



RELATIA MEDIC – PACIENT. ASPECTE PSIHO-SOCIALE.

Sef Lucr. Dr. Mihail Cristian Pîrlog, Asist. Univ. Dr. Dan Bondari



Relația medic – pacient

- ▶ În societatea actuală, medicul are un status extrem de înalt, diferențiindu-se prin nivelul de formație abstractă și specializată, prin orientarea spre profesie, prin recunoașterea autorității depline asupra bolii și monopolul asupra tratamentului.
- ▶ Monopolul asupra activității proprii îi diferențiază net pe medici de alți profesioniști, dobândind astfel și o autonomie extremă asupra controlului și exercițiului meseriei.
- ▶ Statusul social al medicului este perceput de către masa largă de persoane în asociere cu valori precum: putere, cunoaștere, devotament, eroism, putere de sacrificiu.



Relația medic – pacient

- Intervenind în situațiile de criză, medicul apare într-o triplă ipostază, de om care:
 - alină suferința
 - vindecă boala
 - salvează viața bolnavului
- Statusul înalt al medicului provine din duritatea și frustarea înregistrate pe parcursul pregătirii profesionale îndelungate, apartenența sa la clase sociale superioare, costurile mari de instruire.



Rolul social al medicului (I)

Rolul social al medicului este asociat statusului său și este caracterizat de cinci trăsături principale (Parsons, 1956):

- ▶ competența tehnică determinată de conținutul tehnic al științei medicale și prioritară în înfăptuirea eficientă a actului medical. Este asimilată încă de la începutul studiilor și se probează prin concursuri și examene și atestată de titlul profesional. Unul dintre atributele sale, întâlnit cel mai des în cazul medicilor generaliști, este minima competență în maximum de domenii medicale. Competența tehnică presupune și cunoașterea unor noțiuni non-medicale, care au însă implicații profesionale ori socio-administrative pentru bolnav (drepturi materiale și legale, pensionări, protecție împotriva noxelor, etc.)

Rolul social al medicului (II)

Rolul social al medicului este asociat statusului său și este caracterizat de cinci trăsături principale (Parsons, 1956):

- ▶ universalismul care presupune existența unei relații cu pacientul bazate pe reguli formale și nu pe legături personale, neputând face nici un fel de discriminare în acest sens. Există însă și excepțiile care confirmă regula:
 - ▶ medicina de campanie în care asistența medicală se acordă cu precădere gradelor superioare
 - ▶ presiunile de natură socială cu privire la îngrijirea unor personaje cheie în viața politică ori socio-economică
 - ▶ cabinetele și clinicile particulare



Rolul social al medicului (III)

Rolul social al medicului este asociat statusului său și este caracterizat de cinci trăsături principale (Parsons, 1956):

- specificitatea funcțională privind îngrijirea sănătății și rezolvarea cazurilor de boală, care presupune acțiunea cu mijloace și tehnici specifice (tehnice, psihologice, psihiatrice, etc.) și fără a interveni în alte aspecte ale vieții pacientului.

Rolul social al medicului (IV)

Rolul social al medicului este asociat statusului său și este caracterizat de cinci trăsături principale (Parsons, 1956):

- neutralitatea afectivă care impune existența unei relații obiective și fără implicare emoțională. Dacă relația medic – pacient presupune existența unui anumit grad de acces din partea medicului la intimitatea corporală și psihică a pacientului, acest proces nu trebuie să fie unul care să acționeze și în sens invers. Chiar dacă în aceste raporturi medicul devine un surrogat de părinte, frate sau prieten, el nu trebuie să se confunde cu aceștia și nici să judece ori să condamne bolnavul indiferent de culpa acestuia.



Rolul social al medicului (V)

Rolul social al medicului este asociat statusului său și este caracterizat de cinci trăsături principale (Parsons, 1956):

- ▶ orientarea spre colectivitate este obiectivul ideologiei medicale, care pune accent pe devotamentul față de colectivitate și mai puțin pe urmărirea unor profituri materiale. Profesiunea de medic presupune, ca și alte profesii, reușita dar, spre deosebire de acestea în care orientarea valorilor se face spre sine, aici este spre alții. În plus, moralitatea medicului este crucială în chiar legitimarea stării de bolnav a pacientului.

