

LBRIS

We know
books

Rodica Jeican

Medicii în postura de pacienți

Aspecte psihopatologice și comportamentale

Prefață de Prof. dr. Eufemia Doina Cloțan

Casa Cărții de Știință
Cluj-Napoca, 2023

© Rodica Jeican, 2023.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

JEICAN, RODICA

Medicii în postura de pacienți: aspecte psihopatologice și comportamentale /

Rodica Jeican; cuv.-înainte de Doina Cloțan. –

Cluj-Napoca: Casa Cărții de Știință, 2023

Conține bibliografie

ISBN 978-606-17-2125-2

I. Cloțan, Eufemia Doina (pref.)

159.9

Redactor: Marius Mureșan

Coperta: Roxana Ardelean

Casa Cărții de Știință

B-dul Eroilor, nr. 6-8

Cluj-Napoca, 400129

Tel.: 0264-431920

www.casacartii.ro; e-mail: editura@casacartii.ro

CUPRINS

PREFAȚĂ	9
CUVÂNT-ÎNAINTE	11
1. BOLILE MEDICALE ȘI PSIHICE LA MEDICI.....	13
Bolile medicale ale medicilor	13
Bolile psihice la medici	15
Tulburările depresive majore.....	17
Sinuciderea	21
Hipomania, mania	32
Demența la medici	34
Psihoza la medici	36
Tulburările anxioase	39
Tulburarea obsesiv compulsivă	40
2. ASPECTE PSIROPATOLOGICE ȘI COMPORTAMENTALE ...	43
Încălcări ale limitelor profesionale	43
Încălcări ale limitelor sexuale	45
Încălcări ale limitelor nonsexuale	54
Relația duală.....	54
Momentul și durata programărilor	55
Dezvăluirea excesivă de sine.....	55
Cadouri și donații	56
Limbajul	56
Contactul fizic, altul decât examinarea fizică	56
Examinarea fizică abuzivă.....	57
Alte încălcări ale limitelor nonsexuale	57
Concluzii	58

3. ASPECTE BIOPSIHOSOCIALE ÎN BOLILE PSIHICE LA

MEDICI	60
Factorii biologici	60
Factorii psihologici	62
Stresul și conflictele de durată	63
Efortul la locul de muncă	64
Pericolul vital la locul de muncă	64
Stresul în familie	66
Problemele financiare la medicii cu boli cronice	67
Rasism, bigotism, sexism	67
Strategii de sprijin privind stresul și conflictele	67
Concluzii	68

4. EVALUAREA PSIHICĂ A MEDICILOR	69
Despre rezistențe psihologice	69
Bariere sistemice	70
Bariere în examinarea și tratamentul medicilor pacienți	71
Problema raportării medicilor cu probleme psihice	71
Evaluarea psihiatrică a medicilor pacienți	72
Concluzii	79

5. ADICȚII CHIMICE ȘI NONCHIMICE LA MEDICI	81
Determinanți biopsihosociali ai dependențelor	82
Factori corelați adicției la medici	84
Diagnosticul dependenței de alcool sau droguri la medici	86
Tratamentul medicilor cu dependență la alcool și droguri	90
Adicții nonchimice	91
Adicțiile sexuale	94
Tratamentul adicțiilor nonchimice	96
Direcții de dezvoltare ale tratamentelor în adicțiile chimice și nonchimice	97
Concluzii	98

6. TULBURĂRILE DE PERSONALITATE	99
Personalitatea normală	99
Tulburările de personalitate	102
Tulburarea de personalitate de tip paranoic	103
Tulburarea de personalitate narcisică	107
Tulburările de personalitate obsesiv compulsivă	109
Tulburarea de personalitate borderline	111
Tulburările de personalitate de tip afectiv	114
Percepția diagnosticului de Tulburare de personalitate de către medicii pacienți	118
Concluzii	118

