

Cap. 6: Relatia medic-pacient

De la început trebuie spus că practica medicinei a fost și rămâne înrădăcinată în relația medic-pacient. Întâlnirea dintre pacient și medic poate fi considerată ca focusul medicinei (Shelp, 1983) și aceasta este influențată de valorile și scopurile sociale, politice, economice, culturale și religioase. Această întâlnire definește cu adevărat natura însăși a medicinei. Relația medic-pacient este una dintre cele mai complexe relații interumane pentru că ea implică interacțiunea dintre indivizi aflați în poziții inegale, este încărcată de emoționalitate, cere o cooperare strânsă și privește probleme de importanță vitală pentru una din persoanele aflate în această relație, respectiv pentru pacient (Chaitchik și colab. 1992). Deși în această relație cei doi sunt parteneri, ea este inegală pentru că medicul are cunoașterea științifică și beneficiază de încrederea pacientului care i s-a adresat. Ceea ce pune medicul într-o poziție superioară (Pellegrino, 1994, 2001).

Această relație se stabilește de regulă voluntar, la inițiativa pacientului care poate alege medicul sub a cărui îngrijire dorește să se afle, dar poate fi și involuntară, atunci când o persoană are nevoie de asistență medicală de urgență. Ea poate fi văzută ca o formă specializată de relație interumană. Frecvent, această relație a fost privită ca o problemă de contact interuman asemănătoare celor comerciale dintre vânzător și client, ca una paternalistă, dintre părinte-copil, sau ca o relație de putere de la medic la pacient. Calitatea acestei relații, dezvoltarea și menținerea ei, depinde de lungimea ei, de experiența personală a pacientului cu medicii în general, de încrederea în medic, loialitatea pacientului și de faptul de a-l fi cunoscut pe medic (Ridd și colab. 2009)

Relația medic-pacient este dominată de așteptări reciproce, pacientul dorind să i se descifreze problemele de sănătate, să aibă un diagnostic și în final un tratament pentru remedierea problemelor sale de sănătate, iar medicul aștepta să obțină de la pacient informații, să strângă toate datele necesare diagnosticului și deciziei terapeutice, iar pacientul să adere la tratamentul și recomandările curative recomandate. Această întâlnire face ca medicina să fie o activitate morală, care este condusă în acord cu un set definit de credințe despre ceea ce este drept sau greșit în comportamentul medical (Pellegrino, 2006). Fiind vorba de sănătatea oamenilor, se înțelege că această relație este sub comandamente etice și presupune adoptarea unor forme comportamentale

specifice demersului medical. Etica medicala a fost gandita ca un cod despre ceea ce medicul e bine sa faca si ce nu, si principiul primar a fost beneficiul pacientului. La beneficiul pacientului se mai adauga principiul autonomiei pacientului si dreptul la auto-determinare atunci cand se discuta despre deciziile de ingrijire a sanatatii. Aceste principii sunt intrupate in traditia medicala si fac parte din moralitatea profesiei medicale. In timp ce statul are legi, medicina are etica! (Mallia, 2013).

In relatia dintre medic si pacient, pacientul este cel care face primul pas. Pacientul doreste un medic binefacator si competent ca sa poata avea incredere in el. De ce intra in relatie cu el? Pentru ca el posedea cunoasterea de care are nevoie pentru a fi din nou sanatos. Totusi pacientul nu intra in relatie cu medicul la fel cum ar intra in relatie cu un alt profesionist. Mallia (2013) detaliaza cum pacientul asteapta ca medicul sa faca ceea ce este cel mai bine pentru el, pacientul. El investeste increderea si admiratia pentru medici care de fapt reflecta tendinta umana de a privi cu admiratie indivizii a caror viata este dedicata in serviciul altora. De fapt, ceea ce investeste pacientul cel mai mult este speranta. Astfel, doar prezenta doctorului devine uneori benefica.

Asa cum am discutat in capitolul anterior, despre cine este bolnav si cine nu, nu toti oamenii care se adreseaza unui doctor prezinta simptome sau semne de boala. Intalnirea dintre un medic si persoana care ii deschide usa este data in principal de comportamentul de bolnav care este reprezentat de un set de atitudini si credinte referitor la senzatiile corporale care fac ca persoana respectiva sa doreasca intalnirea cu un medic. Din momentul in care persoana care solicita intalnirea cu medicul este luata de acesta in custodia profesionala, adica in relatia de specialitate, aceasta persoana devine pacientul medicului respectiv sau, altfel spus, persoana isi incepe "cariera" de pacient; pentru toata viata aceasta persoana va avea marcat in istoria personala evenimentul de a fi fost pacientul unui medic, de a fi fost diagnosticat si tratat pentru o boala sau traumatism. Nu toti pacientii pot fi considerati bolnavi, sunt persoane care frecventeaza cabinetele medicale doar pentru consultatii profilactice, de preventie sau pentru informatii legate de sanatatea proprie, a membrilor de familie sau a apropiatilor lor.

Intalnire fata in fata cu un medic este precedata de o intalnire pe plan ideatic, cand persoana este sfatuita sau chiar presata de familie sau prieteni sa se adreseze unui medic si primeste sugestii referitor la cine ar putea fi acesta. Astfel, subiectului i se recomanda un medic care poarta un nume, are un sediu profesional si este descris prin prisma rezultatelor sau povestirilor altora care au apelat la serviciile lui. Se poate spune ca pacientul il stie pe doctor

înainte de a fi în fața lui, a auzit de el, i s-a spus cum arată, poate l-a văzut în alte situații sociale, are informații despre profesionalismul lui, îl știe după renume; oricum, în majoritatea cazurilor, pacientul cunoaște medicul la care se va duce înainte de a-l vedea. Alături de acestea, subiectul mai poate fi îndrumat la un medic anume de societatea de asigurări, de relația pe care locul lui de muncă o are cu o anumită instituție medicală sau alte situații care preformează relația posibilă dintre medici și persoanele pe care le servesc. Apoi subiectul se întâlnește cu medicul său!

Cu ce vine pacientul la această întâlnire? În primul rând pacientul aduce cu el simptomele și toate neplacerile provocate de suferința lui și speranța că acestea își vor găsi o explicație medicală, iar în final un tratament pentru a se recupera. În descrierea acestei suferințe el folosește limbajul propriu pentru a furniza cât mai multe detalii care să ajute medicul să înțeleagă avaturile lui. El mai încearcă să prezinte medicului modul în care el înțelege și explică suferința, cauzele, circumstanțele și istoria acesteia. Naratiunea pacientului este expresia subiectivității lui și are puțină confidență, în sensul că dacă pacientul este pus să-și descrie această suferință în fiecare zi, câteva zile la rând în fața unor persoane diferite, se va vedea că ea fluctuează în multe privințe.

Cu ce vine medicul la această întâlnire? În primul rând cu autoritatea dată de rolul lui social și profesional, cu cunoașterea profesională și expertiza dobândită prin experiență, cu abilitățile de comunicare și culegere de date necesare diagnosticului medical, cu stilul de observație medicală și cu un mod interactionist empatic de cunoaștere a pacientului. Toate acestea izvorăsc din rolul medicului în această interacțiune, rol care poate fi prezentat sub forma unor cerințe. Astfel de cerințe sunt: să întâlnească pacientul, să se facă văzut, să se pună în poziția de a fi întâlnit, să-l cunoască, să-l înțeleagă, să-l ajute, să folosească toate cunoștințele lui în folosul pacientului și să-l părăsească atunci când va fi cazul. Dar argumentele centrale ale relației medicului cu pacientul sau sunt de natură morală și pot fi strânse în cele patru principii ale lui Beauchamp și Childress (1979), principii care alcătuiesc fără nici o discuție "*prima facie*" a relației medic-pacient. Clouser și Gert (1990) denumesc aceste patru principii ca "*principialism*" și devin un "*modus operandi*" al relației medic-pacient. Aceste patru principii sunt:

1. binefacerea, obligația de a furniza beneficii și menținerea unei balanțe între beneficii și riscuri; această asertiune stă la baza conceptului de grijă și îngrijire;
2. non-maleficența - obligația de a evita daune prilejuite pacientului;
3. respectul față de autonomie - obligația de a respecta capacitatea pacientului de a lua decizii în mod autonom, conform conceptului de libertate;

4. justitie - obligatia de a fi corect, onest, in distributia riscurilor si beneficiilor si a resurselor disponibile.

Pellegrino si Thomasma (1993) disting doua modele dupa care se interpreteaza relatia medic-pacient: i) modelul bazat pe autonomie, care include o relatie colegiala, comerciala, contractuala, model care este in mare parte instrumental, transactional si procedural, si ii) modelul bazat pe binefacere care include trasaturi paternaliste si duhovnicesti. Indiferent de modele, in aceasta relatie este vorba de o anume distributie a puterii intre cei doi protagonisti. Toffler (1990) indica o triada a puterii intre muschi, bani si minte. In relatia medic-pacient medicul are puterea nu pentru ca are muschi, ci pentru ca el detine cunoasterea. Aceasta cunoastere genereaza si o atitudine paternalista care este caracterizata de o atitudine dominanta si de superioritate. Aceasta atitudine este asociata cu o supraprotectie, inteleasca ca o incalcare a libertatii individuale si a autonomiei de catre o persoana care are intentii protective sau binefacatoare. In domeniul ingrijirii sanatatii, paternalismul include confruntarea dintre nevoile personale individuale si drepturile civile, pe de-o parte si supraprotectia si ingrijirea de catre medic. Cand medicul subvalueaza capabilitatile persoanei pe care o ingrijeste, el furnizeaza un ajutor nenecesar si restrictioneaza activitatile acesteia, ceea ce ar fi adevarata expresie a paternalismului. Paternalismul implica un tip de supraprotectie, pentru ca persoana este considerata ca nu-si recunoaste propriile nevoi si nici nu si le poate implini (Fernandez Ballesteros si colab. 2019). In felul acesta persoana este extrasa din mediul psihosocial stimulat si ingrijitorii lui fac o cortina de protectie, persoana nema mai avand incitatie pentru a functiona conform propriilor aspiratii.

Pellegrino si Thomasma (1998) si Pellegrino (2001) argumenteaza ca autonomia a schimbat din ce in ce mai mult centrul de gravitate de la doctor spre pacient. Aceasta a dus la un pluralism moral si la o neincredere in autoritatea profesionistilor. Autonomia asigura pacientilor participarea in alternativele lor de tratament, dreptul de a accepta sau rejeta tratamente si de a pastra controlul acestor decizii personale. La fel, garanteaza respectul apartenetei pacientului la diferite culturi. Accentul pe autonomie a generat o relatie de tip consumerist prin negocierea unui contract. Dar a avea un contract genereaza neincradere in comportamentul partilor din contract. Pellegrino spune ca in timp de aceasta autonomie a inspirat modele care par a proteja drepturile individului, ele sunt de fapt iluzorii si poate chiar periculoase pentru ca este evident ca pacientul ramane de-a pururi vulnerabil, pentru ca este pacient, din cauza puterii autoritatii medicului si a

carismei lui si din cauza ca exista forta sanctuunii medicale si a monopolului cunoasterii medicale care opereaza indiferent de detaliile contractului.

Atat medicul cat si pacientul doresc sa se cunoasca unul pe altul. In timp ce pacientul doreste sa cunoasca medicul ca persoana in mainile caruia i se incredinteaza, medicul doreste sa cunoasca pacientul cu scopul de a culege informatiile necesare punerii diagnosticului, furnizarii tratamentului si urmaririi cursului bolii spre deznodamantul dorit, refacerea sanatatii sau capacitatii de functionare a subiectului. Cunoasterea pacientului este un proces complex, multifacetat, care poate fi abordat discutand despre mai multe aspecte, precum comunicarea, cunoasterea naturala, intersubiectivitatea, empatia, citirea mintii celuilalt, interafectivitatea, enactivismul, observatia clinica. Aceste aspecte se interpatrund, ca in final sa fie vorba de un mod specific de cunoastere a pacientului, observatia medicala.

6.1. Comunicarea medic-pacient

Hall si colab. (1981) afirmau ca "medicina este o arta a carei magie si abilitate creativa a fost de mult timp recunoscuta ca sprijinindu-se pe aspectele interpresonale ale relatiei dintre medic si pacient." Comunicarea dintre medic si pacientul sau este instrumentul primordial prin care acestia fac schimb de informatii. Ea poate fi considerata o preconditionie a tratamentului medical adecvat. Multe erori din practica medicala isi au originea in deficientele din comunicarea medic-pacient. Fie doctorul esueaza sa inteleaga ce vrea sa spuna pacientul, fie esueaza in a transmite propriile mesaje. Aceasta neintelegere genereaza frustrare, consultatie inefficienta, conflict sau probleme judiciare. O comunicare efectiva este o problema fundamentala in medicina. Daca nu intelegem de ce ce a venit pacientul la medic, toti ceilalti pasi ai consultatiei medicale vor fi gresiti. Aceasta comunicare are o influenta hotaratoare asupra comportamentului si bunastarii pacientului aflat in ingrijirea medicului, asupra satisfactiei cu activitatea medicului, asupra aderenței la tratamentul medical, copingul cu boala si asupra intelegerii informatiilor medicale (Ong si colab., 1995).

Relatia dintre medic si pacient este o relatie profesionala, dar este si o relatie culturala. Dupa Geertz (1973) cultura este un cod de intelesuri social impartasit, creat prin actiuni interactive si care poate fi interpretat ca un text literar prin simbolurile sale. Cultura poate fi transmisa prin comunicare si actiuni reciproce, precum dialogul (Bakhtin, 1981). Unul dintre conceptele importante ale acestuia din urma este heteroglosia, care poate fi definita ca co-existent

a numeroase voci (“*poliglosia*”) sau contradicții socio-ideologice care se intersectează și influențează într-un singur limbaj. Fiecare poziție socio-ideologică indică un punct de vedere cu propriile obiective, înțelesuri, valori. Interacțiunea dintre aceste poziții va genera un proces de schimbare prin elaborarea creativă a unor moduri noi și înțelesuri diferite. Fiecare proces de exprimare posedă o intenție plină de valori, gânduri, idei și puncte de vedere direcționate spre propriile obiective, condiționând un răspuns care le ia în considerare printr-o dispută deschisă. Heteroglosia sau “înțelesurile multiple” poate fi înțeleasă ca o elaborare creativă și rezultat al interacțiunii dialogice dintre diferite puncte de vedere și diferite voci. Uneori această interacțiune poate crea tensiune, animozitate și chiar violență (comentariu de Kim, 2004). Ce descriere minunată a dialogului dintre medic și pacient!

Intr-un comentariu despre opera lui Dostoievski, Bakhtin (1984) spunea că dacă aceste voci creează o comunicare creativă, dialogică, atunci este posibil să se creeze și concepte heteroglosice cu înțelesuri diferite. Se capturează o întâlnire reală, o comunicare reală și doctorul poate fi gândit că este în poziția unui antropolog sau etnograf care încearcă să captureze înțelesuri din comunicarea cu date, fapte dintr-o întâlnire cu un “indigen” dintr-o altă cultură. Aici intervine cadrul interpretativ al medicului, bazat pe știința lui dar și nivelul autoritativ pe care se plasează față de indigen și de responsabilitățile etice pe care și le ia. Interpretare complet obiectivă nu poate exista atâta timp cât individul rămâne în cultura sa. Medicina nu trebuie să reprezinte o “cultură medicală”, ea trebuie să fie o cultură comună cu cultura pacienților.

