

ASPECTE DE COMUNICARE ALE INTERRELAȚIEI MEDIC-PACIENT

**Inna VENGHER, Iulianna LUPAȘCO,
Elena BEREZOVSICAIA, Ion BANARI**
Laboratorul de Gastroenterologie,
IP USMF Nicolae Testemițanu

[https://doi.org/10.52556/2587-3873.2023.4\(97\).14](https://doi.org/10.52556/2587-3873.2023.4(97).14)

Rezumat

Actul medical se bazează, inclusiv, pe relația medic-pacient, care poate avea influențe pozitive sau negative asupra satisfacției pacientului, complianței, rezultatelor clinice și, în final, asupra aspectelor economice. Acest articol oferă o sinteză a publicațiilor din literatura științifică relevantă, care se concentrează asupra importanței relației medic-pacient și aspectelor comunicaționale. Sursele analizate confirmă că interacțiunea dintre medic și pacient constituie elementul central și critic al serviciilor medicale, iar abilitățile de comunicare (empatia, exprimarea verbală și nonverbală, interviul motivațional, colaborarea în luarea deciziilor etc.) pot fi învățate și dezvoltate, ceea ce va aduce beneficii pentru rezultatele clinice și va crește calitatea vieții și gradul de satisfacție a pacientului față de sistemul medical.

Cuvinte-cheie: comunicare, relație medic-pacient, empatie, satisfacția pacientului

Summary

Communication aspects of doctor-patient interrelationship

The medical act is based, including, on the doctor-patient relationship, which can have positive or negative influences on patient satisfaction, compliance, clinical and, finally, economic results. This article presents a synthesis of publications from the relevant scientific literature, addresses the importance of the doctor-patient relationship and communication aspects. The analyzed sources confirm that the interaction between doctor and patient is the central and critical element of medical services, and communication skills (empathy, verbal and non-verbal aspects, motivational interviewing, decision-making collaboration, etc.) can be learned and developed, which will bring benefits for clinical outcomes and will increase the quality of life and patient satisfaction with the medical system.

Keywords: communication, doctor-patient relationship, empathy, patient satisfaction

Резюме

Коммуникационные аспекты во взаимоотношениях между врачом и пациентом

Лечебный процесс основан, в том числе, на отношениях врач-пациент, которые могут иметь положительное или отрицательное влияние на удовлетворенность пациента, комплаентность, клинические и, наконец, экономические результаты. В данной статье представлен синтез научных публикаций, посвященных важности взаимоотношений между врачом и пациентом и аспектам коммуникации. Проанализированные источники

подтверждают, что взаимодействие между врачом и пациентом является центральным и важнейшим элементом оказания медицинских услуг. Коммуникативные навыки (эмпатия, вербальные и невербальные аспекты, мотивационное интервьюирование, сотрудничество в принятии решений и т.д.) поддаются обучению и развитию, что приведет к улучшению клинических результатов, повышению качества жизни пациентов и их удовлетворенности медицинской системой.

Ключевые слова: коммуникация, отношения врача и пациента, эмпатия, удовлетворенность пациента

Introducere

Progresul și dezvoltarea noilor tehnologii medicale, precum și perfectarea strategiilor de management în medicină au ca scop obținerea de rezultate medicale mai bune și un îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Însă, „goana după tehnologizare” conduce la ignorarea de către medicii a importanței componente comunicative, creatoare de relații terapeutice în procesul de interacțiune cu pacientul [1, 2]. Actul medical se bazează, inclusiv, pe relația medic-pacient, care poate avea influențe atât pozitive, cât și negative [3]. Cerințele față de medici, orientate spre aplicarea celor mai noi și eficiente abordări de tratament, pot umbri necesitatea de a practica și ameliora abilitățile de comunicare. Comunicarea stă la baza oricărei relații interpersonale, în special a celei „terapeutice”, iar o relație pozitivă medic-pacient influențează, în mare parte, succesul terapeutic [4]. Aceste relații conduc spre creșterea satisfacției pacientului, la o mai bună complianță la tratament, ameliorează rezultatele clinice și economice [4]. Abilitățile de comunicare nu sunt doar caracteristici de personalitate innăscute sau talente, ci sunt deprinderi care pot fi învățate și dezvoltate [4]. Cercetările confirmă necesitatea dezvoltării abilităților de comunicare în pregătirea medicilor, pentru a ameliora calitatea asistenței medicale. Există opinii conform cărora educația medicală trebuie extinsă peste limitele competențelor și să includă și formarea abilităților de comunicare, precum și dezvoltarea capacității de a fi receptivi la experiența unică a pacienților [5]. Activitățile de instruire trebuie să se bazeze pe date empirice care evidențiază aspectele

importante ale comportamentului medicului și influențează rezultatele pacientului [6].

