

MICHAEL BALINT

MEDICUL, PACIENTUL SĂU ȘI BOALA

ASPECTE INCONȘTIENTE
ÎN PRACTICA MEDICALĂ

EDIȚIA A 2-A

INTRODUCERE DE

John A. Balint

TRADUCERE DIN ENGLEZĂ DE

Caterina Popescu

PSIHOLOGIA
PENTRU
TOȚI



CUPRINS

Introducere.....	9
Prefață.....	17
Prefață la a doua ediție.....	21

I. Introducere.....	25
---------------------	----

PRIMA PARTE

Diagnosticul.....	37
II. Problema generală.....	39
III. Ofertele pacientului și răspunsurile medicului.....	54
IV. Excluderea prin examene fizice adecvate	77
V. Incidența și evaluarea simptomelor nevrotice	88
VI. Nivelul diagnosticării.....	104
VII. Coluziunea anonimatului	125
VIII. Medicul generalist și specialiștii săi.....	144
IX. Perpetuarea relației profesor-elev	159

A DOUA PARTE

Psihoterapia	177
X. Consilierea și liniștirea	179
XI. „Cum începem“	195

XII.	„Când ne oprim“	220
XIII.	Climatul psihologic specific medicinei generale	254
XIV.	Medicul generalist în calitate de psihoterapeut	276
	A. Două cazuri ilustrative	276
XV.	Medicul generalist în calitate de psihoterapeut	308
	B. Un caz dificil	308

PARTEA a III-a

	<i>Concluzii generale</i>	341
XVI.	Funcția apostolică I	343
XVII.	Funcția apostolică II	365
XVIII.	Medicul și pacientul său	379
XIX.	Pacientul și boala sa	398
XX.	Psihoterapia realizată de către medicul generalist	419
XXI.	Rezumat și perspectivă pentru viitor	440

ANEXE

I.	Formarea	459
II.	Selecția	484
III.	Rapoarte cu privire la evoluția ulterioară a cazurilor	495
IV.	Despre un rol suplimentar al clinicii de psihologie	582

INTRODUCERE

De câțiva ani, seminariile de cercetare au fost organizate la Clinica Tavistock pentru a studia implicațiile psihologice în practica medicinei generale. Medicamentele prescrise de obicei de către medici au constituit primul subiect al discuției la unul dintre aceste seminarii. Discuția a arătat repede — și, fără îndoială, nu era pentru prima dată în istoria medicinei — că medicamentul de departe cel mai des folosit în medicina generală era medicul însuși; altfel spus, nu doar flaconul și cutia cu medicamente erau cele care contau, ci și maniera în care acestea erau prescrise pacientului — de fapt, ansamblul atmosferei în care medicamentul a fost dat și luat.

La vremea respectivă, aceasta ni s-a părut a fi o descoperire foarte stimulativă și ne-am simțit importanți și mândri că am realizat-o. Totuși, seminarul a reușit să arate că nu există, încă, nicio farmacologie a acestui medicament esențial. Pentru a exprima această a doua descoperire într-un limbaj familiar medicilor: în niciun tratat nu exista nici cea mai mică indicație cu privire la doza pe care medicul trebuie să o prescrie din propria

sa persoană, nici sub ce formă, cât de des, care este doza sa curativă și doza sa de menținere etc. Este încă și mai neliniștitor să constatăm absența literaturii de specialitate în privința riscurilor posibile ale unei astfel de medicații, de exemplu, asupra diverselor reacții alergice individuale care ar putea să le apară pacienților, care trebuie să fie supravegheate cu atenție sau asupra efectelor secundare nedorite ale medicamentului. De fapt, carența informațiilor în ceea ce privește acest remediu foarte des folosit este uimitoare și înspăimântătoare, mai ales dacă o vom compara cu bogăția indicațiilor altor medicamente, cele care au fost recent introduse în practică. În general, la aceasta se răspunde că experiența și bunul-simț îi oferă medicului abilitatea necesară pentru a se prescrie pe sine. Superficialitatea acestei păreri liniștitoare devine evidentă dacă o vom compara cu instrucțiunile detaliate bazate pe experimente atent controlate care însoțesc orice medicament nou folosit în medicina generală.