Abilitățile bazale de comunicare luate singure nu sunt suficiente pentru a crea și susține o relație de succes, mai sunt necesare și abilități interpersonale. Roter și Hall (1987) spuneau despre medic: “să vorbești este ingredientul principal al îngrijirii medicale și este instrumentul fundamental prin care relația doctor-pacient este construită și prin care scopul terapeutic este atins.”

Doctorii tind să supraestimeze abilitățile lor de comunicare și de multe ori ascund informațiile negative ale pacienților, sau nu oferă toate informațiile, gândind că pacientul nu are nevoie de ele sau că este inutil pentru că pacientul tot nu le înțelege. Doctorii mai uita și că comunicarea înseamnă conversație, dialog. Este imperios necesar să ne amintim că natura conversației dintre medic și pacient facilitează rezultatul terapeutic. Mult timp, mai ales înaintea autoritarismului biomedical, terapia a fost descrisă ca o stranie retorică. Pentru că dialogul din întâlnirea clinică dintre medic și pacient să fie semnificativ, vorbitorii trebuie să aibă sentimentul

ca sunt înțeleși, dacă nu chiar să se influențeze unul pe altul într-un sens mutual. Se creează sentimentul de înțelegere reciprocă, de împărtășire a aceluiași sentimente, sensuri sau teluri. Pentru ca conversația să fie utilă, vorbitorii trebuie să se aude, să se înțeleagă unul pe altul, să aibă disponibilitatea să creadă fiecare în ce spusese și în ce aude, să “vorbească aceeași limbă”.

Se pune și problema poziționării în timpul conversației. Este cât se poate de daunător să se exercite orice fel de superioritate narativă, atât înaintea conversației, prin poziție socială sau autoritate, cât și în timpul conversației, prin vehemență, impunerea unor valori sau adevăruri, prin a avea dreptate cu orice pret. De aici izvorăsc controversele, disputele, criticismul și modul de exprimare a acestora în conversație prin tonul vocii, gesticulația, mimica sau cuvintele folosite (Strong și colab. 2008).

În general, comunicarea medic-pacient caută să atingă trei scopuri principale: crearea unei bune relații interpersonale, facilitarea schimbului de informații și includerea pacientului în luarea deciziilor medicale legate de diagnostic și tratament. Pe baza acestei relații pacientul judecă competența generală a medicului. Buna comunicare medic-pacient reglează emoțiile pacientului, facilitează înțelegerea informațiilor medicale, permite o mai bună identificare a nevoilor pacientului, a percepțiilor și așteptărilor lui.

O bună comunicare se realizează pe fundalul unei bune relații interumane. Mulți autori consideră că bunele maniere sunt cele mai importante, la care mai adaugă jovialitatea sau glumele, complimentele, exprimarea interesului, a mesajelor de prietenie, onestitate, respect, dorința de a ajuta, precum și a devotamentului și a unei atitudini permissive, naturale, lipsa oricărei nuanțe critice (Ong și colab., 1995). Și R. Gillon (1994) vorbește de compasiune, interes și minuțiozitate, la care mai adaugă calități derivate din “maniere” precum grija, bunătatea, prietenia, inteligența și buna dispoziție, ca ingrediente esențiale ale succesului îngrijirii medicale. Toate acestea conduc la o încredere între medic și pacient, fără de care nu se poate crea o bună înțelegere între părți.

Medicina centrată pe client este practica care încercă să prioritizeze nevoile pacientului în loc de cele ale furnizorilor de îngrijire, iar relația dintre medic și pacient permite ca acesta să-și exprime liber motivele adresării la medic, sentimentele, așteptările, pornind de la ideea că vocea pacientului trebuie să se aude mai întâi în timpul consultației medicale. Prin această comunicare pacientul dorește să-și fie împlinite două nevoi: nevoia de a cunoaște și înțelege și nevoia de a se simți cunoscut și înțeles.

Ong și colaboratorii săi (1995), analizând stilurile comunicative din relația medic-pacient, vorbesc de mai multe feluri de comportamente comunicative, precum comportamentul focalizat pe scopul consultației medicale, opus comportamentului emoțional focalizat pe suferința subiectivă a pacientului sau comportamentul de control în care medicul domina relația, ia singur deciziile și are o atitudine paternalistă, care se află în opoziție cu comportamentul lipsit de control în care medicul negociază cu pacientul deciziile ce-l privesc. Exemplu de comportament comunicativ de control este faptul că doctorul întrerupe naratiunea pacientului în medie după 18 secunde ca și frecvența cu care medicul pune întrebări, ceea ce face ca la sfârșit pacientului să-i fie greu să-și amintească, sau să poată reproduce ceea ce i-a spus medicul (Beckman și Frankel, 1984).

Se mai vorbește și de comportamentul comunicativ verbal și non-verbal, atunci când se analizează modul în care mesajele circulă în această relație. Astfel, Bensing (1991) constată că 7% din comunicarea emoțională este transmisă verbal, 22% este transmisă prin tonul vocii și 55% prin sugestii vizuale, precum contactul vizual, poziția corpului, gesticulații, fizionomie, etc.

Comportamentul non-verbal este și el important, pentru că oferă indicii tacite. El se face prin intermediul tonului vocii, privire sau expresia facială, comportament, la care pacienții sunt foarte atenți, ei cautând să descifreze mesaje pe care medicul le-ar putea ascunde din diferite motive. Pacienții caută mai ales indicii subtile cu privire la severitatea, evoluția și prognosticul bolii lor (Friedman, 1979).

La toate acestea trebuie să mai adăugăm comportamentul comunicativ dat de modul de utilizare a lexiconului medical. Vocabularul utilizat în întâlnirea medic-pacient poate fi privit ca un ingredient activ al procesului de comunicare. Doctorul este un bilingv, el vorbește limbajul laic, de fiecare zi, dar este fluent și în limbajul medical. Pacientul de obicei este nefamiliarizat cu limbajul medical. Limbajul medical poate fi considerat ca un limbaj “tribal” pentru că el se transmite de la o generație la alta de medici prin înscrisuri medicale, tratate medicale și prin educația academică, toate făcute în interiorul acestei caste profesionale. El are puțină deschidere spre alte tipuri de limbaj (Fleischman, 2001). Limbajul medical este folosit pentru a numi simptome și semne medicale, pentru a descrie boli și procese fiziopatologice și mai puțin pentru a descrie suferința pacientului. Limbajul pacientului este un limbaj laic, impanat cu expresii populare ale limbajului de zi cu zi.

In majoritatea cazurilor, naratiunile pacientilor arata stradania lor de a se face intelesi de medici. Atunci cand se adreseaza medicului, pacientii incearca sa inlocuiasca aspectele subiective ale suferintei lor cu descrieri “*obiective*”, iar cand se adreseaza familiei, cunosintelor, aspectele subiective predomina in naratiunea lor. Pacientul selecteaza acele experiente ale suferintei care sunt cel mai usor de pus in cuvinte. Cand simptomele sunt greu de pus in cuvinte sau nu are cuvintele necesare, pacientul poate folosi metafore sau comparatii, analogii sau chiar forme nonverbale. O maniera indirecta de comunicare a problemelor este atunci cand pacientului ii este rusine sau jena sa le exprime, cum este cazul problemelor sexuale sau a celor maritale.

Comunicarea indirecta il portejeaza de rejectie si jena.

King si Stanford (1992) fac o distinctia intre vocea narativa si punctul de vedere al pacientului. Vocea narativa este modul prin care pacientul descrie ce se intampla cu el, pe cand punctual de vedere este felul in care vrea sa explice de ce se petrece, care sunt cauzele, consecintele, modelele explicative, faptele. Astfel se poate face o distinctie intre gramatica bolii si gramatica suferintei. Fleischman (1999) vorbeste de contrastul dintre “*eu sunt*”, “*eu am*” si “*eu sufar*”. Cand pacientul spune „eu sunt diabetic” el incearca sa se identifice cu patologia ca parte din el, iar cand spune „eu am diabet” el se identifica cu un obiect extern aflat in posesia lui: atunci cand spune ”eu sufar de diabet” el se identifica cu suferinta legata de aceasta patologie. Este vorba de felul cum un pacient poate construi si incorpora boala lui si cum o povesteste in diferitele ipostaze ale comunicarii cu altii si cu medicii. Din aceasta gramatica se poate deduce cat de afectat este pacientul de boala lui in viata de toate zilele. Mintz (1992) vorbeste de problema obiectivitatii cu care pacientul descrie suferinta lui si obiectivitatea cu care medicul transleaza spusele pacientului in vocabularul si terminologia medicala. Conflictul semantic dintre limbajul popular si limbajul medical tehnic nu poate sa fie rezolvat decat prin aproximatii si de aceea evolutia medicinei moderne arata ca medicii pun din ce in ce mai putin prèt timpul alocat “anamnezei” ce a scazut de la o generatie de medici la alta in favoarea datelor obiective date de markerii biologici, date care au o confidentiala foarte inalta.

Analiza comunicari medic-pacient trebuie sa abordeze nu numai stilul acesteia dar si continutul ei. Referitor la acest continut Adnan Pirbhai (2003) aminteste ca mai ales in ultimul secol, abordand modelul explicativ biomedical medicina a devenit reductionista in intelegerea si tratarea pacientilor. Ca o consecinta, exist astazi o diferenta semnificativa intre modelele explicative ale medicului si pacientului privitor la suferinta acestuia din urma. Acste diferente ale

modelelor explicative duc la dispritati intre medic si pacient in defnirea bolii, gestionarea acesteia si chiar defnirea succesului. Aceste incongruente trebuie sa fie rezolvate printr-o comunicare efectiva din timpul intalnirii clinice. Modelul de impartasire a deciziei terapeutice furnizeaza un cadru de rezolvare a acestor dispritati. Furnizarea unui cadru de negociere a modelelor explicative a celor doua parti prin comunicare efectiva si intelegere reciproca duce la o balanta informationala intre acestia si la posibilitatea negocieri in luarea deciziei terpeutice. Medicul trebuie sa respecte experienta si interpretarile pacientului referitor la conditiile de sanatate ale acestuia. Altfel, sufeinta pacientului este fortata sa intre sau sa se potriveasca cu modelul explicativ medical al bolii. O comunicare efectiva insemna recunosterea de catre medic a valorilor si credintelor pacientului, validarea emotiilor si sentimentelor lui, luarea in considerare a contextului psihosocial si a istoriei pacientului, a modului de narare si a lexicului acestuia. Insemna imputernicirea si autorizarea pacientului de a participa la construirea dignosticului si a deciziei terapeutice, prin luarea in considerare a modului explicativ personal al pacientului si armonizarea lui cu modelul explicativ al medicului. Negarea brutala a modelului explicativ al pacientului duce la o inchidere a pacientului in suferinta lui si la incapacitatea de comunicare cu medicul.

Orice comunicare pentru a fi inteleasa necesita un context adecvat. Cum spunea Gregory Bateson (1979) *“fara context nu exista comunicare”*. De aceea, unul din cele mai dificile lucruri pentru un medic este sa cunoasca ce context sa foloseasca in decodarea mesajelor pacientului. Contextul pe care l-au internalizat medicii pe parcursul formarii lor este cel al clasificarii bolilor in functie de patologia lor organica. Daca un pacient foloseste simptomele ca o forma indirecta de comunicare a problemelor de viata, o decodare corecta cere medicului sa identifice contextul ca unul personal. Daca medicul decodeaza mesajul folosind contextul patologiei fizice, rezultatul poate fi un diagnostic gresit (Freeman, 2016).

Analizand modul de comunicare medic-pacient Fong Ha si Longnecker (2010) gasesc cateva probleme care apar cu mai mare frecventa precum: i. lipsa abilitatii medicului de comunicare, lipsa empatiei, brutalitate, nerabdare, lipsa inteligentei emotionale, raceala, comportamentul agresiv; ii. lipsa de furnizare a informatiilor medicale din diferite motive, precum sentimentul de superioritate, incapacitate de a vorbi pe limba pacientului, furnizarea de neadevaruri; iii. comportament evitant si iv. pacient refractar, pasiv-agresiv, rezistenta in credintele lui populare sau in alte modele explicative nestiintifice. Pacientii tind sa fie mai

nesatisfacuti de proasta comunicare decat de alte aspecte ale ingrijirii si astfel comunicarea inefectiva continua sa fie o problema majora in ingrijirea sanatatii.

Tot legat de problemele care pot apare in relatia medic-pacienti, Stivers si McCabe (2021) vorbesc de un “duel clinic” care poate sa se constituie atunci cand cele doua parti stau fata in fata. Autorii pornesc de la constatarea ca natura relatiei dintre medic si pacient a evoluat si ca autoritatea medicilor nu mai este astazi ceea ce a fost in “epoca de aur a medicinei“. O data cu aparitia miscarii de ingrijire centrata pe pacient, pacientii se simt imputerniciti sa participe ca termen egal in aceasta relatie, ceea ce medicii au acceptat cu dificultate. Cercetarile au relevat ca exista un grad de conflict intre medic si pacient in 10 pana la 40% din cazuri, in functie de specialitatea medicala; in cazul medicinei de familie acest procent este doar de 10-20%. Acesti autori se intreaba pe drept cuvânt de ce exista acest conflict, daca pacientii au ales totusi medicul la care sa se adreseze si considera ca raspunsul partial la aceasta intrebare este legat de schimbarea rolului pe care medicii si pacientii l-au adoptat in ingrijirea sanatatii. In anii 1950-1970. “epoca de aur a medicinei“, doctorii se bucurau de o mare autoritate, monopolizau in intregime piata ingrijirilor de sanatate si exercitau un tip de ingrijire paternalistic. Odata cu aparitia modelului de ingrijire centrat pe pacient, model ce presupune participarea activa a pacientului in toate etapele ingrijirii medicale, aceasta relatie s-a “democratizat”, dar a creat si o suspiciune intre parti si chiar o detasare in participare si implicare onesta (Timmerman, 2020). Pacientii au incercat sa sparga monopolul cunoasterii medicale descoperind surse alternative de informare si astfel intalnirea clinica dintre medic si pacient s-a transformat in multe cazuri intr-o negociere aspra, ingrijirea medicala nemai fiind privita ca un standard de ingrijire. In aceasta intalnire, pacientul poate avea diferite pozitii, de la acceptarea cu obedienta a opiniei medicale, pana la cererea expresa a unui medicament, neincrederea in explicatiile medicului, discutarea in contradictoriu a diagnosticului, rezistenta in fata opiniilor medicale sau cererea expresa pentru opinii alternative. Aceasta rezistenta fata de recomandarile medicale se poate exprima deschis in timpul comunicarii in intalnirea clinica sau poate fi exprimata comportamental prin scepticism, neincredere sau opozitie. Aceasta atitudine submineaza implicarea medicului si se poate ajunge la situatia in care partile “joaca” rolul lor ipotetic. iar in spatele acestei fatade ei vor ramane deconectati si indiferenti, fiecare cautand sa duca la bun sfarsit o intalnire clinica esuata.