Scopul acestui studiu a constat în sinteza publicațiilor din literatura științifică relevantă cu privire la importanța și impactul relației dintre medici și pacienți asupra rezultatelor tratamentului, complianței și satisfacției pacientului.

Materiale și metode. Prin căutare în bibliotecile electronice științifice (PubMed), folosind cuvintele-cheie „relație medic-pacient” și „comunicare medic-pacient”, precum și prin analizarea publicațiilor disponibile din alte surse, au fost selectate 39 de lucrări științifice de tip review, studii cross-secționale, trialuri randomizate, cu analiza și sistematizarea informațiilor.

Rezultate și discuții

Relația dintre medic și pacient reprezintă fundamentul pe care se desfășoară acțiunile medicale, inclusiv diagnosticul și tratamentul. Această relație are un impact semnificativ asupra calității asistenței medicale [7]. De-a lungul istoriei, au fost purtate discuții referitoare la relația „ideală” dintre medic-pacient, cu promovarea diferitor stiluri de interacțiune. În 1992, Ezekiel și Linda Emanuel [8] au evidențiat patru tipuri de relații medic-pacient: paternalistic, interpretativ, deliberativ și informativ. Această clasificare se bazează pe patru principii: rolul medicului, obligațiile medicului, rolul valorilor pacientului și conceptul autonomiei pacientului. În prezent, se consideră adecvată o relație bazată pe schimbul de informație (de tip informativ), care presupune luarea deciziilor în comun cu pacientul, relația bazată pe pacient, respectarea valorilor pacientului [9].

Analiza literaturii din domeniu ilustrează importanța următoarelor elemente ale comunicării medic-pacient: percepția pacientului, empatia medicului, stilul de comunicare și tonalitatea vocii.

Percepția medicului de către pacient. Cercetările au arătat că satisfacția pacientului și opinia lui despre sănătate depind în mare măsură de modul în care pacientul percepe medicul [4, 10]. Medicii și pacienții pot avea opinii diferite despre succesul comunicativ al vizitei, iar comunicarea medic-pacient deseori se consideră a fi inadecvată [11]. McBride et al. [12] au determinat că pacienții consideră comunicarea drept una dintre cele trei competențe principale ale medicului, apreciind în special medicii care îi ascultă, manifestă interes față de preocupările lor și răspund la întrebările acestora. Percepția pacienților cu privire la eficacitatea consultației poate fi influențată și de statutul emoțional al pacientului (pacienții depresivi evaluează comunicarea mai negativ) și de rezultatele testelor și examinărilor medicale [13]. Persoanele care înaintează plângeri

asupra necompetenței profesionale a medicilor menționează furnizarea insuficientă a informației în 26% cazuri, ascultare insuficientă a pacientului în 8%, devalorizarea părerilor pacientului și/sau a familiei în 29%, incapacitatea de a înțelege perspectivele pacientului și/sau a familiei lui în 13% [14].

Unele cercetări subliniază importanța *implicării pacientului în procesul luării deciziei medicale* și arată că pacienții care participă activ în acest proces obțin rezultate clinice mai bune [15]. Discutarea datelor medicale și a efectelor terapeutice au contribuit la creșterea înțelegerii și satisfacției pacienților [16].

