Buletinul Asociației

Balint

Periodic trimestrial. Volumul XXVI. Nr. 105 - 106

Ianuarie - Iunie 2025

CUPRINS

- PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA 2
- ROLUL STRESULUI ÎN PATOGENEZA BOLILOR ORGANICE FUNCȚIONALEE 4
- OPRIREA ÎNAINTE DE PRĂBUȘIRE. O ABORDARE PSIHODINAMICĂ A BURNOUT-ULUI MEDICILOR ȘI SPORTIVILOR DE TOP 8
- ARTA COMUNICĂRII BAZATE PE VALORI ÎN PRACTICA MEDICALĂ 15
- ÎN CĂUTAREA PARADISULUI PIERDUT - EPISODUL 3 19
- CE FACEM? NE ANGAJĂM SAU NU ÎN DISPUTE? 22
- RESURSELE PERSONALE VERSUS INTENȚIILE PROFESIONALE ALE PERSOANELOR CU DEFICIENȚE VIZUALE 26
- RAPORT GRUP BALINT BUCUREȘTI - 16/01/2025 33
- N REDACTAT: DR. LIVANOV MARIA 33
- RAPORT GRUP BALINT BUCUREȘTI - 17/01/2025 GRUP 34
- N REDACTAT: DR. LIVANOV MARIA 34
- ȘTIRI BALINT DIN AUSTRALIA PRELUATE PRIN ZOOM 35
- ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI 36
- PLANURI DE VIITOR 36
- FORMULAR 37

MOTTOURI CU MINCIUNI:

„Minciuna și credulitatea se împerechează și zămislesc opinia” – Paul Valery

„Cel care înșală va găsi întotdeauna pe cei care se lasă înșelați” – Niccolo Machiavelli

„Pentru multă vreme nu am spus ceea ce am crezut, nici nu cred vreodată ceea ce spun și dacă câteodată se întâmplă să spun adevărul, îl ascund cu atât de multe minciuni că este greu de descoperit” - Niccolo Machiavelli

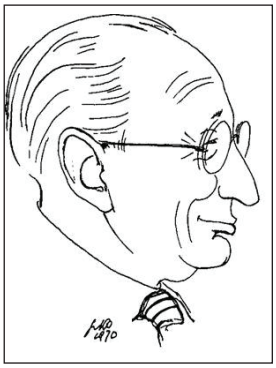
„Limba poate ascunde adevărul, ochii niciodată” - Mihail Bulgakov

Ianuarie - Iunie, 2025, Volumul XXVI, Nr. 105 - 106 ■ Periodic trimestrial, apare în ultima decadă a lunii a treia din trimestru. ■ **Fondat:** 1999 ■ **Redactor șef:** Albert VERESS M.D. Sc.D. ■ **Lector:** Almoș Bela TRIF M.D., Sc.D., J.D., M.A ■ **Tehnoredactor/ Design:** Botond Miklós FORRÓ ■ **Editat de:** Asociația Balint din România ■ **Adresa redacției:** 530 111 - MIERCUREA CIUC, str. Gábor Áron nr. 10, tel. 0744 812 900, E-mail: veressalbert02@gmail.com

COMITETUL DE REDACȚIE:
Tünde BAKA • Doina COZMAN • Dan Lucian DUMITRAȘCU • Radu Virgil ENĂTESCU • Liana FODOREANU • Mircea LĂZĂRESCU • Aurel NIREȘTEAN • Ovidiu POPA-VELEA • Almos Bela TRIF (USA) • Simona TRIFU

INDEX: ISSN L 2069–6388

PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA



Michael Balint: Psihanalist englez de origine maghiară

DATA ÎNFIINȚĂRII: **25 iulie 1993**

GRUPUL BALINT:

Grup specific alcătuit din cei care se ocupă de bolnavi și care se reunesc sub conducerea a unui sau doi lideri, având ca obiect de studiu relația medic-bolnav prin analiza transferului și contra-transferului între subiecți.

SPECIFICUL ASOCIAȚIEI:

Apolitică, nereligioasă, inter-universitară, multi-disciplinară, de formație polivalentă.

OBIECTIVE:

Formarea continuă a participanților. Încercarea de a îmbunătăți prin cuvânt calitatea relației terapeutice medic-pacient și a comunicării dintre membrii diferitelor categorii profesionale. Rol de "punte" între etnii, confesiuni, categorii sociale, regiuni, țări.

ACTIVITATEA ASOCIAȚIEI:

- grupuri Balint,
- editarea Buletinului,
- formarea și supervizarea liderilor,
- colaborare la scară internațională.

REGULI PRIVIND ÎNSCRIEREA ȘI PLATA COTIZAȚIEI:

Cotizația se achită până la data de **31 martie a anului în curs**. Cuantumul ei se hotărăște anual de către Biroul Asociației.

Cei care nu achită cotizația până la data de 31 martie a anului în curs nu vor mai primi Buletinul din luna iunie, iar cei care nu vor plăti cotizația nici până la data de **31 martie a anului următor** vor fi considerați restanțieri pe doi ani și vor fi excluși disciplinar din Asociație.

Cotizația **pentru anul 2025 rămâne 25 EURO** (la cursul oficial BNR din ziua în care se face plata), sumă în care se include și abonamentul la Buletin.
În cazul în care două persoane dintr-o familie sunt membrii Asociației, una dintre ele poate cere scutirea de la plata abonamentului la Buletinul Informativ, împreună revenindu-le doar o sumă de **42 euro**.

Studenții și pensionarii sunt scutiți de la plata cotizației, fiind necesară doar abonarea la Buletinul Asociației.

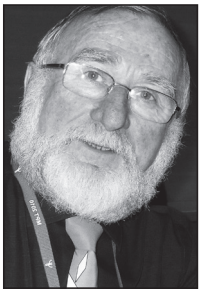
Taxa de înscriere în Asociație este de **20 EURO** (nu se face reducere nici unei categorii socio-profesionale). Abonamentul costă **8 EURO**. Plata abonamentului și a cotizației se face în cont CEC Bank Miercurea Ciuc, nr. RO26CECEHR0143RON0029733, titular Asociația Balint, cod fiscal: 5023579 (**virament**) sau 25.11.01.03.19.19 (**depunere în numerar**)

BIROUL ASOCIAȚIEI

PREȘEDINTE:
Ilona GÖRÖG
abr.presedinte@gmail.com

VICEPREȘEDINTE:
Alma LÁSZLÓ
laszlo.alma@gmail.com

SECRETAR:
Maria-Mihaela PAP
abr.secretariat@gmail.com



TREZORIER:
Albert VERESS
veressalbert02@gmail.com

MEMBRU:
István VÁRADI
istvanvaradi@inbox.com

CĂTRE AUTORI

Se primesc articole cu tematică legată de activitatea grupurilor Balint din România și din străinătate, de orice fel de terapie de grup, de psihoterapie, de psihologie aplicată și de alte abordări ale relației medic - pacient (medicină socială, responsabilitate medicală, bioetică, psihosomatică, tanatologie etc.).
Redactorul șef și / sau lectorul au dreptul de a face cuvenitele corecturi de formă și conținut ale lucrării și rezumatului, iar, în cazul neconcordanțelor de fond, vor retrimite articolele autorilor cu sugestiile pentru corectare. Deoarece revista se difuzează și colegilor din străinătate, articolele care nu se limitează doar la descrierea evenimentelor Balintiene, trebuie să aibă un rezumat în limba română și engleză, de maximum 10 rânduri dactilografiate, cu 3-5 cuvinte cheie.
Pentru rigoarea științifică, apreciem menționarea bibliografiei cât mai complet și mai corect, conform normelor **Vancouver**, atât pentru articolele din periodice cât și pentru monografii (citarea în text se notează cu cifre arabe în paranteză rotundă, iar în bibliografie se înșiră autorii în ordinea citării, nu în cea alfabetică și doar acei autori care au fost citați în lucrare).
Recenziile cărților trebuie să cuprindă datele de identificare a cărții în cauză - autorii, titlul, toate subtitlurile, anul apariției, editura, orașul, numărul de pagini și ISBN-ul.
Se trimite în fișier separat imaginea scanată a copertei.
Se primesc doar materiale trimise pe memory-stick sau prin e-mail ca fișier atașat. Se vor folosi numai caractere românești din fontul Times New Roman, culese la mărimea 12, în WORD 6.0 sau 7.0 din WINDOWS.
Imaginile - fotografii, desene, caricaturi, grafice - vor fi trimise ca fișiere separate, cu specificarea locului unde trebuie inserate în text pentru lecturarea lor corectă. Pentru grafice este important să se specifice programul în care au fost realizate.
Articolele trimise vor fi însoțite de numele autorului, cu precizarea gradului științific, a funcției și a adresei de contact, pentru a li se putea solicita extrase. Autorii vor trimite o fotografie digitală - tip pașaport sau eseu - pe care o vor trimite ca fișier (*.jpg) atașat la adresa redacției.
Autorii sunt rugați să se conformeze regulilor de redactare a articolelor.
Conținutul articolelor nu reprezintă neapărat și părerea redacției, autorii asumându-și responsabilitatea pentru corectitudinea datelor, afirmațiilor și pentru tonul folosit în text.
Manuscrisele sunt lecturate de un comitet de referenți, care propune eventualele modificări, fiind apoi transmise autorului prin intermediul redacției. Decizia lor este incontestabilă.

Toate drepturile de multiplicare sau reeditare, chiar și numai a unor părți din materiale, aparțin Asociației Balint.

ROLUL STRESULUI ÎN PATOGENEZA BOLILOR ORGANICE FUNCȚIONALEE

Prof. dr. Dan I. Dumitrașcu - Clinica Medicală 2, SCJU, UMF Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca

Rezumat: *Dacă despre rolul stresului în apariția sau menținerea simptomelor digestive funcționale se știu multe, mai puține se cunosc despre efectul stresului asupra bolilor digestive organice. Referatul acesta descrie efectul stresului asupra bolilor digestive organice: bolile inflamatorii intestinale, sindromul dispeptic și bolile esofagiene organice.*
Cuvine cheie: *boala Crohn, colita ulcerativă, esofagita de reflux, stres, ulcer gastric și duodenal.*

Abstract: *If much is known about the role of stress in the appearance or maintenance of functional digestive symptoms, less is known about the effect of stress on organic digestive diseases. This paper describes the effect of stress on organic digestive diseases: inflammatory bowel diseases, dyspeptic syndrome and organic esophageal diseases.*

Introducere

Stresul este definit de dicționarul explicativ al limbii române conform tabelului 1.

Tabel 1. Definiția stresului conform DEX.

STRES, STRESURI SUBSTANTIV NEUTRU
1. medicină Termen general utilizat pentru orice factor din mediu (traumatism, emoții, frig, căldură etc.) capabil să provoace la om și la animale o stare de tensiune și o reacție de alarmă a organismului, determinând uneori îmbolnăviri grave.
1.1. prin extensiune: Efect nefavorabil produs asupra organismului ființelor de un factor de mediu.
1.2. diferențiere: Ansamblul reacțiilor fiziologice prin care organismul uman răspunde unui agent stresant, încercând să se apere și să-și mențină echilibrul de bază.
2. Efort, încordare, tensiune neuropsihică.
2.1. Ansamblu de perturbații organice sau psihice.
3. geologie: Presiune laterală tangențială care se produce în sinclinale și determină formarea cutelor muntoase.

Sub aspect medical, stresul are o definiție mai complexă. Cea mai comună este următoarea:

„răspunsul nespecific al organismului la orice solicitare a acestuia”. Această definiție concisă aparține chiar părintelui stresului, Selye (1). El a observat că stresul nu este doar un răspuns la factori nocivi, ci și la orice schimbare care solicită organismul. Selye a introdus conceptul de Sindrom General de Adaptare (SGA), care descrie modul în care corpul reacționează la stres în trei etape: reacția de alarmă, rezistența și epuizarea. Dacă stresul persistă prea mult timp, organismul poate ajunge la epuizare, ceea ce poate duce la probleme de sănătate (2). Într-un sens mai larg, stresul este de fapt o reacție a organismului la factori de mediu sau psihologici care perturbă echilibrul și provoacă tensiune, atât fizică, cât și emoțională. Stresul este o reacție a organismului la factori de mediu sau psihologici care perturbă echilibrul și provoacă tensiune, atât fizică, cât și emoțională. Mai recent se consideră că stresul este echivalentul așa-numitei încărcături alostatice (allostatic overload), *wear and tear* (3).

Multă vreme, bolile psihosomatice erau cele cărora li se atribuia o patogeneză indusă de stres (4). Acum, când știm că stresul este conectat la toate suferințele, organice sau

funcționale, considerăm că orice tip de suferință este atribuit unui stres fizic sau psihic (1). Referatul de față prezintă patologia organică asociată stresului în gastroenterologie.

Tabelul 2 prezintă patologia digestivă corelată cu stresul psihic și mai rareori fizic .

Tabel 2: Bolile digestive asociate sau nu cu stresul.

Domeniul de patologie asociat stresului
Esofag
Stomac-duoden
Intestin subțire
Intestin gros
Domeniul de patologie neasocit stresului
Ficat
Pancreas
Căi biliare

În ciuda unor credințe sau atribuiri false, patologia hepato-bilio-pancreatică nu se asociază cu stresul. Altfel este în cazul tubului digestiv, unde vom prezenta efectul stresului, luând în ordine tubul digestiv de jos în sus (bolile inflamatorii intestinale fiind cea mai importantă patologie legată de stres în gastroenterologie).

Bolile inflamatorii intestinale (BII)

Sub această denumire se cuprinde un spectru de șapte boli, mai bine cunoscute patru, mai frecvente și mai bine studiate fiind rectocolita hemoragică sau colita ulcerativă și boala Crohn. Aceste sunt afecțiuni cronice caracterizate prin inflamația persistentă a tractului intestinal (rareori, la Crohn și pe alte segmente). Etiologia este multifactorială, implicând factori genetici, de mediu, dietetici și imunologici. Unul dintre factorii externi semnificativi care influențează evoluția BII este stresul psihologic, care poate agrava simptomele și afecta calitatea vieții pacienților.

Rolul jucat de stres în patogeneza inflamației intestinale este foarte important. El acționează prin axul hipotalamo-hipofizo-adrenale, sistemului nervos vegetativ și prin influențarea microbiotei intestinale. În situații de stres, organismul produce cortizol, ce modulează răspunsul inflamator și funcționarea sistemului imunitar. Cu toate acestea, expunerea prelungită la stres poate determina disfuncții imunologice, contribuind la exacerbarea inflamației și a simptomatologiei digestive.

Efectul negativ al stresului asupra mucoasei intestinale este reflectat în tabelul 3.

Tabel 3. Efectele stresului asupra inflamației intestinale

Modularea microbiotei intestinale
Stresul cronic poate altera compoziția microbiotei intestinale, favorizând proliferarea bacteriilor proinflamatorii și scăderea numărului de bacterii benefice, cum ar fi Lactobacillus și Bifidobacterium. Aceste modificări afectează integritatea barierei intestinale, facilitând translocația bacteriană și accentuând inflamația.
Permeabilitatea intestinală
Expunerea la stres duce la o disfuncție a joncțiunilor celulare dintre enterocite, crescând permeabilitatea intestinală. Aceast *"intestin permeabil"* permite trecerea antigenelor alimentare și bacteriene în circulația sistemică, declanșând un răspuns imun exacerbat.
Răspunsulu inflamator
Persoanele cu BII expuse la stres pot experimenta o producție crescută de citokine proinflamatorii (TNF-α, IL-6, IL-1β), intensificând inflamația

În BII s-a observat că stresul favorizează recidivele. Factorii psihosociali influențează severitatea simptomelor, iar pacienții raportează o calitate a vieții redusă, având dificultăți în gestionarea manifestărilor bolii. Se asociază tulburările de somn, anxietate și depresie la pacienții cu BII.

Odată confirmat rolul stresului în producerea BII, este nevoie să îl tratăm.

Pe lângă tratamentul dietetic și farmacologic, care face multe progrese în prezent, apelăm și la psihoterapie, mai ales în privința factorului stres.

Se folosesc următoarele:

— Tehnici de relaxare și mindfulness. Cuprinde meditația, tehnicile de respirație profundă și yoga - sunt strategii eficiente pentru reducerea stresului și îmbunătățirea funcției intestinale.
— Consiliere psihologică și terapie cognitiv-comporta-

mentală (TCC) Terapia cognitiv-comportamentală ajută pacienții să își gestioneze emoțiile și să adopte strategii mai sănătoase de coping.