Când această situație neliniștitoare a fost conștientizată la seminar, vederile noastre s-au schimbat și am decis, de asemenea, că unul dintre scopurile — poate scopul esențial — cercetării noastre ar trebui să fie începerea descoperirii acestei noi farmacologii.

Importanța unui studiu de acest fel este, poate, cu atât mai mare în zilele noastre decât înainte; însă motivul nu este decât parțial unul medical. Dezvoltarea civilizației urbane a avut ca rezultat faptul că un număr mare de indivizi și-au pierdut relațiile familiale și au fost deșrădăcinați; familiile numeroase, cu multiplele lor legături intime, tind să dispară și individul este din ce în ce mai solitar, chiar singur. Dacă are îngrijorări, nu există aproape nicio persoană căreia să-i poată cere un sfat, să fie consolată sau, pur și simplu, să aibă ocazia să se descurce. Noi știm că, în majoritatea cazurilor, dacă

nu în toate, un stres, o tensiune mentală sau emoțională fie sunt însoțite de senzații corporale diverse, fie sunt traduse prin acestea. În aceste stări — și, mai ales atunci când tensiunea crește — o soluție posibilă și, pe de altă parte frecventă, este aceea de a consulta un medic căruia să i se plângă. Las, în mod intenționat, acest verb fără complement, căci, precis, în acest stadiu inițial noi nu știm ce este cel mai important: faptul de a se plânge sau plângerile înseși care sunt exprimate. Aici, în această fază inițială, încă „neorganizată“ a bolii, abilitatea medicului de a se prescrie pe el însuși apare ca fiind decisivă. Va trebui să discutăm consecințele neașteptate pe care le poate avea răspunsul medicului la plângerile pacientului său. Mai sus am spus câteva cuvinte cu privire la metodele noastre și la fundamentele cercetării noastre.

Am lucrat doar prin intermediul discuțiilor în grup, fiecare grup cuprinzând de la 8 la 10 medici generaliști și unul sau doi psihiatri. Grupurile se reuneau o dată pe săptămână în timpul unei durate totale de la doi la trei ani, cu excepția unora care se prelungeau mai mult timp. Reuniunile aveau loc la începutul după-amiezii din jumătatea de zi liberă pe care medicii obișnuiau să și-o ia. Aceasta le permitea să participe fără niciun inconvenient notabil pentru munca lor; de fapt, acest aranjament funcționa atât de bine încât, chiar în timpul lunilor celor mai încărcate — din decembrie până în martie —, frecvența la reuniuni era excelentă: pentru un întreg an s-a stabilit o medie de la 90 la 95% din totalul membrilor.

Aventura noastră a constat într-un amestec de cercetare și formare. La început, am presupus că, din punct de vedere psihologic, în medicina generală se întâmplă mai multe lucruri între pacient și medic, lucruri care nu sunt amintite în manualele tradiționale. Dacă ideile mele sunt exacte, faptele pe care doream să le înregistrez nu

erau observabile decât pentru medicul însuși; prezența celei de-a treia persoane, oricare ar fi putut să fie obiectivitatea și discreția sa, ar fi distrus inevitabil simplitatea și intimitatea atmosferei. O a treia persoană ar fi văzut doar o copie, poate una foarte bună, însă niciodată ceva adevărat.

În consecință, cercetarea nu putea să fie făcută decât de către medici în cursul practicii lor cotidiene, fără să fie deranjați de ceva, suverani ai propriului lor cabinet de consultație. Însă medicii generaliști nu sunt absolut deloc formați în acest tip de muncă; aici este vorba despre un punct asupra căruia va trebui să revenim de mai multe ori în paginile care urmează. Mai mult, atunci când am început, nu exista, din câte știu eu, nicio metodă adaptată medicilor practicieni pentru a-i forma în diagnosticarea psihodiagnosticului și în psihoterapie. Astfel ne-am găsit în fața a trei probleme diferite, chiar dacă legate între ele. Prima era aceea de a studia implicațiile psihologice în practica medicală; a doua era aceea de a-i forma pe medici în vederea acestui studiu, și a treia era aceea de a descoperi o metodă de formare.

