

5. Dara M., Grzemska M., Kimerling M., Reyes H., Zagorskiy A. *Guidelines of tuberculosis control in prisons*, TCTA and ICRC, 2009
6. FHI, *Behavior surveillance surveys: Guidelines for repeated behavioral survey in population at risk for HIV*, Family Health International, 2004
7. Lozan-Tîrșu C., Guțu L., Cojocaru R. *Comunicare pentru schimbare comportamentală*, Chișinău, 2008
8. Nemerenco A., Căraruș M., LozanTîrșu-Carolina, Guțu L. *Noțiuni de comunicare. Comunicarea în sănătatea publică*, SMSPP, Chișinău, 2009
9. Report “Integrated bio-behavioral study, Moldova 2009-2010”, NCHM, AIDS Centre, Chisinau 2010
10. Spinei L., Lozan O., Badan V. *Biostatistica*, Școala de Management în Sănătate Publică, Chișinău, 2009
11. [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html)

## **PARTICULARITĂȚI ALE COMUNICĂRII ÎN CADRUL RELAȚIEI MEDIC – PACIENT**

**Gheorge Roșu**

Școala de Management în Sănătate Publică

### **Summary**

#### ***The particularities of communication within the relationship physician – patient***

This article describes different models of communication between a doctor and a patient (parental, technical, contractual, and collegiate). There are summarized the two functions of the communicative act between the doctor and the patient: an informative one (reciprocal, between the doctor and the patient) and the therapeutically one. There are also highlighted the peculiarities of the communication in stationary and ambulatory conditions.

### **Rezumat**

În acest articol sunt descrise diferite modele (parental, tehnic, contractual, colegial) de comunicare dintre medic și pacient. Sunt rezumate două funcții ale actului comunicativ dintre medic și pacient: una informativă (reciprocă, între medic și bolnav) și cealaltă terapeutică. Sunt evidențiate particularitățile comunicării în condiții de staționar și ambulator.

### **Actualitatea**

Relația interpersonală dintre medic și pacient apare ca un fenomen inerent practicării profesiei medicale. Multiple implicații și particularități ale acestei relații au impus-o ca principal obiect de studiu al psihologiei medicale, cu atât mai mult că nu există aspect al practicii medicale care să nu depindă de relațiile medic – pacient.

Fiind o relație interpersonală duală, având drept protagoniști bolnavul care solicită ajutor calificat și medicul care este în măsură să acorde acest ajutor – se desfășoară, în trei planuri fundamentale intelectual (predominant informațional) afectiv și moral.

Studierea caracteristicilor psihologice precum și înțelegerea profundă a semnificației actului intersubiectiv care ia naștere din întâlnirea celor două persoane (medic – bolnav), permite cunoașterea aspectelor care le unesc și desparte în scopul optimizării aspectelor pozitive, în multiple valențe de comunicare în practici prin oferirea pentru omul suferind a unui suport afectiv și moral, având consecințe benefice de necontestat în procesul însănătoșirii.

Așadar raportul medic-bolnav depinde în egală măsură de bolnav (de structura sa psihofiziologică individuală), de medic (de experiența pregătirii medicale, scopul pe care-l urmărește prin tratamentul său) și de boala, afecțiunea de care suferă bolnavul. Știința medicală nu presupune doar aducerea în practică a unor principii științifice bine determinate, ci și luarea în

considerare, aprecierea consecințelor asupra echilibrului psihic în încercarea de menținere sau păstrare a acestui echilibru indispensabil în lupta împotriva bolii [7].

### **Material și metode**

Este realizat un studiu secundar - reviu narativ a surselor bibliografice științifice dedicate problemei de comunicare. Analiza este bazată pe 36 surse literare a autorilor străini și autohtomi.

### **Rezultatele**

În baza cunoștințelor de psihologie medicală, medicul are oportunitatea de desfășurare a acestei activități complexe în cadrul relației intersubiective cu bolnavul prin comunicarea cu acesta.

Cadrul de desfășurare a activității medicale reclamă contacte nemijlocite între oamenii aflați într-o relație de independență, de mare răspundere și în același timp de profund umanism.

Starea de boală în toată complexitatea sa îi creează bolnavului nevoia (dar nu și disponibilitatea) de a fi abordat, într-un model comprehensiv prin intermediul unei „regizări” pline de tact din partea medicului a unor detalii care, deși aparent minore, sunt menite a-l înarma cu mijloace psihologice capabile să-i permită depășirea multiplelor obstacole apărute în lupta împotriva bolii [3].