Dupa decenii in care medicina a cautat sa fie o stiinta bazata pe date obiective, astazi ne indreptam spre o medicina subiectiva. Munca medicului s-a schimbat de la focusul asupra

corpului pacientului la focusul asupra vieții pacientului. Evaluarea eficienței activității medicale ține cont astăzi de viziunea pacientului mai mult decât de viziunea instituțiilor medicale (Sullivan, 2003). Iată de ce comunicarea dintre medic și pacient este astăzi mai importantă ca oricând.

6.2. Empatia

Întâlnirea clinică dintre medic și pacient are ca înțeles major cunoașterea problemelor de sănătate ale pacientului și această întâlnire se poate înțelege mai bine utilizând o metaforă în care aceștia încearcă să urce versanții opuși ai aceleiași înalțimi, medicul cautând să afle boala pacientului, obiectivabilă și reproductibilă, iar pacientul cautând să-și prezinte suferința subiectivă, individuală și ireproductibilă. Dacă vor ajunge în vârful acestei înalțimi există șansa ca boala și suferința să se contopească într-o relație empatică medic-pacient. Pentru a intra în subiectivitatea suferinței pacientului, pentru a da sens simptomelor lui, medicul are la îndemână cunoașterea empatică clinică a pacientului.

Cultura medicală actuală este caracterizată de faptul că se bazează pe obiectivitate și pe detașare emoțională. Focalizarea medicinei pe adevărul științific a condus la ignorarea aspectelor umane ale bolii, a suferinței celui bolnav. În acest context, distincția dintre boală și suferință, definită ca trăire subiectivă a simptomelor și a necazului produs de acestea, a fost ignorată aproape în totalitate. Medicina modernă, în căutarea rigoării științifice, presupune o detașare emoțională de pacient (Halpern, 2001). Această detașare a condus la dezumanizarea sistemului medical pentru că, bazându-se pe o cunoaștere testabilă și măsurabilă, ea a sacrificat experiența umană a suferinței care a devenit doar un set de simptome corporale (Guidi și Traversa, 2021). Pacienții se simt mai mult studiați decât ascultați. Experiența afectivă a întâlnirii cu pacientul, precum emoțiile, simpatia și compasiunea, sunt considerate a interfera negativ cu practica medicală pentru că obturează obiectivitatea examinării medicale, obiectivitate care constituie fundamentul medicinei contemporane, precum medicina bazată pe dovezi. Experiențele subiective ale pacientului trebuie evitate din cauza că pot perturba obiectivitatea medicinei. Medicilor le este teamă că emoțiile și sentimentele vor aduce o complicație nenecesară a relației medic-pacient nu numai prin perturbarea judecății detașate, dar și prin generarea unui atașament periculos. Astfel, medicii risca să devină prea implicați în viața și sănătatea pacienților până în punctul în care să afecteze judecata lor clinică și să devină epuizați emoțional. Medicii trebuie să cunoască numai ceea ce este important de cunoscut, adică datele obiective ale examinării medicale și ale

investigațiilor medicale. lucru care a dus la o mai mare deconectare între pacient și medic (Ekman și Halpern, 2015, Hardy, 2017).

Această atitudine este promovată de educația timpurie primită de generațiile noi de studenți la medicina. Școala medicală este bazată astăzi pe o viziune pozitivistă care promovează cunoașterea pacientului cu rigoarea omului de știință (Shapiro, 2011).

Cuvântul empatie vine din limba greacă și este compus din prefixul “*em-*” care înseamnă împreună și “*pathos*” care înseamnă suferință, pasiune. În această accepțiune, de a fi împreună cu suferința sau emoțiile altuia, empatia a fost prima oară folosită de Titchener în 1909 (citată de Breyer, 2020) care a făcut traducerea în engleză a cuvântului german “*Einfühlung*” care înseamnă a simți într-o situație, a reexperimenta, a lua o perspectivă (Lanzoni, 2012), sensuri care erau folosite mai ales în estetică sau hermeneutică. În această tradiție, empatia nu era concepută ca un proces intersubiectiv, dezvăluit în interacțiunea concretă dintre persoane, ci un mod de introspecție utilizat de obicei în artă sau estetică. În psihologie, primul care a folosit termenul de empatie a fost Lipps (1907) pentru a evidenția sursa primară a înțelegerii minții altuia prin observare, imaginație sau proiecție, facilitând înțelegerea estetică sau interpersonală a acesteia (citată de Jahoda, 2005).

Definiția empatiei are o lungă și furtunoasă istorie și toată lumea a fost de acord că termenul este polisemic și nu există o definiție consensuală (Batson, 2009; Elliott și colab. 2011). Cel mai adesea, termenul este utilizat pentru a descrie o varietate de fenomene psihologice care se pot reuni în sentimentul de a ajuta și a purta grija altuia, în modularea emoțiilor proprii cu cele ale altui individ, în cunoașterea a ceea ce gândește și simte altul sau în permobilizarea graniței dintre self și altul (Decety, 2020). Prin empatie se înțelege astăzi “abilitatea de a observa emoțiile altora și abilitatea de a răspunde la aceste emoții” (Finset 2010). În psihologia populară, empatia este definită ca abilitatea de a simți ce altă persoană gândește sau de a te pune în locul altuia și este legată de emoționalitatea genuină a omului obișnuit (Halpern, 2014). Empatia include imitațiile noastre automate și adesea inconștiente ale expresiilor faciale ale altora, expresiile vocale și posturile, oglindirile și rezonanțele cu stările afective ale altora, contagiunea emoțională cu alții (Smith, 2017).

Folosirea contemporană a termenului de empatie a mers dincolo de conceptualizarea populară și astăzi este utilizat pentru a descrie mai multe răspunsuri înrudite, dar distincte, precum reacțiile interpersonale cognitive, afective sau comportamentale față de o altă persoană. În acest

sens, termenul de empatie a fost utilizat pentru a denumi diferite aspecte interpersonale precum adoptarea perspectivei luate de cineva prin imaginarea acesteia sau potrivirea perspectivei proprii prin imaginarea situației altuia. Termenul mai acoperă și o multitudine de fenomene afective ca de exemplu, a avea aceeași experiență emoțională cu alta persoană, a rezona cu sentimentele și emoțiile altei persoane, etc. Din punct de vedere comportamental, termenul de empatie este folosit pentru a descrie diferite forme de potrivire comportamentală prin imitarea sau adoptarea lor de către o persoană (Lishner și colab. 2017).

Potter (2013) consideră că empatia este un concept complex implicând percepția, emoția, orientarea atitudinală și alte procese cognitive și exprimă trăsăturile de caracter și virtuțile cuiva. Oamenii sunt ființe relationale și emoțiile și cognitiile lor devin constituenți ai vieții noastre morale. Moralitatea este relatională pentru că ne cere să ne imaginăm și să înțelegem perspectivele altora, nevoile și valorile lor și această cerere este epistemologic dificilă. A fi o persoană morală înseamnă a recunoaște că acțiunile noastre și modurile de a fi în lume afectează pe alții și că această legătură cu alții stă la baza faptului că putem fi împreună. Empatia este o cale de a rezolva această nevoie pentru că ea este orientată spre o persoană concretă, spre un subiect anume și nu spre una abstractă și generală. Alături de aceasta, trebuie să mai adăugăm că empatia este ceva ce noi putem alege. Procesele empatice sunt înțelese ca implicând luarea deliberată și conștientă a locului altuia și astfel sunt și pot fi sub controlul persoanei, chiar dacă stimuli externi solicită un răspuns imediat. Reacțiile sunt considerate empatice când ele sunt concordante cu experiențele observate sau similare ale altuia și exclude reacțiile discordante. Nu putem fi empatici cu toată lumea sau nu putem fi empatici dacă nu ne vine să fim așa! În acest sens, Hodges și Wegner (1997) au arătat dificultatea de a fi empatic într-o întâlnire: “A fi empatic cu o persoană într-o situație implică mai mult decât a schimba un loc în spațiu, implică schimbarea judecării situației, memorarea evenimentelor și răspunsul emoțional față de aceasta, concepția despre trăsăturile și scopurile persoanei și chiar concepția despre sine... Apariția empatiei implică o transformare structurală în gândire și emoție”.

Empatia este epistemologic semnificativă pentru că ne permite să înțelegem și să anticipăm comportamentul altora și este semnificativ umană pentru că deschide calea altruismului și reciprocității. Potter (2013) mai adăugă că fără empatie, individul este incapabil pe de-a-ntregul de a captura trăsăturile unei anumite situații. În aceeași perspectivă Tamborini și colab. (1990) sugerau că empatia poate fi cel mai bine înțeleasă ca un set de construcții care include: i. răspunsurile

fiziologice ale conștiinței și vigiletății, ii. o imaginație calătoare, tendința de a fantaza și construi situații ficționale într-o manieră deschisă, iii. o implicare ficțională, imaginația de a te transpune în sentimentele și acțiunile unor persoane ficționale, iv. o orientare umanistă, senzitivitate și apreciere pentru bunăstarea emoțională a altora și v. o contagiune emoțională, adică o susceptibilitate la emoțiile celor din jur.

În ultimii ani se asistă la o reînnoire a interesului față de rolul afectivității în practica medicală, mai ales a empatiei în procesul de furnizare a îngrijirilor clinice. După cei mai mulți autori, empatia duce la creșterea sentimentului de împlinire a medicilor, la creșterea satisfacției clienților cu îngrijirile primite, la aderența pacienților la tratamentul medical recomandat și la un mai mare respect față de autonomia pacienților consecutiv înțelegerii lor mai bune (Hardy, 2019).

În medicină, dezbaterile asupra definiției empatiei s-au concentrat asupra discuțiilor dacă empatia este limitată la înțelegerea stărilor emoționale ale pacientului sau dacă nu cumva ea reflectă chiar scopul uman al medicinei (Hardy, 2017). Astfel, în literatura medicală curentă, empatia este plasată la baza medicinei umaniste. S-a mai constatat și că medicii care exprimă o preocupare empatică față de situația pacienților lor vor avea mai puține plângeri de malpractice (Huntington și Kuhn, 2003). Totuși, trebuie să menționăm de la început că ceea ce se înțelege în medicină prin empatie este diferit pentru medici și pacienți. Pentru medici empatia este mai mult o abilitate de comunicare sau de experiență emoțională prin care se identifică starea emoțională a pacientului bazată pe indicații vizuale și verbale; pentru pacienți, empatia medicală înseamnă atitudinea umanistă a medicului care este caracterizată de atenție, grijă, expresie a interesului pentru bunăstarea pacientului și abilitatea de a asculta cu atenție și a răspunde cu căldură.

Există riscul ca empatia în medicină să fie confundată cu simpatia pe care personalul de îngrijire o poate avea față de subiect. Simpatia este de obicei înțeleasă ca acțiunea de a simți ceva pentru o altă persoană, cu alte cuvinte a-ți pasa de altă persoană, spre deosebire de empatie care trebuie înțeleasă ca a simți împreună cu altă persoană (Guidi și Traversa, 2021). În timp ce empatia are componente importante cognitive, simpatia este doar afectivă și nu este privită ca o componentă adecvată pentru practica clinică, aceasta putând fi uneori daunătoare pentru practica clinică. Răspunsul emoțional față de situația pacientului poate influența înțelegerea obiectivă a condiției clinice a pacientului. Se consideră că este necesar ca medicul să mențină o distanță afectivă față de pacient, o detașare afectivă care să-i permită o evaluare riguroasă a pacientului. Rolul medicului este să furnizeze cel mai bun tratament și nu să moduleze afectiv cu sentimentele

pacientului (Hardy, 2019). Ramane deschisa discutia cat de mare si adecvata este empatia fara sa existe elemente afective si cat de mare trebuie sa fie detasarea afectiva a medicului pentru ca el sa ramana un terapeut adecvat pacientului sau. Mai exista un concept a carui granite conceptuale sunt contigente cu cele ale empatiei si simpatiei si anume compasiunea. Compasiunea este prezentata ca mila sau interes fata de suferinta sau necazul altora. Compasiunea inseamna a adopta o atitudine de respect fata de suferinta altora. Acesti trei termeni, empatia, simpatia si compasiunea, denota diferite aspecte ale experientei intersubiective. A avea empatia inseamna a fi capabil cognitiv sa dai sens vietii psihologice a altui subiect sau sa impartasesti starea afectiva cu el. A avea simpatie muta focusul atentiei spre cel fata de care simtim consideratie, nefiind vorba de ce am inteles sau de ce am simtit, ci mai curand despre ce se intampla cu celalalt. A avea compasiune merge mai departe in directia spre altul, adica eu nu numai ca sunt martor la suferinta altuia dar si doresc sa fac ceva pentru el (Breyer, 2020).

Decety (2020) face o incercare de analiza a empatiei in componentele ei functionale pentru a identifica care din acestea ar fi cele care influenteaza cel mai mult relatia medic-pacient si rezultatul tratamentului prescris. El identifica patru componente distincte: i. empatia cognitiva sau abilitatea de a adopta intentional sau a imagina trairea altei persoane; ii. contagiunea emotionala, atunci cand indivizii tind sa exprime si sa simta emotii care sunt similare altora; iii. empatia emotionala care se suprapune in parte cu contagiunea emotionala dar mentine distinctia dintre self si celalalt si iv. grija empatica sau compasiunea care se refera la motivatia orientata catre altul. congruenta cu perceptia starii cuiva aflat in nevoie; aceasta din urma este caracterizata prin sentimente de caldura, interes, grija si motivatia de a ajuta.

Din motive mai mult practice, empatia este in general impartita in empatia cu componente cognitive, empatia cu componente afective si empatia cu componente comportamentale. Empatia cognitiva este definita ca abilitatea de a percepe emotiile altora si de a le atribui starilor mentale ale acestora; aceasta varietatea exclude orice angajament emotional. Empatia cognitiva este congruenta cu cultura medicala de astazi si presupune detasare, obiectivizare si standardizare. Empatia afectiva este descrisa ca angajament emotional care se petrece cand avem de-a face cu suferinta altei persoane. Ea faciliteaza recunoasterea starii emotionale si a suferintei pacientului si este benefica pentru diagnostic si rezultatul tratamentului medical (Guidi si Traversa, 2021). Pentru medic, empatia cognitiva este procesul mental prin care intra in perspectiva pacientului,

cea afectiva permite medicului de a se pune in locul pacientului si componenta comportamentala permite medicului sa comunice cu pacientul si sa actioneze in favoarea si in numele lui.