Se poate deci concluziona că stresul reprezintă un factor semnificativ în agravarea bolilor inflamatorii intestinale, influențând răspunsul inflamator, microbiota intestinală și permeabilitatea mucoasei. Gestionarea stresului prin tehnici psihologice, activitate fizică și nutriție adecvată poate contribui la ameliorarea simptomelor și la îmbunătățirea calității vieții pacienților cu BII. Efectul factorilor psihosociali și al stresului pe lângă alți factori patogenetici se pot estima cantitativ cu așa-zisul **disc IBD. (fig.1)**

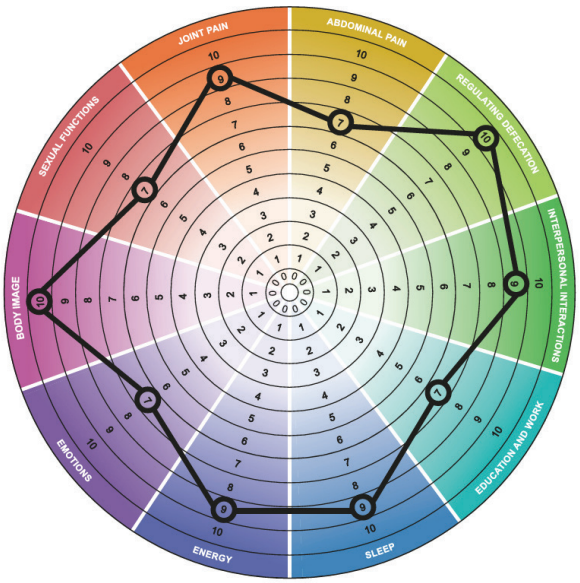


Fig. 1. Discul IBD (BII) (5)

Efectul stresului asupra dispepsiei organice.

Ne vom referi la ulcerul gastric și duodenal, la gastritele acute și cronice. Stresul poate avea un impact semnificativ asupra stomacului și duodenului, contribuind la apariția și agravarea unor afecțiuni gastrointesinale.

Modalitatea prin care stresul influențează aceste organe:

— Creșterea acidității gastrice prin scaderea pH-ului intragastric: Stresul stimulează secreția de acid gastric, ceea ce poate duce la arsuri stomacale, reflux gastroesofagian și agravarea gastritei.
— Tulburări ale motilității gastrointestinale: Expunerea prelungită la stres poate încetini sau accelera tranzitul gastric, cauzând disconfort digestiv și balonare.
— Predispoziția la ulcer gastric și duodenal: Stresul cronic poate crește vulnerabilitatea mucoasei gastrice și duodenale, favorizând apariția ulcerelor prin alterarea mecanismelor de protecție ale stomacului.
— Disbioza și impactul asupra microbiotei: Stresul afectează echilibrul microbiotei intestinale, reducând bacteriile benefice și favorizând dezvoltarea unor microorganisme proinflamatorii.
— Sindromul de intestin iritabil: Mulți oameni experimentează simptome precum crampe abdominale, diaree sau constipație din cauza stresului, iar stomacul și duodenul sunt implicate activ în aceste reacții.

Ca și în cazul precedent, este foarte importantă terapia cognitiv-comportamentală, demonstrată ca fiind utilă pentru gestionarea stresului.

Menționăm că stresul afectează secreția de enzime digestive și poate modifica senzația de foame, determinând fie pierdere în greutate din cauza lipsei de apetit, fie alimentație excesivă și probleme digestive. Este motivul pentru care cei care nu își pot controla stresul dezvoltă bulimie și se îngrașă. Pentru prevenirea acestor afecțiuni, este importantă gestionarea stresului prin tehnici de relaxare, alimentație echilibrată, activitate fizică și somn de calitate.

Efectul stresului asupra esofagului

Stresul poate influența în mod semnificativ sănătatea esofagului și poate contribui la apariția sau agravarea anumitor afecțiuni (6). Prezentăm câteva moduri prin care stresul afectează esofagul.

Boala de reflux gastroesofagian (BRGE) recunoaște stresul ca pe un factor de risc pentru refluxul gastroesofagian, cauzând arsuri și iritație.

Stresul acționează astfel:

— creșterea secreției de acid gastric, intensificând simptomele refluxului.
— afectarea funcției cardiei, favorizând refluxul acid.
— favorizarea unor tulburări alimentare sau recurgerea la toxice, care pot agrava refluxul.
— favorizarea inflamației mucoasei esofagiene, ducând la esofagită și eroziuni.

Consecințele simptomatice sunt durerea toracică, disfagia, odinofagia. Tulburările de motilitate, mai ales **spasmul esofagian difuz și esofagul hipercontractil (jackhammer). Globul esofagian este altă manifestare a acestei hipercontractilități.**

Stresul poate afecta coordonarea contracțiilor musculare ale esofagului, determinând senzația de dificultate la

înghițire sau disconfort la trecerea alimentelor spre stomac.

De asemenea, în tratament sunt incluse psihoterapia, terapia de relaxare, creșterea suportului social.

In figura 2 prezentăm un caz de esofag hipercontractil cauzat de stres, din colecția noastră.

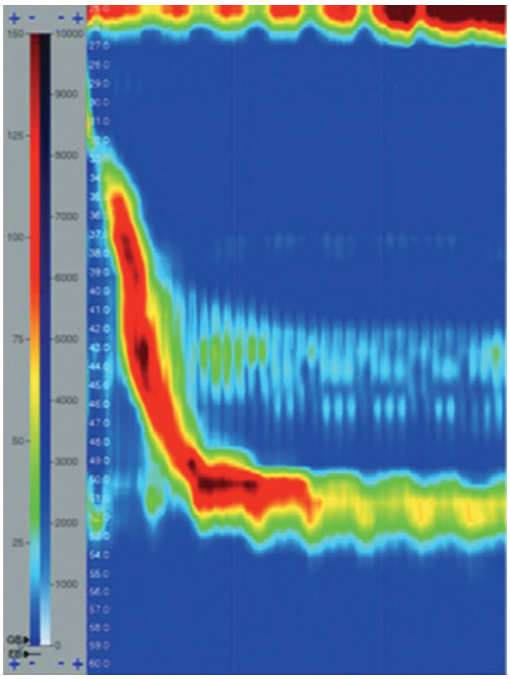


Fig. 2. Manometrie esofagiana de înaltă rezoluție: presiuni mari cauzate de stres.

Bibliografie

1. *Selye H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. 1936. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1998 Spring;10(2):230-1. doi: 10.1176/jnp.10.2.230a.*
2. *Dumitrascu DL. Sub redactia. Psihosomatica curs ed 2-a, Ed Med Univ I Hatieganu 2013*
3. *Guidi J, Lucente M, Sonino N, Fava GA. Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. Psychother Psychosom. 2021;90(1):11-27. doi: 10.1159/000510696. Epub 2020 Aug 14. PMID: 32799204.*
4. *Bonfils S. Impertinente psychosomatique. John Libbey 1996*
5. *Ghosh S, Louis E, Beaugerie L, Bossuyt P, Bouguen G, Bourreille A, Ferrante M, Franchimont D, Frost K, Hebuterne X, Marshall JK, O'Shea C, Rosenfeld G, Williams C, Peyrin-Biroulet L. Development of the IBD Disk: A Visual Self-administered Tool for Assessing Disability in Inflammatory Bowel Diseases. Inflamm Bowel Dis. 2017 Mar;23(3):333-340. doi: 10.1097/MIB.0000000000001033. PMID: 28146002; PMCID: PMC5319390.*
6. *Denver P, Donnelly M, Murray LJ, Anderson LA. Psychosocial factors and their association with reflux oesophagitis, Barrett's oesophagus and oesophageal adenocarcinoma. World J Gastroenterol. 2013 Mar 21;19(11):1770-7. doi: 10.3748/wjg.v19.i11.1770. PMID: 23555165; PMCID: PMC3607753.*

OPRIREA ÎNAINTE DE PRĂBUȘIRE. O ABORDARE PSIHODINAMICĂ A BURNOUT-ULUI MEDICILOR ȘI SPORTIVILOR DE TOP

Psiholog Ioana Georgiana Dragomir , București

Rezumat: *Burnout-ul este o problemă critică în rândul profesioniștilor de înaltă performanță, cum ar fi medicii și sportivii de elită. Deși în mod obișnuit abordat prin cadre cognitiv-comportamentale sau sistemice, acest articol explorează fenomenul printr-o lentilă psihodinamică, subliniind procesele inconștiente, modelele relaționale timpurii și rolul idealului Eului. Bazându-se pe date observaționale comparative și pe modele teoretice, acest articol oferă o explorare aprofundată a dinamicii intra-psihice comune și distincte a burnout-ului în aceste două profesii. Exemplele de caz ilustrează conceptele psihodinamice cheie și sunt oferite implicații clinice pentru a sprijini prevenirea și intervenția.*
Cuvinte cheie: *burnout, teoria psihodinamică, idealul Eului, medici, sportivi profesioniști, Sine fals, lezare narcisică.*

Abstract: *Burnout is a critical issue among high-performance professionals such as physicians and elite athletes. While commonly addressed through cognitive-behavioral or systemic frameworks, this article explores the phenomenon through a psychodynamic lens, emphasizing unconscious processes, early relational patterns, and the role of the ego ideal. Drawing on comparative observational data and theoretical models, this article provides a deep exploration of the shared and distinct intrapsychic dynamics of burnout in these two professions. Case examples illustrate key psychodynamic concepts, and clinical implications are offered to support prevention and intervention.*
Keywords: *burnout, psychodynamic theory, ego ideal, physicians, professional athletes, false self, narcissistic injury.*

1. INTRODUCERE

Burnout-ul, descris adesea ca o stare de epuizare emoțională, de depersonalizare și un sentiment redus de satisfacție personală (Maslach & Jackson, 1981), afectează nu numai persoanele din profesiile de îngrijire, ci și pe cele ale căror identități sunt profund legate de performanță. În timp ce medicii și sportivii profesioniști operează în medii diferite, ambii funcționează sub presiune intensă, mize mari și așteptări societale de perfecțiune. Aceste presiuni comune îi fac deosebit de vulnerabili la epuizare.

În ciuda interesului crescut pentru abordările sistemice și cognitiv-comportamentale, relativ puține studii au examinat burnout-ul dintr-o perspectivă psihodinamică - una care să abordeze lumea interioară, conflictele inconștiente și istoriile relaționale ale indivizilor. Acest articol încearcă să compenseze această lipsă prin sintetizarea teoriei clinice și a datelor empirice într-o relatare comparativă, bazată pe perspectiva psihodinamică a burnout-ului în rândul medicilor și sportivilor profesioniști.

2. ANALIZA LITERATURII DE SPECIALITATE

2.1 Înțelegerea burnout-ului: o scurtă prezentare generală:

Freudenberger (1974) a fost primul care a formulat termenul *„burnout”*, descriindu-l ca o stare de oboseală sau frustrare rezultată din relațiile profesionale care nu au produs recompensele așteptate. Maslach și Jackson (1981) au operaționalizat conceptul într-un model tridimensional: epuizare emoțională, depersonalizare și un sentiment diminuat de realizări personale.

Burnout-ul sportiv, deși studiat mai mult prin intermediul psihologiei sportive, a prezentat formulări paralele. Articolul lui Gustafsson et al. (2011) a identificat oboseala psihologică, sentimentul redus de realizare și devalorizarea

sportului ca trăsături de bază, practic un ecou al dimensiunilor lui Maslach. Cu toate acestea, puține studii au explorat modul în care identitatea, așteptările internalizate și dezvoltarea psihologică timpurie influențează epuizarea sportivilor - o lacună pe care acest articol încearcă să o abordeze.

În domeniul medical, s-a demonstrat că burnout-ul afectează peste 40 % dintre medici, cu consecințe care variază de la o gândire clinică diminuată la consumul de substanțe și idei suicidale (Shanafelt et al., 2012). În rândul sportivilor de elită, cercetările indică rate ridicate de oboseală emoțională, de dezangajare din sport și de pierdere a identității după o accidentare sau un eșec (Gustafsson et al., 2011).

2.2 Contribuții psihodinamice la burnout

Tradiția psihodinamică, inițiată de Freud și dezvoltată de Klein, Winnicott, Kohut, Kernberg, și alții, a oferit o perspectivă nuanțată asupra lumii interioare a indivizilor foarte performanți. Cadrul teoretic psihodinamic oferă o interpretare a burnout-ului nu doar ca un răspuns la factorii de stres externi, ci ca o consecință a conflictelor interne, a modelelor de atașament timpurii și a vulnerabilităților structurale ale eului. Concepte precum idealul Eului al lui Freud (1914), sinele fals al lui Winnicott (1960) și conceptul de lezare narcisică al lui Kohut (1976) sunt fundamentale pentru înțelegerea modului în care burnout-ul poate reflecta suferința intra-psihică.

Freudenberger (1974), el însuși fiind un psihanalist practicant, a fost primul care a descris *„burnout-ul."* El a observat că persoanele care sunt cele mai altruiste și idealiste - cum ar fi medicii sau sportivii devotați excelenței - sunt deosebit de vulnerabile. În opinia sa, burnout-ul este o epuizare psihică care rezultă din investiția excesivă în a ajuta sau în a performa fără a se reface, adesea pentru a satisface nevoile inconștiente de aprobare sau de țel suprem. Astfel, el a conceptualizat burnout-ul ca o epuizare emoțională rezultată din investiția excesivă în muncă, în special în profesiile de ajutor. El introduce origini psihodinamice - cum ar fi idealizarea propriului rol și supra identificarea cu nevoia de a fi necesar.

Urmând direcția lui Freudenberger, Cherniss (1980) a pus accentul pe stresul emoțional generat de așteptările nerealiste și de convingerile internalizate timpuriu, conectând burnout-ul cu conflictul psihic, motivațiile inconștiente și eșecul de a reconcilia realitatea cu standardele interne. El a folosit o perspectivă psihodinamică pentru a explora burnout-ul ca rezultat al conflictelor interne nerezolvate și al mecanismelor de apărare, în special în profesiile de ajutor.

Pines și Aronson (1988) au legat burnout-ul de disperarea existențială și de nevoile narcisiste nesatisfăcute, indicând dinamica nerezolvată din copilărie și formarea identității, concentrându-se pe sursele de motivație din copilăria timpurie și pe dorința inconștientă de a fi eroic sau de a se sacrifica. Aceștia oferă explicații psihodinamice ale nevoilor narcisiste nesatisfăcute și ale modului în care indivizii cu nevoi puternice de a fi apreciați sunt predispuși la burnout atunci când nu primesc validare

Kernberg (1992) a explorat în continuare modul în care persoanele cu trăsături narcisiste pot deveni deosebit de vulnerabile la colaps emoțional atunci când performanțele lor nu le mai aduc admirație. El a subliniat modul în care personalitățile narcisiste - cele care se bazează foarte mult pe realizări pentru a se valoriza - reacționează la eșec cu furie, rușine sau colaps. Pentru sportivii profesioniști sau medicii cu trăsături narcisiste, epuizarea poate apărea atunci când *„sinele lor grandios"* nu mai este întărit de succes sau admirație. Prin urmare, burnout-ul nu este doar oboseală - este un colaps al coerenței de sine atunci când performanța nu reușește să alimenteze sinele idealizat. În mod similar, Pines și Aronson (1988) susțin că burnout-ul este un răspuns psihologic la o criză existențială - adesea la persoanele care investesc mult în rolurile lor pentru a-și satisface nevoile de dezvoltare nesatisfăcute.

Mai recent, Farber (2000) și Gabbard (1985, 2005) au subliniat prevalența perfecționismului și masochismului la cadrele medicale. Farber (2000) a evidențiat vulnerabilitatea narcisică și ciclurile idealizare - devalorizare ca mecanisme psihodinamice care stau la baza burnout-ului la educatori – asemănător cu sportivii și medicii.

Ea a explorat tipologii de burnout cu substraturi psihodinamice clare:

1. ***perfecționist:*** înrădăcinat în anxietate nerezolvată și nevoie de control;
2. ***narcisist:*** burnout-ul apare atunci când recunoașterea externă nu reușește să satisfacă nevoile interne de valorizare
3. ***supra angajat:*** un fals sentiment de invincibilitate care duce la supra-extensie. Fiecare tip de burnout reflectă un conflict intern sau un stil de adaptare diferit.

Gabbard (2005) a aplicat teoria psihodinamică medicilor, inclusiv modul în care burnout-ul se raportează la contratransfer, lezare narcisică și trăsături de personalitate masochiste. El a legat în mod direct burnout-ul medicilor de mecanismele de apărare inconștiente și de încapsularea identității în rolul profesional.

3. METODOLOGIE (REZUMATUL STUDIULUI OBSERVAȚIONAL)

Această secțiune face referire la constatările din studiul comparativ în practica psihogică personală. Studiul a examinat 5 medici și asistente și 5 sportivi profesioniști în timpul sesiunilor de terapie psihodinamică pe o perioadă de 3 ani.

Principalele constatări:

- Au fost observate rate ridicate de burnout în ambele grupuri.
- Temele comune au inclus perfecționismul, teama de eșec, fuziunea identității cu rolul profesional și dificultatea de a stabili limite emoționale.
- Sportivii au menționat mai frecvent presiunile externe (antrenori, mass-media), în timp ce medicii au descris mai des suferință morală internă și sindromul impostorului.

4. CADRUL PSIHODINAMIC: PUNEREA TEORIEI ÎN PRACTICĂ

4.1 Motive inconștiente și idealuri ale Eului

Noțiunea lui Freud (1914) de ideal al Eului - imaginea interiorizată a ceea ce crede cineva că trebuie să fie - joacă un rol central în burnout. Pentru medici, acest lucru se poate manifesta prin convingerea că trebuie să fie vindecători infailibili; pentru sportivi, convingerea că valoarea lor este legată exclusiv de victorie. Aceste cerințe interne își pot avea originea în dinamica relațională timpurie cu persoanele de îngrijire primară, reflectând adesea iubirea condiționată sau admirația bazată pe realizări.

Atunci când mediul extern nu reușește să afirme aceste idealuri sau când apar provocări (de exemplu, o eroare medicală sau o accidentare sportivă), discrepanța dintre sinele real și idealul Eului conduce la un lezare narcisică. Rușinea, vinovăția sau disprețul de sine care rezultă sunt adesea inconștiente, mascate de un **workaholism** crescut sau de detașarea emoțională.

