

COMO ESCUTAR MELHOR OS NOSSOS PACIENTES?

TRADUZIDO POR RUTE BRITES



Eric Galam

Resumo: Ser médico exige uma profunda articulação entre saber, competência relacional e identidade profissional. Cada médico torna-se “parte” da patologia do seu paciente, na medida em que é investido de uma função organizadora e estruturante da doença, enquanto “cuidador”. Como fazê-lo da melhor forma?

Não só através do que sabe, e faz, mas sobretudo através do que ele é, o médico consegue aceder, assim, à vivência de cada doente.

A atitude de escuta activa, bem como as condições que a permitem - congruência, consideração incondicional positiva e empatia (descritas por Rogers) - desempenha um importante papel, no esclarecimento da relação médico-doente.

Contudo, em Medicina, pela responsabilidade provisional e humana assumida por cada médico, nem sempre é fácil manter essas atitudes, mesmo quando sabemos que qualquer acto de cuidar passa pela relação, enquanto relação de ajuda.

Geralmente, o privilégio é dado ao saber, em detrimento da relação e da identidade, quer do paciente, quer do médico. Contudo, é possível estabelecermos um paralelo: poderíamos pensar na empatia como aquilo que o médico sabe; na consideração incondicional positiva como aquilo que faz e na congruência como aquilo que ele é.

Se pensarmos de acordo com as ideias de Rogers, será a identidade de cada médico o principal factor no estabelecimento da relação com o paciente. Serão as características próprias da cada médico que definirão a sua especificidade, tomando cada relação uma vivência única, tanto para o doente como para si próprio.

Palavras-Chave: médico - paciente - identidade profissional - saber - relação

Abstract: Being a doctor demands a deeply articulation between knowledge, relational skills and professional identity. Fuh doctor becomes “part” of his patient pathology, in the measure that he’s invested with a disease organizing and structuring function, while “euctaker”. What is the best way to do it?

Not only through what he knows, and does, mostly through what he is, he can achieve to each patient experience.

The active listen attitude - as the conditions that allow it - congruence, positive unconditional regard and empathy (described by Rogers) - plays an important role, in the doctor-patient relation establishment.

However, in Medicine, because of the human and professional responsibility assumed by each doctor, it’s not always easy to maintain those attitudes, even when we know that any care act passes by relation, while helping relation.

Generay, the privilege is given to knowledge, in detriment of relation and identity, the patient’s and doctor’s one. However, it is possible for us to establish a parallel: we could think in empathy as what the doctor knows; in positive unconditional regard as what he does; and in congruence as what he is.

If we think according to Rogers’ ideas, it will be each doctor’s identity the principal factor in the establishing of the relation with the patient. It will be the characteristics of each doctor to. define his specificity, turning any relation a uuu’que experience, not only for the patient but also to himself.

Key-Words: physician - patient - professional identity - knowledge - relation

A maneira de ser médico depende da articulação entre saber, competência relacional e identidade profissional. Ainda que pouco aparente esta última é, contudo, determinante na escuta dos pacientes.

Se geralmente é reconhecido que a doença evolui entre a sua dinâmica interna e os tratamentos que se lhe opõem, é frequentemente mais difícil admitir que ela depende também da forma como é vivida pelo sujeito que está em interação e que a integra na sua vida, em outros termos, ela é tributária do doente e da forma como ele “gere” a sua doença.

A Identidade Profissional do Médico

O médico faz parte da doença

As características da pesquisa científica e a necessidade legítima de retirar as práticas médicas do seu obscurantismo, tendem a procurar uma certa objectividade tanto na doença como nos tratamentos: segundo o paradigma habitual, todo o médico deveria, de facto, poder cuidar de todos os pacientes, a qualquer momento, e da mesma maneira.

Ora, paralelamente a pertinência das investigações diagnósticas e das estratégias terapêuticas, todos nós sabemos que a personalidade do doente, a sua combatividade, a sua adesão aos projectos terapêuticos, são todos eles factores que influenciam fortemente o prognóstico.