Aceasta diferentiere intre aspectele cognitive si cele emotionale ale empatiei a fost validata de studii neurobiologice. Cercetarile recente de neurostiinta au incercat sa clarifice unele confuzii conceptuale utilizand diferite metode ce merg de la auto-raportari pana la rezonanta magnetica functionala si stimularea transcraniala. Aceste studii, facute pe voluntari si pe pacienti cu tulburari neurologice, au aratat ca componentele empatiei au la baza mecanisme neuronale relativ distincte. Astfel, exista un proces de stimulare emotionala, care este congruent cu elementele emotionale ale experientei corpului celuilalt si duce la activarea sistemului limbic (amigdala, insula, cortexul cingulat anterior) (Decety & Lamm, 2009). In al doilea rand, cand este vorba de procesul de adoptarea perspectivei celuilalt si a perspectivei propriei persoane, se activeaza ariile mediale si cea ventromediala a cortexului prefrontal precum si cortexul temporal (Shamay-Tsoory, 2009). Si in al treilea rand, in cazul procesului de reglare emotionala pe care-l folosesc oamenii pentru a evalua sau calma necazul personal atunci cand vad o alta persoana in durere sau discomfort ce duce la sentimentul de compasiune si la mobilizarea comportamentului de ajutor pentru altii, se activeaza cortexul orbitofrontal, cortexul parietal inferior si cel prefrontal (studii citate de Elliot si colab., 2011). Tot prin studii de neurobiologie s-a evidentiat diferenta dintre empatia emotionala si compasiune. Empatia emotionala implica circuite neuronale apartinand insulei anterioare si cortexului somatosenzorial, pe cand in cazul compasiunii sunt implicate circuite care sunt prezente si in cazul comportamentului parental, precum hipotalamusul, striatul sau zona ventromediala a cortexului prefrontal. Aceste studii de neuroimagistica functionala au mai aratat ca perceptia si chiar imaginarea suferintei altuia conduce la crestrea activitatii hemodinamice din regiunile care sunt implicate si in experienta durerii (insula anterioara, cortexul somatosenzorial, zona cenusie periapeductala, etc). sau in zonele asociate cu procesarea emotiilor negative, precum cortexul prefrontal ventromedial, cortexul prefrontal dorso-lateral, cortexul anterior cingulat, zona anterioara a insulei, amigdala, etc. (Decety. 2020).

Empatia clinica este un concept holistic care are ca scop depasirea dihotomiei dintre empatia cognitiva si cea afectiva. Ea a fost definita ca abilitatea de a observa emotiile in altul, abilitatea de a simti aceste emotii si abilitatea de a raspunde la aceste emotii in relatia dintre medic si pacient (Finset, 2010). Astfel, empatia clinica presupune o intelegere experientiala si cognitiva a ceea ce pacientul simte. Ea nu este nici detasare emotionala si nici o imersiune completa in

experiența altuia. Combinarea celor două fațete ale empatiei este importantă atât pentru rezultatul tratamentului medical cât și pentru a valida nevoile umane ale pacientului. Empatia clinică este despre a fi împreună cu pacientul într-o călătorie, ascultând sensibilitatea, potrivirea cu fiecare mișcare, parcurgerea ei alături de pacient. Empatia clinică ajută clinicianul să recunoască, să înțeleagă și să accepte pacientul în suferința lui. Această înțelegere este primul pas spre ușurarea necazurilor pacientului și permite efectuarea celui de-al doilea pas, cel care duce la procesul de acțiune diagnostică și terapeutică.

Dacă considerăm că problema empatiei în medicină este de fapt problema cunoașterii și înțelegerii pacientului ca subiect, atunci putem privi întâlnirea clinică dintre medic și pacient ca o problemă de intersubiectivitate. Putem oare considera că reprezentările noastre mentale ne dau o imagine acurată a realității celuilalt? Cum putem oare explora lumea subiectivă a pacientului? Ca să răspundem la aceste întrebări trebuie să ne întoarcem la Descartes care propunea o metodă sistematică de reflexie asupra conținutului minții și prin aceasta spera să se separe ce este clar și evident de ceea ce este incert și vag. El spunea că eu pot să mă îndoiesc de multe lucruri, dar totdeauna știu ce este adevărat datorită faptului că gândesc. Dacă gândesc nu pot greși pentru că eu gândesc că gândesc și dacă gândurile și credințele ne sunt clare și distincte noi putem să evităm erorile. Astfel, printr-o sistematică reflecție asupra gândurilor și credințelor noi putem ajunge la o înțelegere acurată a felului cum este făcută lumea. În felul acesta, explorarea serioasă a experiențelor noastre subiective ar fi științifică, o metodă confidentă de aflare a adevărului (Bracken și Thomas, 2005). Această idee stă și în mijlocul fenomenologiei lui Husserl.

Pentru Husserl, fenomenologia este o metodă prin care natura subiectivității umane poate fi relevată în mod exact. Printr-o serie de operații de “reducere”, de căutare în spatele suprafeței empirice a lucrurilor, noi putem avea contact cu conștiința pură, cu subiectivitatea individului. Dacă noi putem avea certitudine cu privire la anumite afirmații matematice născute din subiectivitatea individului, afirmații fără contingenta cu lumea externă, atunci putem avea aceeași certitudine și despre felul cum mintea noastră cunoaște adevărul (Parnas și Sass, 2008). În viziunea lui Husserl, descrierile fenomenologice operează la un nivel mai profund decât orice știință. Adevărul fenomenologic nu poate fi translat în limbajul științific pentru că fenomenologia este o disciplină transcendentă care investighează structurile “a priori” ale experienței, structuri care sunt la un nivel pre-științific.

Teoriile fenomenologice tradiționale despre empatie aparțin lui Edmund Husserl și elevei sale Edith Stein. Ambii filozofi au explicat empatia ca experiența unei conștiințe străine utilizând intersubiectivitatea. După ei, empatia ne permite să experimentăm pe alții numai în contextul în care altul există. Pentru amândoi, empatia este o formă specială a percepției care ne este dată direct. Ea este o formă ireductibilă a intenționalității care permite unui subiect să experimenteze o conștiință străină (Hardy, 2017). Stern (2004) definea empatia ca intersubiectivitate conștientă, o formă specifică de reflexivitate care apare când cineva devine conștient de conținutul minții sau acțiunilor sale din cauza că mințile altcuiva se reflectă înapoi către el, iar Tisseron și colab. (2013) vorbesc de empatie intersubiectivă când se referă la modul în care conștiința adoptă în mod temporar situația altuia cu scopul de a împărtăși experiența sau punctul de vedere al aceluia.

Intersubiectivitatea este în inima relațiilor interpersonală. Noțiunea de intersubiectivitate are un dublu înțeles: este ceea ce ne unește și în același timp ne separă creând o distanță, articulând două sau mai multe subiectivități (Ciccone, 2006). Cum acționează o persoană este legat de reacțiile furnizate de indivizii din jur cu alte prilejuri. Coordonarea sau armonizarea perspectivelor respective este ca un balet, “eu tind spre alții și alții tind spre mine” (Martin și Gillespi, 2010), este ceea ce Husserl numea "*coexistentă intenționalităților*" (1960). Pentru Bakhtin (1990) subiectul este creat de alții; individualitatea noastră nu există dacă ei nu sunt, iar gândirea izvorăște și este modelată prin interacțiunea și opozițiile cu alte minți (comentariu și citări de Ollagnier-Beldame și Cazemajou, 2019).

Intenționalitatea este și un concept central în fenomenologia lui Husserl și este legat de proprietatea fundamentală a conștiinței de a fi totdeauna despre ceva sau în legătură cu ceva (Husserl, 1982). Astfel intenționalitatea arată că noi suntem conștienți tot timpul de noi înșine și de lumea din jur. Tot ce se petrece aparține de ceva sau de cineva și prin aceasta noi dăm sens acestor întâmplări. Prin intenționalitate conștiința tinde mereu spre ceva, are o intenție asupra unui anumit obiect și astfel ajungem la semnificația obiectului (Erhard, 2022).

După Husserl, fenomenologia trebuie să înceapă cu o reducere fenomenologică sau "*epoche*". Aceasta reducere înseamnă să punem între paranteze și să suspendăm presupuzițiile noastre. Dacă vrem să înțelegem pe alții, noi trebuie să excludem din examinarea noastră orice idei preconcepționale sau descrieri. Facând această abstractizare, eu descopăr egoul transcendențial. Examinarea egoului transcendențial face să se evedențieze obiectivitatea. Prin punerea între paranteze în latură orice alienează obiectivitatea lumii. Lumea obiectivă este orice care este

altceva decat experientele ego-ului, este “*alter ego*”. Experientele mele proprii asupte lumii sunt numai ale mele si nimeni nu le poate verifica. Daca si alti subiecti experiementraza aceiasi lume si comunica despre aceasta lume atunci noi,putem fi confidenti asura obiectivitatii ei. Existanta altora face posibila natura obiectiva a lumii. Examinarea obiectiva a lumii releva nevoia altor subiecti care sa securizeze obiectivitatea ei, ea este deci intersubiectiva (Husserl, 1950, comentat de Eelch 1965, Bernet si colab. 1993 si Hardy 2017).

Existenta altora garanteaza obiectivizarea lumii. Fiecare ego si alter ego ajuta la constituirea lumii obiective dintr-o perspectiva armonioasa dar diferita. Eu vad doar fata unui obiect care este indreptata spre mine, dar in mintea mea eu il percepe ca intreg. Daca ma mut in jurul obiectului voi vedea si celelalte fete ale obiectului. Perceptia mea asupra obiectului va fi totdeauna incompleta dar eu voi cuprinde intregul obiect datorita a ceea ce Husserl (1999) numeste “*aperceptie*”. Este posibil ca altii sa perceapa alte fete ale obiectului la care eu am perceptut doar una si altii vor vedea ceea ce eu nu am vazut. Deci fiecare ego vede aceasi scena din diferite perspective. Dar impreuna, fiecare ego (eu) si alter ego (altul) ajuta la constituirea lumii obiective dintr-o perspectiva armonioasa dar diferita. Daca eu ma pun in alt loc este posibil sa am perspective le altuia si tot ce trebuie sa fac ca sa vad ceea ce au vazut altii este sa ma mut in locul lor. Altul este esentialmente ceea ce eu as fi dintr-o alta perspectiva si aceasta intersanjabilitate face posibila intersubiectivitatea. Eu ma pot pune in locul altuia si sa cunosc ceea ce simte el si astfel devin empatic fata de acea persoana. Dar asa cum eu vad pe altii si altii ma vad pe mine. Posibilitatea perceptiei altui subiect presupune ca si eu sunt vazut de altul. Aceasta este datorita reversibilitatii corpului meu, eu percept pe altii si altii ma percept pe mine. Eu pot fi atins si altii ma simt pe mine asa cum eu ii simt pe ei. Aceasta reversibilitate imi permite sa concept propria mea exterioritate si aceasta experienta este o preconditione cruciala pentru empatie (Zahavi, 2001; 2014). Eu experimentez pe altii atat ca un obiect cat si ca un subiect in lume, ceea ce se intampla la fel in perceptia altuia care ma intelege pe mine ca un obiect si ca subiect in lume. Cand eu experimentez pe altul, eu experimentez, la fel cum altul ma experimenteaza pe mine. Eu pot sa imaginez ce ar fi pentru mine sa fiu in pozitia altuia experimentand ce altul percepe despre mine. Iata aici definitia fenomenologica a empatiei!

Discipolul lui Husserl, Karl Jaspers (1959, traducere in engleza in 1997) merge mai departe si face o distinctie intre lumea subiectiva a pacientului si intelegerea semnificatiei experientelor pacientului. Pentru el fenomenologia ne prezinta ceva “static”, o fotografie.

Cautarea semnificatiei implica o abordare “*genetica*”. Intelegerea genetica, inseamna perceperea conexiunilor psihice printr-o abordare hermeneutica, ne ajuta sa intelegem intregul din particular. Fenomenologia implica o explorare a mintii pacientului fara a cauta interpretari sau intelegere. El separa ceea ce este analizabil, categorizabil si descifrabil fenomenologic de ceea ce este narativ, etic, semnificabil hermeneutic si astfel Jaspers face distinctia dintre intelegere si explicatie. Intelegerea este ceva “static” ce presupune descrierea unui fenomen asa cum se prezinta simturilor noastre in timp real, adica in constiinta actuala a pacientului, pe cand explicatia inseamna o intelegere “genetica” care inseamna empatie. Empatia este aparatul prin care putem intelegem istoric geneza fenomenelor, intelegerea empatica a felului cum fenomenele psihice, experientele pacientului, apar unele din altele, cum se interconditioneaza.

Analiza fenomenologica a perceptiei la Husserl evidentiaza doua componente distincte: “imperechierea” si “similaritatea” perceptiei. Husserl defineste empatia ca “experienta altcuiva” si spune ca cineva nu poate percepe constiinta altcuiva in acelasi fel in care percepe un obiect. Individul poate percepe corpul cuiva dar nu poate percepe psihicul, iar viata psihica a cuiva nu este perceputa decat prin empatie. Insa accesul la viata psihica a cuiva se face prin corpul acestuia. Gandind ca corpul altuia este similar cu al meu si ca corpul este legat de constiinta fiecaruia, se poate concepe ca daca corpurile pot fi similare atunci si actiunile si gandurile acestora pot fi si ele similare. Aceasta similaritate este denumita de Husserl ca imperechiere (Engl. “pairing”) sau cuplare (Engl. “coupling”) si sta la baza empatiei. Prin acest process eu pot sa aflu din ce in ce mai mult despre celalalt cu care ma potrivesc. Intelegerea mea despre celalalt este legata de experienta mea anterioara. Perceperea corpului altuia, care este similar cu al meu, duce la formarea unei perechi a corpurilor noastre, nu numai in aparenta, ci si in viata psihologica si automat voi face o analogie intre vietile noastre mentale. Noi percepem in mod psihologic persoana aflata in procesul de imperechere cu noi, ceea ce denota fenomenul de empatie (Husserl 1950; comentat de Hardy, 2017).

Mai departe se poate pune intrebarea la ce foloseste empatia, care este rolul ei in viata oamenilor? Smith (2017) propune un raspuns la aceste intrebari din doua perspective: una evolutionista si alta psihologica. Din perspectiva evolutionista empatia este o adaptare prin rolul sau epistemic si astfel aduce o contributie distincta la viata noastra. Empatia isi implineste rolul sau epistemic in principal prin faptul ca contribuie la impartasirea sentimentelor si emotiilor, incurajeaza comportamentul pro-social sau altruistic, furnizind o cunoastere despre ce sunt pe cale

sa faca sau sa gandeasca altii. Ea furnizeaza cunoasterea a ceea ce altii simt. Empatia isi indeplineste aceste functii epistemologice datorita faptului ca ne ajuta sa cunoastem cauzele si motivele a ceea ce oamenii fac si simt si astfel contribuie la generarea grijei fata de altii, a intrajutorarii, altruismului si cooperarii intre oameni.

Din punct de vedere psihologic, furnizand informatii despre ceea ce altii simt sau gandesc, empatia transforma sentimentul altora intr-un lucru social transparent ce sta la baza convietuirii si armoniei sociale. Dupa cum spunea Martha Nussbaum (1996), aceasta emotionalitate genuina, ce este raspandita la majoritatea oamenilor si care sta la baza compasiunii si empatiei, este lucrul esential pentru construirea unei societati civile.

