

SEMINAR DE FORMARE ÎN PSIHO-ONCOLOGIE
2004 – 2005

Organizat de:

**ASOCIAȚIA FRANCEZĂ PENTRU AJUTORAREA MEDICALĂ A
ROMÂNILOR**

AMBASADA FRANȚEI ÎN ROMÂNIA

Serviciul de cooperare și acțiune culturală

Institutul Francez din București

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII - ROMÂNIA

Centrul național de Perfecționare în Domeniul Sanitar

Directorii seminarului:

Profesor Jean-François Allilaire – Paris

Profesor Irinel Popescu – București

**OBSERVAȚII ASUPRA MODULUI ÎN CARE SE COMUNICĂ
DIAGNOSTICUL DE CANCER**
Propunere pentru o nouă perspectivă

Daniel Aurelian MUNTEANU
asistent social

Cuprinsul

1. Motivul lucrării	3
2. Comunicarea diagnosticului de cancer și impactul ei psihologic asupra bolnavului	3
3. Cadrul comunicării diagnosticului de cancer	5
3.1. Scopul informării-educării pacientului	5
3.2. Condiții tehnice ale anunțului	6
3.3. Recomandări	7
4. Rezultatele anchetei privind comunicarea diagnosticului de cancer	10
4.1. Ghidul de interviu	10
4.2. Privire de ansamblu asupra informațiilor culese	11
4.2.1. Tipuri comunicare:	11
4.2.2. Ordinea în care se comunică:	11
4.2.3. Motivul alegerii tipului de comunicare	12
4.3. Registrul răspunsurilor primite	12
5. Comentarii asupra rezultatelor anchetei	15
6. Observații teoretice asupra subiectului.....	17
6.1. Afectele puternice în relația medic-bolnav și antinomia fundamentală a ființei umane	17
6.2. Anunțul diagnosticului de cancer înseamnă “deziluzionarea” pacientului	19
6.3. Comunicarea diagnosticului în spațiul potențial	19
6.4. Încrederea și modul creativ de a privi viața	20
7. Concluzii	21
8. Bibliografie	22

REZUMATUL LUCRARI

Lucrarea prezintă rezultatele unei investigații făcute cu scopul de a obține informații privind modul în care se comunică diagnosticul de cancer la noi. Investigația a constat în interviuarea unor medici de diverse specialități care au în îngrijire pacienți cu cancer.

Datele obținute sunt interpretate prin prisma principiilor stipulate în Codul Deontologic Medical, Legea pentru Drepturile Pacientului și a recomandărilor practice pentru comunicarea veștilor rele.

În final sunt prezentate noi perspective psihologice pentru înțelegerea dificultății sarcinii de a comunica diagnosticul de cancer, rolul pe care această sarcină îl are în activitatea de îngrijire a pacienților oncologici și sunt propuse soluții pentru optimizarea comunicării medic-pacient și a susținerii psihologice a pacienților.

CUVINTE CHEIE

cancer, psiho-oncologie, vești rele, comunicare, spațiu potențial.

1. Motivul lucrării

Îngrijirii bolnavilor oncologici depinde într-o măsură considerabilă de calitatea comunicării între medic și bolnav.

Un moment critic al relației este cel al anunțului diagnosticului de cancer. Este un moment dificil pentru medic și un psihostres, sau chiar o psihotraumă pentru bolnav. De felul un în care este făcut anunțul depinde alianța terapeutică, și consecutiv rezultatul îngrijirii.

În literatura de specialitate sunt definite norme etice, reguli și „condiții tehnice minime” atât pentru comunicarea medic-pacient cât și pentru anunțul diagnosticului de cancer. Sunt, de asemenea, amintite diferențe culturale de interacțiune și comunicare între medic și pacient (de exemplu, sunt opuse tipul latin și cel anglo-saxon)

Lucrarea prezintă rezultatele unei anchete privind modul în care se anunță diagnosticul de cancer la noi.

Primul capitol este dedicat impactului psihologic al anunțului diagnosticului și prognosticului asupra bolnavului.

2. Comunicarea diagnosticului de cancer și impactul ei psihologic asupra bolnavului

Cancerul constituie pentru pacient și anturajul său o încercare existențială bulversantă. Această încercare atinge toate aspectele vieții: raporturile cu corpul său, familia, mediul său profesional, prietenii lui, vecinii ca și sensul pe care-l dă confortului, sănătății, suferinței, bolii și bine înțeles morții.

Faimoasa imagine a cancerului, crab ce roade și distruge din interior, persistă în inconștientul colectiv...

Pentru majoritatea populației, cancerul rămâne o lungă și dureroasă boală de care nu te poți vindeca.

Axioma veche, “nu am vindecat niciodată un cancer” rămâne bine ancorată în sensibilitatea noastră.

Ecuția cancer = moarte persistă în opinia generală.¹ [1]

Anunțul diagnosticului unei boli cu prognostic defavorabil poate fi un traumatism psihologic independent de toată suferința fizică. [...] Acest traumatism poate fi caracterizat printr-o suferință psihică dar în aceeași măsură somatică. Suferința psihică se traduce prin tulburări de dispoziție și de comportament, tristețe profundă inhibând și suprimând toate formele de interes și poate atinge registrul somatic.² [2]

Timpul este măsurat. Speranțele vieții sunt, bătrân fiind sau nu, suspendate din evoluție, remisie sau recădere, ale bolii.³ [3]

Pacientul trece global, cel puțin momentan, de la logica vieții la logica supraviețuirii (Ferrant, 2001). Această răsturnare coincide adesea cu anunțul bolii, ceea ce are loc în cadrul unei consultații cerute datorită unei suferințe prealabile sau anunțată în cursul unui examen de rutină. Din acest moment, toți pacienții spun aproape același lucru: viața se răstoarnă. Ceea ce li se păruse fundamental devine accesoriu. Se pliază asupra esențialului, esențialul lor. Tot sistemul lor de valori se bulversează, oricare ar fi prognosticul real. [3]

Anunțul bolii blochează funcționarea acestui dispozitiv vital impunând perspectiva morții. De atunci, și pe cât pacientul se angajează într-o serie de îngrijiri, principiul suferinței se instaurează. Acest principiu funcționează în mod binar: "suferă" sau "nu suferi". [3]

Trecerea pacientului sub imperiul principiului suferinței ascunde ceea ce am putea desemna sub termenul de economie traumatică. Economia psihică întreagă este afectată și de acum înainte întoarsă asupra necesității de a suporta insuportabilul. În această situație, psihicul dispune de un anumit număr de mecanisme printre care unul care evoca identificarea cu agresorul dar, mai profund, implică o bulversare narcisică. [3]

Fie că vor fi provizorii sau mai durabile, aceste schimbări semnaleză o transformare a funcționării psihice, care trece de la un regim marcat de cuplul plăcere/neplăcere la un altul marcat de suferință. Putem spune, simplificând, că psihicul trece de la o economie a dorinței la o economie a nevoii. [3]

Anunțul bolii poate trezi răni și/sau situații de suferință mai vechi conducând deci la un dublu traumatism provenit din prezent și din trecut. [2]

Este inevitabilă luarea în considerare a istoriei personale a subiectului pentru a înțelege perturbarea psihologică. Experiențele emoționale trecute vor influența, în consecință, comportamentul bolnavului relativ la boală și vor da naștere unei reprezentări simbolice care poate lua locul realității. Va rezulta o confuzie între realitate și «realitatea psihică» a pacientului. Aceasta se traduce într-un decalaj între cuvintele concrete ale medicului și ceea ce poate aștepta sau vrea să înțeleagă bolnavul. [2]

Starea de boală este, fundamental, un atractor. Starea de neputință, riscul vital (real sau nu) formează un fel de tropism care actualizează numeroase situații infantile marcate de disperare. Ceea ce psihicul nu a putut simboliza până acum, ceea ce a rămas la limita funcționării reprezentării, este convocat de situația de boală. Aceste situații sunt trezite de situația traumatică actuală și "tratate" prin punerea în funcțiune a principiului suferinței. Ele sunt tot atâtea tentative pentru a reprezenta și a însuși ceea ce se petrece. A le interpreta drept cauze (ale bulversării psihice) înseamnă a comite o eroare de perspectivă. Ele sunt