Empatia medicului și satisfacția pacientului. Atitudinea empatică reprezintă o condiție fundamentală în psihoterapie, dar și în consultațiile medicale în general, având în vedere aspectul psihosomatic al majorității bolilor [17]. În lipsa unei conexiuni emoționale și înțelegeri reciproce, comunicarea medic-pacient se transformă într-un schimb formal de informații medicale, separat de contextul și complexitatea vieții pacientului. Empatia constă în capacitatea de a recepta statutul emoțional al pacientului, demonstrând înțelegere și dorință de a-l ajuta [18]. Satisfacția pacienților și complianța la tratament sunt în strânsă legătură cu atitudinea empatică a medicului [19]. Pe când „oferirea seacă a informației” are efect negativ asupra complianței. Un component esențial al comportamentului empatic este abilitatea de a „citi” nuanțele, replicile și „semnalele” pacientului. Vizitele la medicii care nu au reacționat la „semnalele” emoționale ale pacienților au avut durate mai lungi comparativ cu vizitele la medicii care au luat în considerație aceste „semnale” [20].

Stilul de comunicare. Credibilitatea oricărui mesaj depinde de *felul în care a fost spus* mai mult decât de *ceea ce a fost spus*. Un studiu asupra 1314 pacienți cu diabet [21] a arătat că abilitățile de autoîngrijire și autocontrol au fost mai bune atunci când medicii au adaptat explicațiile despre boală și tratament la nivelul de înțelegere al pacientului. De asemenea, s-a demonstrat importanța tonalității vocii în discuția cu pacienții [22]. Astfel, tonalitatea „dominantă” a medicilor s-a menționat ca predictivă reclamațiilor din partea pacienților.

Instrumente și tehnici ale comunicării eficiente. Există anumite instrumente și tehnici utile care pot ameliora comunicarea medic-pacient.

Comunicarea centrată pe pacient este una dintre tehnicile esențiale și este considerată a fi abilitatea de bază a tuturor lucrătorilor medicali, având o importanță deosebită în managementul bolilor cronice (cum ar fi diabetul, CPI, HTA, IC) [23]. Au fost identificate *componentele* consultației centrate pe pacient, asociate cu satisfacția ridicată

a pacientului [24]. Cele mai bune caracteristici ale consultației reușite au fost: flexibilitatea și tempoul discuției, schimbarea poziției corpului în funcție de subiectul discuției. Poziția fixă pe parcursul discuției, din contra, a fost asociată cu nemulțumirea pacientului, sugerând că acest stil poate fi perceput ca lipsă de receptivitate sau implicare în problema pacientului. Consultațiile apreciate negativ au fost cele în care s-a cheltuit o treime din timp pentru culegerea anamnezei, cu trecerea de la un subiect la altul secvențială, iar sfârșitul discuției a fost consacrat efectelor problemei [24].

Interviul motivațional este o metodă de interacțiune cu pacientul, având scopul de a determina motivația acestuia pentru schimbare și de a facilita modificările comportamentale. Componentele de bază ale interviului motivațional includ: stabilirea raportului, depășirea rezistenței, selectarea agendei, evaluarea dorinței de schimbare, clarificarea ambivalenței, determinarea beneficiilor secundare ale simptomelor și evaluarea gradului de optimism [25]. Un aspect important al interviului motivațional este înțelegerea schimbărilor din punctul de vedere al pacientului [26]. În acest context, este esențial să se țină cont de următoarele aspecte: 1) dorința de schimbare nu este o caracteristică intrinsecă a pacientului, ci rezultatul fluctuant al interacțiunii interpersonale și 2) decizia de a se schimba nu trebuie impusă, ci să reprezinte o alegere personală. Este important să recunoaștem că argumentele raționale nu sunt eficiente în rezolvarea ambivalenței [26].

Comunicarea colaborativă presupune o relație cu schimb de informații, desfășurată în mod dinamic și bidirecțional [27]. La modul ideal, medicul informează pacientul, îl implică în discuții legate de opțiunile de tratament, astfel încât responsabilitățile decizionale și cele ce țin de rezultatele tratamentului să fie împărțite între medic și pacient [27]. Variantele posibile de tratament trebuie discutate și adaptate situației și necesităților pacientului, fără a fi în mod rigid legate doar de protocoalele standardizate [9].

