APPLIED NARRATIVE MEDICINE. WHEN PATIENTS NARRATE ABOUT THEMSELVES

Gabriela-Mariana Luca
Assoc. Prof., PhD, "Victor Babeş" University of Medicine and Pharmacy, Timişoara

Abstract: When talking about the concept of illness and health, anthropology becomes an extremely applied science, imposing extremely tight collaborations between anthropologists and various professionals from the health department.
During the last decade, anthropological research in the medical anthropology has expanded. We analyse: illness - not the patient's suffering, the behaviour of individuals from the core of a society, the idea of returning to healing methods (considered or not) certain parallel or complementary set in therapeutic dialogue with allopathic medicine, initiation in the medical profession, the patient-doctor relationship, the patient's relationship with their illness and their own bodies. This implies that we will always be analysing two types of thought process: on one hand traditional representations and practices and on the other hand the modern health system as it is implemented and as it functions in society, at a given time.
The means by which a population tried to separate the dysfunction of the body or the deviation from the well-being of the whole, the answers every generation found and passed on cannot dissociate completely not even in the current modern biomedical system. From an anthropological point of view, a researcher of the cultural body such as Le Breton[1] will always highlight the unique character of pain, the fact that the mere pronunciation of the word makes us think of a tear, of a "rupture" of the self.
With no pretension of redefining a linguistic code of pain, however trying to understand what it is from the point of view of the contemporary patient, a fundamental concept in the study and treatment of any pathological condition, slightly understudied in Romanian anthropological research, we analysed a questionnaire consisting of 37 questions distributed to a group of patients made out of 28 women and 44 men, admitted to some of the university hospitals in Timisoara, involving them in a captivating narrative exercise.

Keywords: narrative, medical anthropology, orality, prevention

Antropologie medicală "la gura sobei"

Modul în care o populație a încercat să separe disfuncția corpului sau abaterea de la buna funcționare a întregului, răspunsurile pe care fiecare generație le-a găsit și le-a transmis mai departe nu se pot disocia complet, nici în prezent, de sistemul biomedical modern.

Reprezentările și practicile populare i-au fascinat pe etnologi dintotdeauna, iar cercetările au culminat adesea cu analize fidele ale ofertelor terapeutice cu cea mai mare conotație magică și religioasă. În literatura antropologică vom găsi numeroase referiri la ritualuri de vindecare, incantații, vrăji, blesteme, profeții, dar orice societate este în continuă schimbare și, deși oamenii

[1] *Durerea* pune individul în relație cu sine, scrie Le Breton, este și *somatizare și semantizare*. http://www.institut-servier.com/download/douleur/8.pdf

ei se adaptează timpului în care trăiesc, va purta întotdeauna cu sine reminiscențe din memoria colectivă[2] .

Cercetarea în antropologia medicală este foarte diferită de ceea ce ar fi definit ca etnologie sau antropologie clasică[3]. O atenţie deosebită este acordată organizării sistemelor de sănătate, analizei modurilor de viață și bunei cunoașteri a practicilor de zi cu zi. Interacțiunea dintre cei care îngrijesc și cei care sunt îngrijiți a devenit un subiect fundamental de cercetare pentru studiile antropologice, adoptat de toate marile universități de medicină din lume. Putem spune deschis că antropologia medicală s-a separat radical de orientările sale mai vechi și de preocuparea constantă de a studia societățile numite, pe nedrept, primitive. Actanții analizați sunt, cel mai adesea, cetățeni ai societăților atât de tehnologizate din țările tot mai dezvoltate ale lumi. Prin 1960, când termenul de etnomedicină intra în uz, acesta făcea referire doar la acele sisteme de sănătate non-occidentale, considerate tradiționale, fiind sinonim cu noțiunea, abandonată în prezent, de medicină primitivă.

Biomedicina vestică, sistemul contemporan de vindecare bazat pe știința occidentală modernă, cu accent pe tehnologie în analiza corpului și diagnosticarea problemelor de sănătate este, de asemenea, un sistem etnomedical, studiat de antropologi ca sistem cultural[4].

