumire și frustrare din partea pacientului. Principiile care trebuie să condiționeze comportamentul medicului sunt următoarele: să nu îi arate pacientului problemele care îl frământă și să nu încerce să le aducă la unison cu cele ale pacientului. Medicul trebuie să arate că înțelege suferința celui bolnav, dar să nu sufere împreună cu el și nici să nu se angajeze într-o atitudine de simpatie.

BIBLIOGRAFIE

1. **Gorgos C** – *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*, vol.II, București, Ed. Medicală, 1988
2. **Trifan A** – *Ontogeneza empatiei, în Viața Medicală*, București, anul XI, 1999, nr. 41 (511), 8 oct., pag. 3
3. **Trifan A** – *Empatia – o aptitudine, în Viața Medicală*, București, anul XI, 1999, nr. 42 (512), 15 oct., pag. 3
4. **Trifan A** – *Empatia – o aptitudine, în Viața Medicală*, București, anul XI, 1999, nr. 42 (512), 15 oct., pag. 3
5. **Rogers C** – *Le Développement de la personne*, Paris, Ed. Dunod, 1967, în Abric, J.C., *Psihologia comunicării, Teorii și modele*, Iași, Ed. Polirom, 2002
6. **Marcus S** – *Charismă și personalitate*, București, Societatea „Știință și Tehnică“, 2000, în Roco, M., *Creativitate și inteligență emoțională*, Iași, Ed. Polirom, 2004
7. **Goleman Daniel** – *Inteligența emoțională*, București, Ed. Curtea Veche, 2001
8. **Gorgos C** – *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*, vol.II, București, Ed. Medicală, 1988
9. **Coman A, Coman C** – *Comunicarea empatică în rezolvarea conflictelor: semnalele nonverbale*, în Chelcea S., *Comunicarea nonverbală în spațiul public*, București, Ed. Tritonic, 2003
10. **Gérard F** – *Comment évaluer le niveau d'empathie en médecine générale?*, în „Le Generaliste“, 2003, 07 sep.