Da mesma forma, se o médico é investido de uma função técnica que “organiza” (Balint) as doenças dos seus pacientes, ele incarna então tanto os, tratamentos como as doenças. A este respeito, as relações do indivíduo com as suas doenças e com os seus tratamentos dependem também das relações que ele mantém com os seus médicos, os quais fazem assim, literalmente, “parte” das suas doenças.

O médico cuida...

Qual seria a “metabolização” ideal da doença? Porque é que “se fica” doente? Qual o sentido, e qual o lugar da doença na vida, seja ela curável ou não? Como cuidá-la?... e outras tantas questões eminentemente complexas cujas respostas são, sem dúvida, tão numerosas como os indivíduos.

Naquilo que nos diz respeito, enquanto profissionais, vamos centrar a nossa reflexão sobre o utensílio “médico” e esforçarmo-nos por descrever alguns modos de funcionamento e responder à questão “como ser médico?”

La façon d’être médecin dépend de l’articulation entre savoir, compétence relationnelle et identité professionnelle.

Bien que peu apparente, cette dernière est pourtant déterminante dans l’écoute des patients.

S’il est généralement reconnu que la maladie évolue à la fois du fait de sa dynamique interne et des traitements qui lui sont opposés, il est souvent plus difficile d’admettre qu’elle dépend aussi de la façon dont elle est vécue par le sujet qui en est atteint et métabolisée dans sa vie, en d’autres termes, qu’elle est tributaire du malade et de la façon dont il «gère» sa maladie.

L’Identité Professionnelle du Médecin

Le médecin fait partie de la maladie

Les caractéristiques de la démarche scientifique et le légitime besoin de sortir les pratiques médicales de leur obscurantisme tendent à faire rechercher une certaine objectivité aussi bien de la maladie que des traitements: selon le paradigme habituel, tout médecin devrait en effet pouvoir soigner tout patient, à tout moment et de la même façon.

Or, parallèlement à la pertinence des démarches diagnostiques et des stratégies thérapeutiques, nous savons tous que la personnalité du malade, sa combativité, son adhésion aux projets thérapeutiques sont autant de facteurs qui influencent fortement le pronostic.

De même, si le médecin est investi d’une fonction technique qui «organise» (Balint) les maladies de ses patients, il incarne alors aussi bien les traitements que les maladies. À ce titre, les rapports de l’individu à ses maladies et à ses traitements dépendent aussi des relations qu’il entretient avec ses médecins qui font ainsi littéralement «partir» de ses maladies.

Le médecin soigne...

Quelle serait la «métabolisation» idéale de la maladie? pourquoi «tombe-t-on» malade? quel sens et quelle place donner dans sa vie à sa maladie qu’elle soit guérie ou non? Comment se soigner?...et tant d’autres questions éminemment complexes dont les réponses sont sans doute aussi nombreuses que les individus.

Pour ce qui nous concerne, en tant que professionnels, nous allons centrer notre réflexion sur l’outil «médecin» et nous efforcer d’en décrire certains modes de fonctionnement et de répondre à «comment être médecin?».

Pelo que sabe: o seu saber documental e clínico sobre as doenças e a forma de as vivenciar, ou seja, o seu conhecimento das patologias, dos meios diagnósticos e terapêuticos e também dos processos psicológicos que acompanham as doenças e os cuidados. É necessário, para isso, integrar as noções de psicossomática, lembrando-se sempre que o seu paciente é um ser humano inserido num meio. O facto de compreender e conhecer o outro a partir de uma atitude de observação e escuta gera um saber que releva da inteligência e que permite colocar em prática uma estratégia diagnóstica e terapêutica.

Pelo que faz: a forma como utiliza os seus conhecimentos para recolher e transmitir informações, para prescrever e induzir comportamentos em casa ou no meio do seu paciente, noutras palavras, a sua sensibilidade e habilidade relacional para metabolizar a relação do paciente com as suas doenças, influenciando assim o seu curso.

