

## COMPORTAMENTUL MEDICULUI SI AL ECHIPEI MEDICALE

### 1. Statutul social al medicului (după Parsons)

Caracteristicile statutului social al medicului după Parsons :

- i. Competență tehnică – titlul, promovarea examenelor, volum sporit de informații de specialitate acumulate
- ii. Universalism – toți oamenii bolnavi au aceleași drepturi
- iii. Specificitate funcțională – acționează cu mijloace clar definite, păstrând secretul profesional
- iv. Neutralitatea afectivă – nu se implică afectiv, nu judecă și nu condamnă pacientul.
- v. Dezinteres și altruism

### 2. Atitudini ale medicilor în serviciile cu letalitate ridicată

J.J Bradley descrie 10 tipuri de comportament ale medicilor față de bolnavii incurabili : 3 comportamente presupun o implicare redusă a medicului, contrară obligațiilor profesiei sale, 3 comportamente sunt optime și productive în relația medic pacient iar ultimele 4 se situează la polul supraimplicării medicului și sunt în egală măsură cu 1-3 contraproductive :

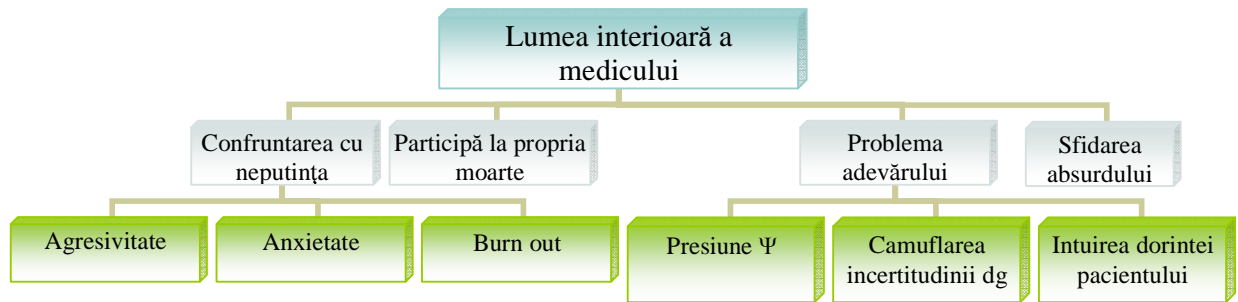
- (1) Abandonul : retragerea voluntară a asistenței sau abuzul activ asupra pacientului
- (2) Neglijarea : îngăduirea situațiilor amenințătoare de viață sau răceala și agresivitatea arătate constant pacientului
- (3) Detașarea/indiferența : acordarea unei asistențe medicale pur formale, fără implicare emoțională, preocupare doar pt binele de ordin fizic al pacientului
- (4) Atitudinea voluntară de suport : însoțită de căldură, respect pentru pacient, preocupări pt binele său fizic și psihic
- (5) Empatia exprimată : capacitatea de împărtășire a suferinței pacientului, încurajează exprimarea sentimentelor de către pacient
- (6) Simpatia : exprimarea ocazională a simpatiei față de pacient, încălcarea ocazională a neutralității afective
- (7) Supraimplicarea ocazională : încercări periodice de ajutor din partea medicului, chiar fără să existe cereri exprese de la pacient
- (8) Supraimplicarea permanentă : pacientul privit ca obiect al unor sarcini ce trebuie *neapărat* efectuate chiar în absența solicitării pacientului
- (9) Supraimplicarea « eroică » : încercări disperate din partea medicului de satisfacere a tuturor nevoilor pacientului ; cultivarea dependenței pacientului față de medic, reprimarea oricăror tentative de autonomie
- (10) Fuziunea personalităților : abandonarea oricăror nevoi ale medicului în relația cu pacientul ; țelul medicului este satisfacerea tuturor nevoilor de moment ale pacientului.

!!! atitudinea medicului și cunoștințele asupra serviciilor de îngrijire paliativă contribuie la creșterea adresabilității acestor servicii (vezi articol)

### 3. Lumea interioară a medicului în serviciile cu letalitate ridicată

Medicul de familie – asistă la dramatismul evoluției bolii

Medicul de spital : comunică diagnosticul și îngrijește bolnavul muribund



**Impactul sentimentelor** medicului asupra îngrijirilor medicale (vezi articol):

- Impact asupra pacientului:
  - Calitate ↓ a asistenței medicale
  - Incapacitatea de a identifica valorile pacientului relevante pt tratament
  - Obiective terapeutice necoerente
  - Suprasolicitarea îngrijirilor medicale și exces de utilizare a tehnologiei
  - Neîncrederea pacientului și a familiei
  - Evitare cu ↓ complianței terapeutice
- Impact asupra medicului:
  - Singurătate profesională
  - Absența sentimentelor de sens și utilitate în viața profesională
  - Absența clarității în înțelegerea scopurilor medicinei
  - Cinism, neajutorare, lipsă de speranță, frustrare
  - Mânie
  - Incetarea percepției pacientului ca ființă umană
  - Risc de burn-out și depresie