Dar care este statutul curent al empatiei in medicina? Inca exista o lipsa de interes in formarea noilor generatii de medici in a considera empatia ca mod efectiv de comunicare cu pacientul. Asa cum am discutat mai sus, se considera ca empatia ar putea "incalzi" relatia medic-pacient pana in stadiul in care s-ar pierde obiectivitatea observatiei medicale. In relatia cu pacientul se incurajeaza mai mult stabilirea unei relatii naturaliste care condamna empatia si incurajeaza obiectivismul. Atitudinea naturalista a fost prima oara discutata de Husserl (1982) pentru care aceasta inseamna a lua lucrurile ca atare, a nu le tematiza, intr-un proces prin care existenta a ceva se manifesta in sine in constiinta noastra. Atitudinea naturala este ceva ce se petrece inainte de atitudinea fenomenologica pentru ca ia lucrurile ca atare. A lua lucrurile ca atare, reprezinta o cunoastere "statica", este o experienta imediata in prezent, este vorba de prima impresie. Cunoasterea statica este o cunoastere in doua dimensiuni, este plata. Totusi, din atitudinea naturala se nasc celelalte forme de intelegere, precum intelegerea "genetica" (Luft, 1998, 2002).

Din perspectiva fenomenologica, in viata de toate zilele, noi percepem obiecte, oameni sau chiar idei in mod simplu ca reale si existente. Ele sunt aici si nu ne punem intrebari asupra existentei lor, le luam ca fapte existente aici si acum. Husserl numeste aceasta situatie ca "atitudine naturala". Aceasta atitudine nu este nici buna, nici rea, ci este un mod simplu prin care se reflecta in mod obisnuit sau zilnic, pozitia noastra de a fi in lume. Cand noi vedem lumea prin aceasta atitudine naturala, noi suntem constienti despre ce ne este prezentat ca lumea din jur care ne este atat de familiara. Prin atitudine naturala lumea este totdeauna deja prezenta, inainte de reflexia mea asupra ei. Simplu spus, din punct de vedere natural, eu ma vad ca fundamental separat de lumea din jur, o lume care este evident deja aici, aparte de mine si care nu are relatie cu

mine numai în contextul meu alături de alte obiecte sau oameni de interes pentru mine. Lumea este fundamental separată de mine și preexistentă mie (Appelbaum, 2012). Husserl (2006) spunea: "atitudinea naturală este atitudinea experienței!" Faptul că eu experimentez și am experiența lucrurilor este o atitudine naturală și este caracteristică omului "preștiințific". Eu descriu experiența prin simplu "eu am găsit" sau "eu am aflat". Acestea sunt simple descrieri. Experiența este legitimă și se oferă judecății descriptive. Lucrurile sunt date unei atitudini naturale. Atitudinea naturală duce la un concept natural al lumii, la o cunoaștere a priori, pe când atitudinea fenomenologică duce la un concept al lumii viții, a lumii pe care o găsim în noi.

Nu pot merge mai departe fără a aminti ideile lui Heidegger despre atitudinea naturală și poziția obișnuită a medicului în întâlnirea clinică. Între 1959 și 1969, Heidegger a participat la Seminariile Zollikon, Elveția, seminarii care au fost organizate nu pentru filozofi, ci pentru medici somaticieni, psihiatri și studenți la medicină. Seminarul a început la Clinica de psihiatrie Burgholzli a Universității din Zurich și mai apoi s-a mutat în casa psihiatrului elvețian Medard Boss. Boss gândea că ideile lui Heidegger ar avea mare impact asupra teoriei și practicii medicinei, care era dominată de paradigmele obiectivismului și mecanicismului. Comentariile lui Aho (2018) ne arată că ce s-a întâmplat la aceste seminarii a fost recunoașterea că viziunea naturalistă în medicină a dus la opacizarea problemei fundamentale a ceea ce înseamnă să fi om. Prin interpretarea ființei umane ca organism fizic determinat de legi cauzale, Heidegger sugerează că în dogma medicală "numai ceea ce este măsurabil este real". Dar seminariile au arătat cu claritate că existența umană nu poate fi redusă la măsurați. Existența este un mod de a fi. Concepția lui Heidegger despre existență nu poate fi înțeleasă în termeni de "ce suntem", respectiv o prezență obiectivă, ci în termeni de "cum suntem". O boală poate fi inteligibilă numai prin intermediul resurselor culturale și sociale în care apare. Din această cauză se face deosebirea dintre boală și suferință, boala putând fi diferită de suferință. Heidegger spunea că "există o nevoie foarte mare de doctori care 'gândesc' și care nu doresc să lase domeniul tehnicienilor științifici". Interpretarea și înțelesul suferinței fizice este tot așa de important ca și evidențierea leziunilor celulare sau a dezordinilor funcționale. Experiența bolii este creată de existența "ființe-în-lume". Heidegger face diferența între "fapte" și "valoare", faptele referindu-se la universul fizic care este obiectiv și măsurabil, iar valoarea la înțelesul subiectiv al lucrurilor ca rezultat al fundalului socio-cultural și al dorințelor și gusturilor persoanei.

Astăzi, în medicina, prin atitudine naturală se înțelege o manieră specifică focalizată pe obiectivismul omului de știință sau expertului și detașată de subiect în vederea unei mai bune înțelegeri a situației. Prin această atitudine se separă două straturi: stratul a ceea ce este direct observat și studiat și stratul care trebuie dedus din observație (Zahavi, 2014). Aceasta a condus la faptul că ce este important în procesul înțelegerii altora este redus la observația a ceea ce este fizic, respectiv corpul pacientului, care i se oferă medicului ca o unitate materială, iar funcționarea lui depinde și este localizat în acest obiect material. În plus, se deduce că dacă medicul este conectat emoțional cu pacientul există riscul de a se pierde obiectivitatea examinării medicale.

În contrast cu atitudinea naturală, Husserl, și în special elevul său Karl Jaspers (1913 și 1959, traducere în engleză în 1997) face o distincție între lumea subiectului și înțelegerea semnificației experiențelor subiectului. Această căutare a semnificației implică o abordare "genetică" care presupune trecere de la înțelegere la explicație. Empatia este aparatul prin care putem înțelege istoric geneza fenomenelor, a felului cum fenomenele din lumea mentală apar unele din altele și cum se intercondiționează. Jaspers crede că evenimentele naturale externe pot fi explicate numai cu ajutorul logicii care se dobândește folosind rațiunea inductivă, pe când procesele interne pot fi înțelese prin empatie individuală. El face astfel o polarizare între conexiunile obiective cauzale ale explicării și înțelegerea evenimentelor psihice prin procesul de înțelegere. Astfel el postulează metoda fenomenologică a înțelegerii. După el există trei feluri de înțelegere: statică, rațională și genetică. Primele două forme hrănesc pe a treia care se bazează pe empatie și creează condițiile ca până la urmă diagnosticul să fie posibil. La început medicul combină primele două forme pentru a izola un fenomen (de ex. psihic) iar apoi înțelege acest fenomen pe baza relației empatice cu pacientul. Înțelegerea nu poate fi completă fără explicație (comentariu făcut de Bormuth, 2019). Pentru ca să cuprindem un fenomen noi ne scufundăm într-o situație psihică și prin empatie înțelegem cum apare un eveniment psihic și astfel explicăm cauzalitatea lui.

Această înțelegere, care este subiectivă, nu poate fi utilizată mecanic ca un fel de generalitate, pentru că aici este vorba de un fel de intuiție. Astfel, pentru Jaspers înțelegerea este privită ca o formă epistemică particulară. Ea nu este dobândită prin legile generale ale observației repetate. Prin înțelegere se obține o legătură semnificativă psihică ce duce la cunoașterea cazului specific. Prin explicație se stabilesc regulile cauzalității. Înțelegerea este un proces "genetic" pentru că apelează la caracteristicile noastre innascute, subiective, de a rezona, empatiza cu

cineva, de a găsi legături semnificative pentru a înțelege evenimentele vieții lui interne, pe când explicația este un fenomen obiectiv care are la bază observația repetată (comentariu făcut de Hoerl, 2013).

Toate acestea arată că poziția medicului, ca profesionist rece și observator detașat, nu este pe de-a-ntregul benefică. Atitudinea naturalista rămâne importantă, dar nu mai este o abilitate relevantă cerută de practica medicală. Mai mult, s-a evidențiat că medicii care empatizează cu pacienții lor furnizează o mai bună îngrijire decât cei care nu sunt empatici. Empatia a dus la creșterea interacțiunii, la o mai bună înțelegere a experiențelor pacientului și a felului cum trebuie tratat acesta. Medicul poate înțelege semnalele nonverabile pe care pacientul le transmite. Pacientul este mai inclinat să creadă un medic empatic și să înțeleagă opțiunile terapeutice oferite, anxietatea lui scade și el se simte autorizat să vorbească de suferința lui și de opiniile lui. El devine parte a întâlnirii clinice și are curajul de a vorbi și împărtăși. (Halpern, 2014).

Pentru a captura complexitatea întâlnirii dintre medic și pacient trebuie să ne întoarcem la problema intersubiectivității, această relație fiind un caz special al intersubiectivității. Conceptul a fost introdus de Husserl (1973). Pentru el, intersubiectivitatea implică înțelegerea mutuală sau împărtășită și se compune din patru elemente: i. a fi aparte unul de altul (*Auseinandersein*), ii. a fi unul cu altul (*Miteinandersein*), iii. a fi unul în altul (*Ineinandersein*) și iv. a fi unul pentru altul (*Füreinandersein*) (Duranti, 2010).

Așa cum Husserl vorbește de indivizi ca niște monade pentru că sunt entități indivizibile, așa și medicul și pacientul pot fi priviți ca persoane aparte îndeplinind roluri sociale diferite. Medicul și pacientul împărtășesc un sens special al separației, pacientul fiind timid sau cu teama de a fi aspru judecat, în timp ce medicul este arogant sau condescendent. Medicii au autoritatea dată de cunoașterea medicală, în timp ce pacienții sunt receptori pasivi ai diagnosticului și tratamentului medicului. Cunoașterea medicală prevalează cunoașterii pacientului. Dar cea mai mare distanță între cei doi vine din necesitatea transformării suferinței subiective a pacientului în simptome și semne obiective ale procesului de diagnostic, lucru pe care numai medicul îl face (Ruthrof, 2019). În același timp, medicul și pacientul sunt unul cu altul, tot așa cum Husserl spunea că fiecare monadă stă în legătură causală cu alte monade. Prezența medicului înseamnă de fapt și prezența pacientului, fiecare din ei se validează prin prezența celuilalt.

Când Husserl vorbește de a fi unul în altul el se referă la “*empatia aperceptivă*”. Medicul nu poate experimenta direct viața mentală a pacientului său, dar el este totuși capabil prin empatie

sa aibe o cunoastere a starii mentale a celui din fata sa. Dupa Husserl, empatia este experienta fundamentala a participarii in actiunile si sentimentele altor fiinte, fara sa fii alta fiinta, ea este o “intentionalitate unul cu altul” care se petrece atunci cand o monada se transporta intentional in alta monada. La fel, a fi unul pentru altul este o componenta indispensabila a formarii comuniunii dintre medic si pacient. Aceasta prezenta comuna trebuie sa fie reciproca si reflexiva si este privita, conform lui Husserl, ca o implicare intentionala: “celalalt este aici pentru tine si eu sunt aici pentru el”. Aceasta sta la baza sentimentelor de grija si altruism (Ruthrof, 2019).

Un medic competent stiintific nu poate ajuta pacientii sa se lupte cu pierderea sanatatii lor sau sa dea un inteles suferintei lor doar cu mijloacele stiintei medicale. Alaturi de abilitatea stiintifica, medicii au nevoie de abilitatea de a asculta narativele pacietilor, de a intelege si onora intelesul acestora si de a actiona in numele pacientului. Aceasta este competenta narativa, adica acea competenta a fiintei umane de a absorbi, interpreta si raspunde la aceste povestiri. Aceasta competenta permite medicului sa practice medicina cu empatie, cu profesionalism si onestitate (Charon, 2001). Stiinta narativa ia in considerare domeniile intersubiective ale cunoasterii si activitatii umane, adica acele aspecte ale vietii care sunt puse in joc de relatiile dintre doua persoane. Gallager (2009) spunea ca competenta narativa captureaza intersubiectivitatea interactiunilor umane, a motivelor si judecatilor acestora. Ascultand ceea ce pacientul povesteste, medicul intra in lumea narativa a pacientului. Spre deosebire de citirea unui text literar, aceasta ascultare angajeaza resurse interioare precum memorari, asociatii, curiozitate, creativitate, interpretari, aluzii la alte povestiri, comparatii cu situatii prototipice, cu texte medicale, cu povesti spuse de alti medici, pentru a identifica intelesul celor auzite de el. Aceasta abilitate narativa este baza unei legaturi empatice care deschide usa unei cunoasteri adevarate a suferintei pacientului. Gallager (2009) considera ca exista trei nivele diferite ale intersubiectivitatii: intersubiectivitatea primara, care este imediata si pre-reflexiva si care serveste ca mod bazal de intelegere a altuia; intersubiectivitate secundara care ne permite o intelegere a lumii mutual accesibila si care se poate explica prin teoriile cognitiei sociale si intersubiectivitatea tertiară sau intersubiectivitatea narativa care consta atat in stocarea narativelor cat si in abilitatea de construire a acestora cu ajutorul altora, spre dezvoltarea unei intelegeri complexe a celui alt.

Se pune intrebarea ce procese cognitive ne permit si sustin capacitatea oamenilor de a interactiona si intelege pe altii? In ultimele decenii ale sec. XX “teoria mintii” a fost teoria dominanta in domeniul cognitiei sociale. Prin teoria mintii se intelege abilitatea de zi cu zi a

oamenilor de a desemna starile mentale ale altor oameni, de a interpreta si explica, precum si abilitatea de a predicta comportamentele lor. Acest termen a fost folosit prima oara de Premack si Woodroof (1978) in articolul lor celebru care incerca sa raspunda la intrebarea: cimpanzeii au capacitatea de a citi mintea altor semeni prin deductii teoretice, asa cum o fac oamenii?. Ulterior, filozoful Daniel Dennett (1978) a aratat ca pentru a avea o teorie a mintii un individ trebuie sa fie capabil nu numai sa aiba credinte, dorinte si intentii, dar si sa si le reprezinte.

Teoria mintii are doua modele explicative referitor la felul cum noi putem avea acces la starile mentale ale altora: teoria teoriei si teoria simularii. Termenul de “teorie a teoriei” a fost introdus de Adam Morton (1980) pentru a denumi conceptia prin care atributele de fiecare zi ale starilor mentale sunt sub forma unei teorii. Aceste teorii fac parte din psihologia populara care spune ca intelegerea pe care o avem asupra felului cum functioneaza mintea umana are structura asemanatoare unei teorii. Intelegerea noastra in aceasta privinta, incepand din copilarie si pana la maturitate, este teoretica, obtinuta prin strangerea de evidente si apoi prin cautarea celor mai bune explicatii, aceste fiind sunt totdeauna sub forma teoretica, fara nevoia de a fi experimentate. Aceste “teorii” sunt intuitive. Astfel de teorie spune ca eu pot stapani toata cunoasterea teoretica complexa despre lume si abilitatea de a privi in interiorul altor persoane, doar prin simpla presupunere ca ceilalti sunt la fel ca mine, fiinte ganditoare, deci ei posedea aceleasi capacitati cognitive fundamentale si propensitati de a face ceva ca si mine. Aceasta teorie o folosesc cand vreau sa prezic comportamentul altora (Carruthers, 1996; Morton, 2009, Bohl, 2014).