7. RELAȚIA MEDIC-MEDIC PACIENT	120
--------------------------------	-----

8. PSIHOLOGIA MEDICILOR ȘI PRACTICA MEDICALĂ	126
--	-----

9. PRINCIPII GENERALE DE PSIHOTERAPIE	134
Psihoterapia psihodinamică	134
Psihoterapia psihodinamică de grup	139
Psihoterapia cognitiv comportamentală	141
Aplicarea terapiei cognitiv comportamentale la medicii pacienți	142
Terapia de prevenire a recidivei	148
Terapia de relaxare	151
Concluzii	152

10. PRESELECȚIA CANDIDAȚILOR LA MEDICINĂ	153
--	-----

11. DEZVOLTAREA PROFESIONALISMULUI ÎN ȘCOALA MEDICALĂ	156
Echilibrul psihic în perioada rezidențiatului	161
Automonitorizarea stării de sănătate la medici	162
Măsuri preventive pentru căsătorii, cupluri și relații personale	164
Concluzii	166

12. TESTĂRI PSIHOLOGICE ALE CANDIDAȚILOR LA MEDICINĂ.....	167
Complexitatea cauzelor în producerea bolilor psihice la medici.....	168
Personalitatea candidatului	169
 BIBLIOGRAFIE.....	 174

PREFAȚĂ

Biblioteca psihiatriei românești s-a îmbogățit cu încă o lucrare, *Medicii în postura de pacienți. Aspecte psihopatologice și comportamentale*, care este a douăzeci și doua carte a doamnei dr. Rodica Jeican în această specialitate.

Cartea prezintă exhaustiv o problemă sensibilă – relația dintre medicul bolnav și colegul care îl tratează. Subiectul cărții, original pentru zona noastră geografică, este deosebit de complex, cu implicații medicale, profesionale, sociale, familiale.

Medicul poate dezvolta boli somatice și psihice, cele psihice având un impact puternic asupra medicului pacient, dar și general, acestea afectând actul medical al său până la infracțiune.

Sunt prezentate, sistematic și concis, consecințele bolii psihice a medicului, cu modificarea comportamentului, ajungând până la încălcarea limitelor profesionale, sociale, la adicțiile chimice, non chimice și infracțiune.

Fiecare capitol este ilustrat cu exemple tipice, construite de autoare pe baza experienței sale, anamneza specifică, investigațiile, tratamentul medicamentos și, mai ales, psihoterapia, Rodica Jeican apreciind importanța acesteia.

Se subliniază responsabilitatea deosebită a evaluatorului pacientului medic, pentru siguranța pacienților, decizia dacă acesta poate sau nu continua activitatea profesională.

Un capitol este destinat parametrilor normalității psihice, cunoașterii omului sub aspect fizic, psihic, multidimensional și multidisciplinar.

După prezentarea structurii normale de personalitate, au fost detaliate toate tipurile Tulburărilor de Personalitate, modul lor de manifestare, în funcție tipul acestora, la medicii pacienți, cât și felul în care percep medicii aceste tulburări.

La fiecare tip de boală psihică sau Tulburare a Personalității, am prezentat un exemplu de caz.

Am abordat Psihoterapia cognitiv-comportamentală, fiind eficientă la medicii pacienți, pe care o preferă în detrimentul tratamentului medicamentos.

În finalul cărții, am dezbătut problema preselecției candidaților la medicină, care se face doar pe latura cognitivă și deloc pe cea psihologică: empatia, rezonanța cu suferința pacientului, echilibrul psihic, rezistența la stres a viitorului medic.

Mi s-a părut interesant să scriu în această carte, mai ales despre felul cum se modifică personalitatea medicului pacient care suferă de o boală psihică sau fizică și cum se reflectă aceasta în practica medicală.

Dr. RODICA JEICAN

Medic Primar Psihiatru

Doctor în medicină

Membriu AMSPR

1.