Conceptul lui Freud (1914) de ideal al Eului ajută la explicarea așteptărilor interne rigide care îi conduc atât pe medici, cât și pe sportivi spre epuizare. Medicii și sportivii au adesea un critic interior sever format timpuriu în viață. Acești profesioniști au adesea o imagine interioară puternică a ceea ce ar trebui să fie și internalizează convingerea că eșecul este inacceptabil - nu doar profesional, ci și existențial: *„dacă fac o greșeală, nu ar trebui să fiu medic”* sau *„dacă nu câștig, nu am nicio valoare”*. Această dinamică alimentează anxietatea cronică și auto-învinovățirea, în special atunci când rezultatele din realitate nu corespund standardelor interiorizate. Burnout-ul poate apărea atunci când Eul se situează constant sub acest ideal, producând vinovăție, anxietate și reprimarea vulnerabilității. Burnout-ul poate apărea atunci când Supraeul devine tiranic, cerând performanță cu orice preț.

4.2 Sinele fals și supra identificarea

Conceptul de Sine fals al lui Winnicott (1960) sugerează că indivizii pot îndeplini roluri care să îi mulțumească pe alții, deconectându-se în același timp de nevoile lor autentice. Mulți medici și sportivi de înaltă performanță recunosc că nu știu cine sunt în afara profesiei lor. Identitatea lor se confundă cu rolul: *„sunt medic”* sau *„sunt atlet”*. Această identificare rigidă creează vulnerabilitate la crize de identitate atunci când performanțele profesionale se clatină.

Prin urmare, noțiunea de Sine fals a lui Winnicott (1960) este deosebit de relevantă. Medicii și sportivii pot prezenta o persoană foarte competentă, stoică, în timp ce maschează îndoielile interioare sau nevoile emoționale. În timp, deconectarea dintre Sinele exterior și lumea emoțională interioară creează un sentiment de lipsă de autenticitate și gol psihic - un element central al burnout-ului. Epuizarea apare atunci când acest Sine fals nu mai poate fi susținut. Astfel, burnout-ul poate fi considerat oboseala de a îndeplini un rol care nu a aparținut individului niciodată.

4.3 Rănirea și prăbușirea narcisică

Potrivit lui Kohut (1976), sinele se formează și se menține prin experiențe de tip *„obiect al sinelui”* - fiind oglindit și validat de alții. Pentru persoanele foarte performante, rezultatul devine o sursă principală a acestei oglindiri. Atunci când apare o accidentare, o eroare sau o performanță slabă, Sinele fragil poate experimenta o prăbușire narcisică. Astfel, atunci când sportivii sau medicii își pierd oglindirea externă de care depind, ei experimentează colapsul emoțional și golul interior. Fără public sau admirație, sinele se *„dezumflă”* - o implozie tăcută, mai degrabă decât o explozie.

4.4 Masochismul și farmecul suferinței

Freudenberger (1974) și Gabbard (1985) au descris gratificarea inconștientă derivată din sacrificiul de sine - o dinamică deosebit de răspândită în profesiile de îngrijire. Medicii echivalează adesea epuizarea cu dedicarea, crezând că odihna este o formă de slăbiciune. În mod similar, sportivii pot valoriza durerea și refuzul de a se reface ca semne ale disciplinei.

Dintr-o perspectivă psihodinamică, acest lucru este înțeles ca o formă de masochism inconștient, în care suferința servește la asigurarea iubirii, validării sau păcii interioare. De asemenea, poate reflecta o vinovăție nerezolvată sau nevoia de a-și dovedi valoarea prin suportarea durerii.

4.5 Clivajul și proiecția

Lucrările lui Klein (1946-1963) sugerează că, sub presiune, indivizii împart realitatea în părți *„bune”* și *„rele”*. În cazul medicilor sau al sportivilor, acest lucru ar putea consta în idealizarea muncii lor la început, pentru ca mai târziu să o devalorizeze complet atunci când nu reușește să satisfacă nevoile inconștiente. Se pot manifesta, de asemenea, dinamici proiective (de exemplu, învinuirea pacienților sau a antrenorilor). Din această perspectivă, burnout-ul reprezintă o apărare împotriva dezamăgirii insuportabile față de propria persoană sau profesie.

4.6 Transferul și figurile de autoritate

Transferul, o piatră de temelie a teoriei psihodinamice, joacă un rol important în relațiile pe care medicii și sportivii le au cu supervizorii, instituțiile și antrenorii lor. Figurile de autoritate devin adesea dubluri ale figurilor parentale timpurii, activând modele de atașament nerezolvate.

În terapie, recunoașterea acestor dinamici de transfer poate oferi o perspectivă asupra tiparelor relaționale dezadaptative. De exemplu, un medic care se teme să-și dezamăgească șeful de secție poate reda în mod inconștient temerile din copilărie legate de dezaprobarea părinților. Totodată, un sportiv poate retrăit același conflict intern între nevoile personale și dorința de a nu-l dezamăgi pe antrenor în mod similar cu relaționare cu propriul tată. Abordarea acestor tipare poate reduce presiunea internalizată și poate promova limite mai sănătoase.

4.7 Mecanisme de apărare

Teoria psihodinamică oferă un cadru pentru înțelegerea modului în care mecanismele de apărare modelează experiența burnout-ului. Apărările comune în burnout includ:

- *Negarea:* Sportivii ignoră accidentarea sau medicii minimalizează oboseala.
- *Reprimare:* Suprimarea furiei, tristeții sau îndoielilor pentru a menține o persoană performantă.
- *Idealizare/Devalorizare:* Idealizarea inițială a profesiei sau a echipei, urmată de cinism și resentimente.
- *Proiecția:* Atribuirea nesiguranțelor personale colegilor, pacienților sau antrenorilor.
- *Formațiunea reacțională:* Acționarea în mod opus emoției reale simțite.

Pe scurt, epuizarea este adesea precedată de sau coincide cu mecanisme de apărare dezadaptive:

Tabel 1: Mecanismele de apărare și rolul lor în burnout

După cum a fost menționat anterior, Farber (2000) clasifică tipurile de burnout care se corelează cu profilurile psihodinamice: *perfecționist* (motivat de anxietate și vinovăție), *narcisist* (motivat de validarea externă) și *supra angajat* (motivat de fantezii de omnipotență). Înțelegerea acestor stiluri ajută la abordarea terapeutică.

5. INTEGRAREA EMPIRICĂ: CONSTATĂRI OBSERVAȚIONALE

5.1. Două exemple cazuistice

Cazul 1: Dr. C, 45 de ani, medic de urgență - *„Dacă nu sunt perfect, atunci nu merit nimic.”*

Dr. C a intrat în terapie la scurt timp după moartea mamei sale. A acuzat oboseală cronică, amorțeală emoțională și o teamă crescândă de a face greșeli și de a dezamăgi pacienții. Crescut de o mamă perfecționistă, el a asociat în mod inconștient competența cu iubirea. În plus, a devenit medic pentru a fi superior d.p.d.v. profesional tatălui sever și agresiv cu care a fost permanent în competiție. Burnout-ul său a fost o manifestare a nevoii inconștiente de a rămâne impecabil pentru a rămâne *„valoros”* după moartea obiectului său principal de atașament. Tratamentul psihodinamic l-a ajutat pe Dr. C să-și separe identitatea de rolul său, să-și clarifice poziționarea inconștientă față de părinți

Tabel 1:

Mecanismul de apărare	Descriere	Rolul în burnout
Negare	refuzul de a accepta limitele	înfruntarea durerii sau a oboselii
Reprimarea	blocarea emoțiilor stresante	duce la epuizare emoțională
Idealizarea	viziune nerealistă despre sine/alții	colaps atunci când realitatea dezamăgește
Proiecție	atribuirea conflictelor	blamarea pacienților, antrenorilor,
Formațiunea reacțională	acționarea opusă simțirii	ex: încrederea falsă care ascunde anxietatea

și să facă doliu atât după pierderea mamei sale, cât și după standardele imposibile pe care le-a internalizat.

Cazul 2: Dl A, 30 de ani, jucător profesionist de fotbal - *„Nu mai puteam să joc și nu mai știam cine sunt."*

După o accidentare foarte gravă care a amenințat încetarea prematură a carierei sale sportive și fără o identitate de rezervă, Dl. A a întrat în depresie. Recuperarea fizică (bazată pe *„o disciplină de fier și o acceptare a durerii"*) i-a permis să revină în timp record la echipă. Performanța sportivă a fost satisfăcătoare, dar inconstantă, dl. A acuzând un sentiment profund de gol intern și disperarea *„de a nu se regăsi pe sine după accidentare"*, apatie și anxietate ridicată.

Terapia a scos la iveală o convingere primară că succesul sportiv era singura modalitate de a-și dovedi valoarea și de a obține aprobarea familiei sale. Dl. A a fost crescut de bunica paternă, o femeie *„de fier"* care a preluat responsabilitatea parentală de la o mamă indisponibil emoțional și un tată imatur și incapabil care însă a avut mereu așteptări imposibile de la fiu (*„doar nr. 1 contează"*), exprimându-și în același timp dezaprobarea constantă (ca manifestare a propriei invidii). Prin terapie, dl. A și-a clarificat dinamica relațiilor primare, a început să exploreze surse de stimă de sine care nu se bazează pe performanță și să se reangajeze în relații dincolo de identitatea sportivă, precum și să își descopere motivația intrinsecă pentru a juca fotbal.

Iată un rezumat al cadrului psihodinamic al celor două cazuri prezentate.

Tabelul 2:
Exemplu de cadru psihodinamic (cazurile 1 și 2)

Element	Descriere
Conflictul rădăcină	idealuri/ convingeri interioare vs. realitate/ limite externe
Problema identității	identificarea excesivă cu rolul
Mecanisme de apărare	reprimarea, negarea, idealizarea/devalorizarea, intelectualizare.
Costul emoțional	vinovăție, rușine, goliciune, prăbușire
Focusul terapiei	descoperirea conflictelor interne și restructurarea percepției de sine

5.2. Constatări observaționale

Studiul observațional comparativ a inclus 5 medici și asistente și 5 sportivi profesioniști. Folosind protocolul de interviu psihodinamic, au fost identificate mai multe teme:

Constatări cantitative:

- 80% dintre medici au obținut scoruri ridicate de epuizarea emoțională.
- 40% dintre medici au raportat depersonalizare semnificativă.
- 60% dintre sportivi au demonstrat anxietate de performanță ridicată.
- 80% dintre sportivi și-au exprimat confuzia identitară privind identitatea după accidentare sau ieșirea din viața competițională.

Teme calitative:

◊ Prevalența ridicată a stimei de sine condiționate de performanță.
◊ Idealizarea părinților, mentorilor sau a instituțiilor, urmată de deziluzie.
◊ Teama de irelevanță sau goliciune în afara rolului profesional.
◊ Emoții reprimate și standarde perfecționiste.
◊ Aceste constatări validează ipoteza conform căreia factorii psihologici interni fac parte integrantă din dezvoltarea și manifestarea burnout-ului.

5.3. Prezentare generală comparativă

Deși mediile de lucru ale celor 10 pacienți sunt diferite - medicină vs. sport de performanță - există unele suprapuneri evidente în cauzele, manifestările și consecințele epuizării în ambele grupuri. Iată o prezentare comparativă care ia în considerare și alte studii de specialitate: Gustafsson et all (2011), Rotenstein et all (2018)

6. DISCUȚII

Burnout-ul este prevalent atât în rândul medicilor, cât și al sportivilor profesioniști, manifestându-se prin aspecte psihologice și funcționale similare. În ciuda mediilor diferite, ambele grupuri se confruntă cu așteptări de înaltă performanță, timp limitat de recuperare și teama de eșec, contribuind la epuizare.

6.1 Teme psihodinamice comune

- Idealizarea profesiei/ Eul: Idealuri ale eului dezvoltate din experiențe timpurii și valori și standarde culturale. Epuizare din cauza eșecului cronic de a îndeplini aceste standarde.

Tabelul 3: Vedere comparativă a cauzelor, simptomelor și consecințelor burnout-ului

	Burnout la medici	Burnout la sportivi
Cauze	volumul de muncă: orele lungi, turele de noapte, sarcinile administrative cost emoțional: expunere constantă la traume, suferința pacienților, decizii de viață sau moarte lipsa de autonomie: control limitat asupra programelor sau deciziilor de tratament presiunile sistemului: deficit de personal, amenințări de mal-praxis	pregătire fizică intensă: puțin timp pentru recuperare așteptări mari: presiune din partea antrenorilor, sponsorilor, fanilor și a propriei persoane lipsa de echilibru: viața se învârte adesea doar în jurul sportului rănile și frica de eșec: durere cronică, riscuri care pun capăt carierei, perfecționism
Simptome	epuizarea emoțională depersonalizarea (tratarea pacienților ca obiecte) reducerea sentimentului de satisfacție personală iritabilitate, insomnie, anxietate, depresie	epuizare fizică și emoțională pierderea motivației și a bucuriei în sport scăderea performanței în ciuda efortului depus probleme de somn, schimbări de dispoziție, anxietate
Consecințe	creșterea numărului de erori medicale scăderea calității îngrijirii rate mai ridicate de abuz de substanțe tulburări de sănătate mintală (depresie, anxietate, tulburări de alimentație)	ieșire anticipată din viața sportivă tulburări de sănătate mintală (depresie, anxietate, tulburări de alimentație) consumul de substanțe sau dopaj crize de identitate post-carieră

- Fuziunea rolului și a identității: Sinele se confundă cu rolul medicului sau al sportivului. O identitate centrală de omnipotență se prăbușește atunci când performanța scade.
- Dinamica relațiilor primare*:* declanșarea inconștientă a dinamicii timpurii cu antrenorii, mentorii, dar și colegii sau pacienții. Transferul nerezolvat activează tipare de atașament nerezolvate.
- Nevoi relaționale nesatisfăcute proiectate în muncă: derivarea inconștientă a valorii din suferință sau din performanță ca validare a stimei de sine.

6.2 Diferențe în exprimare

◊ Medicii experimentează adesea epuizarea profesională ca o vătămare morală - o disonanță între valorile profesionale și constrângerile sistemice.

◊ Sportivii o resimt mai mult ca pe o vătămare narcisică, mai ales atunci când accidentările sau eșecurile le pun la încercare stima de sine.

6.3 Factorii sistemici ca declanșatori, nu cauze

În timp ce problemele sistemice (de exemplu, orele lungi, cultura instituției, etc.) exacerbează fără îndoială epuizarea, teoria psihodinamică sugerează că acești factori de stres sunt interpretați printr-o lentilă internă, modelată de istoria dezvoltării și structura personalității.

7. IMPLICAȚII CLINICE

Burnout-ul este o problemă semnificativă în profesiile bazate pe înaltă performanță. Medicii și sportivii profesioniști împărtășesc sarcini psihologice similare, necesitând sisteme de sprijin integrate, specifice profesiei, pentru intervenție timpurie și prevenire.

7.1 Prevenirea. Intervenții instituționale și schimbări culturale

Pentru a aborda burnout-ul în mod cuprinzător, atât instituțiile medicale, cât și cele sportive trebuie să evolueze în următoarele direcții:

- *Educație*: Integrarea autocunoașterii emoționale și practica reflexivă în programele de formare care ar trebui să abordeze dezvoltarea identității, alfabetizarea emoțională și limitele sănătoase.
- *Supervizarea*: Încurajarea mentoratul psihologic informat.
- *Politica*: Permiterea vulnerabilității fără stigmatizare; normalizarea solicitării de suport.
- *Cultură*: Promovarea și altor valori pe lângă perfecționism (cum ar fi reziliența, autenticitatea și compasiunea). Normalizarea solicitării de suport ca fiind un punct forte, nu o slăbiciune.

Programe precum grupurile Balint pentru medici sau sistemele confidențiale de sprijin reciproc pentru sportivi

s-au dovedit promițătoare. Aceste intervenții se aliniază obiectivelor psihodinamice de autoînțelegere și vindecare relațională.

7.2 Intervenții psihodinamice în adresarea burnout-ului

Terapia psihodinamică urmărește să descopere motivațiile inconștiente și să restabilească un sentiment de sine mai coerent. Intervențiile eficiente pentru burnout pot include:

- Explorarea experiențelor timpurii: Corelarea factorilor de stres actuali cu dinamica relațională din trecut.
- Interpretarea apărărilor: Identificarea modului în care negarea, reprimarea sau proiecția pot masca vulnerabilitatea.
- Conștientizarea transferului: Înțelegerea dinamicii autorității și a tiparelor de dependență.
- Confruntarea suportivă: Discutarea cu compasiune a standardelor perfecționiste sau nerealiste.
- Facilitarea doliului: Permiterea persoanelor să facă doliu după pierderea unui sine idealizat sau a aspirațiilor neîmplinite.

Astfel, terapia burnout-ului nu ar trebui doar să amelioreze simptomele, ci și să promoveze un sine mai autentic, capabil să existe dincolo de parametrii de performanță și, prin urmare, ar putea să ofere:

ajutor la identificarea convingerilor internalizate despre succes, eșec și stima de sine.

abordarea sinelui fals și facilitarea apariției sinelui autentic.

utilizarea transferului și contra-transferului pentru a explora modelele relaționale timpurii reflectate în rolurile profesionale (de exemplu, nevoia de a face mereu pe plac).