Pelo que é: incarna e utiliza o “médico-remédio” a partir da sua identidade profissional. Cada um de nós tem uma forma muito específica de ser médico. Então, a personalização da prática, em medicina geral, evoca não somente a consideração da identidade, das necessidades e dos desejos do paciente mas também da personalidade do médico. Os níveis do saber, do fazer e do ser funcionam simultaneamente e influenciam-se mutuamente: aquilo que eu sei influencia aquilo que faço e aquilo que sou e, inversamente, a minha personalidade influencia o meu saber e os meus actos, tal como aquilo que faço modifica os meus conhecimentos e a minha identidade.

Uma identidade omnipresente

Aceitar que as nossas decisões sejam dependentes da nossa personalidade supõe um verdadeiro trabalho de introspecção e de questionamento que só se pode apoiar numa maturação complexa.

Com efeito, o acesso a cada uma destas facetas do médico, mesmo submetido aos arcanos da relação terapêutica, é tanto mais delicado quanto os níveis do saber, do fazer e do ser, estejam mais e mais implicados. Os médicos são formados primeiro para saber, de seguida para partilhar e por fim para existir (um pouco) enquanto pessoas.

Aumentar a qualidade e a pertinência do seu saber é mais fácil que trabalhar a sua competência relacional, e esta é ainda mais acessível que trabalhar a sua identidade profissional. Era, a isto que Balint se refe-

Par ce qu'il sait : son savoir livresque et clinique sur les maladies et la façon de les vivre, c'est-à-dire ses connaissances des pathologies, des moyens diagnostiques et thérapeutiques et aussi des processus psychologiques accompagnant les maladies et les soins. Il lui faut pour cela intégrer des notions de psychosomatique tout en se rappelant que son patient est un être humain inséré dans un milieu. Le fait de comprendre et connaître l'autre à partir d'une aptitude à l'observation et à l'écoute génère un savoir qui relève de l'intelligence et permet la mise en place d'une stratégie diagnostique et thérapeutique.

Par ce qu'il fait: la façon dont il utilise ses connaissances pour recueillir et transmettre des informations, pour prescrire et induire des comportements chez son patient ou son entourage, en d'autres termes sa sensibilité et ses compétences relationnelles. Pour prendre en compte la dynamique de la relation lors de la consultation, il lui faut aiguïser sa sensibilité et sa habileté relationnelle afin de métaboliser le rapport du patient à ses maladies influer ainsi sur leur cours.

Par ce qu'il est: il incarne et utilise le «remède médecin» à partir de son identité professionnelle. Chacun d'entre nous a une façon très spécifique d'être médecin. D'ailleurs, la personnalisation de la prise en charge en médecine générale évoque non seulement la prise en compte de l'identité, les besoins et désirs du patient mais aussi de la personnalité du médecin. Les niveaux du savoir, du faire et de l'être fonctionnent simultanément et s'influencent mutuellement: ce que je sais conditionne ce que je fais et qui je suis et, inversement, ma personnalité influence mon savoir et mes actes tandis que ce que je fais modifie mes connaissances et mon identité.

Une identité omniprésente

Accepter que nos décisions soient dépendantes de nos personnalités suppose un véritable travail d'introspection et de remise en cause qui ne peut s'appuyer que sur une maturation complexe.

En effet, l'accès à chacune de ces facettes du médecin, même rompu aux arcanes de la relation thérapeutique, est d'autant plus délicat que les niveaux du savoir, du faire et de l'être sont de plus en plus impliqués. Les médecins sont formés d'abord à savoir, ensuite à échanger et enfin à exister (un peu) en tant que personnes. Augmenter la quantité et la pertinence de son savoir est plus facile que de travailler sa compétence relationnelle, ce qui est encore plus accessible que de travailler son identité professionnelle. C'est

ria quando falava “de uma modificação limitada mas considerável na personalidade provisional do médico”.