Pentru a sublinia sensibilitatea subiectelor cu care operează, putem cita, de exemplu, cazul Japoniei, unde conceptul de *gotai* se referă la idealul de a menține structura corpului intactă, nu doar în viață ci și după moarte. Rigoarea conceptului refuză chiar și ideea nevinovatelor piercinguri în ureche (Ohnuki-Tierney 1994: 235). Când succesorul la tron, Prințul Naruhito, urma să se căsătorească, unul din criteriile importante în alegerea miresei a fost ca această să nu aibă urechile străpunse. Credința că doar un corp intact poate renaște se află la baza acestui ideal. Tocmai de aceea, din punct de vedere istoric, decapitarea era socotită forma absolută de a ucide pe veci un dușman. Atentarea la integritatea corporală promitea imposibilitatea renașterii dușmanului. Noțiunea de *gotai* introduce (iată, cultural) un motiv serios pentru ca intervențiile chirurgicale și transplantul de organe să aibă o rată destul de scăzută în Japonia (comparativ cu ceea ce se întâmplă în SUA), țară renumită pentru dezvoltarea sa tehnologică.

De asemenea, putem vorbi despre diversitate culturală și în ceea ce privește abordarea corpului ca o unitate fizică mărginită, cu vindecare concentrată doar pe un singur corp ori, dacă vindecarea poate atinge un cadru social mai larg, la un moment dat, pe întreaga sferă socială. Alte diferențe notabile sunt date de modul în care este privit corpul viu față de cel mort, în raport cu organele sale interne. De exemplu, în Statele Unite, un individ poate fi declarat mort, dacă creierul său este declarat ”mort”, chiar în condițiile în care inima sa continuă să bată, în timp ce alte culturi refuză astfel de etichetări.

Clasificarea discursurilor din punct de vedere anatomic, având în vedere corespondențele interne, stabilirea metodelor de receptare și a mijloacelor de colaborare între lingvistica și retorica medicală, stilistica sa (concepută nu doar ca tehnică ci, mai ales, conjunctiv) cu un accent specific pe deviație, conduc declarat spre matrice etno-lingvistice implicate în conceptul de sănătate și în toate intersecțiile sale sociale. Astfel, sarcina antropologilor se dovedește adesea dificilă. Boala

[2]Darian Leader, David Corfield, De ce se îmbolnăvesc oamenii?, Editura Trei,București, 2012

[3]Carol R. &MelvinEmber, *Encyclopedia of medical anthropology: Health and illness* in Lazarus RS, *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill; 1966.The world'scultures. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, DOI: 10.1007/0-387-29905-XE, 2004

[4] *Health, Illness, andHealing;* Ron Barrett. Aghor Medicine: *Pollution, Death, and Healing in Northern India*. Berkeley: University of California Press, 2008. Acest studiu asupra asceților hinduși Aghori din India ne arată modul în care aceștia s-au implicat, în zilele noastre, în vindecarea victimelor bolilor stigmatizate.

ca experiență culturală presupune analiza unei dihotomii pretențioasă și complicată: pe de o parte, boala ca problemă de sănătate biologică, iar pe de altă parte studiul atent, minuțios al percepțiilor și experiențelor culturale specifice referitoare la o problemă de sănătate.

Dimensiunea narativă a bolii poate fi evidențiată de-a lungul întregului traseu terapeutic și în timpului dialogului medic-pacient[5].

Analizând mai multe cazuri din perspectivă etnologică a relației medic-pacient, se poate spune că reacția cea mai frecventă a pacientului față de boala sa este exculparea[6].

Modul în care gândește pacientul român, influența asupra actului terapeutic a tot ceea ce reprezintă legăturile sale cu trecutul ori cu un prezent asediat mediatic de informațiile cele mai diverse, relația sa cu medicul curant ori modul în care și unul și celălalt sunt dispuși *să se povestească* sunt aspecte foarte puțin cercetate în antropologia medicală românească.