BOLILE MEDICALE ȘI PSIHICE LA MEDICI

Medicii sunt și ei oameni și se pot îmbolnăvi, atât fizic, cât și psihic. Priviți ca grup, studiile au arătat că ei sunt mai sănătoși decât populația generală. Decesul lor este prin aceleași boli, precum la populația generală, însă la vârste mai înaintate: boli cerebro-vasculare, cardiace, cancer (Frank 2000). Mortalitatea prin cancer sau boli de inimă este mai scăzută decât la populația generală. Totuși, s-a constatat un risc mai mare al sinuciderilor (Carpenter et al. 1997, Terre et al. 2000), deoarece depresia este un risc major pentru suicid (Holmes et al. 1990). Totuși, s-a constatat că depresia este procentual egală la medici, față de populația generală. (Center et al. 2003). La fel, consumul de substanțe la medici (Dilts și Gendel 2000).

Bolile medicale ale medicilor

În 1987, Mandel și Spiro au scris, în prefața lucrării *Când se îmbolnăvesc doctorii*, relatările a cincizeci de medici, bolnavi fiind, despre trăirile lor, suferind de diverse boli: cancer, boli cardiovasculare, gastrointestinale, boli acute, ortopedice, Sida. Toți au vorbit despre implicațiile emoționale în trăirea bolilor somatice, lupta cu acceptarea consultațiilor, aspecte personale ale

trăirii bolii, implicațiile apariției bolii în viața personală, de familie sau a relațiilor cu colegii.

Atunci când medicii suferă de boli vizibil desfigurante, pot fi ocoliți de colegi (Rabit 1982). Acest lucru le conferă trăirea stigmatizării, ceea ce crește povara bolii pe care o au. Această stigmatizare o au și când suferă de o boală ce nu este evidentă fizic. Este doar o trăire a acestor medici, rezultând din faptul că se simt mai slabi, mai astenici decât colegii lor, au impresia de inferioritate, ce se adaugă suferinței fizice, din cauza bolii organice de care suferă. Este afectată trăirea rigorii și a perfecționismului, care trebuie să caracterizeze un medic sănătos. Practic, acești medici nu mai rezistă în a face față la numărul de ore ale consultațiilor, gărzilor etc.

Medicii pacienți cu boli organice trebuie ajutați și de psihiatrii, deoarece sfera afectivă, emoțională este și ea afectată, ei realizând că au o boală organică, dar și gravitatea acesteia. Fac tratamentul bolii organice, însă devin, treptat, depresivi, ceea ce le îngreunează munca, în cazul că totuși sunt în activitate. Un tratament antidepresiv ar ajuta mult acești pacienți, numai că cei ce nu sunt psihiatri, nu-l acceptă de cele mai multe ori. Benefică ar fi și psihoterapia, care, de asemenea, i-ar ajuta mult.

Exemplu de caz:

Doctorița S.N. de 37 de ani, internistă, era căsătorită de 10 ani cu un inginer și avea o fetiță de opt ani. Era frumoasă, suplă, juca regulat tenis și era apreciată profesional. După un nefericit accident rutier a suferit o fractură de bazin, a fost operată, dar a rămas cu o pareză a membrului inferior drept. După patru luni de concediu medical și-a reluat activitatea în spital. Se deplasa greu, pierduse mult din mobilitatea fizică, atât în activitățile casnice, dar mai ales în deplasare. Nu mai juca tenis. Era cu totul alta. Realiza că niciodată nu va mai fi mobilă ca înainte de accident.

Treptat, a devenit depresivă, se izola față de soț și copil, avea uneori idei suicidare. Când era la spital în activitate, uneori parcă mobilitatea gândirii îi era blocată la diagnosticul pacientului. Conversa puțin și evita discuțiile cu colegii. Era clar într-un episod depresiv. După câteva luni de tratament antidepresiv, anxiolitic și hipnotic s-a ameliorat mult și funcționa bine. Totuși, handicapul pe care-l avea a marcat-o, nemaivând tonusul afectiv și stenicitatea dinaintea accidentului. O prietenă, tot medic, a sfătuit-o să facă și psihoterapie. Treptat, a început să-și accepte handicapul locomotor și noua ei viață.