É um trabalho sobre a “identidade profissional” que contribui para definir a “identidade privada” do médico. Essa reflexão assenta sobre a forma:

- de articular a sua vida privada e a sua actividade profissional;

- de separar, nesta última, os aspectos que dizem respeito a si próprio e aqueles que dizem respeito ao paciente;

- de utilizar e incarnar estes últimos (que constituem a quinta essência e o objecto da sua actividade), o saber e a habilidade que se espera dele enquanto profissional, e de “se aproximar o mais possível” à imagem que se tem do “bom” médico, do “doutor” que ele representa aos olhos dos seus pacientes, da sociedade e aos seus próprios olhos.

De facto, a identidade do médico intervém a todos os níveis dado que influencia a sua capacidade de integrar, reter e aplicar as noções teóricas e gerais no encontro com cada um dos seus pacientes. Ela determina também as suas representações da doença e do tratamento (“modelos etiológicos e terapêuticos” de Laplantine) e as suas concepções do “bom” doente (função apostólica). Enfim, ela intervém no lugar que ele deixa à medicina na sua vida enquanto eventual paciente ou familiar de paciente.

Condições de uma Escuta Activa

Podemos tomar mais clara a nossa reflexão sobre a articulação entre saber, competência relacional e identidade profissional com algumas noções elaboradas por Carl R. Rogers, nomeadamente no “desenvolvimento da pessoa”. Este psicólogo americano analisou as condições que permitem desenvolver a escuta ser activa e melhorar, assim, a comunicação e a troca no quadro de uma relação de ajuda.

Vamos relembrar brevemente estas condições e confrontá-las com as práticas médicas, sendo necessário esclarecer que, sujeitas às linguagens da doença e dos tratamentos e aos constrangimentos sociais, estas são bem mais abrangentes e complexas que simples psicoterapias.

A partir de uma abordagem centrada no paciente...

O primeiro movimento descrito por Rogers é a “capacidade de se centrar no cliente”. É necessário relembrar que a medicina está centrada no paciente e na ajuda que se lhe pode dar. Num quadro jurídico e deontológico particular, e em troca do pagamento de hono-

d’ailleurs ce qu’évoquait Balint lorsqu’il parlait «d’une modification limitée mais considérable dans la personnalité professionnelle du médecin».

C’est un travail sur « l’identité professionnelle », qui contribue à définir « l’identité privée », du médecin.

Cette réflexion porte sur sa façon :

- d’articuler sa vie privée et son activité professionnelle ;

- de repérer, dans celle-ci, les aspects qui le concernent lui-même et ceux qui concernent le patient ;

- d’utiliser et incarner dans ces derniers (qui constituent la quintessence et l’objet de son activité), le savoir et l’habileté attendus de lui en tant que professionnel et de «coller» à l’image qu’il se fait du «bon» médecin, du «docteur» qu’il représente aux yeux de ses patients, de la société et à ses propres yeux.

En fait, l’identité du médecin intervient à tous les niveaux puisqu’elle influe sur sa capacité à intégrer, retenir et appliquer les notions théoriques et générales dans la rencontre avec chacun de ses patients. Elle détermine aussi ses représentations de la maladie et du traitement («modeles étiologiques et thérapeutiques» de Laplantine) et ses conceptions du «bon» malade (fonction apostolique). Enfin, elle intervient dans la place qu’il laisse à la médecine dans sa vie en tant qu’éventuel patient ou proche de patient.

Conditions d’une écoute active

Nous pouvons éclairer notre réflexion sur l’articulation entre savoir, compétence relationnelle et identité professionnelle par quelques notions élaborées par Carl R. Rogers, notamment dans «le développement de la Personne». Ce psychologue américain a analysé les conditions permettant à l’écoute d’être active et d’améliorer ainsi la communication et l’échange dans le cadre d’une relation d’aide.

Nous allons rappeler brièvement ces conditions et les confronter aux pratiques médicales dont il nous faut pourtant préciser ici que, soumises aux langages de la maladie et des traitements et aux contraintes sociales, elles sont beaucoup plus larges et complexes que de simples psychothérapies.

À partir d’une approche centrée sur le patient...