7.3. Direcții viitoare

Sunt necesare studii longitudinale pentru a urmări evoluția burnout-ului. Intervențiile adaptate fiecărui grup ar trebui să fie testate pentru eficacitate.

8. Concluzii

Burnout-ul medicilor și a sportivilor profesioniști nu este doar rezultatul presiunilor externe, ci al unor conflicte interne profunde, adesea inconștiente. Prin înțelegerea fundamentelor psihodinamice (idealuri ale Eului, mecanisme de apărare, lezări timpurii ale atașamentului, etc.) se poate interveni nu doar simptomatic, ci și asupra cauzei.

Perspectivă psihodinamică dezvăluie mecanismele inconștiente (precum idealizare, Sine fals și perfecționism) care alimentează ciclul de supra performanță și colaps. Abordând aceste dinamici interne prin reforme terapeutice și instituționale, indivizii și sistemele pot promova forme mai sănătoase de excelență. Viitorul medicinei și al sportului de elită nu depinde doar de depășirea limitelor, ci de recunoașterea costului uman al acestei acțiuni. *„Oprirea înainte de prăbușire”* înseamnă a-i ajuta pe cei cu performanțe înalte să își realinieze stima de sine cu ceva mai sustenabil decât perfecțiunea.

Referințe

1. *Farber, B. A. (2000). Treatment strategies for different types of teacher burnout. Journal of Clinical Psychology, 56(5), p.675–689.*
2. *Freud, S. (1914). Pentru a introduce narcisismul. Freud – Opere esențiale, Ed Trei, București, Vol. 3, p.35-68.*
3. *Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. Journal of Social Issues, 30(1), p.159–165.*
4. *Gabbard, G. O. (1985). Counter-transference issues in psychiatric treatment. American Psychiatric Publishing.*
5. *Gustafsson, H., Hassmén, P., Kenttä, G., & Johansson, M. (2011). A qualitative analysis of burnout in elite Swedish athletes. Psychology of Sport and Exercise, 9(6), p.800–816.*
6. *Kernberg, O. (1992). Aggression in personality disorders and perversions. Yale University Press.*
7. *Klein, M (1946-1963). Complete Works - Vol. 2: Envy and Gratitude And Other Works: 1946-1963. Ed. Trei, București*
8. *Kohut, H. (1976). Psychology of the Self: Lectures from the Chicago Psychoanalytic Institute, Prelegrea a-25-a, Reflecții despre Sine și despre reconstrucția sa, Ed. Trei, București, p.564-585*
9. *Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2(2), p. 99–113.*
10. *Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). Career burnout: Causes and cures. Free Press.*
11. *Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, Mata DA. (2018) Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. JAMA. 2018 Sep 18;320(11):1131-1150. doi: 10.1001/jama.2018.12777. PMID: 30326495; PMCID: PMC6233645.*
12. *Shanafelt, T. D., et al. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians. Archives of Internal Medicine, 172(18), p.1377–1385.*
13. *Winnicott, D. W. (1960). Perturbarea Eului în termeni de sine adevărat și fals. Opere - Vol. 4: Procesele de maturizare, Ed. Trei, București, p.178–194.*

ARTA COMUNICĂRII BAZATE PE VALORI ÎN PRACTICA MEDICALĂ

Mihaela Gabor Naidin, Brașov, România, Licențiată în psihologie, Master Universitatea Transilvania Brașov - Facultatea de Medicină, Certificare în Managementul Calității în Sănătate, Certificat Absolvire, Hospice Casa Speranței - Curs Îngrijire Paliativă pentru Echipa Interdisciplinară

Rezumat: *Comunicarea reprezintă un pilon esențial în practica medicală, influențând direct calitatea relației medic-pacient și rezultatele clinice. Acest articol analizează comunicarea bazată pe valori, evidențiind rolul său în consolidarea încrederii, facilitarea colaborării interdisciplinare și îmbunătățirea eficienței actului medical. Sunt examinate barierele frecvent întâlnite în sistemul de sănătate, fundamentele teoretice ale comunicării centrate pe valori și strategiile practice de dezvoltare a competențelor comunicaționale în cadrul echipelor medicale. Prin integrarea valorilor precum empatia, respectul și asertivitatea, comunicarea medicală poate contribui la crearea unui cadru terapeutic optim, în beneficiul pacientului și al echipei medicale.*
Cuvinte cheie: *comunicare medicală, valori, relația medic-pacient, empatie, colaborare interdisciplinară, abilități de comunicare.*

Abstract: *Communication is a fundamental pillar in medical practice, directly impacting the quality of the physician-patient relationship and clinical outcomes. This article explores values-based communication, emphasizing its role in fostering trust, facilitating interdisciplinary collaboration, and enhancing the effectiveness of healthcare delivery. Common barriers within healthcare systems, theoretical foundations of values-centered communication, and practical strategies for developing communication competencies in medical teams are examined. By integrating core values such as empathy, respect, and assertiveness, medical communication can contribute to establishing an optimal therapeutic environment that benefits both patients and healthcare professionals.*
Keywords: *medical communication, values, physician-patient relationship, empathy, interdisciplinary collaboration, communication competencies.*

„Comunicarea este pentru relații ceea ce respirația este pentru viață."
„Comunicarea este medicamentul esențial al fiecărei relații."
— Virginia Satir

Introducere

Comunicarea este esențială în relațiile interumane și, cu atât mai mult, în practica medicală, unde impactul său se reflectă direct în starea de bine a pacientului. În experiența mea, am constatat frecvent dificultăți în exprimarea autentică a gândurilor și emoțiilor, atât în sfera profesională, cât și personală. Lipsa curajului de a aborda opiniile diferite sau de a-ți face vocea auzită poate conduce la blocaje comunicative și neînțelegeri. Însă, alegerea cu grijă a cuvintelor și tonului potrivit, însoțite de respect și deschidere, transformă comunicarea într-un instrument puternic de conectare și vindecare. În acest context, integrarea valorilor precum respectul, compasiunea și asertivitatea devine indispensabilă pentru o relație autentică între cadrele medicale și pacienți.

O comunicare autentică, ghidată de valori, devine astfel un *„medicament esențial"* pentru fiecare relație din sistemul de sănătate.

Domeniul medical este deosebit de important și complex, într-o evoluție constantă de la o zi la alta, care necesită profesioniști dedicați, bine pregătiți, din diverse arii de specialitate, a căror contribuție este neprețuită. Progresele în medicină sunt remarcabile și impresionante, însă mai avem încă un drum lung de parcurs pentru a atinge cu adevărat o comunicare eficientă și o îngrijire centrată pe persoană.

Indiferent de potențialul nostru în comunicare, fiecare dintre noi poate să-și crească semnificativ șansele de succes în atingerea obiectivelor profesionale și personale printr-o comunicare eficientă.

Tot ce trebuie este să pornim la drum, chiar dacă ne simțim stângaci sau lipsiți de experiență. Cheia constă în practică și în dorința sinceră de a învăța și de a ne îmbunătăți continuu.

Pacientul nu așteaptă perfecțiune, ci umanitate și claritate. Fiecare dintre noi — și fiecare pacient — este o poveste, o personalitate cu nevoi unice de a fi auzită, văzută, înțeleasă și îngrijită.

Ce înseamnă comunicarea bazată pe valori

Comunicarea bazată pe valori presupune o aliniere autentică între ceea ce exprimăm, ceea ce credem și modul în care acționăm. Aceasta depășește simpla transmitere de informații, implicând și exprimarea intențiilor, a respectului și a responsabilității față de interlocutor. Prin cultivarea congruenței între valorile personale și cele profesionale, evităm comunicarea mecanică și automatizată, construind astfel relații bazate pe încredere și sinceritate.

Rolul comunicării în asistența medicală

Comunicare eficientă în echipa medicală și cu pacienții:

- Ajută la gestionarea momentelor dificile (diagnostice grave, vești proaste)
- Îmbunătățește colaborarea între specialiști
- Asigură că pacienții primesc nu doar tratament, ci și sprijin uman

Dorința sinceră de a comunica mai bine cu ceilalți începe cu o comunicare autentică cu noi înșine. Pentru a găsi cheia unei bune comunicări, este nevoie de dorința de a comunica și de a ne cunoaște pe noi înșine.

Puterea cuvintelor și impactul lor

Fiecare cuvânt pe care îl rostim reflectă o valoare personală și are capacitatea de a vindeca, inspira sau răni. Cuvintele nu sunt doar simple expresii — ele construiesc relații, modelează percepțiile și pot influența destine.

Acordarea unei atenții conștiente limbajului nostru reprezintă o investiție valoroasă în propria dezvoltare și în bunăstarea celor din jur. Atunci când alegem să vorbim cu blândețe, curaj și adevăr, nu doar că ne creăm legături autentice, ci ne onorăm și propria valoare.

Puterea cuvintelor este imensă: *ele pot vindeca, inspira și schimba destine — inclusiv pe al nostru.*

Bariere în comunicarea medicală

Deși există dovezi solide privind beneficiile unei comunicări eficiente în domeniul sănătății, sistemele medicale investesc insuficient în dezvoltarea abilităților comunicative ale personalului. Presiunea timpului, lipsa unui training specializat și o cultură organizațională care prioritizează competențele tehnice în detrimentul celor umane reprezintă obstacole majore.

Este esențial ca instituțiile medicale să recunoască comunicarea drept o competență clinică vitală [2], ce trebuie cultivată și evaluată constant.

Studiile arată că peste 60% din plângerile legale [5] în sănătate nu se datorează erorilor tehnice, ci deficiențelor de comunicare. Barierele pot apărea atât la nivelul emițătorului, cât și al receptorului sau în contextul interacțiunii. Printre cele mai frecvente obstacole se numără:

Lipsa timpului și a resurselor (consultații scurte, focus pe diagnostic)

- Lipsa formării continue structurate în comunicare
- Cultura profesională centrată pe expertiză, nu pe empatie
- Percepția comunicării ca *„slăbiciune”* sau pierdere de timp

Deși conflictul este adesea considerat o barieră în comunicare, el poate deveni, dacă este gestionat constructiv, motorul unei comunicări eficiente.

De ce nu investim suficient în comunicarea medicală?

- Abundența materialelor teoretice, dar lipsa aplicabilității practice și a exemplelor locale relevante
- Presiunea pe timp și resurse: consultații de 7–15 minute, cu un focus predominant pe diagnostic, nu pe relaționare
- Lipsa formării continue structurate: puține facultăți și spitale oferă traininguri periodice de comunicare

Pentru a depăși aceste bariere, este nevoie de o schimbare în modul în care este percepută și tratată comunicarea în domeniul medical — ca pe o componentă esențială a actului clinic, la fel de importantă ca orice competență tehnică.

De ce să investim în comunicarea medicală?

Investiția în dezvoltarea abilităților de comunicare în domeniul medical aduce beneficii concrete atât pentru pacienți, cât și pentru întregul sistem de sănătate:

Ghidurile și articolele oferă informații utile, însă doar 10–15% din acestea sunt reținute fără o practică constantă. Comunicarea eficientă este o abilitate comportamentală, nu doar cognitivă, ce se dezvoltă prin exercițiu continuu.

O comunicare bine pusă la punct reduce costurile sistemului medical prin evitarea investigațiilor inutile și a internărilor care pot fi prevenite.

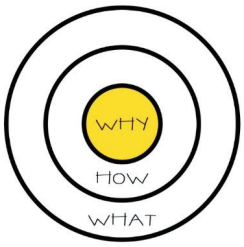
Scade semnificativ numărul litigiilor medico-legale, majoritatea plângerilor fiind cauzate de deficiențe în comunicare, nu de erori medicale propriu-zise.

Reduce cu până la 30% numărul reclamațiilor și plângerilor, scurtează timpul total de consultație și îmbunătățește aderența la tratament cu până la 60%.

Printr-o comunicare respectuoasă și empatică, se oferă respect și demnitate atât pacientului, cât și echipei medicale. Aceasta redă pacientului un rol activ în luarea deciziilor și promovează o cultură colaborativă, care poate reduce burnout-ul în rândul personalului medical [8].

Fundamente teoretice: Cercul de aur (Golden Circle) – Simon Sinek

Modelul *„Cercul de Aur”* propus de Simon Sinek [4] oferă un cadru eficient pentru comunicarea bazată pe valori. În domeniul medical, acest model recomandă SĂ ÎNCEPEM cu **„De ce?”** — care reflectă scopul fundamental al actului medical: îngrijirea umană, empatică și respectuoasă a pacientului. **„Cum?”** reprezintă valorile și metodele prin care se realizează această îngrijire — ascultarea activă, limbajul clar, atitudinea empatică. **„Ce?”** desemnează acțiunile concrete: consultațiile și tratamentele care integrează comunicarea ca pilon al actului terapeutic.



Exemplu aplicat: Arta comunicării în sănătate (Cercul lui Simon Sinek)

De ce? Pentru că pacienții merită nu doar tratamente eficiente, ci și să fie văzuți, înțeleși, ascultați și respectați. (pasul 1)

Cum? Prin ascultare activă, limbaj clar și adaptat, atitudine empatică față de fiecare pacient. (pasul 2)

Ce? Oferim consultații și îngrijire medicală în care comunicarea este la fel de importantă ca diagnosticul. Pacienții pleacă din cabinet mai bine informați, mai încrezători și mai implicați în propriul plan de tratament. (pasul 3)

Sursa foto: https://humanskills.blog/the-golden-circle-by-simon-sinek/

Impactul valorilor asupra rezultatelor clinic

Cercetările arată că o comunicare medicală eficientă, bazată pe valori autentice, are efecte semnificative asupra rezultatelor clinice, conducând la:

Aderență mai bună la tratament

Reducerea erorilor medicale

Îmbunătățirea generală a stării de sănătate a pacienților

Valorile fundamentale, precum empatia și respectul, contribuie la crearea unui mediu terapeutic în care pacienții se simt în siguranță și sprijiniți pe parcursul tratamentului.

Integrarea valorilor pacienților în procesul de îngrijire conduce, conform studiilor, la rezultate clinice superioare, evidențiind importanța unei abordări personalizate în medicina contemporană.

Empatia crește aderența la tratament

Un studiu publicat în Journal of the American Medical Association (JAMA, 2011) a demonstrat că pacienții cu diabet tratați de medici empatici [6] au avut cu 40% mai puține complicații.

Onestitatea și transparența scad riscul de litigii

Conform unor studii realizate la Harvard Medical School, 70% dintre pacienți susțin că o atitudine sinceră și deschisă a medicului [7] le-ar fi schimbat decizia de a depune o plângere.

Respectul aduce încredere crescută în echipă și sistem

Pacienții care se simt respectați:

- pun mai multe întrebări
- acceptă mai ușor recomandările medicale
- evaluează pozitiv experiența clinică

Răbdarea și ascultarea activă conduc la un diagnostic mai corect

Pacienții întrerupți în primele 15 secunde pierd oportunitatea de a oferi informații esențiale. Comunicarea grăbită este asociată cu erori de diagnostic în 8–10% din cazuri.

Recomandări practice pentru o comunicare medicală bazată pe valori

Pentru a integra eficient comunicarea bazată pe valori în practica medicală, este esențial ca echipele medicale să primească o formare continuă dedicată acestei competențe. Aceasta poate include exerciții practice de ascultare activă și sesiuni de feedback constructiv, desfășurate regulat în cadrul ședințelor de echipă, pentru a dezvolta abilități reale și aplicabile.

Implementarea unor protocoale clare de comunicare empatică în relația cu pacienții ajută la crearea unui cadru standardizat, dar flexibil, în care fiecare pacient se simte ascultat și respectat. Este recomandat ca medicii și întregul personal medical să reflecte periodic asupra valorilor personale și profesionale care le ghidează actul medical, pentru a menține coerența și autenticitatea în comunicare.

Pe lângă acestea, câteva măsuri suplimentare pot susține dezvoltarea continuă a abilităților de comunicare:

- Organizarea de sesiuni de training practice, bazate pe simulări ale situațiilor reale întâlnite în relația cu pacienții, inclusiv gestionarea situațiilor dificile sau conflictuale.
- Promovarea unei culturi organizaționale care încurajează deschiderea, transparența și colaborarea între membrii echipei medicale, ca fundament al unei comunicări eficiente.
- Stabilirea unor indicatori de performanță pentru comunicare, care să fie evaluați periodic pentru a monitoriza progresul și a identifica nevoile de dezvoltare individuală și colectivă.
- Încurajarea mentoratului și coaching-ului între colegi, ca metodă de sprijin reciproc și transfer de bune practici în domeniul comunicării.
- Utilizarea tehnologiilor digitale, precum platforme online sau aplicații mobile, pentru acces facil la resurse educaționale și pentru asigurarea unui feedback continuu și personalizat.
- Introducerea discuțiilor despre starea psiho-emoțională a pacienților și modul de comunicare cu aceștia în cadrul rapoartelor de gardă sau întâlnirilor multidisciplinare poate aduce multiple beneficii

Adoptarea acestor recomandări, poate transforma modul în care comunicăm în sistemul medical, sporind atât calitatea îngrijirii, cât și satisfacția pacienților și a profesioniștilor din domeniu.

