

## **MODELS OF THE DOCTOR-PACIENT RELATIONS AND THEIR IMPORTANCE IN CLINIC COMMUNICATION**

**Roxana Elena Doncu**

**Lecturer, PhD, "Carola Davila", University of Medicine and Pharmacy, București**

*Abstract: The doctor-patient relationship is one of the most important factors that influence the efficiency of the treatment and the healing process. In the doctor-patient encounter, effective communication depends on the doctor's social and communicative skills and his ability to establish rapport with the patient. This paper will explore some theoretical models that have influenced the doctor-patient communication during consultations. The historical trend is away from paternalism, towards a more patient-centered medicine.*

*Keywords: doctor-patient relationship, doctor-patient encounter, clinical communication*

Comunicarea doctor-pacient este unul dintre factorii importanți care determină eficiența procesului de tratament și vindecare. Încă din cele mai vechi timpuri, în Grecia antică, Hipocrate din Cos, supranumit „părintele medicinei”, a dezvoltat un model al comunicării dintre medic și pacient, în cadrul examenului clinic. Etapele examenului clinic, reflectate în celebrul aforism „să cercetăm cele ce s-au petrecut, să cunoaștem cele prezente, să aplicăm cele învățate”, au rămas în fond aceleași: anamneza (istoricul bolii și al pacientului), examenul fizic (cu cele patru tehnici, inspecția, palparea, percuția și auscultarea), la care epoca modernă a adăugat examenele paraclinice (atât de utilizate astăzi, încât există primejdia ca abilitățile de diagnosticare ale medicilor să fie serios afectate de dependența excesivă de examenele de laborator sau imagistică), urmat de stabilirea diagnosticului (aplicarea informațiilor obținute).

Comunicarea doctor-pacient este parte integrală a relației medic-pacient, o relație extrem de complexă care presupune valori morale și culturale, și care diferă de la un sistem medical la altul, în funcție de statutul medicului în societatea respectivă și de gradul de implicare al pacientului în procesul de decizie. Deși abilitățile de comunicare ale doctorului au jucat dintotdeauna un rol important în procesul de vindecare, explicațiile și puterea sa de convingere influențând în mod direct complianța pacientului, relația medic-pacient devine subiect de meditație și cercetare abia în secolul XX, ca urmare a traumei celor două războaie mondiale și a influenței tot mai pronunțate a psihanalizei. Traumele psihologice ale soldaților din al doilea război mondial l-au determinat pe Michael Balint, un psihanalist de origine maghiară să insiste asupra aspectelor psihosociale ale bolii și să se concentreze pe definirea relației medic-pacient. Tot Balint a fost cel care a inventat termenul de „doctor-medicament” (drug-doctor) – doctorul fiind principalul mijloc care facilitează vindecarea, „medicină centrată pe pacient” și i-a sfătuit pe doctori să adopte o perspectivă holistică în timpul examenului clinic, să folosească întrebări deschise în timpul anamnezei și să analizeze atât limbajul verbal cât și cel non-verbal. Trăsătura principală a relației medic-pacient este că aceasta are un caracter instituțional (întâlnirea medic-pacient are loc la policlinică, spital, cabinet medical), iar medicul joacă rolul principal: el oferă suport psihologic bolnavului, iar încrederea în medic este un aspect cheie al succesului terapeutic. Un alt

model al relației doctor-pacient a fost cel propus de analiza tranzacțională a lui Eric Berne (1964). Acesta a definit conceptul de stări ale eului (ego states) ca un ansamblu integrat al modurilor de gândire, simțire și comportament ale unei persoane. Conform teoriei lui Berne, există trei asemenea stări: de părinte, adult și copil. O persoană a cărei stare fundamentală a eului este de părinte va fi una predominant protectoare, care se crede indispensabilă, moralizatoare, creatoare de reguli și care-i judecă în permanență pe ceilalți. Starea de adult este caracterizată prin raționalitate, un caracter deschis, analitic, înclinat spre rezolvarea problemelor care apar. Starea de copil implică un comportament imatur, dar și creativitate dezvoltată, anxietate, bucurie intensă sau dimpotrivă, depresie. În majoritatea întâlnirilor dintre medic și pacient, medicul va adopta rolul de părinte, iar pacientul cel de copil.