¹HERON, J.F. . Pr., *Cancérologie générale - Aspects psychologiques*

²WOLKENSTEIN, P. (Créteil), S. CONSOLI (Paris), J.-C. ROUJEAU (Créteil), J.-J. GROB (Marseille)- *La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale*

³FERRANT, Allain - *Psycho-oncologie et travail du psychanalyste*

direct implicate de tentativa psihicului de a semnifica ceea ce se întâmplă, de a construi istoria evenimentelor. [3]

Luarea la cunoștință a bolii devine deci sursă de suferință. [2]

Această suferință poate ajunge la intensitatea unei psihotraume⁴: “Faptul că însăși comunicarea diagnosticului unei boli care duce la stadii finale cu amenințare vitală poate declanșa reacții psihotraumatice devine evident la pacienții care prezintă peste mai mult timp simptome ale sindromului de suprasarcină psihotraumatică chiar și când diagnosticul se dovedește apoi eronat.”⁵ [4]

Reacțiile induse de anunțul diagnosticului sunt dependente de relațiile de transfer și contratransfer între bolnav și medic. În consecință, reacțiile psihologice, oricât de impresionante vor fi la început, vor evolua grație a unei bune relații medic-bolnav. [2]

În continuare voi prezenta normele și regulile ce trebuie respectate pentru a crea și menține o astfel de relație între medic și bolnav.

3. Cadrul comunicării diagnosticului de cancer

Am definit cadrul anunțului diagnosticului de cancer ca fiind reprezentat de scopul, normele etice, condițiile tehnice minime necesare și recomandările practice.

Încercăm o prezentare a acestui cadru așa cum este el înfățișat în literatura de specialitate.

Evoluția socioculturală, restituie relației medic-bolnav toată importanța. Din ce în ce, în numele valorilor de autonomie, bolnavul revendică o poziție de partener informat, activ, în procesul luării deciziilor. El așteaptă deci ca ceea ce reprezintă subiectivitatea, singularitatea sa, să fie recunoscute și acceptate.

Dimensiunile comunicării, informării și a unei veritabile educații a pacienților, devin un moment esențial al actului medical. O colaborare regulată cu personalul “psi”, obișnuit cu specificitatea și constrângerile îngrijirii în cancerologie, va permite ca dimensiunea existențială a suferinței umane, care scapă categoriilor modelului biomedical, să nu fie nici exclusă și nici siderantă pentru protagoniști (îngrijitor și îngrijit).⁶ [5]

3.1. Scopul informării-educării pacientului

Stabilirea unei relații de încredere.

Creșterea sentimentului pacientului de posibil control a situației.

Permiterea participării pacientului la luarea deciziilor și exprimarea preferințelor. [5, p.2]

Înainte de toate încurajarea bolnavului de se lăsa îngrijit, de a face un parteneriat activ în tratamentul său dacă (și mai ales pentru că) acest tratament va fi dificil de suportat fizic, psihologic și social. [1, p.5]

Necesitatea de a comunica direct pacientului un diagnostic grav pentru că adesea acesta trebuie să se implice în întreaga strategie terapeutică care este o adevărată luptă

⁴ Tratatul de psihotraumatologie definește psihotrauma astfel: “O experiență vitală de discrepanță între factori situaționali amenințători și capacitățile individuale de stăpânire, care este însoțită de sentimente de neajutorare și abandonare lipsită de apărare și care duce astfel la o prăbușire de durată a înțelegerii de sine și de lume.” ([4] p.77)

⁵ FISCHER, Gettfried, RIEDESSER, Peter – *Tratat de psihotraumatologie*, p.316

⁶ SALTEL, Pierre - *CHAPITRE 15 - Psycho oncologie*, p.1

pentru supraviețuire dusă contra-cronometru. Fără această comunicare a diagnosticului, principiul intervenției precoce și radicale nu este operant...⁷ [6, p.4]

Progresiv, pacientul va elabora o reprezentare realistă a situației lui. Va lua în calcul limitele cunoașterii, a tehnicilor medicale și imperfecțiunile medicilor și a îngrijitorilor în raport cu schema ideală pe care ei doresc să-o prezinte.

De asemenea, el va experimenta propriile capacități de gestionare a emoțiilor, acelea ale familiei și a prietenilor și își va asuma responsabilitatea anumitor alegeri.

Educația terapeutică presupune o comunicare de calitate. A comunica bine nu se rezumă la a informa bine, a rămâne concis, comprehensibil și a verifica dacă mesajul a fost primit. Aceasta implică:

- a suporta ca bolnavul să-și exprime până la capăt credințele, neliniștile sau dubiile (de exemplu asupra justificării tratamentului);
- a accepta să răspunzi la întrebările incomode (de exemplu asupra riscului recăderilor);
- a încuraja revenirea, mai târziu, asupra unei explicații deja date;
- a incita explicit bolnavul să pună întrebări despre ceea ce nu a fost abordat.

Pentru medic și toată echipa de îngrijire, aceasta este "o nouă aventură umană", fiecare persoană bolnavă este diferită și fiecare membru al echipei de îngrijire reacționează diferit în fața fiecărui bolnav. [1]

3.2. Condiții tehnice ale anunțului

Putem rezuma astfel:

1. instalarea într-un loc liniștit, unde intimitatea este posibilă (fără telefoane care sună), acordând timp necesar pentru a asculta bolnavul și a înțelege reacțiile lui.
2. explorarea a ceea ce pacientul a înțeles din boala lui și ce știe deja (asta nu este neapărat ceea ce a spus medicul înainte – bolnavul travestește frecvent, mai mult sau mai puțin conștient, dialogurile cu alți membri ai echipei de îngrijire pentru o mai bună înțelegere a bolii sale)
3. acordarea timpului necesar pentru a înțelege motivațiile cererii pacientului (ce vrea să știe?, pentru a face ce?) și cărui apropiat dorește eventual să spună informația: adesea apropiatul este venit cu el, ceea ce poate deranja dialogul personal. Asta pune de asemenea problema adevărului de spus bolnavului care nu vrea să știe nimic.
4. întotdeauna legați informația de un angajament ferm de luare în îngrijire (tratament adecvat, luare în considerare a lui ca persoană, a nevoilor sale psihologice, de susținere a anturajului său, a durerii sale, a disperării sale)
5. verificați cu tact reacția emoțională a pacientului și legitimați întotdeauna modul său de reacție care trebuie recunoscut și acceptat. Fie că reacția este minimă aparent bine controlată, fie expansivă sau dramatizată, există întotdeauna profund un fel de siderare imediată care nu-i permite bolnavului să înțeleagă pentru a putea face față (noțiunea engleză de "coping") ca subiect în condiții normale. [1, p.13-14]

Consultația permite foarte adesea explicitarea anumitor mize legate de boală, de tratament, ajută pacientul să-și "ierarhizeze temerile", să-și exprime nevoile

⁷ TUDOSE, Florin –Cum să comunicăm în medicină veștile rele

particulare. Este esențial să-i "legitimezi" reacțiile emoționale, afective și să le confirmi, în relație cu capacitatea sa de "a face față" atunci când pacienții au dimpotrivă, frecvent sentimentul de descalificare. [5, p.11-12]

Putem descrie schematic patru mari tipuri de reacție emoțională:

- * reacție minimă, bine controlată, bolnavul pune puține întrebări;
- * reacție emoțională de asemenea stăpânită dar bolnavul își exprimă neliniștea, își exprimă preocuparea pentru consecințe. Cere sfaturi;
- * reacție emoțională expansivă, își exprimă vina sau își face reproșuri, posibil furia;
- * reacție emoțională dramatizată, fie într-un mod expansiv zgomotos, fie siderație. O reacție emoțională intensă nu este semnul unei proaste adaptări psihologice ulterioare. [5, p.4]

6. pregătirea sfârșitului întâlnirii, printr-o conduită directivă privind cele ce urmează ('sunt aproape de dvs. și vă voi susține când va fi nevoie'). Trebuie stabilită o nouă consultație (formulată explicit) și întâlnirea cu o altă persoană din echipa de îngrijire (asistenta), fixați calendarul examinărilor sau îngrijirii pentru următoarele zile.