Concluzii

Comunicarea bazată pe valori nu se însușește doar prin studiu teoretic, ci prin practicarea constantă a empatiei, respectului și autenticității în relațiile profesionale și personale. Investiția în dezvoltarea competențelor de comunicare reprezintă o componentă esențială pentru calitatea actului medical, cu beneficii directe asupra sănătății pacienților și a satisfacției profesioniștilor din domeniul sănătății. A comunica cu inima și mintea deschise nu este doar o abilitate, ci o adevărată artă a medicinei contemporane.

„Iubește ceea ce înveți, dar iubește pe cine înveți mai mult."
— Dr. Brad Johnson

Pentru că **adevărata artă de a comunica nu începe cu vocea. Începe cu inima.**

Referințe

1. *Gabor Naidin M. Arta comunicării bazată pe valori [prezentare PowerPoint].*
2. *Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2016.*
3. *World Health Organization. Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline. Geneva: WHO; 2021.*
4. *Sinek S. Start with why: how great leaders inspire everyone to take action. New York: Portfolio; 2009.*
5. *Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician–patient communication. The relationship with malpractice claims. JAMA. 1997;277(7):553–9.*
6. *Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physician empathy and clinical outcomes for diabetic patients. Acad Med. 2011;86(3):359–64.*
7. *Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. N Engl J Med. 2006;354(19):2024–33.*
8. *West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016;388(10057):2272–81.*
9. *Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ. 1995 May 1;152(9):1423–33.*
10. *Epstein RM, Street RL Jr. Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2007. NIH Publication No.: 07-6225.*
11. *Travaline JM, Ruchinskas R, D'Alonzo GE Jr. Patient-physician communication: why and how. J Am Osteopath Assoc. 2005 Jan;105(1):13–8.*

ÎN CĂUTAREA PARADISULUI PIERDUT - EPISODUL 3

Psih. Dr. Carmen Monica Petrescu

Rezumat: *Relațiile umane pozitive, armonioase, afectuoase sunt un ingredient esențial în construirea unei vieți plină de sens, de fericire. Ele deschid o poartă importantă de acces spre o existență paradisiacă spre care tindem mereu. Calitatea acestor relații este strâns legată de sănătatea fizică și longevitate. Fenomenul însingurării este o cauză semnificativă de nefericire, îmbolnăvire și deces prematur.*
Cuvinte-cheie: *conexiune interpersonală, predictivi de sănătate, previziune afectivă*

Abstract: *TPositive, harmonious, caring human relationships are an important ingredient in building a meaningful and happy life and an important gateway to paradise. The quality of these relationships is closely linked to physical health and longevity. The phenomenon of loneliness is a significant cause of unhappiness, illness and premature death.*
Key words: *interpersonal connection, health predictors, affective prediction*

Motto: *„Din punctul meu de vedere, principalele lucruri care sunt importante prin ele însele, și nu ca mijloace pentru a obține alte lucruri, sunt cunoașterea, arta, fericirea instinctivă și relațiile cu prietenii, ori relațiile afective”*

- Bertrand Russell

Deși, la nivel individual s-a dovedit că relațiile interumane armonioase, prietenoase, afectuoase susțin sănătatea fizică, mentală, starea interioară bună și, în consecință o viață mai fericită, acest lucru este omis constant, în toată istoria umanității. Suntem în mod frecvent seduși de hedonism, o fericire trecătoare, adusă de plăcerile de moment, perisabile, condiționate mai curând de un soi de miopie în viziunea și înțelegerea noastră, de o incapacitate de a vedea lucrurile în perspectivă. Acum, peste 2000 de ani, Aristotel a folosit termenul de ***eudemonia*** sau ***eudaimonia*** care se referea la o stare profundă de bine, în care omul simte că viața lui are sens și scop. Cercetările contemporane îl confirmă, iar termenul nu s-a demonetizat (vezi episodul 2).

Dacă la nivel declarativ nimeni nu contrazice ideea importanței scopului și sensului în viață, precum și a bunelor relații, oamenii, în majoritatea lor copleșitoare, par să ignore sistematic importanța acestora în dobândirea unei vieți fericite. Când ne referim la termenul de fericire, vizăm o caracteristică de durată a vieții, nu la un moment trecător. Ne referim la acea *„stare de bine”*(***well-being***), *“de înflorire”*, *“de sens”*. S-au desfășurat sute de cercetări de-a lungul a peste 85 de ani în cadrul Studiului Harvard, care a demarat în 1938 și continuă și în prezent (1). Acesta este cel mai lung studiu care a fost efectuat asupra condițiilor de conservare a sănătății, echilibrului mental, emoțional, de stimulare a suportului motivațional, de realizare a prosperității interioare și de reușită în viață.

Calitatea vieții noastre este puternic influențată de calitatea relațiilor noastre - este una din cele mai importante concluzii ale studiului. Ultimul coordonator al acestei cercetări, dr. Robert Waldinger spune că: *„Partea cea mai surprinzătoare este că relațiile noastre și nivelul de fericire pe care-l resimțim în aceste relații au o influență covârșitoare asupra sănătății noastre“*(1). Analizând sute de vieți, de-a lungul mai multor generații, studiul a luat în considerare o paletă largă de factori care contribuie la fericirea umană: factorii sociali, psihologici și ai stării de sănătate, care par să se împletească mereu și mereu, într-o țesătură complexă și în continuă schimbare. Explorând de-a lungul timpului această mare varietate de date, s-au conturat anumite tipa-

re și predictivi ai prosperității unui om. *"Printre multitudinea predictorilor de sănătate și fericire, pornind de la dieta bună și efortul fizic regulat, până la mărimea veniturilor, viața în care domină bunele relații se impune pe primul loc, cu forță și consecvență"*. Este concluzia autorilor acestui amplu studiu care se derulează de peste opt decenii și pe mai multe generații.

De ce relațiile interumane contează atât de mult în accesarea stării de viață bună, fericită? Studiul Harvard nu este unicul studiu longitudinal demarat în lume care s-a întins pe mai multe decenii asupra prosperității psihologice umane. Astfel, studiile britanice de cohortă, cinci la număr, de la University College din Londra cuprind grupuri mari, reprezentative la nivel național, de subiecți născuți după Al Doilea Război Mondial, și ajung la începutul mileniului actual. Mai putem enumera *"Studiul pluridisciplinar Dunedin asupra sănătății și dezvoltării"* din Noua Zeelandă, început în 1972 și întins pe 31 de ani, *"Studiul Chicago asupra sănătății înaintării în vârstă și relațiilor sociale"*, început în 2002 și derulat mai mult de 10 ani, *"Studiul asupra înaintării sănătoase în vârstă, pe toată durata vieții, în cartiere cu componență diversificată"* și încă multe altele care ajung la aceeași concluzie: legăturile umane strânse au o importanță hotărâtoare în susținerea unei vieți fericite, împlinite. Aceste studii arată că oamenii care sunt mai legați de familie, de prieteni, de comunitate sunt mai fericiți si mai sănătoși fizic decât cei cu legături mai slabe sau, chiar absente.

Concluziile acestor studii subliniază că cei care sunt mai izolați decât își doresc să fie, intră într-un declin mai rapid al sănătății și au o viață mai scurtă, față de cei care se simt conectați cu ceilalți. Desigur, există o multitudine de factori care trebuie să participe pentru a genera o viață bună, fericită. Acești factori vor fi abordați în detaliu în următoarele episoade, întrucât ponderea lor nu este de neglijat. Totuși, urmărind studiile desfășurate în timp, pe un număr foarte mare de subiecți, încep să se contureze anumite tipare, iar predictivii prosperității umane devin mai limpezi. Acompaniind evoluția unui grup mare de persoane pe parcursul întregii lor vieți, Studiul Harvard a evidențiat că cele mai mulțumite de relațiile lor, la 50 de ani, erau și cele mai sănătoase (fizic si psihic) la 80 de ani, confirmând astfel importanța deosebită a gradului de satisfacție în relațiile interpersonale. Se poate, așadar, face o prognoză corectă asupra șansei ca cineva să ajungă sau nu, un octogenar fericit și sănătos. De asemenea, legăturile sociale din adolescență sunt un predictiv al stării de bine din perioada adultă, cu mai multă acuratețe decât rezultatele școlare.

Nevoia unor relații pozitive, afectuoase, nu este o simplă necesitate psihologică, ci una profund biologică, întrucât semnalizează creierului nostru că suntem într-o condiție de siguranță, amplificându-ne astfel sentimental de bine. În contrast cu acestea, experiențele și interacțiunile negative anunță un posibil pericol și mobilizează hormonii de stres (adrenalina si cortizolul), care iau parte la o cascadă de răspunsuri fiziologice ce ne ridică gradul de vigilență și ne ajută să reacționăm la apariția unor situații posibil critice, mobilizând răspunsul *"luptă sau fugi"*, configurând astfel senzația definitorie pentru ceea ce numim stres.

Rezistența lui *homo sapiens* de-a lungul timpului s-a datorat în mare măsură capacității sale de cooperare, a faptului că oamenii sunt ființe sociale. În prezent, singurătatea afectează tot mai mulți oameni, iar partea străveche a creierului nostru, proiectat să caute siguranța apartenenței la grup, interpretează aceste sentimente negative, ce acompaniază singurătatea, ca pe niște amenințări la adresa vieții. Aceasta duce la stres și boală. A spune că ființele umane au nevoie de relații afectuoase nu este un sentimentalism. Este o realitate concretă. Studiile ne-au spus-o iar și iar: ca ființe umane avem nevoie de hrană, de mișcare, de un scop și, mai ales, avem nevoie unii de ceilalți. Relațiile umane sunt esențiale pentru starea de bine a oamenilor, indiferent de comunitatea din care fac parte, de nivelul statutului social sau economic.

Din nefericire, sentimentul lipsei de conexiune cu alții este în creștere peste tot în lume. Aproximativ 1 din 4 americani declară că se simt singuri (1,2), adică peste 60 de milioane de oameni. În China, însingurarea printe adulții vârstnici a crescut mult în ultimii ani, conf. Ye Luo și Linda J. Waite într-un studiu din 2014 (3), iar în Marea Britanie a apărut în 2018 chiar un nou portofoliu ministerial pentru a aborda o problemă devenită o chestiune majoră de sănătate publică: ministrul singurătății, a cărui misiune este de a lua măsuri împotriva izolării crescânde resimțite de peste 10% dintre britanici, atât tineri cât şi vârstnici. Umbra singurătății și a decuplării bântuie lumea noastră modernă. Studiile ne relevă o capacitate scăzută a semenilor noștri de a face predicții afective corecte, de a realiza care pot fi beneficiile relațiilor noastre.

Cercetătorii de la Universitatea din Chicago au efectuat un interesant experiment de previziune afectivă în care le-au cerut subiecților să anticipe care din cele două scenarii - să discuți cu un străin sau să-ți vezi de treaba ta - ar duce

la o experiență mai agreabilă pe parcursul unei călătorii cu trenul (4). Într-o majoritate covârșitoare, subiecții au prezis că o conversație cu un om pe care nu-l cunoșteau va fi o experiență negativă și că ar fi mult mai bine să evite comunicarea. Experiența efectivă, însă, a fost exact opusul a ceea ce se așteptaseră. Majoritatea navetiștilor au avut o experiență pozitivă și evaluarea călătoriei a fost mai bună decât de obicei, chiar și în cazul persoanelor care obișnuiau să lucreze câte ceva în tren.

Există o serie de studii similare care ajung la aceeași concluzie privind capacitatea slabă a oamenilor de a face predicții afective corecte. Daniel Kahneman, laureat Nobel în 2002 pentru *"teoria perspectivei"*, a demonstrat că oamenii sunt, în general, mult mai înclinați să evite riscul de a pierde decât să-și dea șansa de a câștiga. Majoritatea oamenilor sunt înclinați să pună răul în față. Aplicată relațiilor interumane, această tendință ne conduce spre izolare. Desigur, conexiunile dintre oameni pot fi complicate și imprevizibile, aducând cu ele riscul neplăcerii, chiar a suferinței emoționale. Probabil că am putea integra această tendință omenească în contextul mai larg al instinctului de conservare, care ne pune frână în fața riscurilor, lăsând astfel doar unui număr redus de ființe temerare curajul explorării noului.

Modul in care oamenii percep relaționarea și investesc conexiunile interpersonale sunt în mare măsură condiționate de caracteristicile spațiului cultural al comunității în care trăiesc, precum și a culturii specifice din sânul familiei în care cresc. Mediul socio-familial infuzează individului, pe parcursul dezvoltării sale, prezumții, judecăți de valoare și obiceiuri care le regizează în mare măsură atitudinile și conduita, creând identități și semnificații. Mesajele culturale, dependente de multe ori de prejudecăți, dar și de interesele economice, ne îndepărtează uneori de șansa de a pătrunde într-o zonă reală de bine și fericire. Banii conferă o securitate existențială mai mare, acces la educație și îngrijire mai bună, dând șansa de a ne prelungi viața și de a ne bucura de mai mult confort și îndestulare; statutul social ne poate asigura o poziție de avantaj, de putere și de privilegii; realizările înseamnă materializarea unor țeluri, obținerea unor satisfacții și a unui sens în viață.

Toate acestea reprezintă aspecte importante ale existenței noastre, cu o gratificare evidentă și imediată. Ele au avantajul de a fi vizibile, concrete, cuantificabile, și astfel accesibile părții primitive a creierului nostru. Ar fi o explicație a faptului că tendința generală este de a le acorda prioritate în viața noastră. În schimb, frecvent rămâne pe un loc secund valorizarea unor relații de calitate, cu recompensă emoțională și spirituală. Acestea aparțin unei zone mai volatile, mai abstracte, și astfel, mai greu cuantificabile pentru creierul ancestral.

Valoarea relațiilor este de multe ori ocultată prin faptul că se află și într-o zonă de intersecție a multor influențe, devenind astfel complicat de evaluat. Modul în care sunt percepute relațiile interumane depind de trăsăturile de personalitate, presiune educațională, culturală, emoțională, experiența de viață. Studiile care au urmărit timp îndelungat subiecții, au relevant existența unor cazuri care, deși subiecții aparțineau unei clase defavorizate prin sărăcie și lipsă de oportunități, relațiile afectuoase și suportive din familie, conjugate cu determinarea și încrederea în propriile forțe, au dus la obținerea unei condiții materiale înfloritoare si a unui statut social superior. Chestionați la o vârstă înaintată, de 80-95 ani, despre ce anume le-a adus cea mai mare satisfacție în viață, ei nu au menționat realizările lor financiare, profesionale ori de statut, ci s-au declarat mulțumiți în primul rând de familia lor, confirmând încă o dată valoarea și puterea relațiilor.

Aceleași concluzii se desprind în mod consecvent de-a lungul timpului, în sute de studii din zone și grupuri demografice diferite, pentru bărbați și femei. În urma replicării studiilor pentru a determina fiabilitatea rezultatelor, a fost posibilă validarea independentă a rezultatelor, eliminând astfel posibilitatea unor anomalii întâmplătoare. Aspectul relațional are o atât de mare forță de impact asupra ființelor umane, încât poate condiționa supraviețuirea mai îndelungată pe acest pământ.

Meta-analiza Hold-Lunstad (2010) relevă faptul că, rata mortalității indivizilor cu cele mai puține legături sociale era mai mare - între 2,3 ori (bărbați) și 2,8 ori (femei) - decât cea a indivizilor cu cele mai multe legături. Iată niște corelații foarte puternice, comparabile cu efectul fumatului sau cu acel al îmbolnăvirii de cancer. De notat că fumatul în Statele Unite este considerat principala cauză a deceselor care pot fi prevenite. Indiferent de locul unde trăiește o persoană, de vârsta ei, de originea etnică sau de provenienta socială, legătura dintre relațiile interpersonale bune și sănătate continuă sa fie confirmate de-a lungul timpului de către toate studiile de până acum. Analizele a sute de studii relevă faptul că avantajele de bază ale conexiunii umane nu se schimbă prea mult de la un cartier la altul, de la un oraș la altul, de la o țară la alta sau de la o rasă la

alta. Capacitatea relațiilor de a ne influența starea de bine și sănătatea s-a dovedit a fi universală.

Relațiile armonioase în edificarea unei vieți bune, fericite, sunt fără îndoială extrem de importante. Studiile care relevă acest aspect aduc argumente solide și sunt în consens. Cu toate acestea, datorită complexității ființei umane și a existenței în care aceasta își construiește viața, dimensiunea relațiilor interpersonale nu acoperă întreaga paletă a condițiilor implicate într-o viață cu adevărat fericită. Următoarele episoade vor deschide poarta spre alte aspecte, la fel de importante și de semnificative care contribuie la ***well-being***-ul existenței noastre.

Bibliografie selectivă

1. *The Good Life Lessons from the World's Longest Scientific Study of Happiness. Robert Waldinger, Marc Schulz, Ebury Publishing, 2023.*
2. *Generational differences in Young Adults's Life Goals, Concern of Others, and Civic Orientation; Jean Twenge, W. Keith Campbell, Elise C. Freeman, 1966-2009; 2012.*
3. *Loneliness and Mortality Among Older Adults in China. Ye Luo, Linda J. Waite, 2014.*
4. *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection; John Cacioppo, William Patrick; 2008*

CE FACEM? NE ANGAJĂM SAU NU ÎN DISPUTE?