Bolile psihice la medici

Examinarea unui medic de către psihiatru diferă de examinarea unei persoane nemedic. Având un mecanism psihologic de apărare față de boală, medicul amână examinarea psihiatrică și ajutorul. În psihismul medicului pacient suferind de o boală psihică apar următoarele aspecte:

- se autodiagnostichează, deși, de cele mai multe ori, eronat;
- se explorează paraclinic, gândind la o boală somatică;
- se hotărăsc greu la care psihiatru să apeleze;
- încearcă să stăpânească singuri situația;
- urăsc boala pe care o au, deși uneori sunt conștienți că ea există;
- recurg la automedicație, care nu este elaborată de un psihiatru;
- judecă negativ, ca având defecte, pe psihiatrii care sunt cunoscuți ca buni profesioniști, amânând examenul psihic. Îi consideră pe psihiatrii prea ocupați și cred că le-ar lua din timpul lor prețios, în caz că s-ar prezenta la consultație;
- evită să se considere bolnavi, în modelul unui mecanism de autoapărare;

- izolarea și singurătatea devin evidente;
- la locul de muncă se remarcă schimbarea comportamentală a medicului și se evidențiază scăderea eficienței profesionale;
- își continuă activitatea, motivând în sine că, totuși, le va trece starea pe care o au în acel moment;
- abordează prezentul: „nu vreau să deranjez pe nimeni”, pentru a amâna prezentarea la consultația psihiatrică;
- dacă, totuși, se hotărăsc și ajung să fie consultați, de multe ori nu spun anumite trăiri, gânduri (idei suicidare), ce pot fi aflate doar prin întrebări, deși uneori nici la întrebări nu răspund sincer (Kendler 2005);
- dacă medicul pacient face erori în practica medicală (de exemplu un chirurg) sau sunt reclamații la adresa acestuia, pacientul medic va recunoaște că el nu poate practica.

Prezentarea la consultația psihiatrică a pacientului medic are loc în situații diferite:

- când simptomele sunt evidente, el devine conștient de acestea (anxietate, atac de panică, stare depresivă, tulburare a somnului) și dorește să se trateze;
- când simptomele sunt prezente, pacientul le conștientizează, dar refuză consultația. Totuși, la insistența familiei, a prietenilor, colegilor, se prezintă la medicul psihiatru;
- când pacientul medic prezintă simptome psihotice (halucinații, delir, stări confuzionale), atunci poate fi consultat de urgență și/sau internat, el neconștientizându-și boala;
- când există reclamații ale pacienților privitor la comportamentele neadecvate ale pacientului medic, mal praxis, urmând etapele legale ale Expertizei Medico-Legale și tratament de specialitate (spitalizare) în cazul psihozei.

Desigur, psihiatrul care examinează un coleg medic pacient este bine să realizeze o bună alianță terapeutică. Medicii pacienți

cu probleme psihice, de obicei, evită consultațiile la psihiatrii cu care sunt colegi, la același loc de muncă, considerând că este nevoie de discreție în aflarea problemelor lor psihice. Pentru diagnostic, sunt necesare și date heteroanamnestice, de la aparținători sau colegi de la locul de muncă, mai ales în caz de psihoză, pentru un diagnostic clar. Când medicul pacient nu se destăinuie privitor la unele simptome (idei suicidare, halucinații), trebuie să i se adreseze întrebări țintă la consultație. Dacă se impune întreruperea temporară a activității, se va acorda concediu medical.

Tulburările depresive majore

Mulți medici cu Tulburare depresivă majoră netratată sau doar parțial tratată lucrează competent. Simptomele ce conduc la dificultăți în activitate sunt diverse.

Gândirea este afectată, se desfășoară greoi, are de obicei conținut sumbru. Pentru medicul cu depresie este dificil să pună diagnosticul bolii pacientului. Aspectul feței medicului cu depresie este trist, privirea de asemenea.