Dacă aceste condiții minime de disponibilitate și de calm nu sunt îndeplinite, este mai bine să se aleagă alt moment pentru revelarea unei informații dureroase. Întrebarea nu mai este 'a spune sau a nu spune?' ci 'cum să spui?' sau 'învățăm cum să spunem'. Codul de deontologie precizează că medicul trebuie să dea pacientului o informație loială, clară și adecvată (personalității bolnavului și mizelor situației). [1, p.13-14]

Câteva elemente rămân de discutat: prezența sau nu a unui apropiat, a unui alt îngrijitor, utilizarea de eufemisme (putem reutiliza cuvintele pacientului), este cel mai adesea recomandat să se evite formularea unui prognostic în termeni definitiv: durată, procent de supraviețuire... [5, p.3-4]

3.3. Recomandări

Informația trebuie să fie clară și dăătoare de speranță. 'Da, boala dvs. este serioasă, dar nu suntem dezarmați'. În plus, cancerul are adesea o evoluție puțin previzibilă, ceea ce cere o anumită prudență din partea medicului.

Dimpotrivă, un limbaj trist și făcându-l pe bolnav să se teamă că medicul îl va abandona demobilizează și scade dorința de a se lupta. Putem spune 'Nu știi', 'Aștept rezultatul bilanțului complet' înainte de a spune 'Vom face împreună maximul'. [1, p.13-14]

Este deci esențial ca anunțul diagnosticului să fie înscris într-o perspectivă terapeutică integrând limitele ei și durata: remisia și nu "vindecarea" este obiectivul apropiat. [2, p. 259]

Experiența, învățarea de la confrății mai experimentați dar mai ales reflecția personală asupra propriei morți poate permite medicului să aibă o atitudine în același timp mai apropiată și mai detașată vis-a-vis de acest anunț. [1, p.4]

Adevărul pentru bolnav nu este adevărul întreg.

'Așa cum medicul nu trebuie să utilizeze toate medicamentele pe care le are în trusă, tot așa el nu trebuie să spună bolnavului toate lucrurile pe care le știe'.

Afirmația 'Doctore, vreau să știu tot' nu trebuie să fie luată în primul sens: ce înseamnă cu adevărat 'să știu tot'? Tehnica reformulării întrebărilor 'Ce ați vrea să știți de fapt?', 'Ce înțelegeți prin a fi condamnat?', 'Ce înțelegeți prin grav?' permite medicului o mai bună cunoaștere a psihologiei și a cererii exprese a bolnavului.

Există foarte frecvent o ambivalență a bolnavului vis-a-vis de 'adevăr' și de aceea este necesară formularea cu precizie a informației pe care pacientul dorește s-o primească în mod real. [1, p.13-14]

În fapt, bolnavul nu poate înțelege ce recepționează și toate consecințele bolii sale dintr-o dată.

În fiecare etapă a bolii, putem observa reacții aparente de fugă, de negare sau de evitare care nu sunt sinonime cu demisia, dar sunt reflexii ale resentimentelor pacientului și ale modului său propriu de a reacționa. Trebuie deci să le acceptăm și să le respectăm.

Anunțul unei recăderi este, în această privință, adesea foarte dificil pentru pacient și pentru medic, datorită puternicii suspiciuni de incompetență pe care o poate sugera atitudinea silențioasă a bolnavului. Și în această situație, această primă reacție de perplexitate trebuie așteptată și respectată de medic (dar asta duce într-o oarecare măsură la epuizare). [1, p.13-14]

Atitudinea față de apropiați

Există obiceiul de a spune noutățile în prezența apropiaților.

Modul de reacție a acestora permite ajustarea în permanență a modului în care se dă informația bolnavului. Cu toate acestea, uneori, acești apropiați acaparează timpul consultației și nu permit bolnavului să reacționeze cum vrea.

În fapt, elementul important este să se comunice aceeași informație (chiar dacă sub formă diferită) bolnavului și familiei.

Adesea, apropiații vor ca ei să știe tot, dar mai ales ca bolnavul 'lor' să nu știe nimic.

Confruntarea cu o boală serioasă va bulversa relațiile familiale și sociale și obligă pe fiecare să se raporteze la boală și la moarte.

Medicul este responsabil în fața bolnavului lui: comunicarea adevărului apropiaților trebuie să fie **cu acordul său** (uneori, bolnavul nu dorește să informeze familia sau se teme pentru meseria lui în cazul în care boala ar fi cunoscută).

Este capital să se respecte această decizie a bolnavului, chiar dacă asta antrenează reproșuri importante odată bolnavul dispărut. Consemnarea în scris a voinței precise a bolnavului este importantă, în special pentru evitarea ca membrii echipei să anunțe apropiații informații pe care pacientul nu dorește să le divulge.

Apropiații nu sunt întotdeauna cunoscuți. Cancerul revelează echipei de îngrijire situații câteodată scabroase: echipa trebuie să evite să se amestece în aceste probleme familiale.

În Franța, se obișnuiește ca apropiații să fie mai franc informați decât bolnavii.

Totuși, este important ca nivelul informațiilor între bolnav și apropiații lui să fie foarte similar. Altfel, dialogul între bolnav și apropiați va pierde treptat în încrederea reciprocă, mai ales dacă bolnavul nu are alte soluții psihologice decât cramponarea de apropiații săi.

Într-o echipă pluridisciplinară, este important ca informația comunicată pacientului să fie coordonată.

Echipele de îngrijire sunt obișnuite să reformuleze informația dată de medic. Pentru aceasta, ele notează în dosarul pacientului lămuririle pe care i le-au dat, pentru a putea răspunde la întrebările acestuia și a da un răspuns coordonat cu cel dat de medic. [1, p.13-14]

Sfaturi practice

O informație dificilă este distilată în mai multe ședințe pentru ca bolnavul să-i poată face față, dar uneori discuția se prelungește și bolnavul vrea să știe 'tot' într-o singură ședință.

Fiecare nouă informație trebuie dată într-o manieră pozitivă, ca o explicație mai detaliată a ceea ce a fost comunicat anterior, și nu ca un nou șoc, dând impresia că n-am avut curaj să spunem tot de la început.

Este convenabil să de dea informații exacte asupra duratei spitalizării, asupra toleranței relative la tratament, asupra reacțiilor la medicamente, asupra sechelelor funcționale previzibile ale intervențiilor sau radioterapiei, asupra durerii în perioada operatorie și a mijloacelor de a o controla, asupra posibilităților de reabilitare în caz de mutilare.

Producția de pliante explicative clare, didactice, în limbaj simplu este importantă pentru a permite bolnavilor și familiilor lor să se informeze în liniște departe de medic, și pentru a repune întrebări asupra subiectelor neabordate pornind de la textul furnizat. [1]

Relația de încredere a bolnavului în medicul său, bazată pe sinceritate, delicatețe și responsabilitate constituie un puternic levier terapeutic. Aceasta necesită o adevărată implicare a medicului și bolnavul care își va pierde viața nu trebuie să piardă, în acel moment relația onestă cu medicul său.

Acesta necesită adesea forța medicului de a se confrunța cu propria sa mortalitate și fragilitatea vieții umane și a sănătății. Expunerea repetată la această situație de acompaniere poate provoca o încărcătură psihologică foarte importantă pentru medic și echipă (burn-out). [1]

Anunțul sfârșitului apropiat

Comunicarea cu bolnavul este esențială, chiar dacă este foarte solicitantă atât pentru bolnav cât și pentru îngrijitor.

Revelarea proximității morții nu trebuie evitată, pacientul având dreptul de a-și trăi atât viața cât și moartea.