Îmbinând metodele sociologiei calitative americane de tip interacționist dar și a școlii europene de antropologie, am selectat și aplicat, la rândul nostru, tehnicile de bază cu care operează această ştiinţă, elaborând un chestionar de 37 de întrebări, distribuit de o studentă la medicină[7] din anul VI, cu reale aptitudini în comunicare, unui număr de 28 de femei și 44 de bărbați.

Analiza noastră s-a desfășurat pe trei niveluri, reprezentate de: conștientizarea suferinței, participarea la actul terapeutic, construirea, împreună cu pacientul, a unei adevărate strategii de prevenție.

Pentru fiecare dintre aceste situații, contextul cultural s-a dovedit definitoriu.

Când pacientul se povestește și povestește

Chestionarul a fost distribuit unor pacienți internați în câteva dintre spitalele universitare timișorene[8]. Majoritatea suferă de afecțiuni cronice: cardiovasculare, diabet zaharat, boli ale plămânilor, dislipidemii, insuficiență renală. Istoricul bolii a dezvăluit că în aproape toate aceste cazuri afecțiunea era preluată din familie. În ceea ce privește hipertensiunea arterială, osteoporoza, hipertiroidia, cancerul de colon, astmul bronșic și diabetul zaharat au fost declarate ca fiind moștenite pe linie maternă.

Li s-a cerut celor intervievați să descrie ceea ce simt, să aleagă un calificativ oferit de chestionar sau să completeze dumnealor lista, motivând alegerea. Termenii în care au exprimat durerea ca simptom (la nivelul corpului fizic), au fost, în general, cei mai cunoscuți și uzitați: *înțepătură, arsură, zgârietură, mâncărime, zvâcnitură, greutate/apăsare, întindere, strânsoare.* Disponibilitatea cadrului medical (în cazul nostru, studenta din an terminal) de a sculta povestea fiecărui episod patologic și de a încuraja detaliul în narațiune, a făcut ca discursul să se mute într-un mod radical de la simptom la cauză, într-un timp foarte scurt.

Aici s-ar cuveni, în interpretare, o separare pe gen a discursului narativ.

Am așezat cele două tipuri de intervenții la masculin, respectiv feminin și le-am interpretat ca atare.

---

[5] BertauxD., ”L’approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentalités” Cahiers internationaux de sociologie, 1980, LXIX, p.201

[6] Kleinman, A., “Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medecine”, University of California Press, 1995

[7] A. G., studentă la medicină generală, anul VI

[8] Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara, Institutul de Boli Cardiovasculare, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumophtisiologie ”Victor Babeș”, Spitalul Clinic Municipal de Urgență, Clinica de Obstetrică și Ginecologie Bega

Bolnavele sunt convinse, fără nicio excepție, că stresul trebuie că stă la baza tuturor afecțiunilor cu care s-au pricopsit, adăugânt apoi, cu ușoară vinovăție că ”s-ar putea” ca și neglijența să aibă un rol important.

Este foarte adevărat că ritmurile vieții moderne sunt deseori necruțătoare iar numărul studiilor care le sunt dedicate este semnificativ[9]. ”Relația dintre stres și boală este complexă. Susceptibilitatea la stres variază de la persoană la persoană. Un eveniment care cauzează o boală unei persoane nu poate provoca boli alteia. Evenimentele trebuie să interacționeze cu o mare varietate de factori de fond pentru a ajunge să se manifesteze în cele din urmă ca o boală. Printre factorii care influențează susceptibilitatea la stres sunt: vulnerabilitate genetică, stilul de *coping*[10], tipul de personalitate și sprijinul social. Atunci când ne confruntăm cu o problemă, evaluăm gravitatea problemei și încercăm să determinăm dacă avem sau nu resursele necesare pentru a face față problemei. Dacă noi credem că problema este gravă și nu dispunem de resursele necesare pentru a-i face față, ne vom percepe ca fiind sub stres[11]. Este modul nostru de a reacționa la situațiile care fac diferența în susceptibilitatea noastră la boală și la bunăstarea noastră generală”.