Fluxul ideativ este foarte lent, surprinzând pacienții cu blocaje verbale, ceea ce îi impresionează negativ, scăzând încrederea lor în medic și în calitatea consultației, care li se pare inefficientă.

Medicul psihiatru are probleme vizibile de concentrare în ascultarea activă a pacientului și în elaborarea activă a diagnosticului. Din cauza concentrării defectuoase, punerea repetitivă a întrebărilor îl determină pe pacient să-i atragă atenția medicului asupra acestui fapt. Din cauza lentorii activității psihice, analiza anamnestică este mult prelungită, precum și decizia de diagnostic. Medicul nu explică pacientului anumite aspecte ale bolii pe care o are, medicii pacienți fiind închistați în conversație. Durata consultației este mult prelungită, pacienții fiind nemulțumiți de calitatea ei. Medicii pacienți depresivi evită confruntarea cu pacienții

care doresc multe explicații legate de boala lor și de tratamentul indicat. Uneori, medicii cu depresie se confesează, recunoscând că sunt foarte depresivi.

Exemplu de caz:

Doamna doctor S.D., în vârstă de 40 de ani, este medic specialist dermatolog la o policlinică privată. Este căsătorită cu un inginer și are o fetiță de 12 ani. De două săptămâni, fără să fi suferit o traumă psihică, a devenit tristă, totul i se pare sumbru, nu comunică decât puțin cu fetița și cu soțul, se retrage repede în camera ei. Vede totul în negru, e pesimistă. Merge cu groază la Policlinică, deoarece cu bolnavii trebuie să comunice, ceea ce i se pare foarte greu. S-a autodiagnosticat cu depresie, amintindu-și că și bunică din partea mamei avusese depresie. S-a gândit să-și facă singură un tratament. Avea o carte despre depresii și a găsit capitoul privind antidepresivele. Totuși, nu dorea să meargă la consult psihiatric în Policlinica unde lucra. Nu-i convenea să se știe că ea are o boală psihică. Nu știa ce antidepresiv să aleagă, care ar fi fost cel mai indicat pentru ea. S-a gândit că încet, încet, poate îi va trece depresia, fără tratament.

La consultații, abia se mobiliza să vorbească cu pacientul.

– Ce vă supără?

– Uitați! Am pe mâini și pe picioare aceste pete roșii și trebuie să mă scarpin.

Doctorița privește mâinile și picioarele pacientului, se întoarce la birou, se așază și tace timp de câteva minute, apoi întreabă din nou bolnavul după o perioadă de tăcere:

– Ce vă supără?

– Păi v-am spus. Aceste pete pe mâini și pe picioare, la care v-ați uitat.

Tăcere. Pacientul nu mai are răbdare și spune:

– Le am de zece zile și devin tot mai roșii. Tot timpul trebuie să mă scarpin.

– Doctorița tace, e tristă, privește în gol.

Pacientul îi vede fața tristă, privirea pierdută și așteaptă comunicarea cu ea. Timpul trece.

– Doamna doctor, ce facem? Ce credeți că am? Îmi dați tratament?

După câteva minute, doctorița în sfârșit spune:

– Vă fac o rețetă.

Îi face rețeta și i-o dă fără să spună nimic privitor la medicamentele prescrise. I-a prescris și un unguent.

– Ce mi-ați dat? Cum să le folosesc?

Din nou tăcere.

Intră în cabinet o asistentă care o întreabă pe doamna doctor când termină consultațiile.

Doamna doctor este blocată. Răspunde doar după câteva minute.

– Cam peste trei ore.

Pacientul intervine iritat:

– Doamna doctor, aceasta n-a fost consultație. Nu mi-ați spus ce diagnostic am, nimic despre tratament. Plec total nelămurit. La revedere!