Nu există o metodă ideală pentru a face un asemenea anunț: prezența, atenția, ascultarea, dialogul sunt atuurile esențiale, de asemenea limbajul corpului exprimă adesea mai mult decât cuvintele și expresia, modul de a asculta și de a participa sunt cel puțin la fel de importante cum este anunțul pacientului.

În general, este convenabil să se pregătească dinainte o astfel de conversație, discutând cu alți colegi. Putem preveni anumite (dar nu pe toate) întrebări deranjante care-l pot dezarma pe medic. Există un ritm particular al fiecărui bolnav de a percepe informația și de a o însuși: medicul trebuie să respecte acest ritm și nu să-l impună pe al său.

Uneori, bolnavul va refuza să vadă clar și noi nu avem dreptul să-i forțăm conștientizarea. Aceste conversații 'fundamentale' vor fi particulare, dar uneori prezența unui coleg poate ajuta bolnavul și medicul să comunice.

Bolnavii trebuie asigurați de prezența noastră și de continuitatea îngrijirii pe care le-o asigurăm, mai ales pentru a le reduce suferința și a le conserva demnitatea. Trebuie să-i lămurim și să le răspundem la toate întrebările.

Foarte adesea sunt necesare mai multe discuții în liniște, verificând că bolnavul înțelege bine limbajul nostru. O informație oblică deconcertează bolnavul. Invers, acceptarea situației de către bolnav variază în timp, putând trece prin faze de negare, de furie, de acceptare liniștită sau de resemnare într-o ordine nedeterminată și foarte personală. [1, p.19-20]

4. Rezultatele anchetei privind comunicarea diagnosticului de cancer

Ancheta a constat în interviuri cu medici care au în îngrijire pacienți cu cancer cu scopul de descoperi factorii care îi influențează modul în care comunică diagnosticul și, pe cât posibil, ce simt și trăiesc în legătură cu asta.

“Lotul” a fost compus din 14 medici (4 oncologi, 3 gastroenterologi, 2 neurochirurși, un pediatru, un hematolog, un urolog, un pneumolog și un osteolog). Distribuția pe sexe a fost egală. Numărul mic de subiecți nu permite o interpretare statistică dar poate fi un început pentru un studiu mai amplu⁸.

4.1. Ghidul de interviu

Ghidul de interviu a cuprins următoarele întrebări:

1. Ați avut pacienți:
 - deja diagnosticați cu cancer
 - cărora să le puneți dvs. diagnosticul de cancer
 - cărora să le anunțați ameliorarea / agravarea condiției medicale
2. Ce tipuri de cancer întâlniți?
3. În ce stadii?
4. Dacă diagnosticul a fost deja pus, ce surse de informații aveți despre modul în care pacientul a reacționat / s-a adaptat la aflarea diagnosticului?
5. Ați observat existența unor tipuri psihologice referitor la modul de reacție / adaptare la aflarea diagnosticului?
6. Ați observat corelații între aceste moduri de reacție și sex, vârstă, categoria culturală, tipul cancerului, stadiu?
7. Încercați să obțineți de la familie informații privind tipul psihologic și trăsăturile de personalitate ale pacientului?
8. Cum păstrați legătura cu pacientul
 - chemându-l la consultații
 - vă poate căuta la telefon
 - vă vizitează aparținătorii
9. Din ce surse ați învățat despre comunicarea diagnosticului?
10. Vi s-a schimbat atitudinea legată de comunicarea diagnosticului de cancer de la începutul carierei până acum?
11. Când vă este mai greu să comunicați diagnosticul de cancer și cui? În ce situații?
12. Referitor la comunicarea diagnosticului se spune că “adevarul poate face rău”.
Comentați.
13. Ați în întâlnit pacienți care au insistat să afle diagnosticul? Cum au motivat cererea?
14. Cum alegeți dintre aparținători pe cel / cei cu care să cooperați?

⁸ Konrad Lorenz spunea în *Reversul oglinzii*: “În timp ce noi posedăm un exemplu, unul singur, a cărui valoare este imensă pentru progresul cunoașterii este adesea subestimată sub pretextul că o modă științifică complet absurdă interzice luare în considerare ca sursă legitimă de cunoaștere științifică o observație unică, care nu poate fi «reprodusă» și nu se pretează de unei prelucrări statistice.”

Comentați următoarele articole din CODUL DEONTOLOGIC MEDICAL

Cap II - Secțiunea H

Art.55 - Prognosticul grav va fi împărtășit familiei cu prudență și tact.

Cap III – Secțiunea A

Art.73 – Pentru rațiuni ce privesc conștiința medicului, bolnavul poate fi lăsat să ignore diagnosticul sau prognosticul infaust.

Comentați următoarele articole din DREPTURILE PACIENTULUI

CAP. II

Art.6 – Pacientul are dreptul de a fi informat asupra stării sale de sanatate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic.

Art.7 – Pacientul are dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferința.

Art.9 – Pacientul are dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.

Art.10 – Rudele și prietenii pacientului pot fi informați despre evoluția investigațiilor, diagnostic și tratament, cu acordul pacientului.

CAP. IV

Art.24 – Pacientul are acces la datele medicale personale.

4.2. Privire de ansamblu asupra informațiilor culese

Sistematizând răspunsurile primite se pot expune următoarele atitudini, conduite și practici privind comunicarea diagnosticului de cancer:

4.2.1. Tipuri comunicare:

1. Pacientului:

- exact: trebuie să fie în cunoștință de cauză pentru a lupta conștient cu boala
- atenuat: stadiu mai puțin avansat decât în realitate pentru a nu-l deprima;
- în mai multe etape
- aducându-l pe el să tragă concluzia-diagnostic
- deloc, explicații:
 1. dacă îi spui, te întreabă cât mai am de trăit și tot trebuie să-l minți;
 2. dacă îi spui face cel mai probabil o depresie care îi înrăutățește evoluția, îi scade reactivitatea; sau
 3. dacă nu mai are șanse, ce rost are să-l fac să sufere spunându-i?)
- când este în stadiu terminal în spui "prostii" ("ai fumat prea mult", "de la o șoferia de o viață te doare bazinul" – asta poate fi regula de a nu forța conștiința pacientului care neaga boala; sau faza în care pacientul nu mai are speranță și se lasă mințit)

2. Familiei

- exact
- exact și ceea ce ai spus atenuat pacientului cu rugămintea să se "conformeze", să se comporte ca atare

4.2.2. Ordinea în care se comunică:

- Pacientului și apoi familiei, apropiaților;
- Familiei și apoi, dacă familia este de acord, pacientului (eventual se comunică altceva)

4.2.3. Motivul alegerii tipului de comunicare

- obținerea cooperării pacientului la tratament (de exemplu pentru pacienți “indolenți”) pentru prelungirea vieții și a calității ei;
- scutirea pacientului de suferința psihică – în stadiul avansat nu-i spun pentru că suferă inutil, că nu l-ar ajuta dacă i-aș spune;
- evitarea inducerii unor tulburări psihice sau reacții de mare amplitudine (depresii, anxietate) care ar scădea rezistența biologică (zis studiile – psihoneuroimunologia) a organismului și ar influența negativ evoluția bolii;
- când este în stadiu avansat pentru că în sinea lui știe și își așteaptă moartea ca eliberare de suferință;
- nu-i spui sau îi spui atenuat pentru a nu se sinucide, pentru ca în acest caz este răspunderea medicului;

4.3. Registrul răspunsurilor primite

Intrebarea 4 Dacă diagnosticul a fost deja pus, ce surse de informații aveți despre modul în care pacientul a reacționat / s-a adaptat la aflarea diagnosticului?

- “Informații de la familie: da, pentru a ști cum să abordez problema diagn. și prognosticului.”
- “Din relatările familiei sau pacientului.”
- “Nu a aflat diagnosticul înainte de internarea în clinica noastră. (pediatrie)”

Intrebarea 5 Ați observat existența unor tipuri psihologice referitor la modul de reacție / adaptare la aflarea diagnosticului?