Le premier mouvement décrit par Rogers est la «capacité à se centrer sur le client». Faut-il le rappeler, la médecine est centrée sur le patient et l’aide que l’on peut lui apporter. Dans un cadre juridique et deontologique particulier, et en échange du paiement d’honoraires, le médecin accorde du temps, de

rários, o médico concede o seu tempo, atenção e competência ao paciente que consulta. No conjunto, é uma coisa que fazemos bastante bem, às vezes mesmo muito bem, no caso de alguns de nós. No entanto, não somos completamente altruístas, também temos motivações e interesses mais ou menos conscientes e confessáveis. Assim, é necessário reconhecer que alguns médicos não hesitam em utilizar a medicina para seu benefício pessoal ou, mais subtilmente, para a medicina em geral estando então a clínica e os pacientes, de qualquer forma, ao serviço do Saber.

Uma vez este quadro definido, Rogers descreveu as atitudes que permitem ser facilitador” para o seu paciente, ou seja, favorecer a sua expressão e o seu desenvolvimento no quadro da relação. Estas atitudes são três: a congruência, a consideração incondicional positiva e a empatia.

... ser congruente. A “congruência” é a adequação mais perfeita possível entre aquilo com que se é confrontado, aquilo que se sente e o comportamento que se exprime. Implicar-se plenamente no seu devido lugar, não trapacear estando verdadeiramente presente e integrado face ao outro, escutar-se a si próprio para poder escutar o outro, é a condição primeira e incontornável para uma escuta de qualidade; pode também ser uma das suas principais dificuldades.

Com efeito, considera-se que o médico deve ser perfeitamente objectivo e neutro na sua relação com o paciente, enquanto que este último espera dele que seja também urna pessoa. Para mais, o clínico é, por vezes, levado a ocultar, diminuir, modular ou, pelo contrário, amplificar tal ou tal informação. Enfim o médico deve proteger-se, ou seja, preservar a devida distância entre ele e os seus pacientes. Para ajudar uma pessoa a resolver os seus problemas, é ainda necessário precisar, pelo menos aos nossos próprios olhos, quais as nossas próprias necessidades, constrangimentos e limites enquanto prestadores de cuidados. Devemos distinguir bem aquilo que releva os nossos problemas, as nossas responsabilidades ou os nossos desejos, e aquilo que releva os problemas e desejos dos nossos pacientes, dos seus familiares ou ainda das diferentes instituições que nos influenciam ou pesam sobre nós: Ordem dos Médicos, Segurança Social, poderes públicos, laboratórios farmacêuticos...

... adoptar uma “consideração incondicional positiva”. A “consideração incondicional positiva” consiste em não julgar o outro mas aceitá-lo como ser humano em mudança, respeitável e digno de ser acompanhado. Sendo ele mesmo o mais preocupado

l’attention et sa compétence au patient qui consulte. Dans l’ensemble, c’est une chose que nous faisons plutôt bien, parfois même trop bien pour certains d’entre nous. Pourtant, nous ne sommes pas complètement altruistes, nous avons aussi des motivations et des intérêts plus ou moins conscients et avouables. Ainsi, il faut bien reconnaître que certains médecins n’hésitent pas à utiliser la médecine pour leur bénéfice personnel ou, plus subtilement, pour la médecine en général, la clinique et les patients étant alors en quelque sorte mis au service du savoir. Une fois ce cadre défini, Rogers a décrit les attitudes qui permettent d’être «facilitateur» pour son patient, c’est-à-dire de favoriser son expression et son développement dans le cadre de la relation. Ces attitudes sont au nombre de trois : la congruence, la considération positive inconditionnelle et l’empathie.