Poveștile ulterioare n-au fost lipsite de un ușor accent protean: ”dacă ați știi prin ce-am trecut eu, dar nimeni nu și-a dat seama… nu arăt oricui cum mă simt eu… .”

Întrebările referitoare la stilul de viață ne-au demonstrat că există schimbări radicale în societatea românească, impuse de consumerism și globalizare. Cei mai mulți dintre intervievați au recunoscut că „nu duc o viață prea sănătoasă”: consum zilnic de carne (bărbații), de dulciuri (femeile), tutun (65% dintre respondenți), mai puțin de opt ore de somn pe noapte (și femeile și bărbații).

Toți cei chestionați ar interpreta o eventuală recomandare medicală limitativă (hrană, alcool, tutun) ca pe o nouă frustrare adăugată la șirul de lucruri interzise în viața de zi cu zi. La nivel subtil, aceasta restricționare nu ar fi doar de ordin medical. În plan social, implicațiile s-ar dovedi mult mai numeroase și ar interesa: noțiunea de compasiune (ca așteptare), relația cu ceilalți membri ai familiei sau cunoscuți, bugetul lunar alocat pentru hrană și starea de bine, discuția virând adesea către prevenție. Există în continuare credința că boala poate fi prevenită prin modul nostru de a gândi și a acționa. Cei mai mulți pacienți din lotul nostru nu reușit să răspundă și *cum* se petrece acest lucru pentru fiecare dintre ei.

Modificarea obiceiurilor alimentare duce la modificarea obiceiurilor sociale. Dacă odinioară, relațiile sociale se formau, consolidau și întrețineau după anumite reguli nescrise în ceea ce privește preferința pentru anumite alimente (considerate tradiționale), în prezent lucrurile s-au modificat radical. De neconceput cu ani în urmă, astăzi ”o tratație de sărbători” se poate limita la: un ceai, o cafea, o salată etc.

S-a intervenit fulgurant, spunându-se că emoțiile noastre ne influențează starea mentală precum și starea de sănătate, afectându-ne în special tubul digestiv și sistemul cardiovascular[12].

---

[9] W. Victor R. Vieweg, Demetrios A. Julius, MD, Antony Fernandez, MD, Mary Beatty-Brooks, MA, John M. Hettema, MD, PhD, Anand K. Pandurangi, MD, ”Posttraumatic StressDisorder: ClinicalFeatures, Pathophysiology, and Treatment”, The American Journal of Medicine, 2006, Volume 119, Issue 5, Pages 383–390

[10] noțiune introdusă de Lazarus în 1966 (vezi op. cit), care face referire la declanșarea oricărui mecanism de adaptare la stres și la prevenție

[11] Lazarus RS, Psychologicalstressandthecopingprocess. New York: McGraw-Hill; 1966.
Azar B. Probinglinksbetweenstressand cancer. APA Monitor Online. 1999;30:1–4. (http://www.apa.org/monitor/jun99/stress.html)

[12] intervenție dirijată a A. G., studentă la medicină

Prin urmare este important pentru noi să recunoaștem și să identificăm gândurile, emoțiile, comportamentul, relațiile noastre și să fim conștienți de impactul pe care acestea le au în propriul nostru corp. Am insistat pe lângă pacienții care au avut amabilitatea de a participa la acest exercițiu narativ de a lua în calcul, ca strategie de viitor, o cât mai eficientă conștientizare a managementului emoțional, prin adaptarea gândurile la răspunsuri emoționale pozitive.

Negativismul „cronic" în starea noastră de sănătate precum și sentimentul de disperare ne afectează echilibrul hormonal prin diminuarea substanțelor chimice ale creierului, având ca impact scăderea sistemului imunitar. Aceste idei, chiar exprimate timid, cu vădit caracter general, au declanșat aproape instantaneu dorința de a povesti episoade tragice din viață care, cu singuranță, le-au marcat starea de sănătate.