Un deschizător de drumuri în vremea sa, teoriile psihologice și psihanalitice ale lui Balint au ajutat de definirea relației medic-pacient, însă caracterul acesteia s-a schimbat în prezent. Un catalizator al acestei schimbări a fost, ca întotdeauna, progresul tehnologic: apariția și dezvoltarea noilor media, a televiziunii și internetului. Dacă înainte rolul de expert al medicului făcea ca pacientul să fie total dependent de informația și expertiza medicului, în zilele noastre asistăm la o creștere a nivelului de educație medicală a pacientului. În România oricine a auzit de criza imunoglobulinei și de infecțiile nozocomiale sau intraspitalicești. Dacă suntem curioși să știm mai multe, există zeci de site-uri cu informații medicale, site-uri unde putem adresa întrebări specialiștilor, etc. Chiar dacă auto-diagnosticarea rămâne imposibilă, iar auto-medicația e mai mereu o greșeală, nu trebuie să închidem ochii la faptul că pacientul din ziua de azi, cu posibilitățile de informare care se află la dispoziția sa, nu mai este atât de dependent de medic ca în trecut. În unele sisteme medicale s-a introdus noțiunea de „pacient-expert”, care se referă la acei pacienți, suferinzi de boli cronice, care învață, în timp să-și cunoască și controleze boala, astfel că sunt capabili să ofere sfaturi altor pacienți. Dacă atitudinea recomandată de Balint medicilor avea beneficiile ei la mijlocul secolului XX, astăzi ea este percepută ca paternalistă, și există o tendință din ce în ce mai accentuată spre o autonomie crescută a pacientului, astfel ca acesta să nu se mai încreadă orbește în sfatul și recomandarea medicului.

Un început al acestei schimbări globale în percepția relației medic-pacient au fost anii 60-70, când au apărut primele idei ale feminismului (care contestau sistemul de putere patriarhal) și științele comunicației. În anii 70, John Heron a analizat stilurile de interacțiune ale personalului medical și paramedical, și a descris șase asemenea stiluri, împărțite în două categorii, în funcție de autonomia oferită pacientului: autoritare și de facilitare. Stilurile autoritare sunt cele prescriptive, informative și confrontative: ele oferă medicului posibilitatea de a menține controlul în relația medic-pacient. Stilurile de facilitare sunt cele catartice, catalitice și de suport; ele oferă pacientului autonomie sporită. Orice relație medic-pacient nu se bazează exclusiv pe unul dintre aceste stiluri, ci reprezintă o combinație între două sau mai multe.

Cei care au formalizat etapele consultației medicale au fost Byrne și Long. După ce au ascultat peste 2000 de conversații între medici și pacienții lor, aceștia au descris șase etape principale în desfășurarea consultației:

1. medicul creează o relație cu pacientul
2. medicul încearcă să afle motivele pentru care pacientul a venit la consultație
3. doctorul face examenul clinic
4. doctorul (cu sau fără pacient) încearcă să rezolve problema
5. doctorul (cu sau fără pacient) propune un plan de tratament
6. sfârșitul consultației

Analizând înregistrările consultației, Byrne și Long au ajuns la concluzia că pacienții

preferă consultațiile care sunt centrate pe pacient, iar majoritatea consultațiilor eșuează dacă doctorul nu îndeplinește cerințele etapelor 2 sau 4: stabilirea corectă a motivelor prezentării la doctor sau rezolvarea corectă a problemei.

Un alt model propus în 1984 de Pendleton et. al. și folosit în învățământul din Marea Britanie descrie șapte obiective pe care doctorul și pacientul trebuie să le îndeplinească în timpul consultației:

1. aflarea motivelor pentru care pacientul se prezintă la doctor
2. determinarea unor probleme secundare, dar nu mai puțin importante, legate de motivele prezentării la doctor, cum ar fi riscurile legate de situația socio-profesională a pacientului
3. colaborarea și conlucrarea medicului și pacientului, în scopul unei înțelegeri mai bune a problemelor și a definitivării unui plan de tratament optim
4. implicarea pacientului în planul de tratament
5. încurajarea pacientului în vederea acceptării responsabilității în procesul de diagnoză, prognoză și tratament
6. managementul eficient al timpului și resurselor
7. construirea și menținerea unei relații terapeutice

Pentru a atinge toate aceste obiective, medicul trebuie să deprindă anumite abilități și să reflecteze în permanență asupra experiențelor sale în relațiile cu pacienții.

În anii 80, datorită progreselor tehnologice înregistrate, apariției noilor metode imagistice de diagnosticare (rezonanța magnetică nucleară și tomografia computerizată), medicina a devenit din ce în ce mai complexă, relația medic-pacient a început să capete tot mai multă importanță, astfel că o nouă disciplină a apărut în programele facultăților de medicină din Statele Unite și din Marea Britanie: comunicarea clinică. În consecință, cel puțin în sistemele medicale din Occident, se produce o trecere graduală de la sistemele reduționist-paternaliste la îngrijirea centrată pe pacient.