Teoria simularii este o strategie de imaginare a propriilor ganduri, sentimente si comportamente intr-o situatie similara cu cea a persoanei a carei minte dorim sa o citim, ceea ce implica utilizarea auto-reflexiei ca un instrument de intelegere a starilor mentale. Dupa Jane Heal (1986), oamenii imagineaza lumea din punctul de vedere al altei persoane, ei au sistemul cognitiv ce proceseaza rezultatul unei asemenea imaginatii, ei atribuie acest rezultat dedus de ei ca fiind al persoanei a carui comportament vor sa-l prediceze sau explice. Pentru a face aceasta, ei nu au nevoie de o teorie psihologica populara, ci pornesc de la presupunerea ca alta minte functioneaza in maniera similara cu mintea lor. In acelasi an, Robert Gordon (1986) publica aceleasi idei prin care afirma ca cea mai buna idee de a prezice ce va face cineva este sa decizi ce voi face eu in locul lui. Astfel, cineva poate predicta ce vor face altii prin simularea deciziilor lor in acelasi caz sau situatie. Daca eu ma uit la cineva, mintea mea va simula ceea ce vede si astfel voi gandi ceea ce sunt sigur ca gandeste si el.

Nu după mult timp, Goldman (1989, 2006) postulează teoria simulării și spune că înțelegea altora o datorăm unui proces de simulare și proiecție. Această teorie este întărită de Di Pellegrino și colab. (1992) care descoperă neuronii oglindă la macacul rhesus, neuroni care sunt activați atât când un individ execută o acțiune cât și când cineva observă o acțiune similară la altul, punând astfel bazele neurobiologice ale teoriei simulării.

Din această perspectivă, a teoriei minții, empatia, așa cum este discutată în medicină, este o înțelegere a altuia, înțelegere care este dobândită printr-un fel de simulare a stării mentale a acestuia. Cu alte cuvinte empatia este înțeleasă ca abilitatea medicului de a se plasa pe el însuși în pielea altuia. Această este teoria simulării aplicată în cazul empatiei care spune că noi înțelegem stările mentale ale altora simulându-le în mintea noastră (Gallese 2007; Gallese and Goldman 1998). Ne punem în locul altuia într-un mod imaginativ, simulând ceea ce ne închipuim că face altul. În felul acesta reflectăm asupra stării mentale a altuia și proiectăm aceste reflexii pe el. Medicul înțelege pacientul din cauza că este capabil să fie în stările pacientului și astfel predictează comportamentul și răspunsurile lui. Medicul trebuie să-și imagineze care este lumea mentală a pacientului. Acest proces de înțelegere a pacientului este pe de-a-ntregul dependent de ceea ce medicul poate înțelege despre el însuși. El poate să-și imagineze doar prin experiența propriei sale vieți. Această simulare este deci limitată de ceea ce poate medicul să-și imagineze. Este ceea ce Shaun Gallagher (2012) a numit "problema diversității"; dacă accept că eu pot înțelege pe altul când empatizez cu el pentru că eu pot simula aceasta în mine însumi, atunci înțelegerea mea despre experiențe diverse este limitată de ceea ce eu deja am experimentat. Pe de altă parte, propria mea experiență este bazată pe înțelegerea altora. Adică nevoia de a utiliza înțelegerea mea pentru a înțelege pe alții este o restricție de neevitat a abilității mele de a înțelege pe alții. Problema diversității este o problemă în medicină pentru că implică că experiențele pacientului sunt totdeauna înțelese din perspectiva medicului, mai curând decât din perspectiva pacientului. Se ignoră diferențele fundamentale dintre medic și pacient și dintre pacienții luați în parte (Hardy, 2017).

La toate acestea, așa cum am mai menționat în acest capitol, se mai adaugă problema detașării afective, a faptului că medicul ar trebui să fie detașat suficient de pacient încât să poată face judecăți medicale adecvate, dar și suficient de interesat de bunăstarea pacientului pentru a-i oferi o îngrijire plină de compasiune. Dacă răspunsurile afective ar fi premise în medicină, atunci ele ar putea corupe obiectivitatea raționamentelor și deciziilor medicale. Scopul este să se tina

deoparte răspunsurile emotionale față de pacient, ca și gestionarea adecvată a afectelor pacientului și, în același timp, ca medicul să mențină trează interesul față de bunăstarea pacientului. Prin simularea stării mentale a pacientului, medicul înțelege experiențele emotionale ale acestuia în mod acurat, liber de influența propriilor emoții (Hardy, 2017).

Teoriile minții, susținute de teoria teoriei și teoria simulării au devenit pentru o perioadă cheia înțelegerii cognției sociale umane. Citirea minții devenise o cerință esențială pentru interacțiunea socială normală, din viața de zi cu zi, prin care noi dădeam sens comportamentului altuia prin apelarea la o psihologie a credințelor-dorințelor altuia. Pentru a avea succes în interacțiunea cu alții, se presupunea că trebuie să ai abilitatea de a înțelege comportamentul altor oameni în termenii stărilor lor mentale, precum credințe, dorințe, cunoaștere și intenții (Bohl, 2014). Ulterior, la începutul secolului XXI, aceste teorii au căzut în dizgrație, ele fiind eclipsate de teoriile interactioniste care au criticat teoriile citirii minții, spunând că acestea au fost construite pe presupuneri discutabile și nu au fost investigate critic. Pentru susținătorii teoriilor interactioniste, interacțiunea este problema centrală pentru înțelegerea cognției sociale (De Jaegher, Di Paolo & Gallagher, 2010). Ei spun că în loc de citirea minții, interacțiunea socială este bazată pe abilitatea de “a ști cum” să percepi și acționezi, ceea ce ne permite să inițiem și să susținem interacțiuni sociale și să coordonăm comportamentul în variate situații sociale. Interactionistii neagă o despărțire între mental și corp și afirmă că expresiile corporale sunt parte a stărilor mentale și acestea sunt cel mai adesea percepute, mai curând decât s-a dedus. Stările mentale ale altora sunt “întrupate, încorporate” în comportamentul expresiv și percepția lor este capabilă să ofere informații despre comportamentul fizic și înțelesul lor psihologic.

Se pune întrebarea, cum interacționează propriuzis oamenii conform teoriei interactioniste? Procesul de interacțiune include mai multe componente, precum rezonanța corporală, potrivirea afectelor, coordonarea gesturilor, a expresiilor faciale și vocale și altele. Aceste componente au fost descrise ca “participarea la construirea sensului”, proces de generare și transformare a înțelesului în interacțiunea dintre indivizi, a intersubiectivității și intercorporalității. Când eu interacționez cu tine, apar variate procese afective și senzorio-motorii în corpul meu și generează în mod direct experiența mea, afectează comportamentul meu, modelează înțelegerea mea despre tine și influențează întreaga interacțiune socială (Bohl, 2014). Ratcliffe (2007) arată că oamenii știu că ei trăiesc în aceeași lume cu alții și că oamenii împărtășesc lumea lor ceea ce facilitează înțelegerea intersubiectivă. Lumea împărtășită, totuși, nu este tocmai lumea fizică în care trăim, ci

este o lume a normelor sociale si a conventiilor sociala care regleaza comportamentul social, fara sa fie vorba de citirea mintii.

Conform lui Breyer (2020), interactionismul sustine rolul negocierilor dintre oameni si a participarii in generarea intelesului. Aceasta teorie intelege empatia ca un proces de interpatrundere prin intersubiectivitate intrupata sau intercorporalitate. Rolul constitutiv al corpului pentru empatie poate fi evidentiat in doua moduri: i. corpul este privit ca mediul primar al contactului nostru cu lumea si cu altii si astfel, empatia este un proces interactiv in sfera intercorporalitatii (Fuchs, 2013) si ii. corpul prezinta toate felurile de expresii (mimica, gestică, postura) care furnizeaza informatii despre experienta subiectului. In mod primar, intelegerea empatica consta in cuprinderea perceptuala a expresiei corporale a celuilalt (Gallagher, 2008) sau a perceperii directe in situatii sociale (Zahavi, 2011). Perceperea sociala directa spune ca intelegerea sociala este mai mult o problema interactionala corporala, intentiile oamenilor nu sunt ascunse, ci sunt exprimate in actiune si astfel pot fi percepute de altii si aceste intentii nu sunt statice, ci sunt transformate in procesul interactiunii. Procesul de interactiune presupune sincronizare si rezonanta, covariatie ritmica a gesturilor si faciesului sau a expresiei vocale, a comportamentului in general. Astfel, agentii sociali sunt capabili sa coordoneze procesul lor de facere a sensului in intalnirea sociala, sa participe fiecare in procesul de formare a sensului celuilalt. Aceasta este teoria "*intersubiectivitatii enactive*" (Fuchs si De Jaeger, 2009).

Empatia si teoriile cognitiei sociale au permis medicinei sa se elibereze de atitudinea naturalista in care era prinsa. Totusi nu este nimic rau cu atitudinea naturala in sine. Problema este doar atunci cand ea este luata ca singurul mijloc de a intelege pacientul si a descoperi adevarul. Este important sa nu ne limitam la abordarea naturalista cand incercam sa intelegem pe altii (Zahavi, 2014). Atitudinea naturalista a permis medicinei sa avanseze spre statutul de stiinta, dar a cauzat si o rupere cu experimentarea de zi cu zi a lumii. Ea ne-a lasat sa explicam lucruri in moduri pe care nu le-am experimentat, din cauza ca ne-a permis sa asumam ca ele sunt reale. Empatia insa a permis medicinei sa cunoasca pacientul, sa-l inteleaga, sa cuprinda suferinta lui si sa faca legatura intre experimentalism si fenomenologie, hermeneutica si narativism!

3. “Privirea clinica”

“Privirea clinica”, privirea specifica cu care medicul scruteaza pacientul, este al treilea element prin care el cunoaste pacientul din fata sa. Acest mod de cunoastere nu este ultimul, dar este cel de care ma voi ocupa mai mult pentru ca de el se leaga considerentele epistemologice care au stat la baza evolutiei medicinei ca stiinta si practica sociala.

In 1963 la Paris Michel Foucault publica cartea “*Naissance de la Clinique: une archéologie du regard medical*” (“The Birth of Clinic” traducere in engleza in 1973) in care vorbeste de aparitia medicinei moderne, a clinicii medicale ca forma de invatament medical si de reorganizare epistemica a medicinei, privita de pe pozitile unei archeologii a cunoasterii. Mai apoi, in 1969, publica “*L'Archéologie du savoir*”, carte in care vorbeste de o genealogie a ideilor, ca in final, in 1975, sa publice “*Surveiller et punir*”, ultima carte din aceasta trilogie ce utilizeaza pe larg metoda sa de archeologie a cunoasterii. El foloseste metoda archeologica si generalogica pentru a evidentia ca gandirea si cunoasterea sunt guvernate de reguli prin care se exercita puterea asupra indivizilor intr-o anume perioada de timp. Metoda genealogica a lui Foucault incearca sa arate ca un anumit sistem de gandire este rezultatul unei serii de evenimente contingente istoric.

In *The Birth of Clinic*, el foloseste aceste metode pentru a prezenta evolutia medicinei pariziene sub imperiul ideilor reformiste ale Revolutiei Franceze si iluminismului, in general. De la inceput el afirma: “*aceasta carte este despre spatiu, despre limbaj si despre moarte: este despre actul de a te uita, despre privire*”, act pe care el il numeste “*privirea clinica*” (Engl. “clinical gaze”). Foucault numeste aceasta carte “o archeologie a perceptiei medicale” iar proiectul lui ca “*determinand conditiile care fac posibila experienta medicala din timpurile moderne*”. Pentru Foucault, timpurile moderne ale medicinei incep cu nasterea clinicii medicale pe care o leaga de experienta perceptiei medicale, pe care o numeste “*privire clinica*”. Aceasta privire are o valoare euristica pentru ca ceea ce poate fi vazut determina existenta cunoasterii medicale. Privirea clinica este un mod de observatie medicala, este un mod “*medical*” de a vedea lucrurile, este “*ochiul medicului*”, este acel mod de a privi pacientul prin care se identifica acele modificari ale corpului uman care pot avea legatura cauzala cu acuzele subiective ale pacientului. Prin conceptual de “*privire medicala*” Foucault defineste modul cum doctorii modifica povestea pacientului ca sa se potriveasca paradigmei medicale, lasand in afara materialul nonmedical. O privire este un act de selectie a ceea ce noi consideram sa fie elemente relevante din fluxul total al datelor disponibile simturilor noastre. Medicii tind sa selecteze informatiile biomedicale din relatarile pacientilor si sa

ignore restul, pentru că așa este în folosul actului medical. În felul acesta medicina creează o structură de putere, iar medicul tinde să domine mai mult decât să împartăsească (Misselbrook, 2001). Această nouă privire penetrează suprafața corpului și este capabilă să distingă între aparența adevărului și adevărul însuși, poate distinge ceea ce este real de ceea ce este subiectiv. Privirea clinică prevalează față de ceea ce crede și simte pacientul, percepția pe care o au doctorii devine mai importantă decât percepția pe care o au pacienții (Lachman, 2013).

Motorul apariției medicinei moderne la începutul secolului XIX a fost schimbarea rolului epistemic al relației medic-pacient. Nasterea medicinei moderne nu a fost o evoluție naturală, ci mai curând o schimbare radicală a structurii intelectuale implicată în producerea cunoașterii medicale, la care se adaugă trecerea autorității de la pacient la medic. Foucault (1973) afirmă că medicina are în mod imanent o structură intelectuală implicată în organizarea ei ca domeniu al experienței și cunoașterii empirice. Când medicul a avut acces la corpul pacientului, prin utilizarea privirii clinice, el a devenit în mod automat agentul cunoașterii medicale. Prin privirea clinică, medicul a putut să separe corpul pacientului de identitatea lui personală și astfel să aibă acces la structura lui internă.

Se consideră că nasterea medicinei moderne s-a petrecut la Paris, atunci când sub influența ideilor Revoluției Franceze s-a trecut la reorganizarea spitalelor și trecerea administrării lor în mâna statului, făcând ca asistența medicală să devină accesibilă și oamenilor săraci. Astfel, numărul celor internați în spitalele din Paris a crescut simțitor, de la 37.743 pacienți în 1807, la 83.643 în 1840, lucru care a oferit medicilor oportunitatea de a avea o cauzistică clinică bogată (Waddington, 1973). După Ackerknecht (1967) medicina a trecut de la o epocă de bibliotecă la una de spital și ulterior la o epocă de laborator. El sugerează că medicina de spital a dus la modernizarea medicinei, bazându-se pe trei piloni: examinarea fizică a pacientului, autopsia și statistica.