În această carte, accentul principal cade asupra chestiunii cercetării. Metoda de formare este descrisă pe scurt în Anexele I și II. Câteva dintre discuțiile care urmează expunerii făcute de medici apropo de cazurile tratate de ei ne oferă o idee cu privire la maniera în care trebuie să procedăm în cercetare-formare (a se vedea în particular cazurile nr. 10, 15, 17, 19, 21, 23 și 24).

Natura complexă a proiectului nostru a produs incertitudini care se reflectă în terminologia folosită. În această lucrare, vom numi esențialul cercetării-formării noastre: discuția în grup, conferința de caz, seminariile de cercetare, seminariile de discuții, grupul de discuție etc., toate acestea vrând să spună același lucru, însă fiind descrise din unghiuri diferite.

După cum vom vedea, medicii s-au străduit să mențină cu psihiatrii o relație profesor–elev, însă, din numeroase motive vom considera că trebuie să rezistăm acestei tendințe. Scopul nostru era crearea unei atmosfere libere, a unui schimb viu în care fiecare să poată aduce problemele sale în speranța de a le clarifica prin intermediul experiențelor celorlalți. Materialul discuțiilor noastre era aproape întotdeauna furnizat de observațiile recente ale bolnavilor expuse de medicul curant. Grație continuității acestui demers, am putut urmări dezvoltarea problemelor pacienților timp de doi sau trei ani — câteodată chiar mai mult timp — și, prin aceasta, să examinăm până unde ideile, diagnosticele, prognosticurile, încercările noastre terapeutice erau juste și utile sau nu (Anexa III).

Scopul nostru principal era examinarea, pe cât posibil completă, a relației mereu schimbătoare între medic și pacient, adică studiul farmacologiei „medicului” în calitate de remediu. Pentru a obține date valabile pentru studiul nostru, am încercat să reducem la minimum materialul scris în grupurile noastre de discuții. Nu a existat lectura rapoartelor pregătite sau a manuscriselor; medicilor li se cerea să vorbească liber despre experiențele avute cu pacienții lor. Ei se puteau folosi de notițele lor clinice însă doar ca *aide-mémoire* și nu pe post de rezumat. De la început ne-am dorit ca raportul făcut de un medic să includă, pe cât posibil, reacțiile sale emoționale în fața pacientului sau chiar implicarea sa în problemele pacientului. O explicație fidelă a acestui aspect emoțional al relației medic–pacient nu poate fi obținută decât într-o discuție suficient de liberă pentru ca medicul să fie capabil să vorbească spontan. Orice raport scris, orice manuscris pregătit ar conduce, în mod necesar, la o elaborare secundară a materialului spontan, ceea ce, cu siguranță, ne-am dorit să evităm.

Capitolele următoare vor arăta până unde am reușit să ne atingem scopul.

Trebuie să mărturisesc de la început că, date fiind numeroasele probleme ridicate de un studiu aprofundat al relației medic-pacient contribuția noastră în vederea găsirii unei soluții este destul de redusă, în timp ce direcția generală în care medicina va trebui să se dezvolte ne apare foarte clar. Însă, chiar dacă se dovedește imposibil să indicăm o terapie adecvată pentru o boală, un pas util a fost îndeplinit odată ce a devenit posibilă descrierea proceselor patologice și punerea unui diagnostic exact. Acesta este, prin urmare, obiectivul principal al acestei cărți: descrierea anumitor procese ale relației medic-pacient (efectele secundare neprevăzute și nedorite ale remediului „medic”) care cauzează suferințe inutile, iritare și eforturi în zadar atât medicului, cât și pacientului său. Până în prezent, aceste procese nu au fost, cu siguranță, observate complet sau, dacă au fost, importanța lor n-a fost recunoscută clar. Vom încerca, prin urmare, să descriem semnele diagnostice de așa manieră, încât să permitem medicului recunoașterea în timp util a acestor procese patologice. Doar în al treilea rând — și pe o scară foarte modestă — vom putea spune ce fel de psihoterapie poate fi aplicată în acest câmp din ce în ce mai complex.

În consecință, prima mea sarcină va fi aceea de a vedea care este problema de studiat. Pe scurt, iată cum este ea formulată: de ce se întâmplă atât de des ca, în ciuda eforturilor serioase atât din partea unuia, cât și a celuilalt, relația dintre pacient și medic să fie nesatisfăcătoare sau chiar nefericită? Altfel spus: de ce remediul „medic” nu acționează așa cum ne-am dori, deși există o prescripție aparent conștiincioasă? Care sunt cauzele acestei evoluții nedorite și cum le-am putea evita?