Iată, transcrierea uneia dintre cele mai emoționante povești: "S-a întâmplat cu foarte mulți ani în urmă. Să tot fie vreo patruzeci. Eram la volan, conduceam. Mergeam în concediu la părinți, la țară. Eram doar eu cu soția. Știți, noi n-am avut norocul să avem copii. Ei, da! Atunci m-am îmbolnăvit. Am avut accident. Nici acum nu știu ce s-a întâmplat cu adevărat. Mi-au povestit martorii și eu am tot încercat sa-mi amintesc. A zis un om care ar fi vazut totul de pe deal, că era mai departe un pic de locul faptei, că mașina s-a răsturnat pe o parte și a prins-o pe nevasta-mea dedesubt. Nu știu ce a fost atunci. Aveam eu patruzeci și unu de ani. Știți, eu n-am fost băutor niciodată. Am mai dat noroc, am mai băut câte un pahar de vin ori o țuică de sărbători. Nimic mai mult. N-am fost nici obosit, nu știu. De câte ori închid ochii seara, mă tot gândesc ce a putut să fie. Asta nu-mi dă pace, nu mă lasă să trăiesc, că atunci m-am îmbolnăvit, și nu mă lasă nici să mor. Mă chinui așa, dintr-un spital într-altul. Am fost internat și la București atunci, demult. A zis omul de care v-am spus mai devreme că am ieșit ca turbat din mașină, strigând-o pe nevasta-mea și după aceea, singur, m-am opintit și am ridicat mașina de pe ea. Nu-mi amintesc. M-am trezit la spital și, dintr-un om de 80 de kilograme, am ajuns la 35. Parcă am fost de la Auschwitz. N-am umblat și n-am vorbit multă vreme. Doctorii au învățat multe pe mine. Mi-a și zis unu' mai tinerel o dată că sunt ca o enciclopedie medicală. Zicea și el, că nu-i greu de zis. Cred că gândurile m-au ținut în viață până acum. De acum…"[13]

Doamnele ne-au povestit, la rândul lor, despre probleme de acasă: necazuri cu soții, copiii ori alte rude, probleme financiare, temeri felurite.

Literatura de specialitate atrage atenția asupra importanței actului narativ în eliberarea unui diagnostic de profunzime.

Cele mai multe practici de vindecare antice, mai cu seamă în medicina tradițională chinezească subliniau legătura dintre minte și corp.

Medicina occidentală a separat însă riguros, timp de secole, aceste două sisteme de gândire.sfârșitul secolului XX vine cu noi abordări și reactualizări.

In anul 1989, studiul clinic realizat de David Spiegel a demonstrat puterea minții de a vindeca. Din 86 de femei cu cancer de sân în stadiu terminal, jumătate au primit îngrijiri medicale standard, în timp ce cealaltă jumătate a primit îngrijiri medicale standard plus sesiuni săptămânale de sprijin psihologic. În aceste sesiuni femeile au fost în situația de a împărți atât durerea lor cât și triumfurile lor. Spiegel a descoperit că femeile care au participat la grupul de suport social au trăit de două ori mai mult în comparație cu grupul care nu au participat.

[13] T. B. 82 de ani, internat cu multiple afecțiuni cardiace și suspiciune tumorală pancreatică

Un studiu clinic similar, făcut zece ani mai târziu a arătat că, la pacienții care au cancer de sân sentimentul de neputință și disperare sunt asociate cu șanse mai mici de supraviețuire[14].

La întrebarea referitoare la gradul de încredere în medici, am putut constata că atât femeile cât și bărbații se adresează acestuia mai degrabă cu resemnare decât din convingere.

Relația medic-pacient este una extrem de delicată și implică foarte mult tact și profesionalism. Pacienții simt nevoia de siguranță în compania unui doctor pentru a putea relata cu exactitate informații utile pentru punerea unui diagnostic corect. Personalul medical ar trebui să dovedească mult respect și corectitudine față de oameni, să îi trateze pe toți în mod egal indiferent de etnie, alegerea stilului de viață sau comportament (părere generală, exprimată redundant de subiecții noștri).

Reamintim aici că scopul unui doctor este de a ajuta și trata pacienții, nu de a-i judeca.