Comentariu: În plin episod depresiv, comunicarea medicului cu pacientul e foarte dificilă, cu latențe între întrebare și răspuns, cu repetarea întrebărilor, neimplicare în dialogul firesc cu pacientul, fără a explica nimic acestuia legat de boală și tratamentul indicat. Pacientul devine iritat și nemulțumit de consultație.

Realizând că este totuși necesar un consult și un tratament psihiatric, doamna doctor s-a prezentat la un cabinet privat de psihiatrie, evitând pe cel din policlinica unde lucra. Cu tratament adecvat, fiind o lună de zile în concediu medical, s-a ameliorat. A urmat șase luni tratament medicamentos și psihoterapia, continuându-și activitatea în această perioadă.

Date statistice arată că aproximativ 12% dintre medici au suferit sau suferă de depresie (Ford 1998, Frank, Dingle 1999). În Statele Unite ale Americii, acești autori au notat că 19% dintre femeile medici au suferit de depresie. Date mai recente, tot în SUA, arată că depresia se ridică la un procent de 25% la studenții de la medicină (Givens și Tija 2002). Asociația Psihiatrilor Americani arată în DSM IV că tulburările psihice la medici includ:

- Depresia majoră
- Tulburarea bipolară I și II
- Tulburarea distimică
- Tulburările de personalitate
- Tulburările induse de substanțe
- Tulburările de anxietate.

Când medicul recunoaște că este bolnav, cel mai adesea el nu sună medicul de specialitate. Începe să se trateze singur, prescriindu-și singur medicația. Nu recunoaște și nu acceptă că este bolnav. Uneori depresia apare după abuz de alcool sau cocaină. Abuzul de substanțe psihoactive poate produce tablouri clinice diverse, cu confuzii diagnostice.

Ideile suicidare pot să apară la pacienții medici depresivi, iar în cazul tentativei suicidare ea se sfârșește cel mai frecvent în deces. Doar o mică parte dintre pacienții medici cu depresie au avut mai multe tentative de suicid.

O parte dintre medicii pacienți cu depresie cronicizată prezintă comportamente opuse structurilor de personalitate avute înaintea debutului primului episod depresiv. Pot suferi o transgresie sexuală, trecere la practici gay/porno, pariuri, cumpărături compulsive, părăsirea partenerului de viață după mulți ani de conviețuire sau fapte infracționale, ce conduc la procese, sau apar acțiuni non chimice. După ani mulți de conviețuire, mulți își părăsesc partenerul de viață. Ajungând la psihiatru, ei necesită a fi examinați amănunțit și tratați medicamentos și psihoterapeutic.

Sinuciderea

În acest subcapitol va fi prezentată epidemiologia, factorii de risc, evaluarea și tratamentul medicilor sinucigași. Va fi prezentat și impactul sinuciderii medicilor asupra familiei, colegilor medici, prietenilor și pacienților

Epidemiologie

Potrivit Fundației Americane pentru Prevenirea Suicidului (2002), studiile au confirmat că în ultimii 40 de ani medicii mor prin sinucidere mai frecvent decât alte persoane de același sex și vârstă, atât în populația generală, cât și în grupul celor cu alte profesii. Cercetătorii Schernhammer și Colditz (2004) au analizat prin 25 de studii privind sinuciderea medicilor, că rata totală a acestora, la cei de sex masculin, în comparație cu populația generală, este de 1,41:1, iar la sexul feminin 2,27:1. Spre deosebire de alte grupe de populație în care bărbații mor prin sinucidere de patru ori mai frecvent decât femeile, în cazul medicilor, sinuciderea predomină la sexul feminin. Membrii Fundației Americane pentru Prevenirea Suicidului au declarat și susținut că se acordă o atenție foarte scăzută sănătății mentale a medicilor, Tulburările Afective ale medicilor fiind insuficient tratate și, drept urmare, crește numărul sinuciderilor. Membrii acestei organizații recomandă schimbarea politicilor instituționale, pentru a încuraja medicii să caute ajutor, să se trateze, atunci când este cazul.