În 1989, McWhinney a teoretizat modelul Disease-Illness<sup>1</sup>, prin care definea două seturi de obiective distincte, ale doctorului și ale pacientului. În cadrul experienței medicului, perspectiva asupra bolii este una biomedicală, care presupune existența unor semne și simptome, manifestări patologice, care duc la stabilirea unui diagnostic. Din perspectiva pacientului, boala presupune existența anumitor idei, griji, sentimente și gânduri care au un efect asupra vieții sale. Integrarea acestor perspective într-o consultație centrată pe pacient presupune ca medicul și pacientul să participe în mod egal în procesul de înțelegere a bolii și de decizie asupra planului de tratament. Medicul trebuie să-l asculte atent pe pacient, să folosească atât întrebări închise cât și deschise, să ofere explicații clare și amănunțite, și să folosească atât limbajul verbal cât și cel non-verbal în construirea și menținerea relației terapeutice.

Steve Cohen-Cole, în studiul său *The Medical Interview: The Three Function Approach* (1991), a arătat că funcțiile interviului medical sunt de a pune bazele unei relații doctor-pacient eficiente, de a evalua corect problemele pacientului și de a le administra printr-o bună comunicare clinică. Tot în anii 90, în Marea Britanie apare ghidul Calgary-Cambridge de desfășurare a interviului medical, care formalizează toate aspectele menționate anterior. Acest model împărțea interviul medical în cinci etape care trebuie respectate astfel încât consultația să decurgă optim și pentru medic și pentru pacient. Obiectivele celor cinci etape erau: obținerea de informații, examenul fizic, explicațiile, planul de tratament și terminarea consultației. Fiecare obiectiv solicită

---

<sup>1</sup>*Disease* și *illness* sunt sinonime în limba engleză, dar ele sunt folosite pentru a reflecta două poziții distincte: *disease* este termenul care definește boala în mod obiectiv, neindividualizat, în vreme ce *illness* nu se referă la boală în general, ci la boala de care suferă un pacient, la experiența celei boli.

anumite abilități, iar în plus, doctorul trebuie să deprindă și abilitățile de structurare a consultației și de menținere a relației terapeutice cu pacientul.

Cecil Helman, medic și antropolog originar din Africa de Sud, a propus un alt model, modelul popular (folk model). El a arătat că, deși doctorii tind să ofere pacienților informații detaliate despre tratamentul necesar, pacienții vin cu șase întrebări, care pot fi explicite sau nu:

1. Ce s-a întâmplat?
2. De ce s-a întâmplat?
3. De ce mi s-a întâmplat tocmai mie?
4. De ce s-a întâmplat acum?
5. Cum ar trebui să procedez?
6. Ce se întâmplă dacă nu fac nimic?

Într-un articol din faimoasa publicație *The Lancet*, Helman nota că „Arta medicinei este o artă literară. Una care îi cere celui ce o practică capacitatea de a asculta într-un anume fel, de a empatiza, dar și de a-și folosi imaginația. De a încerca să simți cum se simte acea persoană care zace în pat, sau care te privește de dincolo de marginea biroului. De a încerca să înțelegi atât povestitorul, cât și povestea.”<sup>2</sup> (2252) Importanța pe care Helman o acorda povestirii se va reflecta în apariția unui nou model de a privi comunicarea dintre doctor și pacient, apărut la începutul secolului XXI, și anume medicina bazată pe narațiune (narrative-based medicine). Aceasta a apărut ca reacție la inadvertențele modelelor biomedicale, ca un model interdisciplinar, la intersecția dintre bioetică, istoria medicinei, teoria literară, studiile culturale, îngrijirea centrată pe pacient, medicina de familie și holismul. Greenhalgh and Hurwitz au inventariat felurile în care actul narativ și narațiunea sunt implicate atât în procesele patologice, cât și în metodele și tehnicile curative: procesele de îmbolnăvire, suferință și vindecare, abilitatea de a face față (sau nu) experienței bolii pot fi considerate ca narațiuni specifice în cadrul narațiunilor (poveștilor) de viață ale pacienților; narațiunile bolii oferă posibilitatea de a aborda problemele unui pacient într-un mod holistic, și astfel pot conduce la descoperirea unor noi opțiuni diagnostice sau terapeutice; în consecință, narațiunile bolii devin un mijloc de educație atât pentru pacient cât și pentru doctor, deoarece ele pot extinde și îmbogăți agenda de cercetare; anamneza este un act de interpretare, iar interpretarea este punctul central al narațiunii; narațiunea poate fi o metodă de a lua în considerare probleme existențiale cum ar fi suferința, durerea, disperarea sau dimpotrivă, speranța, care însoțesc adesea experiența bolii. Astfel, medicina bazată pe narațiune încurajează dialogul dintre doctor și pacient, cerându-i doctorului să-și dezvolte abilitățile de ascultare și de interpretare, cât și deschiderea către perspectiva celuilalt, a pacientului.