Tocmai de aceea, dorința pacienților, independent de gen, de a avea mai curând un medic calm, blând, deschis spre comunicarea cu pacientul este mult deasupra ideii de a fi tratat de un medic foarte bine pregătit profesional, dar distant, concluzie ce merită o atenție aparte.

Foarte interesante ni s-au părut răspunsurile referitoare la alegerea medicului curant în funcție de gen și calitățile socotite ca determinante în deschiderea pacientului către dialog. Aceste preferințe nu respectă întotdeauna grupele de vârstă sau sex; unii pacienți și-au declarat preferințele pentru medici de sex feminin, alții pentru bărbatul-medic, pe baza diferențelor culturale, educaționale și religioase raportate la propria persoană.

Ar fi de subliniat și convingerea pacienților că un rezultat terapeutic cu succes implică participarea bolnavilor la actul de vindecare. Nu doar medicul trebuie să depună eforturi pentru a ușura suferința pacientului prin mijloace adecvate stării sale. Pacientul trebuie să-și antreneze participarea la procesul de vindecare, să asculte și să practice riguros sfaturile primite. Vindecarea este un efort de echipă, iar credința are un rol fundamental.

Dacă medicul trasează coordonatele terapeutice și trebuie să se abțină de la orice încăpățânare nerealistă în investigații sau tratament care pot fi inutile, disproporționate, neavând nici un scop sau efect asupra suferinței pacientului, beneficiarul tratamentului trebuie să se adapteze protocoalelor recomandate.

Idei de final; prevenția o poveste?

Odată cu transcrierea materialului de teren, paralel cu întrebările şi interpretările de rigoare, intuiţia s-a dovedit bună, dar insuficientă. Munca medicului ca etnolog de teren a început să devină productivă abia când răspunsurile căutate au rezultat în înlănţuiri complexe, trecând de la contact imediat la studiu compararativ, la selectarea temelor obsesive şi raportarea lor la subiectul dat.

Oamenii doresc cu orice preţ să se bucure de o bună stare de sănătate, să o conserve şi să o dea mai departe ca pe un dar (concept pe de-a întregul demonstrat de părinții antropologiei culturale). Economia acestei dorinţe funcţionează nealterat la nivel conceptual şi are, aşa cum este normal, rezultate materiale şi spirituale.

Acţiunile (faptele noastre de zi cu zi, obiceiurile alimentare, modalitatea în care ne îngrijim corpul și interacționăm unii cu ceilalți, așteptările pe care le avem sau dezamăgirile), chiar şi cele socotite drept extrem de obiective, pleacă de la nişte clişee repetitive, fondate cândva, din care evoluția și prezentul dominat de un ritm intens impus de tehnologie au reţinut

[14] Steven D. Ehrlich,University of Maryland Medical Center, 2011, NMD, SolutionsAcupuncture, a private practice specializing in complementaryand alternative medicine, Phoenix, AZ. Review providedbyVeriMedHealthcareNetwork. http://umm.edu/health/medical/altmed/treatment/mindbody-medicine

miteme şi riteme supuse unor varii procese de adaptabilitate. O poveste rostită înlesnește identificarea cu problema personală. O poveste scrisă capătă caracter imuabil, pare să fi fost și să rămână întodeauna aceeași. Pacientul se identifică parțial cu aceasta (stilul folosit, metaforele nu-i aparțin). Când povestim, putem ajunge mult mai direct la confidențe: ”știu bine. Și eu am trecut prin asta. Daca vă povestesc prin ce-am trecut… .”

”Într-adevăr, forța unei povești rezidă adesea în flexibilitatea ei și în adaptabilitatea la nevoile ascultătorului și la împrejurări.”[15]

Cum a încercat pacientul să-şi poarte singur de grijă, cum înțelege să construiască o relație terapeutică cu medicul său și care sunt soluțiile în lupta împotriva durerii, ne-au adus în situația fericită de a dobândi nu doar informație, dar și un tip de savoir în maturizarea ca medic.