...être congruent. La «congruence» est l’adéquation la plus parfaite possible entre ce à quoi l’on est confronté, ce que l’on ressent et le comportement que l’on exprime. S’impliquer pleinement à sa juste place, ne pas tricher tout étant vraiment présent et intègre face à l’autre, s’écouter soi-même pour pouvoir écouter l’autre, c’est la condition première et incontournable d’une écoute de qualité ; c’est aussi peut-être l’une de ses principales difficultés. En effet, le médecin est censé être parfaitement objectif et neutre dans sa relation au patient tandis que ce dernier attend de lui qu’il soit aussi une personne. De plus, le praticien est parfois amené à taire, moduler ou, au contraire, amplifier telle ou telle information. Enfin, le médecin doit se protéger, c’est-à-dire préserver la juste distance entre lui et ses patients. Pour aider une personne à régler ses problèmes, il nous faut donc préciser, au moins à nos propres yeux, quels sont nos propres besoins, nos contraintes et nos limites en tant que soignants. Nous devons bien distinguer ce qui relève de nos problèmes, de nos responsabilités ou de nos désirs, et ce qui relève des problèmes et désirs de nos patients, de leurs proches ou encore des différentes institutions qui nous influencent ou pèsent sur nous: ordre des médecins, Sécurité sociale, pouvoirs publics, laboratoires pharmaceutiques. ...

...adopter une «considération positive inconditionnelle». La «considération positive inconditionnelle» consiste à ne pas juger l’autre mais à l’accepter comme être humain en devenir, respectable et digne d’être accompagné. À la fois le plus concerné et le plus informé, c’est lui qui est le mieux à même de juger ce qui est bon pour lui et l’on peut, a priori, lui

ou o mais informado, é consequentemente, o melhor para julgar aquilo que é bom para si, podendo, à priori, dar-se-lhe confiança. Aquilo que o médico ouve só o compromete enquanto testemunha e acompanhante, não sendo questão para o médico ter de aderir ou cautionar o que quer que seja. Libertando a escuta do risco de um excesso de responsabilidade, este distanciamento permite-lhe ser mais fluido e tolerante. Nem tudo é assim tão simples para o médico que deve traduzir em sintomas as queixas que lhe são formuladas, e deve certamente, pelo menos, classificá-las e estruturá-las através de questões mais ou menos orientadas. É um pouco difícil manter uma não-directividade completa, pois enquanto profissionais submetidos a uma responsabilidade médico-legal e humana, é suposto que saibamos, em vez do doente, o que é que ele tem, transmitir-lhe e fazer com que ele se submeta àquilo que nós lhe prescrevemos. Contudo, podemos trabalhar o ser mais ou menos tolerantes face às escolhas, pedidos e observância dos nossos pacientes.

...ser empático. A empatia é a atitude de se esforçar para compreender o outro do interior, vendo a situação com os seus olhos. A compreensão intelectual não é senão um dos aspectos desse esforço que implica também a capacidade de receber com sensibilidade: está-se bem longe do simples reflexo perfeitamente objectivo e ainda mais de uma qualquer interpretação. No entanto, não se trata de “sofrer com” mas sim de se sensibilizar, de esforçar-se por imaginar o sofrimento do outro.

A empatia é uma atitude relativamente acessível para os médicos. Com efeito, se eles são formados justamente para colocar o sofrimento dos seus pacientes à distância, com o objectivo de melhor poderem aproximar-se do doente, são também confrontados no quotidiano, com o encontro com o outro, podendo desde logo, sem muita dificuldade, “compreender” aqueles que acompanham.

Problemáticas gerais ...

Para Rogers, estes movimentos são simultâneos e em interacção permanente. Encorajam-se e moderam-se mutuamente. A congruência permite e autoriza as duas outras atitudes, impedindo ao mesmo tempo o seu desenvolvimento sem entraves. Da mesma forma, a empatia leva tanto mais a aceitação quanto mais é temporária e implica a afirmação de si.

Trata-se de um verdadeiro dispositivo de escuta que se quer óptimo mas que pode ser alterado pela hipertrofia ou pela falta de um dos níveis: demasiada ou nenhuma escuta de si próprio, ou do outro, ou

faire confiance. Il s’agit là, paradoxalement, d’une mise à distance: ce que le médecin entend ne l’engage qu’en tant que témoin et accompagnant et il n’est pas question pour lui d’adhérer ou de cautionner quoi que ce soit. En libérant l’écoute du risque d’un excès de responsabilité, cette distanciation lui permet d’être plus fluide et tolérant.