Am obținut câteva tipologii, pe care le vom reda în continuare:

- 1 - Echilibrat: credincioși în Dumnezeu, oamenii de cultură, cei din familii vechi (trecuți prin multe), analfabeții, retardații mintal (care nu pricep situația)
 - Histrionic

Anxios (histrionic și anxios predominant dintre noii îmbogațiți)

Dezaxat – risc suicidar

- 2 - depresie
 - anxietate

- 3 - negare
 - revoltă
 - blocarea comunicării

- 4 - disperare
 - resemnare
 - luptă

- 5 - optimiști
 - pesimiști – apar complicații, evoluează prost, este o mare problemă, psihoimunologie

- 6 - În general, la aflarea diagn. se prăbușesc, se destructurează, apoi (în 3-5 săpt. își revin și încep să lupte.

Intrebarea 6 Ați observat corelații între aceste moduri de reacție și sex, vârstă, categoria culturală, tipul cancerului, stadiu?

- 1.- Bărbații sunt fricoși, la ei se manifestă reacțiile astea; ei nu se manifestă aici dar am semne și aflu despre reacții.
 - Femeile acceptă mai ușor boala
- 2.- Bărbații sunt mai dezarmați
 - Tinerii sunt mai sperați
 - Persoanele cu IQ ridicat și nivel cultural ridicat au reacții paradoxale: apelează la medicina naturistă, nu au încredere în oncologia clasică. Oamenii medii sunt ascultători și urmează tratamentul.
- 3.- În cazul copiilor bolnavi există corelații cu atitudinea părinților. De exemplu, unii părinți insită să ascundă copiilor diagnosticul.

Intrebarea 7 Încercați să obțineți de la familie informații privind tipul psihologic și trăsăturile de personalitate ale pacientului?

- Informații de la familie: da, pentru a ști cum să abordez problema diagn. și prognosticului.
- Informații despre trăsăturile de personalitate ale pacientului: nu avem timp de așa ceva în ambulator. Situația este dezastruoasă din punctul ăsta de vedere. Ne mână ceilalți pacienți de la spate.

Intrebarea 9 Din ce surse ați învățat despre comunicarea diagnosticului?

- "Din toate sursele am luat informații și le-am aplicat după propria mea experiență a trăirii lângă bolnav."
- Cărți medicale, cursurile de specializare (Casa Speranței – Brașov), în facultate și în cursul activității de la colegii mai în vârstă, simpozioane, congrese internaționale, literatura oncologică.

Intrebarea 10 Vi s-a schimbat atitudinea legată de comunicarea diagnosticului de cancer de la începutul carierei până acum?

- "Nu, nu am acceptat de la început să mă transform într-un simplicu condamnator la moarte a unor oameni. Am încercat mereu să reduc suferința și să prelungesc viața bolnavilor."
- "Da. la început nu spuneam. Acum conduc discuția astfel încât să spună pacientul, să fie concluzia lui (există o tehnică)."
- "Da, în prezent comunic mai ușor."
- "Da, spre mai multă transparență."
- "Am avut aceeași atitudine de la început, de când am terminat facultatea: de sinceritate."
- "La început am încercat să comunic pacientului și am înțeles că nu are rost (cancer cerebral)."

Intrebarea 11 Când vă este mai greu să comunicați diagnosticul de cancer și cui? În ce situații?

- "Când prognosticul este foarte grav cu sfârșit iminent."
- "Status socioeconomic precar și/sau nivel cultural scăzut."
- "Mai greu: Copiilor și mamelor lor." Eu: - Comunicați diagn. și copiilor? Dr.O: - Și copiilor, suntem obligați. Așa am învățat în străinătate!"
- "Dacă aparținătorii (rude de gr.I și II) îmi cer să nu comunic diagnosticul real"

Intrebarea 12 Referitor la comunicarea diagnosticului se spune că “adevărul poate face rău”. Comentați.

La această întrebare au fost foarte variate:

- “În funcție de tipul psihonervos al pacientului.” “Conformul unui studiu englez din 1985 pe lot mare de pacienți: depresia influențează negativ evoluția bolii (Medical Clinics of NorthAmerica)”
- “Comunicarea prea abruptă poate duce la stres major. Comunicarea diagn. se face în etape, treptat.”
- Adevărul trebuie spus atât cât îi face bine bolnavului. Epidemiologic, s-a dovedit că adevărul face rău bolnavului. Adevărul nu trebuie spus franc, brutal. El trebuie să se întrevadă din afirmațiile dvs.
- “Trebuie să obții cooperarea bolnavului – dacă nu-i spui, ce faci?” “Există o prăbușire la început dar își revin.”
- “Adevărul nu face rău niciodată; omul trebuie să lupte conștient.”

Intrebarea 13 Ați întâlnit pacienți care au insistat să afle diagnosticul? Cum au motivat cererea?

- Da, majoritatea care mai speră; dacă nu mai speră, se lasă mințiți, nu mai vor să știe diagnosticul.
- Da, să-și “organizeze” viața în continuare. (De remarcat ghilimelele folosite în răspuns.)
- Da, pentru a se mobiliza eficient și a-și organiza corect viața și resursele.
- Pacienți care insistă să știe diagnostic: Le spun eu. Nu trebuie să insiste.

Intrebarea 14 Cum alegeți dintre aparținători pe cel / cei cu care să cooperați?

- “Se aleg singuri, în general familia apropiată.”
- “Rudele de gr.I”
- “Cel care este dispus să investească cel mai mult afectiv și material în situația pacientului.”
- “Indicați, trimiși de pacient – el este centrul”
- “Pe cel optimist.”

CODUL DEONTOLOGIC MEDICAL

Art.55 - Prognosticul grav va fi împărtășit familiei cu prudență și tact.

- “Depinde de la caz la caz.”
- “Dacă vin aparținătorii este simplu, le comunic direct; pacientului cu blândete, treptat dar în spun.”
- “se comunică și pacientului.”

Art.73 – Pentru rațiuni ce privesc conștiința medicului, bolnavul poate fi lăsat să ignore diagnosticul sau prognosticul infaust.

- “Dacă aceasta constituie o piedică în lupta cu boala.”
- “Conștiința medicului – și a bolnavului”
- “Asta nu înțeleg.”
- “Nu. Pacientul trebuie informat dacă cere acest tip de informație”
- “Nu sunt de acord.”

DREPTURILE PACIENTULUI

Art.6 – Pacientul are dreptul de a fi informat asupra stării sale de sanatate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării

tratamentului si nerespectarii recomandarilor medicale, precum si cu privire la date despre diagnostic si prognostic.

- “Da. De acord.”
- “Pacientul primește la externare carnetelul care este rezumatul fișei de observației de observație și noi trecem diagnosticul – trebuie să-l codificăm.”
- “Se comunică pacientului pentru că membrii familiei pot accepta o intervenție foarte riscantă pe care pacientul ar refuza-o pentru că au interese economice meschine. Se cere acordul pacientului.”

Art.9 – Pacientul are dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.

- “Nu se zbate să afle ori fiindcă este conștient de gravitate ori fiindcă refuză tratamentul. mai are speranță”
- “Este dreptul lui.”
- “Nu sunt de acord!”

Art.10 – Rudele și prietenii pacientului pot fi informați despre evoluția investigațiilor, diagnostic și tratament, cu acordul pacientului.

- “Rudele da. Prietenii greu de hotărât. Adesea pacientul hotărăște.”
- “Numai rudele, eventual de gr.l”

5. Comentarii asupra rezultatelor anchetei

Femeile sunt mai tentate să spună diagnosticul decât bărbații – poate să aibă legătură cu diferența dintre femei și bărbați atunci când sunt bolnavi (femeile par mai “robuste” psihic).

Medicii mai tineri sunt mai dispuși să comunice diagnosticul decât cei vârstnici.