Rolul social de bolnav (I)

Rolul social de bolnav implică cinci trăsături caracteristice (Iamandescu, 1997):

- situația marginală a bolnavului din care rezultă instabilitate emoțională și stări conflictuale
- pericolul care apare asupra bolnavului și care îl determină să apeleze la mijloace și tehnici de protecție, rezultând și aici stări euforice ori sugestibilitate amplificată.
- restrângerea orizontului
- egocentrism
- anxietate și exagerarea acțiunii factorilor de mai sus ca urmare a unei perspective temporare de lungă durată a bolii.

Rolul social de bolnav (II)

Alte caracteristici (Parsons):

- degrevarea de sarcinile și responsabilitățile vieții normale, ce se poate transforma într-un drept în cazul în care boala nu se vindecă
- receptarea sprijinului din partea instituțiilor abilitate în acordarea ajutorului medical, acțiune care presupune și două extreme: exagerare ori refuz.
- dorința de însănătoșire ca o legitimitate condiționată a rolului de bolnav.
- obligația de a căuta ajutor competent și de cooperare cu personalul abilitat în acest sens, obligație care legitimează starea de boală, anulând caracterul de devianță al acesteia.

Rolul social de bolnav (III)

Tipul de rol social al bolii este în strânsă corelație cu:

- natura bolii (somatică, psihică)
- gravitatea bolii
- cronicizarea bolii
- tipul de tratament aplicat (ambulator, staționar, spitalicesc).

Se poate vorbi în același timp și de două tipuri de pacienți (Beckmann, 1979):

- bolnavii timizi care doresc o relație extrem de apropiată cu medicul curant, care să le ofere protecție și compasiune pentru probleme de orice natură (personală, socio-emoțională, etc.)
- bolnavii „suprasănătoși”, cu grave tulburări de sănătate, dar care refuză să accepte boala și să consulte medicul știind că tratamentul nu este eficient.

Relația medic – pacient

- Relație de roluri, asimetrică și consensuală, în care medicul are poziția de superioritate, fiind elementul activ care caută soluția la boala de care suferă pacientul, văzut aici ca un element pasiv.
- Pacientul recunoaște autoritatea medicului, iar relația terapeutică se bazează pe reciprocitate, cele două roluri alcătuind un cuplu complementar.
- Atitudinile pe care medicul le adoptă în cadrul acestei relații pot fi:
 - tutore autoritar
 - mentor
 - savant detașat
 - părinte bun și protector
 - avocat al „adevărului înaintea de toate“
- Natura relației medic – pacient influențează în mod decisiv actul terapeutic și stabilirea diagnosticului.

Relația medic – pacient - complementaritate

- Relație între doi actori sociali (T. Parsons): roluri complementare, iar drepturile și obligațiile sociale prevăzute potențează eventualul conflict interrelațional, fără a-l elimina în totalitate.
- Situații, legate de simptomele organice ale pacientului (Szasz, Hollender, 1956):
 - activitate – pasivitate, medicul este activ, bolnavul pasiv (răni grave, comă, anestezie)
 - conducere – cooperare, bolnavul urmează sfaturi și are raționament (boli acute, infecții)
 - participare reciprocă, medicul ghidează bolnavul în a-și acorda singur ajutorul, întâlnirile fiind ocazionale (boli cronice)
 - pacientul conduce, iar medicul cooperează, situație apărută în momentul în care medicul răspunde pozitiv cererilor pacientului, scriindu-i o rețetă ori o trimitere.
- Bolnavii proveniți din clasele medii și înalte se bucură de o mai atentă îngrijire decât cei din clasele de jos, acest aspect modificând natura raporturile existente între cei doi actori.

Relația medic – pacient - conflictualitate

- Relație potențial conflictuală (Freidson, 1970), originile stării conflictuale fiind interesele și perspectivele diferite avute de medic și pacient.
- Medicul percepe boala și bolnavul din perspectiva specializării sale profesionale și va defini el însuși conținutul și formele serviciului pe care îl acordă bolnavului
- Pacientul percepe afecțiunea în funcție de nevoile cotidiene și de nivelul său cultural. Chiar dacă nu va reuși să își impună punctul de vedere în fața medicului, bolnavul nu va fi un element docil pe parcursul existenței unei relații între el și medic.
- Situațiile conflictuale au la origini și alți factori:
 - tipul de activitate medicală (chirurgie, psihiatrie, neurologie, etc.)
 - tipul de pacient
 - tipul de boală.