Modelele surprind destul de bine esența relaționării celor două persoane implicate în relația de întraajutorare, și în aceeași măsură modelul este aplicabil asistentelor medicale, sau în particular celor care acordă bolnavului îngrijirile primare.

**Modelul parental** corespunde relației de întraajutorare în care pacientul pasiv este sub îngrijirea medicului (sau asistentei), persoane a căror imagine este supradimensionată (sunt văzute ca niște zei), care hotărăște și acționează absolut singur. Acest gen de relaționare este considerat neetic, în măsură în care consimțământul pacientului nu este cerut. Fac excepție pacienții incapabili de a-și acorda consimțământul, pacienții în stare gravă, inconștiența, persoanele cu handicap mintal sever, copiii de vârstă foarte mici.

**Modelul tehnic (mecanicist)** corespunde unui tip de relații în care medicul este privit ca un atotcunoscător. Aceasta are nevoie de la pacient de toate datele în legătură cu boala, după care poate hotărî singur. „Profesioniștii sănătății” devin în acest model simpli executanți ai necesităților de îngrijire ai pacienților. Nici acest model nu este considerat satisfăcător atât timp, cât pacientul este văzut doar ca un simplu obiect de investigație.

**Modelul contractual** este foarte diferit. În acest tip de relație sentimentele bolnavului sunt explorate și discutate. Cadrul medical devine, în acest caz, de o importanță vitală, un colaborator în deciziile care urmează a fi luate. Acest model este cel mai apropiat ca înțeles de conceptul de îngrijire. În el se regăsește respectul pentru persoană și este clădit pe o relație de reciprocitate, întraajutorare și respectarea dorințelor și nevoilor fiecăruia.

**Modelul colegial** este considerat impracticabil, nerealist. În cadrul acestui tip de model, atât medicul cât și pacientul împărtășesc obiective comune și acționează ca prieteni iar deciziile sunt luate în consens.

O altă abordare a relaționării dintre cadrul medical și pacient aparține lui May (1975). Acesta face distincție între relațiile caracterizate de un codice, „târg” (învoială), contract sau filantropie.

De-a lungul timpului complexității ale relației dintre medic și pacient au impus reglementarea aspectelor relaționale prin diverse coduri mai vechi sau mai noi, valabile pentru anumite țări (cum este de exemplu codul francez, englez, polonez, elvețian, etc.) sau având importanță internațională (ex. Declarația de la Helsinki).

Un astfel de cod modelează comportamentul profesionistului medical, îl susține sau îl demolează. Respectarea timp îndelungat a acestui cod se transformă treptat într-o „autodisciplină”.

O relație profesională care este bazată pe respectarea strictă a unui astfel de cod este clară în sensul că nu sunt încurajate implicarea medicului în relația cu pacienții, iar sentimente cum ar fi compasiunea, încalcă acest gen de principii profesionale [10].

Consimțământul informat înseamnă mai mult, în aceeași măsură, dreptul de a ști dreptul de a spune „nu”. Consimțământul decurge dintr-un principiu fundamental care este libertatea bolnavului și în același timp principiu de bază al deontologiei medicale. Referitor la acest fapt G.Thibon a scris „schimbul uman (între medic și pacient) implică respectul libertății mele”.

Referitor la acest lucru Portes, citat de Athanasiu, afirma că „dintre toate contractele actul medical este fără îndoială cel al cărui conținut moral și psihologic, este cel mai bogat și cel mai greu de sesizat prin concepte pur juridice” [1].

Contactul medic – pacient este rareori căutat ca un scop în sine, ca o nevoie de contact interuman (la diferite nivele, de la nivel etologic).

În marea majoritate a cazurilor acest contact este impuls de situația morbidă ca o condiție a diagnosticului și prescriere a unui tratament. Contactul comunicant dintre medic și pacient nu se reduce la o comunicare verbală completată de una paraverbală în sensul lingvistic al acestora, deși cuvintele joacă un rol important. „Limbajul corpului” alcătuit din expresia facială, mimica, gestuală, alături de simptome transportă o sumă de informații extrem de necesară pentru medic care prin sesizarea și decodarea lor le transformă în tot atâtea informații relevante pentru confirmarea unui diagnostic. În afară de informațiile strict necesare pentru confirmarea diagnosticului este necesară și stabilirea unei atmosfere de un acordaj reciproc ca între un post de emisie și unul de recepție.

Putem rezuma două funcții ale actului comunicativ dintre medic și pacient: una informativă (reciprocă, între medic și bolnav) și cealaltă terapeutică implicită – medicul ca „medicament”, prin prestigiu, atitudine – sau simpla detensionare adusă de actul de comunicare prin psihoterapie [2].