Tout n’est pas aussi simple pour le médecin qui doit traduire en symptômes les plaintes qui lui sont formulées, et donc forcément au moins les clarifier et les structurer par des questions plus ou moins orientées. Une non-directivité complète est donc quelque peu difficile à mettre en œuvre, puisqu’en tant que professionnels soumis à une responsabilité médico-légale et humaine, nous sommes censés savoir à la place de l’autre ce qu’il a, le lui transmettre et faire en sorte qu’il se soumette à ce que nous lui prescrivons. Pourtant, nous pouvons travailler à être plus ou moins tolérants face aux choix, aux demandes et à l’observance de nos patients.

...être empathique. L’empathie est l’aptitude à s’efforcer de comprendre l’autre de l’intérieur en voyant la situation avec ses yeux. La compréhension intellectuelle n’est qu’un des aspects de cet effort qui implique aussi la capacité à recevoir avec sensibilité: on est bien loin du simple reflet parfaitement objectif et encore plus d’une quelconque interprétation. Pourtant, il ne s’agit pas de «souffrir avec mais bien de se sensibiliser, de s’efforcer d’imaginer la souffrance de l’autre.

L’empathie est une attitude relativement accessible pour les médecins. En effet, s’ils sont formés justement à mettre la souffrance de leurs patients à distance, pour pouvoir l’approcher, ils sont aussi, quotidiennement confrontés à la rencontre humaine et peuvent des lors, sans trop de difficulté, «comprendre» ceux qu’ils accompagnent.

Des problématiques générales...

Pour Rogers, ces mouvements sont simultanés et en interaction permanente. Ils s’encouragent et se modèrent tout à la fois. La congruence permet et autorise les deux autres attitudes tout en empêchant leur développement inconsidéré. De même, l’empathie incite d’autant plus à l’acceptation qu’elle est temporaire et ramène à l’affirmation de soi.

Il s’agit là d’un véritable dispositif d’écoute qui se veut optimal mais qui peut être altéré par l’hypertrophie ou le manque de l’un des niveaux: trop ou pas d’écoute de soi-même, ou de l’autre, ou encore de ce qu’il dit.

ainda do que ele diz.

A escuta pode também ser alterada por uma inversão da ordem das prioridades que consiste em centrar-se demasiado sobre o outro, esquecendo-se de si próprio ou querendo compreender uma mensagem, fazendo ao mesmo tempo um juízo sobre o emissor. Porque esses movimentos são também hierarquizados, a identidade afirmada e retraída (congruência) tendo primazia sobre a relação benevolente (consideração incondicional positiva), que é ela mesma previa à compreensão sensível (empatia).

É o inverso em Medicina onde se privilegia habitualmente o saber sobre a relação, enquanto que a identidade do paciente e ainda mais a do médico são consideradas pouco importantes. No plano do encontro com os seus pacientes, a empatia poderia, com efeito, corresponder àquilo que o médico sabe, a consideração incondicional positiva àquilo que ele faz, e a congruência ao que ele é.

Resta a questão das características gerais de uma escuta que se pretende “activa”. Da mesma forma, a relação doente-médico é marcada por problemáticas, algumas individuais e relativas, outras largamente colectivas: morrer, sofrer, ter medo, renunciar, suportar, pedir, observar, compreender, superar... estar presentes, em grau diverso, na consulta. De outro ponto de vista: escutar, prescrever, ordenar, aliviar, curar, acompanhar, ajudar... fazem parte integrante do acto de cuidar.

Assim, o mesmo movimento que leva a clínica a desenvolver uma nosografia para a doença e seus referenciais, nomeadamente as condutas a adoptar nas intervenções, leva Rogers a descrever as condições gerais para a relação de ajuda.

... e as relações específicas.