Dr. Stelian Cîntea, Brașov

Rezumat: *Situațiile tensionate în relația medic-pacient nu sunt rare, iar atitudinea fenomenologică adoptată de către medic este un mijloc valoros la îndemâna medicului în demersul de a le depăși, în a transforma criza în oportunitate de creștere și dezvoltare personală pentru ambii protagoniști.*
Cuvinte cheie: *dispută, conflict, fenomenologie.*

Abstract: *Tense situations in the doctor-patient relationship are not rare, and the phenomenological attitude adopted by the doctor is a valuable means at the doctor's disposal in the effort to overcome them, in transforming the crisis into an opportunity for personal growth and development for both protagonists.*
Keywords: *dispute, conflict, phenomenology.*

MOTTO: „Când te cerți cu un prost, asigură-te că el nu face același lucru!"

Din păcate, ocaziile în care relația medic-pacient traversează momente tensionate nu sunt de loc rare, deseori protagoniștii regăsindu-se baricadați în spatele propriilor argumente pe care celălalt nu le aude fiind ocupat la rândul său cu lansarea de acuzații și aplicarea de etichete. Este exact imaginea pe care motto-ul o surprinde.

Desigur, ca profesionist e preferabil să nu ajungi în astfel de situații. Dar a le evita nu este întotdeauna la îndemână pentru că tensiunile din societate, excesul de reglementare din sistemul de sănătate și neîncrederea în acest sistem, promovarea în media a modelului revendicativ de adresare, precum și alți factori mai mult sau mai puțin controlabili influențează negativ relația medic-pacient. Ceea ce, în calitate de profesionist pot (sau ar fi bine să pot) controla este propria mea atitudine într-o situație conflictuală. Și pentru asta motto-ul de mai sus poate fi de ajutor.

„Când te cerți cu un prost, asigură-te că el nu face același

lucru!" Zâmbetul pe care acest îndemn mi-l provoacă mă destinde pentru un moment și îmi permite să *„iau distanță"* față de situație, de mine însumi ca protagonist, să sesizez că între ceea ce vine spre mine de la preopinent (input) și răspunsul meu (output) aproape automat, există un spațiu în care este loc pentru o decizie personală. Astfel am realizat AUTODISTANȚAREA.

Odată pătruns în această *„ breșă"* grație autodistanțării, asemeni apei care găsește fisura într-un dig, pot lărgi spațiul și pot opera o schimbare de atitudine, de la cea obișnuită, corelată cu percepția factuală, practică, prin care peste ceea ce mi se arată ca fenomen cu anumite caracteristici superficiale se suprapun experiențe anterioare, judecăți, perspectiva utilitaristă, la o atitudine fenomenologică. Aceasta din urmă presupune, dincolo de a percepe caracteristicile superficiale ale fenomenului, deschiderea de a te lăsa atins de către esența acestuia de valorile ascunse acolo. În timp ce atitudinea practică vizează evidențierea de cauze și efecte, găsirea de explicații, atitudinea fenomenologică caută temeiuri, caută înțelegerea.

Privirea fenomenologică presupune inițial *„punerea între paranteze"* a tuturor experiențelor și prejudecăților legate de ceea ce am în față și focalizarea exclusiv pe ceea ce se arată, cum se arată și la impactul asupra mea (ce face cu mine). Este vorba de un proces ce presupune trei etape:

- *Reducția*: ce se arată? Abandonarea atitudinii utilitariste, partizane, marcată de prejudecăți.
- *Construcția*: cum este aceasta? Compunerea unui ansamblu (gestalt) din elementele percepute pe fundalul propriei esențe.
- *Destrucția*: Este oare așa (ist es wirklich so)? Sistarea siguranței aparente a percepției și construcției prin luarea în considerare a propriei subiectivități.

Tabelul din caseta de mai jos rezumă diferențele dintre abordarea obișnuită și cea fenomenologică.

Menținerea unei atitudini fenomenologice în contextul unei situații conflictuale este benefică din mai multe puncte de vedere.

Abordare obișnuită	Abordare fenomenologică
Medicul etichetează: *„Pacient agresiv"*.	Medicul se întreabă: *„Ce trăiește el acum?"*
Scop: Stoparea conflictului.	Scop: Înțelegerea conflictului.
Riscul de ruptură a relației.	Șansa de reconstruire a încrederii.

Mai întâi reducerea escaladării emoționale. De exemplu, atunci când sunt ținta unor acuzații pe care le consider nefondate, rezist impulsului de a răspunde, la rându-mi cu furie și îmi observ propria reacție atât la nivel corporal (tensiune musculară, transpirație, accelerarea pulsului, etc.), cât și la nivel mental (gânduri defensive, reproșuri, acuzații, etichetări) și mă întreb ce ascunde această furie, ce îmi spune despre mine?

Evitând să ne lăsăm luați de avalanșa emoțională putem, avem timp să ne întrebăm ce se află în spatele trăirilor celui din fața noastră, ce valori profunde resimte ca fiind amenințate, care este sensul furiei sale.

Menținerea la nivel minim al încărcării emoționale permite validarea autentică a emoțiilor.

Exemplu clinic
Situație: Un pacient refuză tratamentul și acuză medicul de neglijență.
Abordare fenomenologică:
Suspendă judecata (*„E un pacient nesuferit"*) → observă: *„Pacientul roșește, vocea îi tremură."*
Descrie experiența: *„El se simte trădat. Eu simt frustrare."*
Explorează sensul: *„Ce spera el de la mine? De ce acum?"*
Răspunde autentic: *„Îmi pare rău că simțiți că v-am dezamăgit. Cum putem repara asta?"*

Atitudinea fenomenologică nu respinge emoțiile (*„Nu e mare lucru"*) ci le tematizează, le aduce la suprafață, le acordă atenție și caută să le înțeleagă semnificația. (*„Văd că acest subiect vă tulbură profund. Povestiți-mi mai mult. Apar astfel condițiile transformării conflictului în dialog, deschizând calea către o întâlnire autentică între* „Eu" *și* „Tu" *fără rețineri în a ne arăta umanitatea, și chiar a ne recunoaște vulnerabilitățile, în acest mod schimbând fundamental premisele comuicării (exemplu:* „Observ că amândoi devenim tensionați. Să oprim discuția pentru 2 minute, apoi să reluăm.")Ar mai fi de precizat câte ceva despre două aspecte importante ale atitudinii/privirii fenomenologice, cu aplicabilitate în situațiile conflictuale: autodistanțarea (distanțarea de sine) și autotranscenderea.

Autodistanțarea se referă la abilitatea de a privi o situație conflictuală dintr-o perspectivă mai obiectivă, cu detașare emoțională pentru a înțelege mai bine dinamica interacțiunii.

Medicul poate folosi autodistanțarea pentru a-și regla reacțiile emoționale (ex.: frustrare, atitudine defensivă) atunci când un pacient este revendicativ sau agresiv. La rândul său pacientul poate beneficia de autodistanțare, dacă are această capacitate, pentru a nu percepe recoman-

dările medicale ca pe o critică personală. Pentru relația medic-pacient beneficiile sunt multiple: reducerea escaladării conflictelor, sporirea empatiei și soluționarea rațională a problemelor.

Autotranscenderea presupune depășirea perspectivei individuale și conectarea cu ceva mai mare decât sine (ex.: valorile profesionale, scopul îngrijirii pacientului). Îi permite medicului să vadă conflictul nu ca pe o luptă de putere, ci ca pe o oportunitate de a servi mai bine sănătății pacientului; să realizeze că rostul său în relația medic-pacient nu este acela de a-și afirma sau impune autoritatea ci, mai degrabă de a fi aliatul pacientului pentru binele acestuia. Astfel conflictul se poate transforma în colaborare, în vederea realizării scopului comun (însănătoșirea/calitatea vieții).

Autodistanțarea și autotranscenderea sunt instrumente de dezvelire (*"depănușare"*) fenomenologică. Cu ajutorul lor putem îndepărta, asemenea pănușilor de pe știuletele de porumb, starturile de prejudecăți, etichetări, proiecții ale experiențelor anterioare legate de ceea ce ni se arată. De asemenea facilitează o înțelegere autentică a celuilalt, esențială în relația medic-pacient; ne oferă acces la valorile individuale, la cele comune și deschidere spre sens.

Cele discutate până acum ar putea că ar fi înțelese ca un îndemn de a evita disputele sau de a întoarce spatele unei situații conflictuale. Nu este deloc așa. Există situații în care angajarea medicului în dispută poate fi benefică, chiar obligatorie, dar acest lucru trebuie făcut într-un mod controlat, profesionist și orientat spre rezolvare. Cheia constă în a face diferența dintre disputa constructivă (care poate clarifica neînțelegeri sau îmbunătăți colaborarea) și conflictul distructiv (care escaladează tensiunea și subminează încrederea).

O altă diferențiere util de făcut este aceea între dispută și conflict. Disputa este o neînțelegere sau controversă pe un subiect specific, care implică diferențe de opinie, interpretări sau informații. Este legată de o anumită temă (conținut) și este rezolvabilă prin argumentare. Nu periclitează relația atâta timp cât discuția se menține focalizată pe problemă și nu alunecă spre referiri (atacuri) la adresa persoanelor care le aduc. Conflictul este o confruntare mai profundă, care implică emoții intense, interese divergente sau valori incompatibile. În centru se află relația sau identitatea protagoniștilor (ex.: pacientul se simte ignorat, medicul se simte atacat) și din această cauză poate degenera în atacuri personale (*„Nu sunteți capabil!"*). prin urmare pentru rezolvare este necesară și gestionarea emoțiilor, nu doar a faptelor.

Având clarificate aceste aspecte și o bună capacitate de autodistanțare și autotranscendere, cu alte cuvinte o atitudine fenomenologică putem să ne angajăm în anumite dispute și să depășim fără daune majore situații conflictuale în care ne-am putea afla la un moment dat.

Există situații în care pacientul are nevoie clarificări sau corecții. De exemplu, un pacient insistă că un tratament este inutil sau dăunător, pe baza unor informații false. Atunci, în cadrul discuției i se pot oferi dovezi științifice, explica riscurile și beneficiile, și pacientul poate fi ajutat să ia o decizie informată. Întrebările deschise (*„Ce vă face să credeți asta?"*) aducerea în discuție a datelor obiective (*„Studiile arată că..."*), menținând o atitudine non-critică (pacientul nu trebuie să se simtă judecat sau desconsiderat pentru punctul său de vedere) sunt mijloace pe care medicul le are la îndemână.

Când pacientul are emoții reprimate care trebuie validate medicul trebuie de asemenea să intervină. De exemplu: în cazul unui pacient furios sau frustrat din cauza unei întârzieri, a unui diagnostic greu sau a unei experiențe negative anterioare aceste emoții trebuie recunoscute și verbalizate (*„Văd că sunteți supărat/îngrijorat"*), fără a le minimaliza (*„Nu e mare lucru"*) sau a deveni defensiv (*„Nu e vina mea"*). Recunoașterea și validarea emoțiilor poate deschide calea spre colaborare.

Când apare o ocazie de educație și conștientizare, cum ar fi refuzul vaccinării. Discuția calmă și bazată pe dovezi poate schimba percepția. Explorare temerilor (*„Ce vă îngrijorează cel mai mult?"*) și folosirea analogiilor (*„Vaccinul este ca un antrenament pentru sistemul imunitar"*) pot fi de ajutor.

Uneori pacientul testează limitele. În acest caz setarea de limite clare protejează relația și integritatea profesională. De exemplu, un pacient devine agresiv verbal sau insistă

Aspect	Dispută	Conflict
Nivelul de tensiune	*Scăzut (rațional)*	*Ridicat (emoțional)*
Obiect	*Subiectul concret (ex.: tratament)*	*Relația sau percepțiile reciproce*
Rezolvare	*Clarificare, dovezi*	*Empatie, negociere, reparare relație*
Risc	*Poate escalada în conflict*	*Poate duce la ruptura relației*

pentru rețete/tratamente inadecvate. Refuzul poate folosi limbaj non-confruntativ (*„Înțeleg nevoia dumneavoastră, dar nu pot prescrie acest tratament fără indicație medicală”*) și trebuie însoțit de oferirea de alternative (*„Putem încerca altceva care să vă ajute”*).

Totuși nu e potrivit să ne angajăm în dispute cu pacientul psihotic, violent sau aflat sub infuența unor substanțe. De asemenea atunci când pacientul este opac la argumente și nici când emoțiile devin de necontrolat. În această din urmă situație este preferabilă o pauză și reluarea discuțiilor după un timp.

Așadar angajarea în dispută poate fi benefică doar dacă:

Scopul este clarificarea, educarea sau validarea emoțiilor.

Medicul rămâne calm, empatic și orientat spre soluții.

Pacientul este deschis măcar minimal la dialog (nu este complet închis sau agresiv).

„A nu te certa cu un prost” nu înseamnă să eviți orice dispută, ci să alegi bătăliile care pot fi câștigate sau care merită efortul. În medicină, unele dispute pot salva vieți prin clarificarea miturilor și a reprezentărilor distorsionate.

Abordarea fenomenologică transformă conflictele din lupte de putere în dialoguri semnificative, centrate pe experiența umană.

Bibliografie

1. *Frankl, V. E. (1994). Omul în căutarea sensului vieții (trad. V. Tănase). București: Editura Trei.*
2. *Langle, A. (2019) Manual de Analiză Existențială și Logoterapie, Ed. GLE-International, Wien*
3. *Mucchielli, A. (2002) Arta de a influența, Ed. Polirom*
4. *Borcean, G. (2018) Relația medic-pacient o valoare perenă, Ed Mirton*
5. *Tătaru, D., & Boștină-Bratu, S. (2015). Comunicarea în relația medic–pacient. București: Editura Medicală.*

2025.V.16-18. Chisinau

RESURSELE PERSONALE VERSUS INTENȚIILE PROFESIONALE ALE PERSOANELOR CU DEFICIENȚE VIZUALE

Golovei Lilia, doctorandă, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă", Psiholog, grad didactic Superior, gimnaziul „Galata" Republica Moldova

Rezumat: *Orientarea profesională a persoanelor cu deficiențe de vedere, este mai dificilă, deoarece dizabilitatea le creează dificultăți suplimentare. Această activitate trebuie să fie realizată astfel ca persoana cu deficiențe de vedere să analizeze propriile resurse personale, inclusiv interesele și motivația să îl ajute să-și clarifice intențiile profesionale. În cadrul articolului sunt prezentate rezultatele studiului experimental al impactului resurselor personale asupra maturității profesionale la persoanele cu deficiențe vizuale. Rezultatele obținute demonstrează că aplicarea unui program de dezvoltare a resurselor personale îmbunătățește maturitatea profesională a persoanelor cu deficiențe de vedere ca rezultat al creșterii nivelului de resurse personale, al motivației și intereselor profesionale.*
Cuvinte-cheie: *resurse personale, motivație, interese, maturitate profesională, persoane cu deficiențe de vedere.*

Abstract: *Carrier guidance for visually impaired people is more difficult, because their disability creates additional difficulties. This activity should be carried out in such a way that the visually impaired person analyzes his/her own personal resources, including interests and motivation to help him/her clarify his/her career intentions. The results of the experimental study of the impact of personal resources on vocational maturity in visually impaired people are presented in the article. The obtained results demonstrate that the application of a personal resources development program improves the professional maturity of visually impaired people as a result of increasing the level of personal resources, motivation and professional interests.*
Keywords: *personal resources, motivation, interests, professional maturity, visually impaired people.*

Orientarea profesională este o problemă complexă – economică, tehnică, sociologică, psihologică și morală. J. Drevillon (1973) susține că în orientarea profesională ne putem bizui pe curiozitatea obișnuită și pe interesele tinerilor (pe care trebuie să le cunoaștem), dar nu mai puțin important este să le oferim tinerilor șansa de a-și extinde aria intereselor. Tot odată e necesar de a lua în considerare resursele personale ale persoanei așa ca: interese, aptitudini, valori, abilități, motivații etc. Prin intermediul orientării profesionale propunem persoanei mijloace prin care să-și completeze lacunele în domeniul profesional și să-și compenseze competențele lipsă sau insuficient dezvoltate. În cadrul orientării profesionale persoana primește informații despre lumea profesiilor, setul de documente necesare încadrării în câmpul muncii, dar și despre realitatea vieții sociale și a pieței muncii. Orientarea profesională ajută persoana să-și creeze traseul profesional pornind de la profilul studiilor la ciclul liceal, a profesiei în cadrul unei școli profesionale, a unui colegiu, centru de excelență sau a unei universități până la ascensiune profesională prin specializări și perfecționări sau schimbarea profesiei care încetează să satisfacă persoana fie profesional, fie material etc.

Persoanele cu dizabilități mult mai rar au șansa de a alege singuri profesia, deoarece până nu demult majoritatea dintre ei învățau în școli speciale. Problema orientării profesionale a persoanelor cu dizabilități necesită o atitudine:

social-economică pentru repartizarea rațională a resurselor de muncă, mărirea eficacității de producere, identificarea potențialului personalității și dezvoltarea multilaterală a acestuia;

medico-psihologică, deoarece fiecare profesie înaintează anumite cerințe față de calitățile fizice și psihofizice ale persoanei și față de sănătatea ei;

pedagogică, deoarece la baza orientării profesionale trebuie să stea un complex de competențe, care oferă informație despre pregătirea persoanei pentru o profesie (2, p. 7-8).