Îmi voi baza toate deducțiile mele pe observațiile clinice concrete ale pacienților luați individual. Cu

toate acestea, niciunul dintre cazuri nu a fost observat de mine însumi. Așa cum am spus deja, am organizat la Clinica Tavistock ședințe în care medicii generaliști puneau în discuție implicațiile psihologice ale practicii lor cotidiene. Toate cazurile citate în această carte au fost preluate din această sursă și au fost prezentate în limbaj medical. Rezumatele făcute de mine în anumite cazuri pentru a mă încadra într-un spațiu restrâns le-am supus aprobării medicilor în chestiune înainte de a le include în textul meu.

Proiectul cărții în cursul elaborării a fost trimis tuturor medicilor care au participat la cercetare și un anumit număr din reuniuni a fost consacrat discutării lor. Fiecare obiecție a fost examinată și, atunci când mulți participanți erau de aceeași părere, pasajul incriminat era remaniat sau suprimat. Versiunea definitivă este, deci, rezultatul unui veritabil travaliu de echipă. Însă, chiar dacă fiecare dintre noi are contribuția sa la această carte, eu sunt în întregime responsabil de textul tipărit.

Pentru a păstra anonimatul medicilor am folosit pronumele masculin. Există două excepții: cazurile 22 și 24, în care sexul medicului era important în ceea ce privește dezvoltarea relației medic-pacient. Fiecare medic a fost desemnat printr-o inițială, pentru a permite cititorului studiul diferitelor climate pe care ei le-au creat. Unul dintre rezultatele neașteptate ale muncii noastre a fost să arătăm cum aceste tipuri de climat puteau să difere unele de altele. Ceea ce este cu totul imposibil într-un cabinet medical apare ca fiind ceva natural în altul (a se vedea cu privire la acest punct capitolele XIII și XVII). Remediu „medic” este, cu siguranță, departe de a fi standardizat. Ceea ce este încă și mai interesant este să notăm faptul că pacienții pot să beneficieze de pe urma tuturor acestor varietăți ale remediului. Aceasta nu

înseamnă că fiecare formă este în aceeași măsură benefică. Dimpotrivă, fiecare are efecte secundare care îi sunt proprii, iar identificarea printr-o literă a alfabetului, păstrând anonimatul medicilor, îl va ajuta pe cititor să vadă efectele pozitive principale și efectele secundare nedorite în fiecare caz.

Păstrarea anonimatului pacienților a fost o sarcină mult mai dificilă. Ne-am străduit să îi facem de nerecunoscut pe pacienții citați. Niciun nume nu a fost menționat și, pe cât posibil, circumstanțele exterioare au fost schimbate. Din păcate, există o limită cu privire la aceste deghizări. Dacă mergem prea departe în schimbări, cazurile devin atât de diferite de original, încât am putea ajunge la o falsificare. Pentru a evita această piedică, toate aspectele esențiale, în special trăsăturile psihologice specifice bolnavilor, au fost păstrate. Însă aceasta înseamnă că un pacient ar putea să se recunoască în descrierea cazului său. Un astfel de risc este, din păcate, inevitabil și, din câte văd, nu poate fi cu certitudine evitat. Pentru a reduce acest risc am ales să publicăm istoricele acestor pacienți, considerând că este puțin probabil să citească această carte. În ciuda tuturor acestor precauții, știu că această publicație ar putea avea inconveniente, cauzând disconfort sau chiar suferință unuia sau altuia dintre pacienți. Dacă se va întâmpla astfel, nu voi putea decât să-mi exprim regretele profunde și să garantez că este cu totul improbabil ca persoanele în cauză să fie recunoscute de alții în afară de ele însele.

Rapoartele de caz au, câteodată, un aer puțin romanțat și unele dintre ele sunt chiar plictisitoare. Ar fi fost ușor să le scurtăm și să păstrăm doar ceea ce a fost considerat ca fiind esențial și specific. După ce am reflectat, am decis să nu facem nimic în acest sens și să reproducem rapoartele așa cum au fost prezentate la