Managementul conflictelor. S-au descris situații în care neverbalizarea conflictului a provocat neînțelegeri [27]. Conflictul este o situație complexă, deoarece poate evoca diverse emoții, precum neajutorarea, frustrarea, confuzia, furia, incertitudinea, eșecul sau tristețea. Medicul trebuie să fie capabil să identifice sentimentele și reacțiile problematice ale pacientului și ale sale pentru a diminua escaladarea și a transforma problemele în oportunități de succes [28].

Stilul comportamental al medicului influențează satisfacția pacientului și rezultatele clinice. Un review sistematic al literaturii din perioada 1975-2000 examinează cercetările asupra consultațiilor în rețeaua medicinei primare [6]. Au fost identifi-

cate comportamentele verbale și nonverbale ale medicilor, care au influențat calitatea consultației. Printre *componentele verbale* asociate cu rezultate clinice pozitive se numără: empatia, comunicarea centrată pe pacient, respectul pentru punctul de vedere și personalitatea pacientului, obiectivitatea informației, stilul de comunicare predominant nedirectiv, folosirea expresiilor de încurajare a acțiunilor pacientului, folosirea adecvată a umorului, discuția aspectelor psihosociale ale pacientului (viața cotidiană, relațiile sociale, emoțiile), alocarea suficientă de timp pentru educația în sănătate, oferirea informației medicale și discutarea ei cu pacientul, explicațiile despre efectele tratamentului, atitudinea binevoitoare („prietenoasă”), ascultarea activă, sumarizarea, discuțiile la nivelul de înțelegere al pacientului, extinderea duratei vizitei. Comportamentele verbale care s-au asociat negativ cu rezultatele pacientului includ [6]: acceptarea pasivă, discuțiile formale, necongruența dintre comportament și mesajul verbal, directivitatea excesivă, lipsa respectului pentru experiența pacientului, iritația, nervozitatea, feedbackul exagerat în concluzia vizitei, anxietatea sau tensiunea, exprimarea opiniilor și comentariile în timpul examenului fizic. *Componentele comportamentului nonverbal* asociate rezultatelor favorabile includ [6]: contactul vizual moderat și reciproc, mișcările și gesturi afirmative, poziția corpului orientată și înclinată spre pacient, poziționarea mâinilor și picioarelor într-o manieră deschisă, simetria mâinilor. Cu rezultate nefavorabile au fost asociate următoarele comportamente [6]: contactul vizual excesiv, orientarea corpului la 45-90 grade față de pacient, înclinarea în spate, mâini încrucișate, atingeri nemotivate și frecvente.

Problemele de relație medic-pacient (barierele). Anxietatea pacientului, suprasolicitarea medicilor, frica de litigii și așteptările nerealiste ale pacienților sunt considerate ca fiind printre barierele care pot afecta o comunicare eficientă [29].

Deteriorarea abilităților de comunicare. S-a observat că odată ce studenții sau medicii începători avansează în disciplinele și cunoștințele pur medicale, se produce un fel de pierdere a capacității de a aborda integral asistența medicală. În plus, brutalitatea emoțională și fizică a pregătirii medicale poate suprima empatia și poate înlocui vorbirea (comunicarea) cu tehnici și proceduri [30].

Oferirea incompletă a informațiilor. Omiterea informațiilor necesare poate deveni o capcană din punctul de vedere a înțelegerii de către pacient a prognosticului bolii, scopurilor și așteptărilor de la tratament. Toate acestea pot influența alegerea, deciziile pacientului cu privire la tratament și evoluția bolii [31].

Comportamentul medicilor de evitare. Uneori, medicii evită discuțiile referitoare la aspectele emoționale și sociale ale pacienților, deoarece aceste subiecte devin stresante pentru ambele părți. Însă aceste comportamente cauzează influențe nedorite asupra recuperării [32].

Descurajarea colaborării. Un alt comportament este legat de nedorința medicilor de a încuraja pacienții să-și expună temerile, așteptările și să solicite informații suplimentare. Această tactică, de asemenea, poate afecta negativ atât relația medic-pacient, cât și rezultatele terapeutice [33].

Rezistența pacienților. Nu toți pacienții acceptă rolul de mentor, expert și de autoritate al medicilor și pot adapta recomandările primite conform propriilor lor viziuni, credințe, cunoștințe sau experiențe [33.34].