Ceea ce a devenit evident în evoluția medicinei este că autoritarismul și paternalismul sunt înlocuite treptat de conceptul *medicină centrată pe pacient*; în același timp importanța consultației medicale și a comunicării eficiente între medic și pacient este nu doar conștientizată, ci și tradusă în apariția unei practici a comunicării și a unei discipline noi: comunicarea clinică. Modelele prezentate au fiecare un rol important în elucidarea anumitor aspecte ale relației medic-pacient. Această relație presupune comunicarea, dar ea este influențată, așa cum au arătat Lussier și Richard, de boală și de cadrul bolii. Astfel, la camera de gardă sau în unitatea de primiri urgențe, când pacientul se prezintă cu un infact miocardic, accident cerebral sau traume grave, doctorul este

---

<sup>2</sup>Reproduc aici și textul în engleză: „The art of medicine is a literary art. One that requires the practitioner the ability to listen in a particular way, to empathise, but also to imagine. To try to feel what it must be like to be that other person lying in the sick bed, or sitting across the desk from you. To try to understand the storyteller, as well as the story.”

expertul-responsabil (expert-in-charge), și toate eforturile sale sunt îndreptate spre luarea unor decizii rapide, mobilizarea resurselor medicale în ajutorul pacientului, iar aspectele psihosociale ale asistenței medicale contează mai puțin. Când pacientul suferă de o boală cronică sau o condiție subacută (infecții, leziuni minore) doctorul adoptă rolul unui ghid-expert (expert guide), care informează pacientul, îi prescrie un tratament, și îl convinge să-l urmeze. Când pacientul suferă de boli cronice stabile precum osteoporoză, osteoarită, sindromul colonului iritabil, etc., doctorul trebuie să construiască o relație de parteneriat cu pacientul, care ajunge în timp să-și cunoască boala și devine capabil de a discuta adoptarea unor tratamente alternative. În cazul pacienților cu boli cronice care pot fi controlate, doctorul are de-a face cu pacienți care sunt în stare să se monitorizeze singuri, astfel că doctorului îi e rezervat rolul de facilitator. În această situație aspectele psihosociale ale bolii primează, iar doctorul trebuie să-și asculte pacientul, să-i ofere informații suplimentare, și să-i ofere pacientului motivația necesară implementării tratamentului.

În România, deși sistemul medical este în continuare, mai ales în spitale, destul de autoritarist și paternalist, lucrurile sunt în schimbare. În medicina de familie se vorbește din ce în ce mai mult de îngrijirea centrată pe pacient, și există numeroase cursuri de formare în acest sens. Internetul, cu numeroasele sale posibilități de informare, oferă pacienților șansa de a deveni mai autonomi în relația cu doctorul. Există numeroase site-uri cu sfaturi medicale oferite de doctori: [www.medic.chat](http://www.medic.chat), [csid.ro](http://csid.ro), [sfatulmedicului.ro](http://sfatulmedicului.ro), forumuri unde pacienții pot pune întrebări și beneficia de răspunsuri alternative, iar recent, pe [www.doclandia.ro](http://www.doclandia.ro), pacienții se pot înscrie pentru consultații online. Atât medicii, cât și pacienții devin din ce în ce mai conștienți de beneficiile unei comunicări deschise, eficiente, care poate îmbunătăți relația medic-pacient și procesul de tratament și vindecare.

## **BIBLIOGRAPHY**

- Balint, Michael. *The Doctor, His Patient and the Illness*. Churchill Livingstone, London, 1957.
- Berne, Eric. *Transactional Analysis: Games People Play*. Ballantine Books, New York, 1964.
- Byrne, P.S., și Long, B.E. *Doctors Taking to Patients*. HMSO, London, 1976.
- Cohen-Cole, Steven. *The Medical Interview: The Three Function Approach*. Mosby, St. Louis, 1991.
- Greenhalgh, T., și Hurwitz, B. „Narrative based medicine: Why study narrative?”, *BMJ*, 318, 1999, pp. 48-50.
- Helman, Cecil. „Physician writer”. *The Lancet*, 361, 2003, p. 2252.
- Heron, John. „A six category intervention analysis”, *British Journal of Guidance and Counselling*, 4, 1976, pp. 143-155.
- Lussier, M.T, și Richard, C. „Because one shoe doesn't fit all: A repertoire of doctor-patient relationships. *Canadian Family Physician*, 54, 2008, pp. 1089-1092.
- Pendelton, D., Schofield, T., Tate, P., și Havelock, P. *The Consultation: An Approach to Learning and Teaching*. Oxford University Press, Oxford, 1984.