Relația medic – pacient - conflictualitate

- Tensiuni interrelaționale pot apărea și în cazul în care medicul va efectua consultul fără acceptul pacientului, acesta putând deveni un pericol pentru anturaj (Baron, 1991):
 - alcoolicul violent în stare de intoxicație acută
 - psihoticul care poate comite suicid sau acte agresive
 - toxicomanul în lipsă de drog, solicitând violent doza
 - pacienții antrenați într-un conflict ce poate degenera în violențe extreme
- Între prioritățile actului medical într-un astfel de caz se numără rezolvarea următoarelor probleme:
 - tulburări de comportament ale pacientului
 - suferinței bolnavului
 - perturbarea ordinii publice

Relația medic – pacient - conflictualitate

- Prioritățile diferite ale medicului și pacientului constituie o sursă importantă de conflicte pe parcursul derulării relației între cei doi. În timp ce pentru pacient prioritatea absolută o are propria afecțiune și tratamentul efectuat, medicul trebuie să se implice în tratarea unui număr mai mare de pacienți.
- Diferența dintre cei doi actori în ceea ce privește evaluarea gravității bolii, diferență ce provine din inechilibrul în cunoștințe medicale și din experiența personală diferită a bolii. Astfel, de cele mai multe ori, medicii par a subestima gravitatea bolii și mai ales efectul acesteia asupra vieții cotidiene a bolnavilor, în timp ce pacienții o supraestimează, considerând-o extrem de gravă.
- Așteptările contradictorii ale indicilor cu privire la comportamentul bolnavilor se constituie într-o altă sursă de conflict între medic și pacient. Pacientul ideal este cel capabil să își evalueze starea de sănătate cu suficient discernământ pentru a cunoaște problemele pe care trebuie să le supună atenției medicului, deci un individ cu suficiente cunoștințe medicale, în contradicție însă cu dorința ca pacientul să accepte fără echivoc diagnosticul și tratamentul prescris.

Strategii de control în relația medic – pacient (I)

- Persuasiunea - pacienții încearcă să convingă medicul că un anumit tip de tratament este mai potrivit, prezentând informațiile legate de boală într-un mod convenabil lor; medicul va încerca la rândul său să convingă pacientul că procedeul său este cel mai bun prin copleșirea sa cu dovezi sub formă de analize de laborator ori exemple din experiența anterioară și nu acceptă sugerarea de proceduri de către pacient.
- Negocierea – procesul prin care medicii și pacienții ajung la un compromis, de obicei în ceea ce privește durata programului de tratament.

Strategii de control în relația medic – pacient (II)

- Incertitudinea funcțională – în momentul în care există siguranță privind evoluția unei boli ori succesul unei terapii, medicul poate menține incertitudinea pacientului, în scopul economisirii de timp, evitării unor scene emoționale, ori al menținerii autorității asupra pacientului.
- Comportamentul non-verbal – joacă un rol important în desfășurarea acestei relații și în influențarea calității informației comunicate. Aceste tehnici non-verbale servesc la controlul consultației, ori pentru a indica sfârșitul acesteia. Din punctul de vedere al comportamentului non-verbal, medicul ocupă poziția dominantă, conducând dialogul și semnalând intrarea ori ieșirea pacientului, posibilitatea acestuia din urmă de a influența în vreun fel conversația depinzând de nivelul cunoștințelor medicale pe care le posedă, de gradul de disconfort creat de boală, precum și de capacitatea de a-și exprima trăirile, dar și de bunăvoința medicului.

Strategii de control în relația medic – pacient (III)

- Consultațiile au fost și ele împărțite în două categorii ce se deosebesc prin oportunitatea acordată participării pacienților (Byrne, Long, 1976):
 - centrate pe medic, caracterizate prin abordare directă, utilizarea unui interviu strâns controlat care ținea la stabilirea diagnosticului într-un timp cât mai scurt, iar pacientului i se refuză posibilitatea discutării simptomelor, problemelor și angoaselor.
 - centrate pe pacient, în care medicul acordă mai mult timp pacientului și tuturor problemelor acestuia, acest model tinzând spre extindere, dar având șanse reduse deocamdată datorită presiunii timpului.