În perioada anterioară acestei schimbări structurale a medicinei, pacientura spitalelor pariziene era dată de persoanele din aristocrația franceză, exact cei care patronau medicina franceză. În aceste condiții pacientul bogat era cel care detinea puterea în relația medic-pacient. Competența profesională a medicului era pe planul doi, mai importantă era eleganța, rafinamentul și relațiile lui în sfera puterii, criteriile care determinau cariera profesională a medicului. Reforma spitalelor din Paris a modificat relația medic-pacient și doctorul a devenit figura dominantă a acestei relații. Această nouă tip de relație a dat medicului acces la corpul pacientului, care a devenit

astfel sediul investigațiilor medicale. Pacientul obișnuit a consimțit repede la noile proceduri de diagnostic, în ciuda disconfortului dat de imixtiunea medicului în intimitate corpului său. Medicii au dobândit autoritatea de a examina direct corpul pacienților și de a-l privi în mod analitic, ceea ce este un mod unic de relație între oameni.

Mai mult, sub noi reglementări, corpurile pacienților decedați în spitale au devenit automat subiect de cercetare anatomo-patologică prin necropsie și astfel s-au creat premisele legăturii cauzale dintre simptomatologia clinică și aspectele lezionale descoperite post mortem. Medicului i-a fost legitimat oficial dreptul de a avea acces atât la examinarea corpului pacientului intra-vitam, cât și la corpul pacientului post-mortem. Din acest moment, corpul pacientului din spital nu a mai putut fi considerat intim și privat. Cunoașterea medicală a obținut o nouă sursă de examinare fizică, precum metodele semiologiei clinice: observația, percutia și ascultarea corpului pacientului (Waddington, 1973). Locul și sursa cunoașterii medicale s-au mutat de la cabinetul privat al medicului, la spitalul clinic de învățământ, ducând medicina modernă spre o epistemologie a obiectivității și empirismului. Privirea clinică nu mai era o entitate medicală formată prin experiența unui doctor, ci era produsul educației doctorului, era constituită de instituția medicală de învățământ (Karrar, 2019).

Nasterea clinicii de care vorbește Foucault, se bazează pe două elemente noi, apariția pacientului dezbrăcat de valoare politică și subiect al observației și apariția unui obiect nou și real, corpul pacientului. Înainte de apariția clinicii, a spitalului modern de învățământ, medicina clasifica bolile la fel cum botanica clasifica plantele. Era epoca medicinei clasificatorii, când bolile aveau o aranjare spațială și ierarhică pe familii, genuri și specii și astfel ofereau doctorilor o "gradină a privirii". Esența pură a nosologiei era să clasifice și să organizeze bolile după o sistematică minuoasă, cu valoare în sine. Diagnosticul se făcea pe asemanarea taloului clinic al pacientului cu una din aceste boli din taxonomia medicală și focusul era pus pe boala și nu pe bolnav. Medicul lăsa afară tot ce nu se potrivea cu descrierea din taxonomie. După Foucault, gândirea medicală din acele timpuri era capturată de semne și simptome care nu aveau mare legătură cu pacientul care era un fapt extern, un obiect de pus între paranteze. Timpul și spațiul nu aveau nici o relevanță.

Odată cu apariția medicinei moderne, timpul și spațiul încep să aibă importanță. Foucault adaugă "locul în care cunoașterea era formată nu mai este gradina unde Dumnezeu a distribuit speciile, ci o conștiință generalizată medicală, difuză în timp și spațiu, deschisă și mobilă, legată

de fiecare existență individuală, ca și viața colectivă a națiunii". Clinica medicală de învățământ a devenit spațiul analizei și privirea clinică a creat condițiile ca ce poate fi văzut, poate fi spus și ce poate fi spus poate fi și văzut. Aici investigația medicală era mijlocul de obținere a cunoașterii. Privirea medicală nu mai era utilizată pentru a descoperi boala, ci pentru a examina, pentru a obține o cunoaștere pusă în limbaj. Privirea clinică combină diferite domenii senzoriale într-o singură structură, trinitatea văz, auz și pipăit, care definește configurația perceptuală utilizată în observația medicală clinică. Fiecare organ senzorial primește funcția unui instrument, iar privirea clinică devine una plurisenzorială. Ea deschide calea spre o gramatică a limbajului medical (Karrar, 2019).

La toate acestea s-a mai adăugat apariția anatomiei patologice, lucru care a schimbat baza epistemologică a medicinei. Prin autopsie, privirea medicală a trecut dincolo de învelișul corpului și astfel s-a putut face legătura dintre simptomele și semnele exterioare ale pacientului și aspectul organic lezional subiacent. Mecanismele bolii au devenit din deductive, obiective. În felul acesta privirea clinică bidimensională capătă o a treia dimensiune prin cunoașterea în profunzime a corpului bolnavului. (Ristic și colab. 2021).

Privirea clinică a fost în mare parte rezultatul dezvoltării anatomiei patologice, care ce a permis doctorilor să penetreze suprafața corpului transformând patul bolnavului într-un câmp de investigație. Privirea clinică are o putere inerentă pentru că este o sursă de claritate, aducând adevărul la lumină, capabilă să distingă boala, patologia. Din aceasta ea devine vehiculul prin care nu numai doctorul, dar și pacientul însuși descoperă ce este real sau nu în simptomele sale. Prin privirea clinică doctorii devin competenți în a face judecăți despre sănătate și boală. Prin ea medicul a dobândit autoritate științifică, el devenind expert în culegerea datelor inaccesibile pacientului. Prin privirea clinică medicul are putere diagnostică și de control al bolii și evoluției ei. Această privire disecă, segmentează și dezassemblează suferința pacientului. În timp ce pacientul simte, medicul vede și aceasta prevalează. Foucault spunea însă că boala în sine nu se relevă niciodată simțurilor, ea se relevă în sine numai rațiunii. Simptomul nu cuprinde o esență patologică, toate simptomele combinate sunt fenomenul ce constituie boala. De aceea privirea clinică nu are o valoare în sine dacă nu este asociată cu privirea anatomo-clinică, care aduce date care o fac să fie parte a raționamentului medical. În felul acesta privirea clinică unește datele perceptivă cu cele interioare corpului uman și devine un instrument al diagnosticului clinic.

Pacientii doresc si chiar invita medicul sa le exploreze corpul, atat cu privirea, cat si prin alte mijloace care duc la culegerea semnelor presupusei lor boli. Medicii, la randul lor utilizeaza privirea atat pentru a inspecta, analiza, evalua, diagnostica, cat si pentru a transmite diferite mesaje emotionale. Astfel, ei utilizeaza observatia vizuala atat ca o tehnica de colectare a datelor, cat si ca o tehnica de comunicare non-verbala. De la inceput medicul utilizeaza privirea sa pentru a face un contact vizual cu pacientul sau. Contactul vizual este de mare importanta de-a lungul intregii interactiuni pentru ca in acest fel medicul transmite interesul, atentia profesionala, consideratia si preocuparea de a culege informatii si de a face un diagnostic corect. In plus, privirea este vehiculul pentru empatie. Privirea clinica imprumuta si caracteristici ale privirii obisnuite pentru ca ea invita pe celalalt, pacientul, de a privi inapoi si astfel pacientul priveste si observa medicul. Privind unul la altul, atat pacientul cat si medicul pot afla ceva despre cine sunt (Shapiro, 2003).

Obiectivitatea este o virtute epistemologica la care medicii aspira pentru a da medicinii o aparenta stiintifica. Insa obiectivitatea este specifica cultural, variind in timp, loc si profesie. In timpul educatiei la Facultatea de Medicina, medicii invata versiunea stiintifica a obiectivitatii, incercand sa puna intre paranteze potentialele surse de eroare precum influenta selfului asupra datelor stiintifice. In practica, totusi, obiectivitatea medicala este altceva decat obiectivitatea stiintifica. Obiectivitatea medicala este situata la interfata dintre medici si corpurile pacientilor lor si este mai mult narativa decat reproductiva. Fiecare pacient este unic si, in ciuda abordarii statistice, variatia intereindividuala a datelor in medicina este foarte mare. Obiectivitatea medicala, in opozitie cu obiectivitatea stiintifica, este cel mai bine inteleasa ca o atitudine discursiva, iar medicina ca o practica doar utilizatoare de stiinta, ramanand in sine o practica umanista si morala (Pearson, 2019). La care Good (1994) adauga ca educatia medicala este in mare parte o formare ideologica. Ea nu oglindeste natura in mod direct si nici nu furnizeaza fundamentul pentru o antropologie medicala, limbajul medicinei fiind un "*limbaj cultural*", iar constructia sa fiind istorica. Epistemologia medicala este de natura interpretativa.

Studentii la medicina invata sa faca parte din tabloul practicii medicale si afla ca aceasta practica este un mod mediat simbolic de actiune sociala (Good, 1994). Mary-Jo Good (1994), sotia lui Byron Good, amandoi antropologi de renume, face o cercetare calitativa a narativelor furnizate de studentii de la School of Medicine de la Universitatea Harvard. Mary-Jo incepe prin a reproduce ceea ce spunea o studenta descriind cum educatia medicala a schimbat-o. Aceasta studenta spunea: "*scoala medicala este ciudata, este o experienta emotionala fortata pentru ca*

are experiențe neobisnuite. Școala medicală cere un angajament total în ceea ce faci și interacționează profund cu gândurile și emoțiile tale, școala îți schimbă gândurile în fiecare zi, le determină în fiecare zi într-un mod specific". Studentii au descris cum medicina construiește "obiectele" ei pe care viitorii medici le studiază, spunând că medicina formalizează corpul uman și boala într-un mod distinctiv simbolic. Aceste forme simbolice mediază și organizează forma distinctă a realității în special prin intermediul limbajului. Acceptând că medicina construiește obiectele sale ca forme simbolice înțelegem de ce unii spun că medicina are de multe ori aparența unei ideologii.

Mary-Jo Good (1994) continuă afirmând că realitatea și cunoașterea în medicină sunt complexe și cere studentilor un efort extraordinar pentru a o cuprinde. Cantitatea enormă de informații și responsabilitatea față de pacientul îngrijit copleșesc studentul. Învățarea medicinei nu este doar incorporarea unei cunoașteri și a unei tehnici de rezolvare a problemelor, ci este mai curând un proces de a învăța să locuiești într-o lume nouă, cu o experiență fără precedent în lumea obișnuită, o lume în care cunoașterea corpului sănătos și bolnav se îngemanează cu suferința subiectivă a pacientului. A învăța medicină înseamnă să dezvolti cunoașterea acestei dimensiuni distincte a lumii vieții, "lifeworld" în sensul lui Husserl, o lume pe care oamenii o pot experimenta doar împreună și care reprezintă fundamental pe care se construiește cunoașterea prin experiențe trăite. A învăța medicină înseamnă să începi să ai oportunitatea de a vedea și participa la felul cum lumea medicinei construiește o lume distinctivă a experienței, o lume plină de obiecte care nu sunt parte a lumii de zi cu zi. A învăța medicină înseamnă să dezvolti o cunoaștere a acestei lumi a vieții care este distinctă de cea obișnuită și astfel să intri într-un sistem diferit al realității.

Mai departe Mary-Jo Good (1994) analizează naratiunile studentilor despre lumea medicinei în care ca să intri nu este suficient să cunoști limbajul și faptele de bază ale medicinei, ci mai trebuie să cunoști și practicile fundamentale prin care medicul se angajează și formulează realitatea specifică a acestei lumi. Aceste practici includ modurile specializate de a vedea, scrie și vorbește ale medicului. Apoi, educația medicală furnizează modalități de intrare în interiorul corpului omenesc și astfel pentru medici corpul uman devine transparent. Aceasta se face prin învățarea anatomiei, prin microscop și prin procedeele de imagistică medicală. În lumea medicinei, corpul pe care-l studiază medicii este distinct de corpul cu care interacționăm în fiecare zi. Corpul medical este o organizare specifică a percepțiilor și cognițiilor ce izvorăsc din privirea clinică a acestuia. Aceasta privire trece dincolo de suprafața pielii, este o intruziune spre interiorul

persoanei, este o privire alternativa fata de cea obisnuita pe care medicul o stapaneste dupa ani de studiu si experienta, prin care leaga datele obiective ale perceptiei cu elemente de anatomie si fiziologie a corpului inaccesibil privirii. Aceasta privire porneste sau se opreste la vointa medicului, ea alterneaza cu privirea obisnuita, cea de toate zilele. Si Mary-Jo Good (1994) incheie spunand ca educatia unui medic este ca si invatarea unei limbi straine pe care trebuie sa o vorbeasca toata cariera. Este limbajul prin care se construiesc realitatea medicala.

Iata de ce m-am oprit la "privirea clinica" a lui Foucault. Fara deprinderea acestei "priviri" medicina moderna nu ar fi existat! Radiologia, computerul tomograf, explorarile cu rezonanta magnetica cauta sa duca mai departe in corp aceasta privire medicala, dar niciodata privirea aparatului nu va inlocui privirea medicului! Relatia fata in fata medic-pacient este cheia cu care se descifreaza misterul bolii si al sanatatii.

Bibliografie:

Ackerknecht EH (1967): *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848*, John Hopkins Press

Aho K (2018): *Existential Medicine: Heidegger and the Lessons from Zollikon*, in Kevin Aho (Ed.): *Existential Medicine Essays on Health and Illness*, London, New York: Rowman & Littlefield International.

Applebaum M (2012) *Key ideas in phenomenologyL The natural attitude*, Saybrook Forum, Blog, Psychology, August 20, 2012. <https://phenomenologyblog.com/?p=616>.

Bakhtin MM (1981): *The Dialogic Imagination*, translated by C. Emerson and M. Holquist. Austin: University of Texas Press.

Bakhtin MM (1984): *Problems of Dostoevsky's Poetics*, translated by C. Emerson. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Bateson G (1979): *Mind and Nature: A Necessary Unity*, New York: E. P. Dutton.

Batson CD (2009): *These things called empathy: Eight related but distinct phenomena*. In J Decety, W Ickes (Eds.): *The Social Neuroscience of Empathy*, Cambridge, MA: MIT Press.

Beauchamp T, Childress JF (1979): *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford: Oxford University Press.

Beckman HB, Frankel RM (1984): *The effect of physician behavior on the collection of data*. *Annals of Internal Medicine*, 101: 692–696.

Bensing JM (1991): Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice. Dissertation. NIVEL, Utrecht.

Bernet R, Kern I, Marbach E (1993): An Introduction to Husserlian Phenomenology. Evanston, IL: Northwestern University Press.

Bohl V (2014): How do we understand others? Beyond theories of mindreading and interactionism, Dissertations Philosophicae Universitatis Tartuensis, Nijmegen: University of Tartu Press.

Bormuth M (2019): Karl Jaspers, in G Stanghellini et al (Eds.): The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology, Oxford: Oxford University Press.

Bracken P, Thomas P (2005): Postpsychiatry: Mental Health in a Postmodern World, Oxford: Oxford University Press.

Breyer T (2020): Empathy, sympathy, and compassion, in T Szanto, H Landweer (Eds.): The Routledge Handbook of Phenomenology of Emotion, New York: Routledge.

Carruthers P (1996): Simulation and self-knowledge: A defence of theory-theory, in P Carruthers, PK Smith (Eds.): Theories of Theories of Mind, Cambridge: Cambridge University Press.

Chaitchik S, Kreitler S, Shaked S, Schwartz I, Rosin R (1992): Doctor-patient communication in a cancer ward. *J. Cancer Educ.* 7: 41-46.

Charon R (2001): Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession and trust, *JAMA*, 286(15): 1897-1902.