După Barnes (3), *„dizabilitatea este o pierdere sau limitare a oportunităților de a lua parte la viața normală în comunitate la un nivel egal cu alții şi se datorează unor bariere fizice sau sociale."* Atât conceptul de dizabilitate, cât și atitudinea față de persoanele cu dizabilitate de-a lungul istoriei a evoluat de la *deviație de la normalitate* până la *„deficiențe care, în interacțiune cu diverse bariere/obstacole, pot îngrădi participarea ei deplină şi eficientă la viața societății."* (4). În Legea nr. 60 din 30.03.2012 (4) este stipulat că persoane cu dizabilități sunt considerate persoanele cu deficiențe fizice, mintale, intelectuale sau senzoriale, unde:

Dizabilitatea fizică se referă la orice tip de problemă legată de diminuarea sau eliminarea funcționalității unui membru.

Dizabilitatea senzorială se referă la prezența unei limitări legate de deficiența unor simțuri cu care se percepe mediul intern sau extern. Se disting câteva tipuri de dizabilitate senzorială: vizuală, auditivă, surdo-cecitatea etc.

Dizabilitatea intelectuală se referă la orice limitare în dezvoltarea autonomiei individului, a abilităților cognitive și participarea socială a acestuia ca urmare a insuficienței intelectuale. Se disting câteva grade de dizabilitate intelectuală.

Dizabilitatea mintală se referă la orice tip de problemă comportamentală, apărută din suferința unui anumit tip de tulburare mintală.

Dizabilitatea viscerală se referă la înrăutățirea calității vieții și diminuarea participării individului în viața comunității legată de deficiența într-unul din organele interne.

Dizabilitatea multiplă presupune combinația a două sau mai multe deficiențe enumerate mai sus.

Conform datelor Biroului National de Statistică (5) (6) la 1 ianuarie 2024 persoanele cu dizabilități reprezentau 6,7% din populația țării. În Republica Moldova locuiesc 161,9 mii persoane recunoscute cu dizabilități, inclusiv 11,4 mii copii cu vârsta de 0-17 ani, ceea ce reprezintă 2,2% din numărul total al copiilor. (Figura 1).

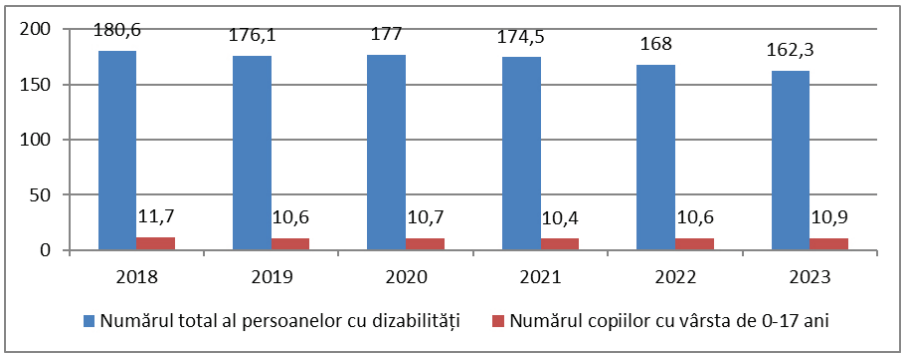


Figura 1 Numărul persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova, la 1 ianuarie 2018-2022

Anual în Republica Moldova circa 600 de persoane devin invalizi cu deficiențe de vedere. Cercetările realizate în 2009 au demonstrat că din 1550 de persoane intervievate (grad de invaliditate 1 și 2) doar 21% persoane cu vârsta cuprinsă între 18 și 30 ani au manifestat dorința de a trece programe de reabilitare, care ulterior să le permită să continue studiile în colegii și universități pentru a obține o profesie (7, p. 237), în pofida faptului că studiile în instituțiile de învățământ superior *„creează oportunități suplimentare de angajare în câmpul muncii și dezvoltare profesională"* (7, p. 237). I. Manolache (2000) recomandă ca în orientarea profesională a persoanelor cu dizabilități este necesar de a acceptă diferențele specifice ale persoanei; de a adapta învățarea la caracteristicile persoanei cu dizabilitate (inclusiv în stilul de predare); de a înțelege dificultățile și de a căuta soluții pentru a le depăși; de a realiza adaptări necesare ale mediului fizic și pedagogic la specificul dizabilității.

În cazul persoanelor cu dizabilități, inclusiv a persoanelor cu deficiențe de vedere, activitatea profesională *„constituie condiția esențială a procesului compensator, psihofiziologic și normal, singura cale de umanizare, de recuperare și adaptare constructivă la cerințele vieții"* (9, p. 169]. Pentru persoanele cu deficiențe de vedere, alegerea profesiei este un proces dificil și de durată, deoarece dizabilitatea le creează dificultăți suplimentare. Lumea profesiilor este diversă și în continuă schimbare, de aceea este dificil de prognozat evoluția profesiilor. Astfel în prezent este foarte important de a ajuta persoana cu deficiențe de vedere să-

și exploreze resursele personale, pentru a le putea utiliza cu succes într-o lume care este într-o continuă schimbare. Activitatea de orientare profesională trebuie să fie planificată și realizată astfel ca, inclusiv persoana cu deficiențe de vedere să-și analizeze propriile interese și să conștientizeze motivațiile personale, pentru a putea stabili cât mai corect intențiile sale profesionale.

În acest scop a fost elaborat și implementat programul formativ *„Resurse pentru o carieră de succes”* (10) în cadrul căruia ne-am propus să valorificăm resurselor personale ale persoanelor cu dizabilități pentru o orientare profesională eficace. Programul a urmărit un șir de obiective**,** care au contribuit la realizarea unor sarcini atât din perspectivă educațională, cât și psihologică**:** facilitarea cunoașterii interpersonale prin valorificarea potențialului personal; identificarea problemelor în legătură cu viitorul profesional; determinarea resurselor personale din perspectiva intereselor și motivațiilor profesionale; explorarea modalităților prin care pot fi activizate resursele personale.

Programul formativ a fost alcătuit din 3 părți**:** etapa de creare a contactului - 2 ședințe; etapa de dezvoltare - 7 ședințe; etapa de evaluare a eficienței programului - 2 ședințe. Toate ședințele s-au desfășurat într-o sală de clasă, participanții fiind așezați în jurul a 3 mese, plasate ca una singură și iluminate adecvat, pentru a asigura eficiența realizării activităților. Activitățile au inclus multe sarcini de scris, desenat, de realizare a colajelor etc. pentru persoanele cu deficiențe de vedere. Ședințele s-au desfășurat în grup, câte 2-3 ședințe pe săptămână, și au inclus 13 întâlniri, fiecare cu durata de 3 ore și pauze de 10 minute la fiecare 50 de minute, pentru a preveni oboseala participanților.

Pentru a demonstra eficiența programului de dezvoltare a resurselor personale la persoanele cu deficiențe de vedere au fost analizate rezultatele obținute de participanții grupului experimental la activitățile din cadrul programului de dezvoltare și a grupului de control prin readministrarea următoarelor chestionare: *Maturitatea profesională* (11), *PARP* (12), *Determinarea motivației* (13) și *Harta intereselor* (14).

La această etapă au fost prelucrate, comparate și stabilite diferențele dintre rezultatele obținute în cadrul demersului de intervenție, de către participanții din cele 2 loturi: experimental (7 subiecți) și de control (7 subiecți) cu ajutorul metodelor statistico-matematice, folosind pachetul informativ SPSS, versiunea 20.0 (15). Utilizarea metodei statistice *Testul Wilcoxon pentru eșantioane perechi* ne-a permis să stabilim și să analizăm diferențele înregistrate dintre grupul experimental și grupul de control după intervenția psihologică.

Prezentăm în continuare schimbările survenite în rezultatele participanților din grupul experimental, supuși experimentului psihologic, în comparație cu rezultatele participanților din grupul de control.

La finalul celor 13 ședințe din cadrul programului, în urma readministrării chestionarului *PARP* (12), am obținut următoarele rezultate, prezentate în Figura 1. Astfel la etapa de constatare nici un respondent nu avea nivel înalt al *resurselor personale*, nici un respondent din grupul de control și doar 3 respondenți din grupul experimental aveau nivel mediu, altfel spus prezentau echilibru între câștiguri și pierderi de *resurse*, iar 7 respondenți din grupul de control și 4 respondenți din grupul experimental duceau lipsă de *resurse personale* (Figura 1).

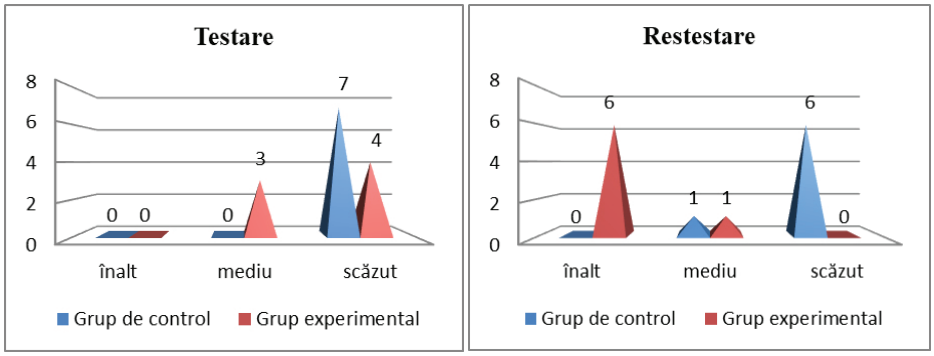


Figura 1 Analiza comparativă a rezultatelor privind resursele personale (testare și retestare)

În cadrul programului formativ s-a pus accent atât pe analiza *resurselor personale*, în general, cât și au fost utilizate diverse tehnici care au ajutat participanții să exploreze lumea resurselor, să exerseze diferite metode, care i-au ajutat să descopere propriile resurse și să dezvolte abilități pentru achiziționarea de resurse noi. După participarea la program, tabloul s-a schimbat considerabil în grupul experimental comparativ cu grupul de control. 6 persoane din grupul experimental prezentau un nivel înalt al achizițiilor de *resurse personale*, iar al 7-lea respondent – nivel mediu ceea ce presupune echilibru între pierderea și achiziția de *resurse personale*. În grupul de control 3 respondenți au prezentat nivel mediu, iar 4 respondenți au prezentat

Tabel 1 Diferențe statistice (Testul Wilcoxon), grup de control – grup experimental, retest

Eșantion		post. resurse personale - resurse personale	post. motivație - motivație	post. interese - interese	post. maturitate profesi-onală – maturitate profesională
Grup experimental	Z	-2,271[b]	-2,236[b]	-2,449[c]	-2,000[c]
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,023	,025	,014	,046
Grup de control	Z	-1,000[b]	-1,414[b]	-1,000[c]	,000[d]
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,317	,157	,317	1,000

aceleași rezultate – lipsă de *resurse personale* (Figura 1).

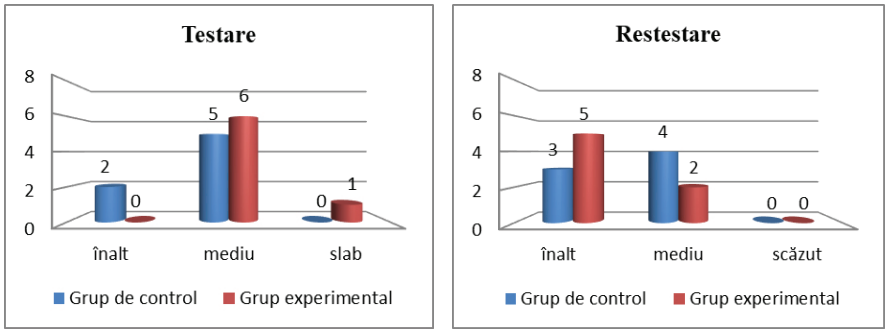
Testul Wilcoxon (Tabel 1) a arătat că există o diferență semnificativă între rezultatele obținute de către subiecții din eșantionul experimental înainte și după programul formativ la variabila *resurse personale* (N=7, z = -2,27, *two-tailed* p = 0,023).

Aceste date ne permit să constatăm că la etapa de retestare respondenții care au participat la programul formativ de dezvoltare a resurselor personale manifestă un nivel mai înalt al *resurselor personale* comparativ cu grupul de control.

Tabel 1 Diferențe statistice (Testul Wilcoxon), grup de control – grup experimental, retest

O altă variabilă studiată în cadrul cercetării au fost *interesele* – ca una dintre resursele interne, necesare în clarificarea intențiilor profesionale. În acest sens a fost administrat chestionarul *Harta intereselor, varianta prescurtată* (14). În cadrul programului formativ s-a pus accent atât pe identificarea și analiza intereselor participanților, cât și pe explorarea intereselor profesionale, care ulterior să îi ajute să facă o alegere profesională cât mai corectă. Mai jos prezentăm rezultatele respondenților privind interesele la etapa test-retest (Figura 2).

Figura 2 Analiza comparativă a rezultatelor privind interesele profesionale (testare și retestare)



Analizând datele prezentate în Figura 2 constatăm diferențe vizibile între rezultatele de la testare și retestare în grupul experimental. Dacă la etapa de testare 1 respondent a prezentat nivel scăzut al *intereselor*, nici unul cu nivel înalt și 6 - cu nivel mediu al prezenței *intereselor* față de anumite domenii profesionale, după participarea la programul formativ nici un respondent din grupul experimental nu a prezentat nivel scăzut, *interesele* pentru un anumit domeniu profesional s-au îmbunătățit vizibil, 2 respondenți au prezentat nivel mediu al *intereselor* și 5 – nivel înalt. În cazul grupului de control, care nu au participat la programul formativ sunt, de asemenea diferențe, dar ele sunt puțin vizibile. Figura 2 prezintă că doar 1 respondent din grupul de control și-a îmbunătățit rezultatele: la etapa de testare prezenta nivel mediu al *intereselor*, iar la etapa de retestare – nivel înalt.

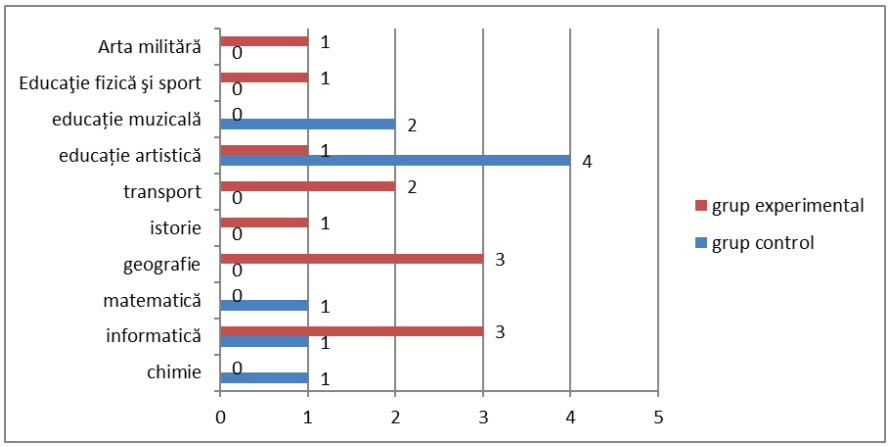
Testul Wilcoxon (Tabel 1) a arătat că există o diferență semnificativă între rezultatele obținute de către subiecții din grupul experimental înainte și după programul formativ la variabila *interese* (Wilcoxon: N=7, z = -2,45, *two-tailed* p = 0,014).

Aceste date ne permit să constatăm că la etapa de retestare respondenții care au participat la programul formativ de dezvoltare a resurselor personale și-au îmbunătățit considerabil *interesele* pentru anumite domenii profesionale comparativ cu grupul de control.

Diferențe vizibile pot fi observate și la domeniile profesionale pentru care optează respondenții din cele 2 grupuri care au participat la experimentul formativ (Figura 3). Opțiunile respondenților pentru domeniile profesionale la ambele faze ale experimentului formativ au rămas aceleași,

de aceea prezentăm grafic rezultatele printr-o singură figură (Figura 3). Grupul de control manifestă *interes* pentru profesii dintr-un număr mai mic de domenii profesionale, axându-se pe 1-2 domenii. Atât la etapa de testare, cât și de retestare respondenții din grupul de control au optat pentru: *educație artistică* (4 respondenți), *educație muzicală* (2 respondenți), *matematică*, informatică și chimie (câte 1 respondent). Respondenții din grupul experimental au prezentat interes pentru mai multe domenii profesionale, orientându-și interesul pentru 1-3 domenii profesionale. Nici unul nu a fost interesat de *educație muzicală, matematică și chimie.* Ca și respondenții din grupul de control, au fost interesați de așa domenii profesionale ca: *educație artistică* (1 respondent) și *informatică* (3 respondenți). De asemenea respondenții din grupul experimental sunt interesați foarte tare de *geografie* (3 respondenți), *transport* (2 respondenți), *istorie, artă militară și educație fizică* și *sport* (câte 1 respondent).