Confruntat cu pacienții săi, medicul rămâne un etnolog de teren la datorie. Astfel, am putut constata că plonjează, aproape fără putința de a evita, în mijlocul unei zone extrem de sensibilă care evocă, nu de puține ori, noțiunea de sacralitate.

În general, sociologii, etnologii sunt de părere că aceste atitudini nu reprezintă declinul sau reînnoirea sacrului. Ele sunt percepute doar ca nişte posibile deplasări. În timp ce Durkheim este de părere că s-a produs un transfer de sacralitate de la zei la obiecte, Durand afirmă că imaginarul simbolic a rămas neschimbat. Mai aproape de modul nostru de a fi, Eliade spune că: ”omul total nu este niciodată complet desacralizat…”Aceasta presupune fără îndoială, observarea foarte atentă a noilor zone de orientare a ceea ce literatura de specialitate defineşte ca “imaginar societal”.

Limba pe care o vorbim, obiceiurile pe care le avem, înclinațiile și abilitățile ne definesc și ne promovează ca popor. Nu putem nega, din păcate, dimensiunea frustrării ca vocație. Pregătind acest material, de la cercetare (teren, bibliotecă) la elaborare, am putut-o remarca, într-adevăr, ca pe o constantă. Există clar ideea că soarta e nedreaptă și că efortul personal merita o recompensă aproape întotdeauna mai bună decât cea primită.

Soluția eliberării este una personală, care generează și modul de acțiune, în multe cazuri spontan. Așa se face că ne aflăm, mai tot timpul, în miezul unor ambiguități care nasc extreme: ezitări-stingeri, înverșunări-constrângeri.

Sugestiile pe care le putem formula (și pe care le-am discutat cu pacienții) ar trebuie să fie asumată și de jos în sus (de la social către politic) pe acel simplu principiu că ”nu ministrul sănătății trebuie să spele mâinile cetățenilor înainte de masă”[16].

În miezul unui astfel de conținut social nu este deloc greu să subțiezi liantul care ar trebui să-i țină pe membrii aceluiași grup la un nivel optim de comunicare. În clipa care codul este incomplet, comunicarea se frânge, organismul social schimbându-și morfologia.

Deși părțile componente rămân în parte aceleași, vreme de aproximativ jumătate de secol, ca medie pentru fiecare individ, desele modificări de poziție ale morfemelor pot duce la structuri ulterioare greu de recunoscut sau de acceptat.

Studiul noastră ne-a adus în fața pacienților și ne-a obligat la o permanentă adaptare a atitudinii și a dialogului.

Am reușit să stabilim o comunicare fermă și sinceră.

Am constatat că, atunci când relația medic-pacient se bazează pe încredere reciprocă, termenii în care discutăm despre boală, simptome, durere, sunt nu doar mai clari, dar redefinesc și un comportament profesional și unul social.

[15] Burns, *101 povești vindecătoare pentru adulți. Folosirea metaforelor în terapie*, Trei, 2012
[16] M. A. pacientă coronariană, în vârstă de 72 de ani

Am constat că se impune riguros formarea unei strategii de implementare și consolidare a prevenției. Fără a spune o noutate, pacientul român ajunge în fața medicului când boala a avansat considerabil.

Se impune formarea de echipe interdisciplinare de analiză și dezvoltarea abilităților de comunicare și interacționare ale medicului, mai cu seamă ale medicului tânăr. Aceasta poate face ca pacientul să gliseze relativ ușor de la neîncredere la colaborare.

Prevenția nu înseamnă doar expunerea la informații televizate și răsfoirea unor magazine.

Prevenția presupune, în primul rând, cristalizarea unei relații medic-pacient, apoi: sfaturi nutriționale, de igienă, de comportament vis à vis față de propria persoană, presupune respect.

Bibliografie

Avieli, Nirand Groslik, RAFI, Introduction: *Food and power in the Middle East and Mediterranean*, pdf

Azar B. Probing links between stress and cancer. APA Monitor Online. 1999;30:1–4. (http://www.apa.org/monitor/jun99/stress.html)

Barrett, Ron, Aghor Medicine: *Pollution, Death, and Healing in Northern India*. Berkeley: University of California Press, 2008.