Cel mai dificil este să comunice pacientului diagnosticul în situații terminale. Probabil că în aceste situații nici nu comunică decât familiei. Această situație este la limita dintre “dreptul pacientului de a-și trăi atât viața cât și propria moarte” și cerința de a nu forța bolnavul să conștientizeze sfârșitul apropiat. Este o situație foarte dificilă pentru medic, cu o mare încărcătură emoțională. Răspunsul la întrebarea 10: “Nu am acceptat de la început să mă transform într-un simplu condamnat la moarte a unor oameni.” sugerează identitatea pentru medic dintre comunicarea diagnosticului de cancer cu prognostic rezervat și condamnarea la moarte. Am putea numi această constelație psihologică **complexul Atropa** (de la zeița Atropos care taie firul vieții).

În plus față de dificultățile legate de dimensiunea afectivă(a medicului), alegerea unei conduite adecvate bolnavului aflat în aceasta situație este redusă de un aspect cvazi-prezent: timpul foarte redus acordat pacienților pentru consultație.

Am observat în două situații încercarea medicului de a oferi “recompense” alimentare unor bolnavi terminali: unul recomanda rețete de dulciuri iar altul o mâncare (ciorba de perisoare) preferată bolnavei. Acest comportament pare mai degrabă rezultatul angoasei medicului decât al instruirii.

Frica exagerată pentru suicidul bolnavului aflat în stadiu avansat al bolii cu care medicii motivează necomunicarea diagnosticului. Incidența suicidului este puțin mai mare decât la populația generală.

Este frecventă generarea unei duble-legături⁹ prin diferența dintre ce se comunică bolnavului și ce se comunică familiei (diagnosticul și prognosticul real plus ceea ce a comunicat bolnavului). Această comunicare contradictorie crează confuzie bolnavului și îi accentuează anxietatea. Un singur medic proceda astfel iar doi știau mecanismul dublei legături și promovau comunicarea unor informații similare bolnavului și familiei. (de exemplu: “Ascunderea diagnosticului îngreunează relația pacient-bolnav. Pacientul bănuiește. Eu cred că este mai bine să-i spui și să-l convingi că are șanse să se vindece...”)

Comentariile la afirmația “Adevărul poate face rău” au fost foarte variate. Aceasta rezultă și din influența pe care o are personalitatea medicului, dar dovedește și lipsa unei formării unitare în acest domeniu.

Codul deontologic medical (CDM) și legea pentru drepturile pacientului sunt puțin cunoscute. Atitudinea medicilor este cu precădere formată și influențată informal. De exemplu, sunt medici care informează familia cu acordul pacientului (“el este centrul”) – corect d.p.d.v. al CDM, dar și medici care nu comunică diagnosticul pacientului, dacă familia nu este de acord (“nu poți să-i spui, dacă familia nu vrea!”)

Unul dintre medici (un profesor) a precizat existența unei responsabilități morale care nu trebuie identificată cu responsabilitatea legală. În majoritatea cazurilor medicii s-au referit la ceea ce a doua: “legile sunt bine făcute și trebuie respectate”, sau “dacă îl mint, pacientul mă dă în judecată”.

Despre acordul scris care se cere pacientului pentru tratament am obținut păreri opuse: “s-a introdus și la noi, și este foarte bine” sau, “așa cum este formulat, este un act «criminal» este iatropsihogenic”.

Într-o clinică de pediatrie li se explică copiilor gravitatea bolii fără a se pronunța: “cancer” sau “malign”. Această precauție menține părerea după care cancerul este incurabil.

Există și pacienți care evită să pronunțe cuvântul cancer, cu toate că își cunosc diagnosticul. Asta are legătură cu gândirea magică, după care a numi ceva echivalează cu a-l chema sau a-l crea.

Am întâlnit păreri opuse privind comunicarea diagnosticului de cancer cerebral: să nu spui niciodată pacientului (pentru că nu există cancer cerebral fără afectarea discernământului sau pentru că șansele de supraviețuire sunt doar de 4-6 luni și nu-i folosește să-i spui) și, opinia opusă, să spui întotdeauna adevărul (pentru ca pacientul să lupte conștient cu boala).

Am întâlnit opinia (și nu doar la un singur medic) că pacientul posedă “***o cunoaștere transcendențială***” asupra evoluției bolii. Dacă un pacient refuză o intervenție chirurgicală se spune “știe el ce știe”. Această “ipoteză” se sprijină pe faptul că dacă pacientul este convins totuși să facă operația, de multe ori evoluează nefavorabil.

⁹ Șerban Ionescu – *Paisprezece abordări în psihopatologie*, Ed. Polirom, Iași, 1998

Teoria dublei legături – Universitatea din Stanford (Palo Alto, California) – Gregory Bateson – studiul comunicării în familiile schizofrenilor

“Ingredientele” unei duble legături:

1. Protagonistul care aplică dubla legătură emite două categorii de mesaje contradictorii;
2. Pentru persoana desemnată drept “victimă”, relația respectivă este esențială și aceasta face vitală înțelegerea corectă a mesajului;
3. “Victima” este în imposibilitate de a meta-comunica, de a comenta sau de a cere lămuriri privind mesajul primit
- 4.

6. Observații teoretice asupra subiectului

6.1. Afectele puternice în relația medic-bolnav și antinomia fundamentală a ființei umane

“Numai această durere, dacă eu nu sunt decât durere, nu mă informează nimic despre organul unde a apărut, sau unde se găsește. Și dacă devine foarte puternică, ajunge ca sediul ei să dispară din conștiința mea cognitivă, nu mai percep nimic, nu mă mai gândesc la nimic, eu nu mai sunt decât durere... oarbă.”

Ștefan Lupașcu¹⁰

Activitatea de îngrijire a bolnavilor oncologici este îngreunată de obstacole de ordin cognitiv sau prejudecăți atât ale bolnavilor, cât și ale medicilor și ale personalului de îngrijire.

Pacienții au gânduri inadaptate legate de cancer. De exemplu: “Pentru a fi fericit, trebuie să mă vindec complet.”, “Trebuie să devin capabil să fac tot ceea ce făceam înainte”, “Totul este oribil în viața mea acum că am cancer”, “Nu voi fi capabil să suport durerea”, “Moartea este consecința inevitabilă a bolii și nu mai sunt speranțe”, “Trebuie să fiu capabil să găsesc o soluție rapidă pentru toate problemele” [5, p.8] Terapia cognitiv-comportamentală urmărește reducerea acestor “distorsiuni cognitive” care conduc la o perturbare profundă și stabilă a gândirii logice. Distorsiunile cognitive sunt de câteva tipuri: inferența arbitrară, suprageneralizarea, maximizarea și minimizarea, gândirea dihotomică.

La medici se întâlnește ceea ce am numit **complexul Atropa** (îi anunț diagnosticul de cancer[=moarte] înseamnă că-l ucid; echivalența este percepută doar inconștient, desigur), tendința de a formula prognosticul în termeni definitivi (durată, procentaj de supraviețuire), frica exagerată pentru suicidul pacientului ca urmare a anunțului diagnosticului¹¹.

“Relația medic-bolnav este marcată de idealizare: medicul ideal este pentru pacient acela care va putea fi la înălțimea multiplelor lui speranțe, pacientul ideal este, pentru practician, acela care îi permite cel mai bine să-și satisfacă vocația, fiind vorba în aceeași măsură de așteptările lui conștiente și dorințele inconștiente” [2, p. 257] Idealizarea este o formă de maximizare a celuilalt.

Aceste particularități ale relației dintre medic și pacientul oncologic pot fi înțelese prin interacțiunea celor două moduri de a fi (Matte-Blanco, Stéphane Lupasco): **modul indivizibil** și **modul de a fi eterogen, care divide**. Între ele există o *antinomie fundamentală*.