**Factori de risc:**

- Legați de medic:
  - Identificarea cu pacientul (vârstă, profesie, înfățișare similară)
  - Identificarea pacientului cu o persoană apropiată medicului
  - Medicul are în familie o persoană bolnavă, este în doliu sau își plânge o pers. apropiată
  - Sentimentul eșecului profesional
  - Teamă de moarte sau handicap
  - Abuz de substanțe sau altă afectare psihică
- Legați de situație:
  - Relație apropiată/îndelungată medic-pacient
  - Alt tip de relație între medic și pacient (prietenie, rudenie etc)
  - Dezacordul medic-pacient privind obiectivele terapeutice

- Dezacordul medic-colegi privind managementul pacientului
- Obligații profesionale conflictuale
- Presiunea timpului
- Internări multiple de scurtă durată
- Spitalizare prelungită
- Incertitudini privind prognosticul
- Incertitudini privind obiectivele medicale
- Legați de pacient:
  - Mânia/deprimarea pacientului/familiei
  - Pacientul este medic sau lucrează în domeniul sanitar
  - Pacient celebru sau altă categorie specială
  - Dinamică pacient-familie complexă sau disfuncțională
  - Neîncredere legată de durata relației medic-pacient sau de consultarea mai multor specialiști.

**Identificarea semnelor și simptomelor** care indică faptul că sentimentele medicului interferă cu îngrijirile medicale :

- Semne (comportamente) !!! semnele sunt obiective, observabile din exterior:
  - Evitarea pacientului
  - Evitarea familiei acestuia
  - Lipsa comunicării cu alți profesioniști privind problemele medicului
  - Remarci depreciative la adresa pacientului spuse colegilor
  - Lipsa atenției asupra detaliilor în îngrijirea pacientului
  - Semne fizice de stres/tensiune la întâlnirea cu pacientul/familia acestuia
  - Contactul cu pacientul mai des decât este necesar.
- Simptome (emoții) !!! simptomele sunt subiective, relatate de individ:
  - Mânie asupra pacientului/familiei sale
  - Sentimente de dispreț pt pacient/familia acestuia
  - Impunerea propriilor sentim. asupra pacientului
  - Gânduri intruzive despre pacient/familia acestuia
  - Sentimentul eșecului sau autoînvinovățire, vină
  - Sentimentul obligației personale de a salva pacientul
  - Credința că relatările privind distresul sunt modalități de a atrage atenția
  - Sentimentul victimizării în practica medicinei.

Strategii pt medic de a face față propriilor sentimente:

N= Name the feeling (Numește)

A=Accept the feeling (Acceptă)

R=Reflect on the feeling and it's consequences (Reflectează)

C=Consult a trusted colleague (Consultă un coleg)

#### 4. Sindromul burn-out

- (1) Burn-out : epuizare mentală și fizică prin implicarea exagerată și de lungă durată. Apare fie supracompensarea (cum randamentul este scăzut, subiectul încearcă să crească timpul de lucru pt a realiza aceeași cantitate de muncă) , fie retragerea forțată/programată pe parcursul căreia medicul se gândește tot la problemele profesionale. Ambele sunt contraproductive, agravând uneori problema.
- (2) Rust-out: faza care **precede** burn-out caracterizată prin nemulțumire difuză, oboseală cronică, sentiment de disconfort, insomnie, cinism, scheme negative de gândire, predispoziție la conflicte și accidente

Instrument de evaluare: Maslach Burn-Out Inventory cu 4 scale: epuizare emoțională, realizare profesională, depersonalizare, implicare.

Cei mai afectați: tip comportamental A și hiperperseverenții.  
Prognostic bun dacă este recunoscut și tratat – timp de vindecare 7 luni.

## **5. Grupurile Balint și Ascona**

Psihoterapie comportamentală care împrumută și elemente de psihanaliză (cele trei instanțe ale eului sine-eu-supraeu, cele trei niveluri inconștient-subconștient-conștient).

Grupuri mici formate din 8-13 persoane, participanții așezați în cerc se tutuiesc, există un lider din cadrul grupului (eventual prin rotație) care coordonează discuțiile și încearcă să le mențină la subiect. Participanții se prezintă pe rând, una sau mai multe persoane pot anunța că doresc să prezinte un caz. Timpul acordat ședinței (60-90 minute) se împarte în trei : prezentarea cazului, întrebări pt prezentator și discuții de tip brainstorming + evaluarea finală. Nu se discută despre diagnostic pozitiv și diferențial ci se pune accentul pe relația interpersonală medic-pacient (prin prisma conceptelor psihanalitice : rezistență, transfer, contratransfer).

In grupurile Ascona, elementul suplimentar față de Balint este aducerea pacientului la ședința de grup și discutarea de față cu el a problemelor puse de caz.