Convingerile despre sănătate. Convingerile și valorile personale ale pacientului pot influența relația medic-pacient [35]. Divergențele mari de convingeri pot cauza neîncredere în metodele de tratament, frică față de sistemul medical și rezultate de tratament mai slabe. Convingerile pacientului depind de variabilele sociale și comportamentale, dar și de particularitățile biologice și anatomice [33]. Este important să se respecte viziunile pacientului, dar să se ofere și punctul de vedere medical asupra problemei, permițând pacientului să facă un rezumat al discuției [36].

Identificarea și utilizarea componentelor comunicării eficiente: recomandări. Kurtz [37] încurajează medicii să-și examineze atent modalitățile de comunicare. Comunicarea medicală poate fi considerată eficientă atunci când: se asigură interacțiunea, nu doar transmiterea de informații; se minimizează dubiile pacienților; se fortifică motivația pentru schimbare comportamentală în perspectiva rezultatelor; se demonstrează dinamism. Comunicarea eficientă conduce la înțelegere reciprocă, folosind repetările și feedbackul. A fost studiată influența limbajului [38]. Se recomandă evitarea jargonului și metaforelor care pot fi deranjante, limbajul compasional direct. Medicii ar trebui să opteze pentru un limbaj simplu și clar, cu clarificarea priorităților pacientului.

Concluzii

Interacțiunea dintre medic și pacient constituie elementul central și critic al serviciilor medicale. Un interviu medical favorabil este esențial pentru crearea relațiilor interpersonale solide, schimbului de informații și pentru luarea deciziilor medicale optime. Calitatea interacțiunilor influențează satisfacția pacientului, aderența, rezolvarea simptomelor și, implicit, calitatea vieții.

Declarația de conflict de interes. Autorii declară lipsa conflictului de interes.

Declarația de finanțare. Lucrarea este publicată în cadrul Proiectului 20.80009.8007.37 „Bolile cronice hepatice și pancreatice: aspecte nutriționale și chirurgicale”.

Bibliografie

1. Lockyear P.L.B. Physician-Patient Communication: Enhancing Skills to Improve Patient Satisfaction. In: *Release of CME*, 2004.
2. Romanciuc I., Dumitrașcu D. Comunicarea medic-pacient element cheie al succesului terapeutic. In: *Olariu C, Olteanu D. Tratament și elemente diagnostice în bolile digestive funcționale*. Ed InfoMedica București 2009, pp. 27-36.
3. Banari I., Lupasco I., Vengher I. et al.. The relationship between doctor and a patient with liver disease in the context of Covid-19 pandemic. Bioethical analysis. In: *Proceedings of the 3 th International Scientific and Practical Conference "Scientific Community: Interdisciplinary Research"* (March 16-18, 2021). Hamburg, Germany: Busse Verlag GmbH. 2021, nr. 45, pp. 330-338. ISBN 978-3-512-31217-5.
4. Neuwirth Z.E. An essential understanding of physician-patient communication Part II. In: *J Med Pract Manage*. 1999, vol. 15, pp. 68-72.
5. Stewart M.A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. In: *CMAJ*. 1995, vol. 152(9), pp. 1423-1433.
6. Beck R.S., Daughtridge R., Sloane P.D. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. In: *J Am Board Fam Pract*. 2002, vol. 15, pp. 25-38.
7. Ha J.F., Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner J*. 2010 Spring; 10(1): 38-43.
8. Emanuel E., Emanuel L. Four Models of the Physician-Patient Relationship. In: *The Journal of the American Medical Association*. 1992, vol. 267(16), pp. 2221-2226.
9. Arora N. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. In: *Soc Sci Med*. 2003, vol. 57(5), pp.791-806.
10. Cegala D.J. et al. Physician's and patients' perceptions of patients' communication competence in a primary care medical interview. In: *Health Commun*. 2004, vol. 16, pp. 289-304.
11. Marvel M.K. et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? In: *The Journal of the American Medical Association*. 1999, vol. 281, pp. 283-287.
12. McBride C.A. et al. The physician's role. Views of the public and the profession on seven aspects of patient care. In: *Arch Fam Med*. 1994, vol. 3, pp. 948-953.
13. Takayama T., Yamazaki V. How breast cancer outpatients perceive mutual participation in patient-physician interactions. In: *Patient Educ Couns*. 2004, vol. 52, pp. 270-289.
14. Beckman H.B. et al. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. In: *Arch Intern Med*. 1994, vol. 154, pp. 1365-1370.
15. Kaplan S.H. et al. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. In: *Ann Intern Med*. 1996, vol. 124, pp. 497-504.