Realitatea psihică poate fi mai bine reprezentată, spune Matte Blanco [12, 13], dacă se concepe existența acestor două moduri psihice de a fi. Ele pot definite astfel:

I. Modul de a fi indivizibil (modul simetric – dominat de principiul simetriei).
 “Există un mod psihic de a fi în om care poate fi descris ca o totalitate omogenă indivizibilă. În aceasta totalitate omogenă indivizibilă:

¹⁰ Stéphane Lupasco - *L'énergie et la matière psychique* - p.268

¹¹ “Frica de sinucidere a bolnavului informat este o falsă idee: anchetele, în Franța ca și în străinătate, arată că pacienții oncologici nu se sinucid mai mult decât alți pacienții. Dacă riscul de suicid este ușor crescut în cancerologie (1.9 pentru bărbați, 1.3 pentru femei) și un pacient din 7 are idei de suicid, acesta survine rareori la anunțul diagnosticului, dar survine mai des la bolnavii în fază paliativă mai mult sau mai puțin terminală” [1, p.4]

- a simți, a cunoaște și a fi sunt același lucru;
- sinele este egal cu non-sinele;
- mișcarea, evenimentul și moartea sunt necunoscute.

II Modul de a fi eterogen, care divide. "Există un mod psihic de a fi în om care poate fi descris sau caracterizat spunând că tratează sau concepe sau «vede» sau «trăiește» toată realitatea (inclusiv propria realitate) ca și cum ar fi divizibilă și formată din părți. Este modul de a fi care divide, eterogen. Acest mod de a fi vede, concepe sau trăiește realitatea în termeni de spațiu-timp în care spațiul și timpul sunt împărțiți în porțiuni care sunt alăturate una alteia și care se succed una alteia. Pentru modul eterogen sinele și non-sinele sunt net diferiți, cunoaște moartea.

Pentru modul de a fi eterogen, specific conștiinței și proceselor cognitive, modul de a fi indivizibil este inconștient. Modul indivizibil caracterizează și procesele afective. "În sine, această afectivitate are un spațiu și un timp, ca toate lucrurile care există, ca toate sistemele, toate structurile, toate obiectele, fie mici sau mari? Ea pare desprinsă de spațiu și de asemenea de timp. Una dintre caracteristicile durerii, ca de asemenea ale plăcerii, a bucuriei este de a se prezenta ca durând indefinit. În sine, ea nu comportă sfârșit, care nu apare decât prin însăși dispariția ei."¹²

În interiorul emoției domnește principiul simetriei; în același timp, pentru că diferite emoții (iubire, ura, tristețea etc) se pot diferenția una de alta, este evident că această diferențiere presupune relații asimetrice. Fiecare emoție definește astfel un teritoriu limitat în interiorul căruia există o mulțime infinită. [...] Regatul emoției în ființele umane nu este regatul unei mulțimi infinite, ci a numeroase mulțimi infinite. Exact același lucru este valabil pentru inconștient."¹³

Astfel, datorită simetrizării și inifinitizării "**gândirea implicată în emoție presupune generalizare, maximizare și iradiere.**"¹⁴ "Emoțiile primitive și profunde implică trei lucruri:

- a) o generalizare care pornește de la caracteristicile concrete ale obiectului care a suscitată emoția și ajunge la un punct în care acest obiect este văzut ca posedând toate caracteristicile sau proprietățile pe care le au obiectele din clasa lui;
- b) caracteristicile atribuite obiectului sunt presupuse ca având valoarea maximă;
- c) ca o consecință a lui a) și b), obiectul devine reprezentarea tuturor obiectelor similare."¹⁵

¹² op.cit. p.268

¹³ MATTE BLANCO, Ignacio - *L'inconscio come insiem infiniti. Saggio sulla bi-logica* p.270

¹⁴ idem p.267

¹⁵ idem p.269

6.2. Anunțul diagnosticului de cancer înseamnă “deziluzionarea” pacientului

“problema iluziei este inerentă condiției umane și nici un individ nu va ajunge niciodată s-o rezolve bine decât printr-o înțelegere teoretică a problemei și apoi aducând o soluție teoretică..”

D. W. Winnicott¹⁶

“Noi toți avem anumite ipoteze de bază care, la o examinare critică, se dovedesc iluzii, dar care pentru noi sunt chiar vitale. Astfel este, de exemplu, convingerea “iluzorie” că moartea este relativ departe și că vom supraviețui, de exemplu, următoarei călătorii cu mașina prin oraș. O experiență de apropiere a morții, ne va “deziluziona” într-un mod pe care îl putem desemna ca “disfuncțional”. Se pare că avem nevoie de o anumită cantitate de iluzie pentru a stăpâni viața noastră cotidiană.”¹⁷ (Ronnie Janoff-Bulman - *Shattered Assumptions*, 1992)

Iluzia este la baza inițierii experienței și istoria ei începe odată cu viața individului. Winnicott scrie: “Inițial mama, printr-o adaptare aproape 100%, permite bebelușului să aibă iluzia că sânul ei este parte a lui, a copilului. Sânul este, pentru a spune astfel, sub controlul magic al bebelușului. Omnipotența este aproape un fapt de experiență. Sarcina ultimă a mamei este de a deziluziona progresiv copilul, dar ea poate spera în rușină doar dacă ea s-a dovedit capabilă să dea posibilități suficiente de iluzionare.

Cu alte cuvinte, sânul este creat și neîncetat recreat de copil pornind de la capacitatea lui de a iubi sau, putem spune, pornind de la nevoia lui. Un fenomen subiectiv se dezvoltă la bebeluș, fenomen pe care noi îl numim sânul mamei. Mama pune sânul real exact acolo unde copilul este gata să-l creeze, și la momentul potrivit.

În consecință, de la naștere, ființa umană este confruntată cu problema punerii în relație a ceea ce este obiectiv perceput cu ceea ce este subiectiv cunoscut.”¹⁸

Există o asemănare între relația mama-bebeluș și cea dintre medic și bolnav. Amândouă presupun înrijire și dependență. Prin anunțul diagnosticului, medicul îl deziluzionează pe pacient, altfel decât mama pe bebeluș. Comună este pierderea, mai mult sau mai puțin, a sentimentului de atotputernicie.

6.3. Comunicarea diagnosticului în spațiul potențial

Despre anunțul diagnosticului de cancer se discută de regulă în termenii de adevăr sau secret, adevăr parțial sau minciună.

Este util să definim comunicarea diagnosticului în spațiul potențial (D.W. Winnicott) atât al pacientului, cât și al medicului.

Spațiul potențial este “zona intermediară care se situează între «realitatea psihică» și «lumea externă așa cum este percepută de două persoane în comun»”¹⁹, “este aria intermediară a experienței la care contribuie simultan realitatea interioară și viața exterioară.”²⁰

¹⁶ D. W. Winnicott - *Jeu et Réalité*, p.23

¹⁷ FISCHER, Gettfried, RIEDESSER, Peter – *Tratat de psihotraumatologie*, p.83

¹⁸ op.cit, p.21

¹⁹ idem p. 13

²⁰ idem p.9

Această arie intermediară a experienței, despre care nu se pune întrebarea cât aparține realității inerioare și cât celei exterioare (împărțită), constituie cea mai mare parte a ceea ce trăiește copilul mic. Ea subzistă toată viața, în modalitatea experimentării interne care definește artele, religia, viața imaginară și munca științifică creativă.²¹

Diagnosticul și prognosticul pe care le comunică medicul sunt parte atât realității externe: boala pacientului, rezultatele investigațiilor, personalitatea pacientului²², cât și parte ce rezultă din propriile cunoștințe, experiență, relația afectivă cu pacientul, semnificația proprie pe care o atribuie medicul rezultatelor investigațiilor făcute.

Pentru bolnav, diagnosticul este parte atât a realității externe (simptomele pentru care a venit, medicul – motiv pentru care unii refuză tratamentul – recunosc problema dar nu și tratamentul propus ca unică soluție, sau schimbă medicul, sau recurg la tratamente alternative, cât și parte a realității subiective: o reprezentare a cauzei suferinței proprii, a repercursiunilor pentru viitor, sursă a temerilor și planurilor pe care și le face.