Luând drept criteriu de clasificare statutul interlocutorilor (medic – pacient) comunicarea în cadrul acestor relații este verticală (statutul celor doi fiind inegal). După gradul de activare al conținuturilor comunicarea este operantă sau latentă.

Alte clasificări ale comunicării cadrului medical - pacient mai pot fi făcute ținând seama de locul unde se desfășoară (medicina primară, spital, domiciliu, loc de muncă), în funcție de timp (consultație de urgență, consultație obișnuită), de împrejurări (la prima consultație, etc.), de sex, vârstă, statutul pacienților, starea bolnavului, specialitatea medicală, etc.

În acest dialog se produce un schimb de informație, timp în care medicul și bolnavul sunt alternativ receptori și emițători de informație.

Pentru bolnavul care este internat într-un salon de spital, viața „în care urmează să trăiască câteva săptămâni apare în multe privințe total diferință de cea cotidiană, fiind guvernată de o serie de legi, în bună parte neobișnuită pentru el”[6].

Pentru un bolnav internat există două surse de stres: una a problemei legate de boală, stresul inherent dat de manifestările și complicațiile bolii și alta legată strict de mediul intraspitalicesc, cu toate aspectele legate de particularitățile relațiilor interpersonale din mediul spitalicesc, comportamentul și comunicarea cu personalul medical varietatea procedurilor investigative și terapeutice, precum și inegalitatea „balanței” între privațiune și tovarășie [9].

Majoritatea pacienților suportă mai ușor stresul spitalizării atunci când privesc doctorul ca fiind atotcunoscător și adoptă, în consecință, o poziție de totală dependență față de aceasta. Emoțiile încercate de pacient în cursul spitalizării pot complica procesul de însănătoșire, reducând eficiența tratamentului.

Există o variată clasificare a principalelor tipuri de bolnavi spitalizați, după o multitudine de criterii semnalată în literatura medicală de Balint, Wise, Păunescu – Podeanu, Iamandescu, etc. Acestea reprezintă tot atâtea tipuri diferite de abordării pe care medicul trebuie să le efectueze pentru stabilirea unei relaționării eficiente.

Bolnavii care în mod conștient se sustrag de la obligația lor de a-și pune toate capacitățile (comunicarea tuturor datelor pe care le posedă despre boală – o colaborare binevoitoare și respectuoasă) la dispoziția medicului sunt clasificați în:

Cadrul de desfășurare a activității terapeutice presupune nemijlocite contacte între medici și pacienți, aflați într-o necesară relație de interdependență, bazată pe o structură comunicatională explicită.

În orice tip de comunicare umană există și o relație implicită de tip empatic. În activitatea terapeutică, pacientul resimte acut nevoia de ajutor, iar medicul simte în plan afectiv, necondiționat, obligațiunea să ofere ajutor. În acest sens empatia terapeutului se justifică prin valența sa mediatoare în exercitarea comportamentului „helping” [8].

Integrând atitudinea empatică în personalitatea terapeutului, acesta devine nu doar un pol al unei comunicări fortuite, ci un factor determinant într-o relație necesară cu profunde valențe responsabile și umaniste. Prin urmare în relația terapeutică dintre medic și pacient se utilizează o comunicare explicită de tip verbal și/sau non verbal, ca și o comunicare implicită de natură empatică.

Este o întregă măiestrie a terapeutului de a se raporta la cadrul interior de referință al individului fără a se identifica total cu acesta și fără a-și pierde identitatea proprie.

Funcția cognitiv-anticipativă a empatiei se completează cu funcția de comunicare implicită între parteneri, ca modalitate specifică de a infera direct din comunicarea cu pacientul cadrul său intern de referință. Aceasta nu implică doar comunicarea empatică dintre medic și pacient dar și invers, deschiderea pacientului în raport cu medicul.

Funcția de comunicare empatică a medicului se potențează în raport cu nivelul comunicativității empatică a pacientului sau diminuează în dependență de precaritatea empatică a partenerilor de comunicare. Și tot această însușire cu valențe aptitudinale îl însoțește pe medic pe tot parcursul întâlnirii cu pacientul ca o condiție necesară reușitei profesionale care face din examenul clinic o experiență agreabilă. Fenomenul de detașare, atât de prezent în luarea deciziei ponderează prin contrabalansare această aptitudine specifică terapeutului [4].

Abilitatea empatică a medicului trebuie diferențiată de simpatie care semnifică o participare alături de bolnav la stările afective ale acestuia (și nu de pe aceeași poziție cu el) precum și de identificare (nivelul maxim de transpunere în situația și coordonatele de bază ale altei persoane).