Clouser KD, Gert B (1990): A critique of principlism. *J. Med. Philos.*, 15(2): 219–236.

Decety J, Lamm C (2009): Empathy versus Personal Distress: Recent evidence from social neuroscience, in J Decety, W Ickes (Eds.): *The Social Neuroscience of Empathy*, Cambridge, MA: MIT Press.

Decety J (2020): Empathy in medicine: What it is, and how much we really need it, *American Journal of Medicine*, 133: 561–566.

De Jaegher H, Di Paolo E, Gallagher S (2010): Can social interaction constitute social cognition? *Trends Cogn Sci* 14(10):441-447; DOI: 10.1016/j.tics.2010.06.

Dennett DC (1978): Beliefs about beliefs, *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4): 568-570.

Di Pellegrino G, Fadiga L, Fogassi L et al (1992): Understanding motor events: A neurophysiological study. *Experimental Brain Research*, 91(1): 176–180.

Duranti A (2010): Husserl, intersubjectivity and anthropology. *Anthropological Theory*, 10(1): 1-20.

Ekman E, Halpern J (2015): Professional distress and meaning in health care: Why professional empathy can help, *Social Work in Health Care* 54(7): 633-650.

Elliott R, Bohart AC, Watson JC, Greenberg LS (2011): Empathy, in J. Norcross (Ed.): *Psychotherapy Relationships that Work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Erhard C (2022): Husserlian Intentionality, in H Jacobs (Ed.): *The Husserlian Mind*, New York: Routledge.

Fernández-Ballesteros R, Sánchez-Izquierdo M, Olmos R, et al. (2019): Paternalism vs. autonomy: Are they alternative types of formal care? *Front. Psychol.* 10:1460. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01460.

Finset A (2010): Conceptual explorations on person-centered medicine: emotions, narratives and empathy in clinical communication. *International Journal of Integrated Care*, 10(5): 63-56; DOI: 10.5334/ijic.490

Fleischman S (1999): I am . . . , I have . . . , I suffer from . . . : a linguist reflects on the language of illness and disease, *Journal of Medical Humanities and Cultural Studies*, 20(1): 3-32.

Fleischman S (2001): Language and Medicine, in D Schiffrin et al (Eds.) *The Handbook of Discourse Analysis*, New York: Blackwell Publ.

Fong Ha J, Longnecker N (2010): Doctor-Patient Communication: A Review, *The Ochsner Journal* 10:38–43.

Foucault M (1973): *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*, New York: Random House

Freeman T (2016): *McWhinney 'sTextbook of Family Medicine* (4rd ed.), New York: Oxford University Press.

Friedman HS (1979): Non-verbal communication between patients and medical practioners. *J. Soc. Issues* 35: 82-88.

Fuchs T, De Jaegher H (2009): Enactive intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation, *Phenom Cogn Sci*, 8:465–486, DOI: 10.1007/s11097-009-9136-4.

Fuchs T (2013): Depression, intercorporeality, and interaffectivity. *Journal of Consciousness Studies*, 20(7-8): 219–238.

Gallagher S (2001): The Practice of Mind: Theory, Simulation, or Interaction? *Journal of*

Consciousness Studies 5–7: 83–108.

Gallagher S (2005): *How the Body Shapes the Mind*, Oxford: Oxford University Press.

Gallagher S (2008): Direct Perception in the Interactive Context. *Consciousness & Cognition* 17(2): 535–543.

Gallagher S (2009): Two problems of intersubjectivity, *Journal of Consciousness Studies* 16(6-8): 289-308.

Gallagher S (2012): Empathy, simulation, and narrative, *Science in Context* 25(3): 355-381.

Gallese V (2007): Before and below ‘theory of mind’: Embodied simulation and the neural correlates of social cognition. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 362(1480), *Social Intelligence: From Brain to Culture*: 659-669.

Gallese V, Goldman A (1998): Mirror neurons and the simulation theory of mindreading, *Trends in Cognitive Sciences* 2(12): 493-501.

Geertz C (1973): *The Interpretation of Cultures: Selected Essays by Clifford Geertz*.. New York: Basic Books, Inc., Publishers.

Gillon R (1994): Client-health care worker relationships and health care ethics—introduction, in R Gillon, A Lloyd (Eds.): *Principles of Health Care Ethics* Chichester: Wiley.

Goldman A (1989): Interpretation psychologised, *Mind & Language*, 4(3): 161–185.

Goldman A (1993): The Psychology of folk psychology. *Behavioral and Brain Sciences* 16(1): 15-28.

Goldman A (2006): *Simulating Minds: The Philosophy, Psychology, and Neuroscience of Mindreading*. Oxford; New York: Oxford University Press.

Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Good Mary-Jo (1994): How medicine constructs its objects, in BJ Good (Ed.): *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Gordon RM (1986): Folk psychology as simulation, *Mind & Language*, 1(2): 158-171.

Guidi C, Traversa C (2021): Empathy in patient care: from ‘Clinical Empathy’ to ‘Empathic Concern’, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24: 573–585; DOI: 10.1007/s11019-021-10033-4.

Hall JA, Roter DL, Rand CS (1981): Communication of affect between patient and physician, *J Health Soc Behav.* 22(1):18–30.

Halpern J (2001): *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*, Oxford: Oxford University Press.

Halpern J (2014): From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17 (2): 301–311.

Hardy C (2017): *A Phenomenological Approach to Clinical Empathy: Rethinking Empathy Within its Intersubjective and Affective Contexts*, Graduate Theses and Dissertations, Department of Philosophy, College of Arts and Sciences, University of South Florida, <http://scholarcommons.usf.edu/etd/6855>.

Hardy C (2019): Clinical sympathy: the important role of affectivity in clinical practice, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22: 499–513, DOI: 10.1007/s11019-018-9872-8.

Heal J (1986): Replication and functionalism, in J Butterfield (Ed.): *Language, mind and logic*, Cambridge: Cambridge University Press.

Hodges S, Wegner D (1997): Automatic and controlled empathy, in W Ickes (Ed.): *Empathic Accuracy*, New York, NY: Guilford.

Hoerl C (2013): Jaspers on explaining and understanding in psychiatry, in G Stanghellini, T Fuchs (Eds.): *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology*, Oxford; Oxford University Press.

Huntington B, Kuhn N (2003): Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. In: *Proc Bayl Univ Med Cent*, 16: 157–161.

Husserl E (1950): *Cartesian Meditations: An Introduction to Phenomenology*, translated by Dorion Cairns, Boston: Kluwer Academic Publishers.

Husserl E (1973): *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität (On the Phenomenology of Intersubjectivity)*, Texts from the Nachlass, ed. Iso Kern, *Husserliana*, vols. XIII, XIV, XV. The Hague: Nijhoff.

Husserl E (1982): *Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy. First Book: General Introduction to a Pure Phenomenology*. Translated by Fred Kersten. The Hague: Martinus Nijhoff.

Husserl E (1999): *The Essential Husserl*, D Welton (Ed.), Bloomington: Indiana University Press.

Husserl E (2006). The Natural Attitude and the “Natural Concept of the World”. in: *The Basic Problems of Phenomenology*. Edmund Husserl Collected Works, vol 12; Dordrecht: Springer, DOI: 10.1007/1-4020-3789-9_1.

Jahoda G (2005): Theodore Lipps and the shift from “sympathy” to “empathy”, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41: 151–163.

Jaspers K (1959): *General Psychopathology*, trans. Hoenig J, Hamilton MW, Baltimore, MD: Johns Hopkins University; 1997.

Karrar S (2019): *The Gaze, Language and Death in 21st Century Medical Discourse: A critical analysis based on Foucauldian historico-philosophical analysis of the birth of modern medicine*, Dissertation at Erasmus School of Philosophy, Rotterdam: The Netherlands.

Kim, Gary (2004) "Mikhail Bakhtin: The Philosopher of Human Communication," *Totem: The University of Western Ontario Journal of Anthropology*: Vol. 12(1): article no. 8:
<http://ir.lib.uwo.ca/totem/vol12/iss1/8>

King NM, Stanford AF (1992): Patient stories, doctor stories, and true stories: a cautionary reading, *Literature and Medicine*, 11(2):185–199.

Lachman P (2013): Redefining the clinical gaze, *Brit Med J Qual Saf*, 22: 888–890.

Lanzoni S (2012): Empathy in translation: Movement and image in the psychological Laboratory, *Science in Context* 25(3): 301-327.

Lishner DA, Stocks E, Steinert SW (2017): Empathy, in V Zeigler-Hill, TK Shackelford (Eds.): *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, Springer Intl. Publ., DOI: 10.1007/978-3-319-28099-8_513-1.

Luft S (1998): Husserl's Phenomenological Discovery of the Natural Attitude, *Continental Philosophy Review* 31: 153-70.

Luft S (2002): Husserl's Notion of the Natural Attitude and the Shift to Transcendental Phenomenology, *Analecta Husserliana*, 80: 114-119.

Mallia P (2013): *The Nature of the Doctor–Patient Relationship*, Springer Briefs in Ethics, DOI: 10.1007/978-94-007-4939-9_1

Mintz D (1992): What’s in a word? The distancing function of language in medicine. *Journal of Medical Humanities*, 13: 223–233.

Misselbrook D (2001): *Thinking about patients*, Newbury: Petroc Press, (now Oxford: Radcliffe Press).

Morton A (1980): *Frames of Mind: Constraints on the Common-Sense Conception of the Mental*, Oxford; New York: Clarendon Press; Oxford University Press.

Morton A (2009): Folk psychology, in A Beckermann et al (Eds.): *The Oxford Handbook of Philosophy of Mind*, Oxford: Oxford University Press.

Nussbaum Martha (1996): Compassion: The basic social emotion, *Social Philosophy and Policy*, 13 (1): 27–58.

Ollagnier-Beldame M, Cazemajou A (2019): Intersubjectivity in first encounters between healthcare practitioners and patients: Micro-phenomenology as a way to study lived experience. *The Humanistic Psychologist*, 47 (4):404-425.

Ong LML, De Haes JC, Hoos AM, Lammes FB (1995): Doctor-patient communication: a review of the literature, *Soc. Sci. Med.* 40 (7): 903-918.

Parnas J, Sass LA (2008): Varieties of “phenomenology”: On description, understanding and explanation in psychiatry, in KS Kendler, J Parnas (Eds.): *Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology, and Nosology*, Baltimore: John Hopkins University Press.

Pearson R (2016): *Medical Objectivity: The Narratives that Structure Knowledge and Identity in Medicine*, dissertation for degree of Doctor of Philosophy, The University Of Texas Medical Branch at Galveston, the Graduate School of Biomedical Sciences, and the Medical Humanities Graduate Program.

Pellegrino ED (1994): The four principles and the doctor-patient relationship: the need for a better linkage, in: R Gillon, A Lloyd (Eds.): *Principles of Health Care Ethics*, Chichester: Wiley.

Pellegrino ED, Thomasma DC (1993): *The Virtues in Medical Practice*, New York: Oxford University Press.

Pellegrino ED, Thomasma DC (1998): *For the Patient’s good: the restoration of Beneficence in Health Care*, New York: Oxford University Press.

Pellegrino ED (2001): Philosophy of medicine: should it be teleologically or socially constructed? *Kennedy Inst Ethics J.*, 11(2):169–180.

Pellegrino ED (2006): Toward a reconstruction of medical morality, *American Journal of Bioethics*, 6: 65–71.

Pirbhai A (2003): Communication in the clinical encounter: dealing with the disparities, *Einstein J. Biol. Med.* (2003) 20:19-22.

Premack D, Woodruff G (1978): Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(04): 515-526.

Potter NN (2013): Empathic foundation of clinical knowledge, in KWM Fulford et al (Eds.): *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press.

Ratcliffe M (2007): *Rethinking Commonsense Psychology: A Critique of Folk Psychology, Theory of Mind and Simulation*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C (2009): The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives, *Br J Gen Pract*, 59(561): e116-133; DOI: 10.3399/bjgp09X420248.

Ristić AJ, Zaharijević A, Miličić N (2021): Foucault's Concept of Clinical Gaze Today *Health Care Analysis*, 29(2): 99-112, DOI: 10.1007/s10728-020-00402-0.

Roter DL, Hall JA, Katz NR (1987): Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Med. Care* 25: 437-446.

Ruthrof H (2019): *Intersubjectivity in Clinical Encounters*, Murdoch University, Perth, Western Australia, <https://www.fmperplex.com/2019/01/28/intersubjectivity-in-clinical-encounters/>

Shamay-Tsoory S (2009): Empathic processing: Its cognitive and affective dimensions and neuroanatomical basis, in J Decety, W Ickes (Eds.): *The Social Neuroscience of Empathy*, Cambridge, MA: MIT Press.

Shapiro J (2002): (Re)Examining the clinical gaze through the prism of literature, *Fam Syst & Health*, 20:161-171

Shapiro J (2011): The paradox of teaching empathy in medical education, in J Decety (Ed.): *Empathy: From Bench to Bedside*, Cambridge: MIT Press.

Shelp EE (1983): Introduction, in EE Shelp (Ed.): *The Clinical Encounter: The Moral Fabric of the Patient-Physician Relationship*, Dordrecht, The Netherlands: Reidel.

Smith J (2017): What is empathy for? *Synthese*, 194: 709–722, DOI: 10.1007/s11229-015-0771-8.

Stern DN (2004): *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology), New York: W. W. Norton & Company.

Stivers T, McCabe R (2021): Dueling in the clinic: when patients and providers disagree about healthcare recommendations, *Social Science & Medicine* 290, 114140, DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.114140

Strong T, Busch R, Couture S (2008): Conversational evidence in therapeutic dialogue, *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3): 388–405.

Sullivan M (2003): The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health, *Social Science & Medicine*, 56: 1595–1604.

Tamborini R, Stiff J, Heidel C (1990): Reacting to graphic horror: A model of empathy and emotional behaviour, *Communication Research*, 17: 616–639.

Timmermans S (2020): The engaged patients: the relevance of patients physician communication for twenty first century health, *J. Health Soc. Behav*, 61: 259-273.

Tisseron S, Virole B, Givre P et al (2013): Subjectivation et Empathie Dans Les Mondes Numériques. Dunod, <https://doi.org/10.3917/dunod.tisse.2013.01>.

Toffler A (1990): *Powershift: Knowledge, Wealth and Violence at the Edge of the 21st Century*, New York: Bantam Books.

Waddington I (1973): The Role of the Hospital in the Development of Modern Medicine: A Sociological Analysis, *Sociology*, 7: 211-224; DOI: 10.1177/003803857300700204

Welch EP (1965): *The Philosophy of Edmund Husserl: The Origin and Development of His Phenomenology*, New York, Octagon Books, Inc.

Zahavi D (2001): Beyond empathy: Phenomenological approaches to intersubjectivity. *Journal of Consciousness Studies*, 8(5-7): 151-167.

Zahavi D (2011): Empathy and Direct Social Perception: A Phenomenological Proposal. *Review of Philosophy and Psychology*, 2(3): 541–558.

Zahavi D (2014): *Self and Other: Exploring Subjectivity, Empathy, and Shame*, Oxford: Oxford University Press.

* * *