16. Robbins J.A. et al. The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. In: *Fam Med*. 1993, vol. 25, pp. 17-20.
17. Romanciuc I. Eseu despre abordarea psihosomatică în medicină. In: *Arta Medica*. 2004, nr. 4(7), pp. 39-41.
18. Wu Q., Jin Z., Wang P. The Relationship Between the Physician-Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust. In: *J Gen Intern Med*. 2022, May, vol. 37(6), pp. 1388-1393.
19. Kim S.S., Kaplowitz S., Johnston M.V. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. In: *Eval Health Prof*. 2004, vol. 27, pp. 237-251.
20. Levinson W., Gorawara-Bhat R., Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. In: *JAMA*. 2000, vol. 284, pp. 1021-1027.
21. Heisler M. et al. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. In: *J Gen Intern Med*. 2002, vol. 17, pp. 243-252.
22. Ambady N. et al. Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. In: *Surgery*. 2002, vol. 132, pp. 5-9.
23. Greeneld S. et al. Patient's participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. In: *J Gen Intern Med*. 1988, vol. 3, pp. 448-457.
24. Fossum B., Arborelius E. Patient-centered communication: videotaped consultations. In: *Patient Educ Couns*. 2004, vol. 54, pp. 163-169.
25. Duran L.S. Motivating health: strategies for the nurse practitioner. In: *J Am Acad Nurse Pract*. 2003, vol. 15, pp. 200-2005.
26. Emmons K.M., Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings: opportunities and limitations. In: *Am J Prev Med*. 2001, vol. 20, pp. 68-74.
27. Feudtner C. Collaborative communication in pediatric palliative care: a foundation for problem-solving and decision-making. In: *Pediatr Clin North Am*. 2007, vol. 54(5), pp. 583-607.
28. Lee S. et al. Enhancing physician-patient communication. In: *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2002, vol. 1, pp.464-483.
29. Fentiman I.S. Communication with older breast cancer patients. In: *Breast J*. 2007, vol. 13(4), pp. 406-409.
30. Dimatteo M.R. The role of the physician in the emerging health care environment. In: *West J Med*. 1998, vol. 168(5), pp. 328-333.
31. The A.M. et al. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. In: *BMJ*. 2000, vol. 321(7273), pp. 1376-1381.
32. Maguire P., Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. In: *BMJ*. 2002, vol. 325(7366), pp. 697-700.
33. Lee R.G., Garvin T. Moving from information transfer to information exchange in health and health care. In: *Soc Sci Med*. 2003, vol. 56(3), pp. 449-464.
34. Zhu Y. Enhancing doctor-patient relationships in community health care institutions: the Patient Oriented Four Habits Model (POFHM) trial-a stepped wedge cluster randomized trial protocol. In: *BMC Psychiatry*. 2023, Jun 29, vol. 23(1), pp. 476.
35. Tongue J.R., Epps H.R., Forese L.L. Communication skills for patient-centered care: research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients. In: *J Bone Joint Surg Am*. 2005, vol. 87, pp. 652-658.
36. Platt F.W., Keating K.N. Differences in physician and patient perceptions of uncomplicated UTI symptom severity: understanding the communication gap. In: *Int J Clin Prac*. 2007, vol. 61(2), pp. 303-308.
37. Kurtz S.M. Doctor-patient communication: principles and practices. In: *Can J Neurol Sci*. 2002, vol. 29, pp. S23-S29.
38. Bedell S.E. et al. Words that harm, words that heal. In: *Arch Intern Med*. 2004, vol. 164, pp. 1365-1368.

Autor corespondent:

Inna Vengher, conferențiar cercetător,
Laboratorul de Gastroenterologie,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel. 069053013,
e-mail: inna.vengher@gmail.com.