Diferența constă tocmai în atitudinea față de bolnav în virtutea căreia medicul trebuie să-și angajeze o parte a ego-ului în procesul empatic, în timp ce altă parte menține distanță și supraveghează [1].

Aceiași autori citați conchid asupra faptului că – după cum la simpatia medicului pentru pacient, acesta răspunde cu încredere – tot așa se efectuează un dublu transfer psihologic: medicul înglobează în sine suferința bolnavului iar el transferă acestuia voința de a se vindeca.

În plan afectiv de asemenea îi sunt solicitate medicului încredere în „armele” sale pe care le pune la dispoziția pacientului, optimism și buna dispoziție care să emane din personalitatea acestuia (indiferent de eventualitatea unor neplăceri personale).

De cele mai multe ori optimismul medicului constituie un element catalizator favorabil, inducând buna dispoziție pacientului, ceea ce are ca urmare sporirea confortului psihic al acestuia.

Cauzele pentru care de multe ori pacienții nu sunt capabili să transmită mesaje suficient de coerente, sunt multiple: blocaje (inhibiții) afective, stări generate de boală, o exprimare inadecvată (datorate fie nivelului intelectual redus, fie unor particularități ale personalității lor – flegmatici, depresivi, fie datorită utilizării unui jargon loco-regional. Literatura medicală abundă în semnalarea numeroaselor exemple de acest gen, atrăgând atenția asupra termenilor „tehnici” vehiculați de pacient [5].

## Concluzii

1. În literatura de specialitate sunt descrise diferite modele de comunicare, care determină relația medic – pacient (parental, tehnic, contractual, colegial).
2. În urma analizei au fost evidențiate două funcții ale actului comunicativ dintre medic și pacient: una informativă (reciprocă, între medic și bolnav) și cealaltă terapeutică.
3. Funcția de comunicare empatică a medicului se potențează în raport cu nivelul comunicativității empatică a pacientului sau diminuează în dependență de precaritatea empatică a partenerilor de comunicare.
4. Cauzele când pacienții nu sunt capabili să transmită mesaje suficient de coerente, sunt multiple: blocaje afective, stări generate de boală, o exprimare inadecvată și altele.

## Bibliografie

1. Athanasiu A. Elemente de psihologie medicală. București: Medicină, 1983.
2. Cain A. Psihodrama Balint – Metodă, teorie și aplicații. București: Trei, 1996.
3. Dutescu B. Etos în medicină. București: ed.Medicină, 1979.
4. Dudley White P. Cheile diagnosticului și tratamentul bolilor de inimă. Iași: Junimea, 1972
5. Enătescu V. Dialog medic – bolnav. Cluj Napoca: Dacia, 1981
6. Iamandescu Bradu I. Psihologie medicală. București: ed.Infomadica, 1997.
7. Rudica T. Relația medic – bolnav. Aspecte și caracteristici psihologice. în: Curs de psihopedagogie, Psihologie medicală. Iași: ed. Universității Al.I.Cuza, 1981.
8. Stroe M. Empatie și personalitate. București: Aros, 1997.
9. Sims A.C.P., Hume W.I. Lectures notes on behavioural sciences. London: Blackwell Scientific Publication, 1984.
10. Tschudin V. Ethics în nursing – The caring relationship. Oxford: Butterworth Heinemann. 1992.

## COMUNICAREA ÎN FUNCȚIE DE PROFILUL PROFESIONAL ȘI GRUPELE DE VÂRSTĂ ALE MEDICILOR

Gheorge Roșu

Școala de Management în Sănătate Publică

### Summary

#### *Communication according to the professional profile and age groups of the physicians*

There have been elaborated a descriptive survey. To accumulate the primary data there have been processed two questionnaires. The investigated doctors, in number of 50 persons, are divided into two groups: a group of doctors with therapeutic specialization, who activate in PMSI Riscani Hospital, implying 14 persons within the age of 26-40 and 10 persons within the age of 40-62; the second group consists of 25 doctors with surgical specialization who work in PMSI Riscani Hospital implying 13 persons within the age of 28-40 and 12 persons within the age of 40-56.

The third group is formed by the interviewed nurses in number of 46 persons from the same PMSI consisting of 38 women within the age of 25-52 and 8 men within the age of 26-30. The material was processed by the program ANOVA. When assessing the „attitude” of the doctors towards their patients there were achieved the following results: the doctors with a therapeutically specialization, especially the ones from the first group (26-40 years) manifest a more open attitude ( $27,64 \pm 1,32\%$ ) toward their patients in comparison with the surgeons from the group of age ( $24,64 \pm 1,09\%$ ). In the second group of age (41-62 years) the indicators are