Există diferențe privitor la ratele sinuciderilor pe specialități la medici. Hawton et al. (2001), printr-un studiu de cohortă asupra medicilor din Anglia și Țara Galilor care s-au sinucis în perioada 1979-1995, au constatat că există diferențe semnificative pe specialități. Astfel, medicii anesteziști, medicii de medicină generală și psihiatrii au un risc suicidar semnificativ mai crescut. Se

precizează că rata sinuciderii în general este crescută la medicii ce lucrează în privat, față de cei ce lucrează în spitale. De asemenea, la modalitățile de suicid, pe locul întâi este sinuciderea prin ingestie de medicamente, față de sinuciderea la populația generală (Hawton et al.). Pe locul întâi sunt barbituricele, cel mai des utilizate, apoi autotăierea. Din păcate, nu există studii mai recente privitoare la sinuciderea medicilor.

Actul sinuciderii

Acesta este un fenomen complex, ce implică o convergență a trei elemente: gene, stare psihică și stres. Experții în sinucidere consideră că 90% dintre cei care se sinucid au avut o boală psihică, diagnosticată sau nu. În ciuda cunoștințelor pe care medicii le au despre depresie, în fiecare an se sinucid un număr necunoscut de medici care „clachează”. Aceștia nu au fost niciodată evaluați sau tratați. Este foarte posibil să se fi tratat singuri.

Profilul medicilor cu risc crescut pentru sinucidere:

- sexul: feminin sau masculin;
- vârsta: peste 45 de ani la femei, peste 50 la bărbați;
- stare civilă: divorțat, necăsătorit, separat în prezent;
- obiceiuri: abuz de alcool sau droguri;
- dependent de muncă (*workaholic*);
- persoane care își asumă riscuri excesive;
- starea medicală:
 - simptome psihice (depresie, anxietate);
 - simptome somatice (durere cronică, boală debilitantă);
- profesional: schimbarea statutului, amenințare la schimbarea statutului, autonomiei, securității, stabilității financiare, pierderi recente, cerințe sporite de muncă;
- accesul la anumite mijloace: accesul la medicamente letale sau arme de foc;

Diagnosticale la medicii sinucigași sunt combinații ale abuzului sau dependenței de droguri și tulburările afective. Combinația adicției la substanțe cu tulburări ale anxietății, tulburări ale alimentației sau demența pot să expună medicii la suicid. Nu există date despre suicidul la studenți sau medicii rezidenți.

Tulburări psihice asociate cu suicidul la medici:

- Tulburarea depresivă majoră;
- Tulburarea afectivă bipolară;
- Abuzul de alcool și alte droguri;
- Tulburările de anxietate, atacul de panică;
- Tulburarea de personalitate borderline.

În plus, față de factorii demografici și de diagnostic, care pot expune medicii la sinucidere, mai trebuie luați în considerare următorii (Silverman 2000):

- Anamnestic, existența unei tentative de suicid la medicii care au supraviețuit acesteia. În general, medicii se feresc a spune că au avut tentative suicidare anterioare, simțindu-se stânjeniți.
- Antecedente familiale cu tulburări afective, inclusiv sinucidere.
- Izolarea profesională. În acest caz, persoana tinde să fie singuratică, retrasă, închisă în sine. Ea poate avea loc după o mutare geografică, o pierdere pe un anumit plan (sănătate, familie, stabilitate financiară). Acestor medici le lipsesc factorii de protecție, ceea ce-i pot conduce la stări depresive grave. (APA 2004)
- Procesele și investigațiile pe linie profesională. A fi judecat pentru *malpraxis* sau o plângere la Colegiul Medicilor pentru competență, siguranță sau etică profesională pot fi unele dintre cele mai traumatizante atacuri la adresa sănătății psihice. Astfel de persoane, mai ales dacă sunt singure, riscă automutilarea.
- Slaba aderență la tratament: negarea, rușinea, ignoranța determină medicii să nu fie buni pacienți. Ei nu acceptă gravitatea