Spunând diagnosticul și prognosticul în mod brutal, medicul prezintă diagnosticul ca “obiect real” și nu în spațiul tranzițional al pacientului. Alternativa? Ajutarea pacientului să *descopere-creeze* diagnosticul în timpul consultațiilor (“Adevărul trebuie să se întrevadă din afirmațiile dvs.”, “Acum conduc discuția astfel încât să spună pacientul, să fie concluzia lui.”, “Comunicarea diagnosticului se face în etape, treptat.”, “Pacientul trebuie informat (asupra diagnosticului) dacă cere acest tip de informație.”)

6.4. Încrederea și modul creativ de a privi viața

Urmându-l pe Winnicott, ajungem la “secretul” păstrării unui spațiu potențial al bolnavului.

Spațiul potențial între bebeluș și mamă, între copil și familie, între individ și societate sau lume, *depinde de experiența care conduce la încredere*. Poate fi considerat consacrat pentru individ în măsura în care el trăiește, în acest spațiu, experiența vieții creative.²³

“Creativitatea care mă interesează aici este ceva universal. Ea este inerentă vieții. Creativitatea pe care o avem în vedere este aceea care permite individului relația cu realitatea exterioară.”²⁴

Înainte de toate este vorba de un mod creativ de percepție care dă individului sentimentul că viața merită trăită din plin; ceea ce se opune unui astfel de mod de percepție este o relație de complezență submisă în raport cu realitatea exterioară: lumea și toate elementele ei sunt recunoscute dar numai ca ceva față de care trebuie să te ajustezi și să te adaptezi. Submisiunea antrenează la individ un sentiment de futilitate, asociat cu ideea că nimic nu are importanță.²⁵

Sentimentul că viața merită din plin să fie trăită pare un obiectiv exagerat pentru bolnavul oncologic. Sigur este că o relație suficient de apropiată între medic și bolnav este necesară nu doar pentru anunțul adecvat al diagnosticului și prognosticului ci și în însoțirea bolnavului în peripețiile ce-l așteaptă.

²¹ idem p.25

²² «În momentul anunțului inițial, medicul nu cunoaște viitorul: cunoaște eventual prognosticul probabil pentru pacientul său (în formă statistică!), nu știe nimic legat de situația personală a pacientului, despre modul lui de a gândi și despre reacțiile lui, puține lucruri despre situația familială sau profesională.» [1, p.6]

²³ op.cit. p.143

²⁴ idem p.95

²⁵ idem p.91

Este posibil, cum spune Dr. Pierre Saltel:

“După sfârșitul tratamentelor, anumiți pacienți repun în discuție amenajările vieții lor anterioare, reacționând la experiența pierderii controlului și la dependența pe care le implică boala. Se schimbă «ei înșiși» pentru a se vindeca, și motivațiile. Atunci când dimensiunea iluzorie unei asemenea mișcări poate fi asumată, poate reprezenta uneori, o oportunitate pentru **a accede la o perspectivă mai lucidă a contradicției proprii existenței umane...**” (ch.15, p.12-13) sau

sau Dr. Alain Ferrant:

“Starea de boală poate fi uneori ocazia unei profunde reorganizări psihice și de aici a vieții subiectului. Clinica arată frecvent câți pacienți, ca urmare a unui cancer, modifică numeroși parametri ai existenței lor. Cu condiția suspendării teoriei cauzelor și considerând-o nepertinentă, **putem deschide spațiu suficient de joc creativ în sânul căruia o profundă transformare psihică să poate fi amorsată.** Această transformare poate lua forma procesului analitic sau nu. Ea poate fi de asemenea angajată în cadrul asociațiilor pacientului care se regroupează în jurul unor teme specifice. (Bataille, 2003).” (Ferrant, p. 5-6)

7. Concluzii

În privința rezultatelor achetei:

- atitudinile și conduitele medicilor intervievați au fost foarte variate; un reiese un model predominant;
- pare posibilă o schimbare de atitudine legată de vârstă și o diferență legată de sex: femeile sunt mai directe, bărbații mai precauți;
- formarea medicilor în psihologie medicală este neunitară și destul de limitată;
- există locuri unde colaborarea cu personalul “psi” este o obișnuință, și locuri unde toată treaba este făcută de medici;

În ce privește speculațiile teoretice:

- psihologia psihologiei afectelor poate ajuta la înțelegerea dificultăților din relația medic-bolnav.
- o paralelă dintre relația medic-bolnav și teoria dezvoltată de D.W. Winnicott privind relațiile precoce mama-bebeluș conduce la noi înțelesuri ale sarcinii comunicării diagnosticului și a relației de îngrijire.
- medicul are nevoie de susținerea psihologului pentru a reuși să-l susțină pe pacient...

8. Bibliografie

1. **HERON, J.F.** . Pr., Faculté de Médecine de Caen - France. *Cancérologie générale - Aspects psychologiques* - 19/12/2003 - http://www.oncoprof.net/Generale2000/g13_Psychologie/Chapitre_13.pdf
2. **WOLKENSTEIN, P.** (Créteil), **S. CONSOLI** (Paris), **J.-C. ROUJEAU** (Créteil), **J.-J. GROB** (Marseille) - *La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale* - http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/dermato/P7.pdf
3. **FERRANT, Allain** - Université Lumière-Lyon 2, Psychanalyste (SPP) e-mail: a.ferrant@wanadoo.fr - *Psycho-oncologie et travail du psychanalyste* - Revue Francophone de Psycho-Oncologie, Issue: Volume 3, Number 1, March 2004, Pages: 50 - 56
4. **FISCHER, Gettfried, RIEDESSER, Peter** – *Tratat de psihotraumatologie*, Ed. Trei, 2001
5. **SALTEL, Pierre** - *psychiatre au centre Léon-Bérard à Lyon - CHAPITRE 15 - Psycho oncologie* - <http://spiral.univ-lyon1.fr/polycops/Cancerologie/Cancerologie-15.html>
6. **TUĐOSE, Florin** – Dep. Psihiatrie de Legătură, Sp. Universitar de Urgență București – *Cum să comunicî în medicină veștile rele* - http://www.infomedica.ro/anul%202000/editoriale/edit_11_2000.pdf
7. **WINNICOTT, D.W.** - *Jeu et Réalité*, Ed. Gallimard, 1975
8. **WINNICOTT, D.W.** – *De la pediatrie la psihanaliză*, Ed. Trei, 2003
9. **CODUL DE DEONTOLOGIE MEDICALA** - Colegiul Medicilor din Romania - <http://www.cmr.ro>
10. *Legea nr. 46 din 21.01.2003 privind drepturile pacientului*, Monitorul Oficial nr. 51 din 29.01.2003 - http://www.romedic.ro/medicina/drepturi_pac.htm
11. **FINKENTHAL, Michael** - *Rethinking Logic : Lupasco, Nishida and Matte Blanco* - <http://nicol.club.fr/ciret/bulletin/b13/b13c12.htm>
12. **MATTE BLANCO, Ignacio** - *L'inconscio come insieme infiniti. Saggio sulla bi-logica*, trad. Pietro Bria, Einaudi, Milano, 1981
13. **MATTE BLANCO, Ignacio** - *Pensare, sentire, essere. Riflessioni cliniche sull'antinomia fondamentale dell'uomo e del mondo*, trad. Pietro Bria, Einaudi, Milano, 1995
14. **IONESCU, Șerban** – *Paisprezece abordări în psihopatologie*, Ed. Polirom, Iași, 1998
15. **LUPASCO, Stéphane** – *Universul psihic*, Ed. Institutul European, 2000
16. **LUPASCO, Stéphane** – *L'énergie et la matière psychique*, Éd. du Rocher, 1987
17. **LORENZ, Konrad** – *L'envers du miroir* – Ed. Flammarion, Champs, 1975
18. **MARCELLI, Daniel** – *Tratat de psihopatologia copilului*, Ed. Fundației Generația, 2003
19. **SEARLES, HF** - *Transitional phenomena and therapeutic symbiosis*, Int J Psychoanal Psychother. 1976;5:145-204
20. **GREEN, André** - *Potential Space in Psychoanalysis: The Object in the Setting*, in Grolnick et al., eds. (1978), pp. 167-90