Basu R, Samet JM ,2002,"Relation betweenelevated ambient temperatureandmortality: a review of the epidemiologic evidence", *Epidemiol Rev* 24: 190-202, apud Lange, op. cit.

Bertaux D., "L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentalités" *Cahiers internationaux de sociologie*, 1980, LXIX, p.201

Burns, George W., 101 povești vindecîtoare pentru adulți. Folosirea metaforelor în terapie, Editura Trei, 2012

Ember, Carol R. &MelvinEmber, *Encyclopedia of medical anthropology*: *Health and illness* in Lazarus RS, *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill; 1966.*The world's cultures*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, DOI: 10.1007/0-387-29905-XE, 2004

Farmer, P., *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press, 2005.

Fox Robin, "Food and Eating: An Anthropological Perspective, The Myth of Nutrition", Social Issues Research Centre 1, pdf

François, M. « La production et la consommation du sucre dans le monde », Revue de botanique appliquée et d'agriculture coloniale, nr. 191/ 1937, pp 496-413,

http://www.persee.fr/doc/jatba_0370-3681_1937_num_17_191_5763, consultată în 18 mai 2016

Françoise May-Levin, *L'alimentation de l'adulte traité pour un cancer* pag.9 2006, http://www3.ligue-cancer.net/files/national/article/documents/bro/alimentation_adulte.pdf

Fukuyama, Francis, 1997, *Sfârșitul istoriei și ultimul om*, Paideia, București

Gabriela-Mariana Luca, Liliana-Eleonora Vasile, "Medic și/sau pacient? Despre migrația sensurilor întru homeostaza unui cod lingvistic al durerii", Ed. Niculescu, 2010

Gabriela-Mariana Luca, "Pathos and Iatros": Initiation in Narrative Medicine, *JRLS* 8, 2016

Goffman, Erving, 1975, *Stigmates. Le susages sociaux du handicap*, Paris, Minuit

Greenhalgh T., Hurwitz B., "Why study narrative", BMJ, 199, p.318.Haiken, Elizabeth, 1990,

Institut national de la santé et de la recherche médicale - 101, rue de Tolbiac - 75654 Paris Cedex 13
(http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/sommeil&prev=search), consultat în iunie 2016

Jung,C.G., 1997, *Imaginea omului şi imaginea lui Dumnezeu*, Teora, Bucureşti
J.P. Olivier de Sardan, *Anthropologie de la santé*, paru dans le Dictionnaire des Sciences Humaines, S. Mesure & P. Savidan (eds.) Paris, PUF, 2006, pp1039-1041
Kleinman, A., "Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medecine", University of California Press, 1995
Lafargue, Bernard, "Des figures du visage aux visages des figures", dans *Figures de l'art*, no.5: L'art des figures http://marincazaou.pagesperso-orange.fr/esthetique/fig5/lafargue.html
Lange JH1*, Heymann WC and Cegolon L, "EnvironmentalPollution, Public HealthandEnvironmental Medicine-OilSpills" in Occupational Medicine &Health Affairs, consultat în 20 mai 2016, http://www.esciencecentral.org/journals/environmental-pollution-public-health-and-environmental-medicine-oil-spills-omha.1000110.php?aid=12230
Lazarus RS., *Psychological stress and the coping process*, New York: McGraw-Hill; 1966.
Le Breton, David, 1995, "Le visage et le sacré: quelquesjalonsd'analyse", dans *Religiologiques*, no.12, Pritemps
Le Breton, David, Douleur et Anthropologie, pp 1-6, ediție electronică, consultată în martie 2016 http://www.institutservier.com/download/douleur/8.pdf
Leader, Darian & David Corfield, *De ce se îmbolnăvesc oamenii*?, Editura Trei, București, 2012
Lhuilier, Gilles, 2004, "L'hommemasque", dans Methodos, 4, pp.1-24