Contudo, se se aceita utilizar a grelha de Rogers, é a identidade e ainda as crenças e valores do médico, que determinam a sua maior ou menor adesão a essas formas de estar. As características específicas de cada médico definem as suas qualidades de presença, de escuta e de acompanhamento. Mais ou menos desenvolvidas e harmoniosamente compostas, a implicação adequada, a abordagem centrada no paciente, a integridade, a confiança no outro e a atitude de compreensão relativamente ao outro, desenham um perfil do médico que convém melhor a cada tipo de sujeito.

Trata-se, desde logo, da identidade e do encontro; não podem, com efeito, existir normas mas simplesmente grandes linhas descritivas que são mais ou menos facilitadoras.

Igualmente, para cada clínico, a pertinência, a arti-

L'écoute peut aussi être altérée par une inversion de l'ordre des priorités consistant à trop se centrer sur l'autre en s'oubliant soi-même ou à vouloir comprendre un message tout en jugeant celui qui l'émet. Car ces mouvements sont aussi hiérarchisés, l'identité affirmée et rétractée (congruence) primant sur la relation bienveillante (considération positive inconditionnelle), elle-même préalable à la compréhension sensible (empathie).

C'est l'inverse en médecine où l'on privilégie habituellement le savoir sur la relation tandis que l'identité du patient et encore plus celle du médecin sont considérées comme peu importantes. Sur le plan de la rencontre avec ses patients, l'empathie pourrait, en effet, correspondre à ce que sait le médecin, la considération positive inconditionnelle à ce qu'il fait, et la congruence à ce qu'il est.

Il est ici question des caractéristiques générales d'une écoute qui se veut «active». De même, la rencontre malade-médecin est marquée de problématiques, certes individuelles et relatives, mais aussi largement collectives: mourir, souffrir, avoir peur, renoncer, supporter, demander, observer, comprendre, surmonter...sont à des degrés divers présents dans la consultation. De l'autre point de vue: écouter, prescrire, ordonner, guérir, accompagner, aider...font partie intégrante de l'acte de soin.

Ainsi, le même mouvement qui pousse la clinique à développer une nosographie pour les maladies et des référentiels, voire des conduites à tenir, pour les prises en charge, amène Rogers à décrire des conditions générales pour la relation d'aide.

...et des rencontres spécifiques

Pourtant, si l'on accepte d'utiliser la grille de Rogers, c'est bien l'identité et donc les croyances et les valeurs du médecin qui déterminent sa plus ou moins grande adhésion à ces états d'être. Les caractéristiques spécifiques de chaque médecin définissent ses qualités de présence, d'écoute et d'accompagnement. Plus ou moins développées et harmonieusement agencées, la juste implication, l'approche centrée sur le patient, l'intégrité, la confiance en l'autre et l'aptitude à le comprendre dessinent un profil de médecin qui convient mieux à tel ou tel type de sujet.

Dès lors qu'il s'agit d'identité et de rencontre, il ne peut en effet exister de normes mais simplement des grandes lignes descriptives qui sont plus ou moins facilitatrices. De même, pour chaque praticien, la pertinence, l'articulation et le dosage relatif de savoir, d'habileté et de présence définissent une

culação e a dosagem relativa do saber, da habilidade e da presença, definem uma maneira muito específica de ser médico que, para além da universalidade da atividade de cuidados e das problemáticas que a acompanham, faz do encontro de cada médico com cada doente um acontecimento único.

façon tres spécifique d'être médecin qui, par delà l'universalité de l'activité de soins et des problématiques qui l'accompagnent, fait de la rencontre de chaque médecin avec chaque malade un événement unique.

Referências Bibliográficas:

- Balint, M. (1972). *Le medecine, son malade et la maladie*. Paris: Payot.
- Galam, E. (1996). *Le reffié de medecin*. In "Infiniment medecins" - P": Autrement.
- Galam, E. (1998). *Paroles en miroir*. In "L'Ecoute". Paris: Autrement.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologic de la maladie*. Paris: Payot.
- Rogers, C.R- (1988). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.