Figura 3 Valorile medii cu privire la aria domeniilor profesionale (grup de control și grup experimental)

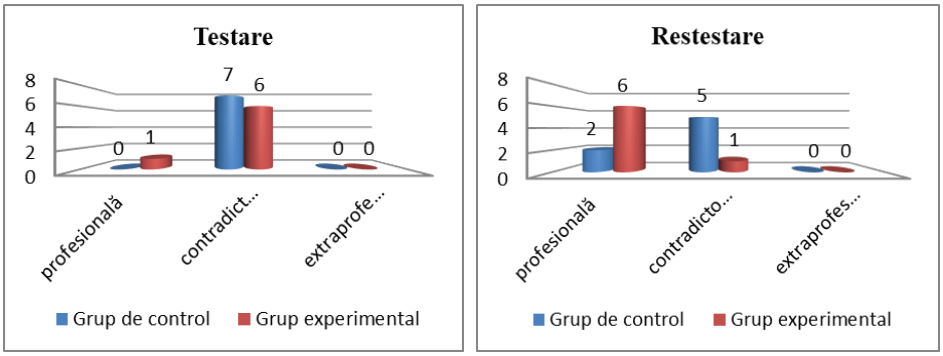


Datele obținute ne permit să constatăm că la etapa de retestare respondenții care au participat la programul formativ de dezvoltare a resurselor personale manifestă un nivel mai înalt al *intereselor* comparativ cu grupul de control.

Motivația a fost de asemenea o variabilă studiată în cadrul experimentului formativ, deoarece cercetările de la etapa de constatare a demonstrat necesitatea acestei resurse interne în orientarea profesională. În cadrul programului formativ s-a pus accent atât pe identificarea și analiza motivației, cât și pe explorarea motivațiilor profesionale, care ulterior să îi ajute pe respondenți să facă o alegere profesională cât mai corectă. În cadrul cercetării am fost interesați de a stabili cât de importantă este autorealizarea profesională pentru respondenții din grupurile experimental și de control. În acest sens am administrat chestionarul *Determinarea motivației* (13).

Mai jos prezentăm rezultatele respondenților privind interesele la etapa test-retest (Figura 4).

Figura 4 Analiza comparativă a rezultatelor privind motivația profesională (testare și retestare)



Din **Figura 4** observăm diferențe vizibile între rezultatele la testare și retestare în grupul experimental. La etapa de testare nici un respondent nu avea motivație extraprofesională, dar majoritatea respondenților aveau motivație contradictorie, ceea ce ne vorbește despre indecizia acestora și oscilația constantă între maturitatea profesională (care presupune orientare pe autorealizarea profesională) și motivația extraprofesională (care presupune că pentru altceva, decât activitatea profesională, ghidează și motivează persoana: familia, sănătatea, dezvoltarea personală, distracțiile etc.). Doar 1 respondent din grupul experimental manifesta motivație profesională. La retestare observăm că între rezultatele obținute de respondenții din grupul experimental s-au modificat semnificativ, spre deosebire de rezultatele respondenților din grupul de control, la care observăm o modificarea nesemnificativă a rezultatelor, unde maturitate profesională prezintă 2 respondenți, iar marea majoritate a respondenților din acest grup continuă să manifeste motivație contradictorie. În cazul grupului experimental observăm o schimbare

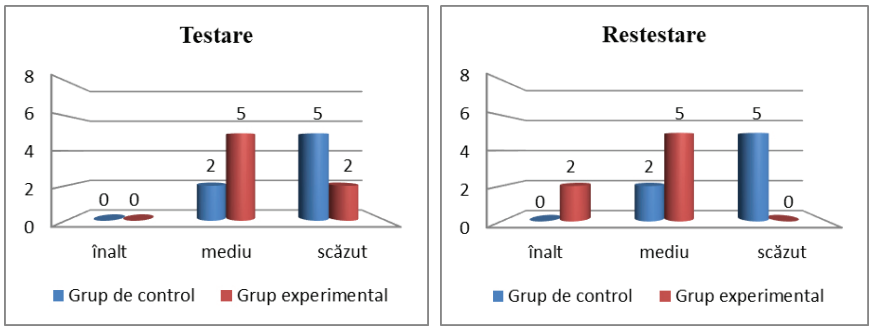
cu locul al numărului de respondenți dintre cele 2 tipuri de motivație: profesională și contradictorie. Dacă la testare 1 respondent avea motivație profesională și 6 – motivație contradictorie, la retestare, în urma participării la programul formativ de dezvoltare a resurselor personale, 6 respondenți manifestau motivație profesională și doar 1 respondent a rămas să oscileze între motivația profesională și cea extraprofesională.

De asemenea, Testul Wilcoxon (Tabel 1) arată că există o diferență semnificativă între rezultatele obținute de către subiecții din eșantionul experimental înainte și după programul formativ la variabila motivație (N=7, z = -2,24, *two-tailed* p = 0,025).

Datele obținute ne permit să constatăm că la retestare, pentru respondenții, care au participat la programul formativ, este importantă autorealizarea profesională, de aceea ei sunt motivați să identifice cele mai eficiente căi de obținere a profesiei, de care sunt interesați, și totodată sunt orientați pe creștere profesională și carieră, astfel intențiile lor profesionale sunt mai clar conturate.

Deoarece ne-am propus să explorăm impactul resurselor personale asupra intențiilor profesionale la această etapă ne-am propus să analizăm, dacă modificarea variabilelor *resurse personale, interese și motivație* a modificat și variabila *maturitatea profesională* (11).

Figura 5 Analiza comparativă a rezultatelor privind maturitate profesională (testare și retestare)



Analizând datele prezentate în Figura 5, observăm că la etapa de testare valori mai ridicate la grupul experimental. Astfel nivel scăzut observăm la 2 respondenți și nivel mediu la 5 respondenți din grupul experimental comparativ 2 respondenți din grupul de control cu nivel mediu și 5 respondenți cu nivel scăzut. După participarea la programul formativ tabloul arată diferit la respondenții din grupul experimental (2 respondenți cu nivel înalt și 5 – cu nivel mediu) comparativ cu același tablou pentru grupul de control ca și la testare.

Astfel testul a scos în evidență o diferență semnificativă (Tabel 1) între rezultatele obținute de către subiecții din eșantionul experimental înainte și după programului formativ la variabila *maturitatea profesională* (N=7, z = -2,00, *two-tailed* p = 0,046).

În cadrul programului formativ nu s-a lucrat direct la îmbunătățirea *maturității profesionale.* Participanții au explorat prin intermediul unui set de metode resursele personale, în general, și, în mod special, 2 resurse: motivația și interesele. Iar faptul că variabila *maturitatea profesională* s-a modificat semnificativ, indică faptul că resursele personal influențează benefic maturitatea profesională – variabilă care stă la baza unei orientări profesionale de succes.

Aceste rezultate ne demonstrează faptul că, într-adevăr, după implementarea programului formativ, s-au îmbunătățit rezultatele la toate variabilele, care au fost cercetate: *resurse personale, motivație, interese și maturitate profesională*. Spre deosebire de grupul experimental, cu care am lucrat, la grupul de control nu s-a înregistrat nici-o modificare, ceea ce demonstrează rolul și importanța programului formativ.

Sintetizând rezultatele, putem formula următoarele concluzii:

1. Programul formativ de dezvoltare a resurselor personale a fost elaborat ca răspuns la necesitatea acordării asistenței psihologice persoanelor cu deficiențe de vedere care întâmpină dificultăți în orientarea profesională.

2. După participarea la programul formativ de dezvoltare a resurselor personale, participanții au demonstrat o creștere a nivelului maturității profesionale. Acest lucru a fost posibil prin focalizarea pe resursele personale a participanților.

3. În urma retestării participanții care au participat la programul formativ de dezvoltare a resurselor personale au înregistrat o creștere semnificativă a *resurselor personale*, a *intereselor* și a *motivației* comparativ cu grupul de control.

4. Pentru participanții, care au participat la programul formativ, este importantă autorealizarea profesională, de aceea ei sunt motivați să identifice cele mai eficiente căi de obținere a profesiei, de care sunt interesați, și totodată sunt orientați pe creștere profesională și carieră.

5. Analiza cantitativă și calitativă a rezultatelor ne permite să concluzionăm că programul formativ de dezvoltare a resurselor personale și-a atins obiectivele propuse, de-

monstrând eficiența în îmbunătățirea maturității profesionale ca rezultat al creșterii nivelului de resurse personale, în general, și al motivației și intereselor profesionale, în particular.

Bibliografie:

1. *DREVILLON, J. Orientarea şcolară şi profesională. Bucureşti: EDP, 1973. 150 p.*
2. *CUCER, A. Complexul de asistență psihologică în orientarea profesională a persoanelor cu dizabilități. Chișinău: IȘE, 2018. 140 p. ISBN 978-9975-48-142-7*
3. *CEDCD. Repere in abordarea dizabilității. [online] [citat 15.10.2020] Disponibil: http://www.cedcd.ro/despre-dizabilitati/despre-dizabilitati/2,repere-in-abordarea-dizabilitatii/*
4. *Legea Nr. 60 din 30.03.2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități. [online] [citat 17.10.2020] Disponibil: http://lex.justice.md/md/344149/*
5. *BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ. Persoanele cu dizabilități în Republica Moldova în anul 2021. [online] [citat 09.04.2023] Disponibil: https://statistica.gov.md/ro/persoanele-cu-dizabilitati-in-republica-moldova-in-anul-2021-9460_60129.html*
6. *BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ. Persoanele cu dizabilități în Republica Moldova în anul 2023. [online] [citat 24.05.2025] Disponibil: https://statistica.gov.md/ro/persoanele-cu-dizabilitati-in-republica-moldova-in-anul-2023-9460_61550.html*
7. *BODORIN, C., CEBANU, L. Abilitarea educațională a copiilor cu deficiențe senzoriale în contextul educației incluzive. În: Parteneriatul socio-pedagogic pentru dezvoltarea educației incluzive. Materialele Forumului Național. Chișinău: Metrompaș, 2014. p. 14-20. ISBN 978-9975-4455-7-3.*
8. *MANOLACHE, I. Orientarea şcolară şi profesională a elevilor cu cerințe educative speciale. [online] Bucureşti, 2000 [citat 07.12.2023] Disponibil: https://profesoriitineranti.files.wordpress.com/2013/03/osp-a-elevilor-cu-ces.pdf*
9. *NEAGOE, C.-D. Consilierea psihologică a copiilor nevăzători și integrarea acestora în învățămânntul de masă. În: „Repere teoretice și implicații practice în consilierea psihologică și educțională": lucrările prezentate la Conferința Națională cu participare internațională a Psihologilor Școlari: Constanța: Newline, 2010. p. 165-171. ISBN 978-606-92060-9-6*
10. *Golovei, L. Resurse pentru o carieră de succes. Chișinău: Sofart-Studio, 2024. 186 p. ISBN 978-9975-3537-5-5*
11. *CUCER, A., Complexul de asistență psihologică în orientarea profesională a persoanelor cu dizabilități. Chișinău: IȘE, 2018. 140 p. ISBN 978-9975-48-142-7*
12. *GOLOVEI, L. Proiectarea metodologiilor pentru prevenția, evaluarea și intervenția psihologică privind dezvoltarea resurselor personale la elevi. În: Ghid metodologic privind activitatea psihologului școlar la dimensiunea afectivă și psihocomportamentală a elevilor din învățământul liceal. Chișinău: CEP UPSC, 2023. pp. 118-136. ISBN 978-9975-46-840-4*
13. *GOLOVEI, L. 29 ore pentru cariera mea. Ghid metodologic pentru psihologii școlari și diriginți. Chișinău: Sofart-Studio, 2018. 228 p. ISBN 978-9975-3181-4-3*
14. *GOLOVEI, L. Harta intereselor. În: „Implicare și responsabilitate în activitatea de consiliere psihologică și educațională". Conferința Națională cu participare internațională „Consilierea școlară între provocări și paradigme", ediția a IV-a. Constanța: CRIZON, 2012. p. 369-377 ISBN 978-973-1909-96-7*
15. *HOWITT, D., CRAMER, D., Introducere în SPSS pentru psihologie, Iași: Polirom, 2006, 264 p. ISBN 973-46-0294-2*

RAPORT GRUP BALINT BUCUREȘTI - 16/01/2025

LIDER – GEORGIANA DRAGOMIR, CO-LIDER – IRINA DE HILLERIN

Redactat: dr. Livanov Maria

Întâlnirea a început prin prezentarea istoriei și regulilor grupului Balint. A urmat etapa prezentării participanților. La întrebarea dacă are cineva un caz au existat două persoane care si-au anunțat simultan intenția de a prezenta un caz, una dintre ele renunțând în favoarea celeilalte fără a dori să prezinte propriul caz pe scurt.

Aducătoarea de caz lucra ca medic și avea în evidență o femeie cu doi copii: o fată – adult, cu probleme psihiatrice, angajată, locuia singură și un băiat – adolescent, locuia cu mama. La ultima lor întâlnire femeia, pacient oncologic care urma un tratament chimioterapic pe care îl suporta greu, era îngrijorată pentru starea de sănătate a fetei. După o ieșire în oraș starea fetei s-a degradat treptat, ajungând să nu se mai poată da jos din pat, să nu se mai poată îngriji. Fata era, la rândul ei, pacienta medicului la care venea însă foarte rar. În acel moment ea aștepta rezultatele ultimelor investigații fiind la domiciliu, îngrijită de către mama care s-a mutat la ea și l-a lăsat pe fiu să locuiască singur. Aducătoarea de caz își dorea ca grupul să o ajute să se elibereze de povara pe care simțea că o purta după ultima întâlnire cu această mamă.

Membrii grupului au pus întrebări despre: vârsta copiilor, relațiile dintre mama și copii, profesia pacientei, soțul acesteia, existența altor rude, relațiile medicului cu fiecare dintre cei trei membri ai familiei.

După retragerea aducătorului de caz din grup membrii grupului au exprimat neputință, frustrare, nevoia de a se distanța emoțional față de povestea acestei paciente pentru a putea interacționa cu ea ca medic, teama copleșitoare că ar putea trece, ca părinți, printr-o situație asemănătoare cu cea a pacientei, teama în fața incertitudinii și imprevizibilului, teama de boala psihică, nevoia de a se refugia în știință, paradoxul situației de a avea un pacient care nu vine la control dar despre care află indirect informații neputându-l, deci ajuta, nevoia și teama de a o vedea pe fiică, teama de moarte și de a însoți un muribund, teama mamei care ar fi putut-o face pe aceasta să exagereze situația fiicei, neliniștile unui adolescent lăsat să se descurce singur știind că mama și sora lui sunt bolnave.

Liderul a îndreptat atenția grupului spre situația mamei. Au fost exprimate sentimente de furie, distanțare emoțională, disperare, neputință, teamă de boala psihică văzută ca stigmatizantă, teama de boala somatică văzută ca fatală, teama de moarte, teama pentru situația copiilor după moartea pacientei, teama de ratare, fiul văzut ca posibil susținător și îngrijitor al surorii lui. Spre final intervențiile au început să capete o notă impregnată de speranță și, pe alocuri, umor.

Aducătorul de caz a spus că au fost multe perspective care i-au atras atenția și care i-au folosit. Ceilalți participanți au subliniat faptul că, deși nu au prezentat ei înșiși un caz, au simțit că munca în grup le-a adus mai multă claritate și liniște referitor la anumite situații cu care ei înșiși se confruntau în acea perioadă. Unii dintre participanți au împărtășit felul în care cazul prezentat a rezonat cu anumite situații din propria istorie de viață. Am putut astfel vedea firele, invizibile până atunci, care ne uneau.

RAPORT GRUP BALINT BUCUREȘTI - 17/01/2025 GRUP BALINT DEMONSTRATIV PENTRU STUDENȚII FACULTĂȚII DE MEDICINA

LIDER – GEORGIANA DRAGOMIR, CO-LIDER – OVIDIU POPA-VELEA

Redactat: dr. Livanov Maria

Grupul a început prin prezentarea participanților, etapelor și regulilor unui grup Balint.

La întrebarea dacă are cineva un caz au răspuns trei persoane. Cei trei cazuri au fost prezentate succint si grupul a votat care este cazul la care se va lucra.

Prezentatoarea cazului este rezidentă în anul IV. Cazul prezentat este despre un pacient, bărbat de aprox. 50 de ani, adus în urgență cu dureri în piept și internat la secția de Cardiologie. Bărbatul are un istoric medical bogat, cu multiple internări, indisciplinat (nu respectă nici tratamentul medicamentos și nici regimul alimentar recomandat). El este în permanență indispus și are o atitudine răutăcioasă față de echipa de studenți. La una dintre vizitele matinale, pacientul este ironic cu rezidenta, insinuând că această este aproape adormită, folosind un limbaj familiar și diminutiv. Această situație a extrem de inconfortabilă pentru aceasta, cu atât mai mult cu cât comentariul ironic i-a fost adresat de față cu colegii, în timp ce ea asculta ritmul cardiac al pacientului cu stetoscopul.

În etapa de întrebări participanții au solicitat mai multe detalii despre istoricul medical al bărbatului, dacă a fost vizitat de familie, despre procedura de consultare a pacienților de către colectivul de rezidenți, despre dispoziția psihică a pacientului pe toată durata internării și dacă tiparul de comportament neadecvat a fost observat la pacient și înainte și după acest incident.

În etapa de fantasmare participanții au intrat destul de repede atât în rolul pacientului, al rezidentei, cât și al celorlalți colegilor rezidenți care au fost martorii evenimentului. Participanții au exprimat trăiri de iritare, frică de boală, dar și de interacționare cu ceilalți, singurătate, dispreț, frustrare, furie și resentiment, rușine și inadecvare. A apărut, pe de o parte, perspectiva de a fi tratat nediferențiat, fără o interacțiune individualizată prin prezentarea sau solicitarea numelui interlocutorilor și încercarea de a atrage atenția celorlalți prin agresivitate sau ironie, precum și rușinea de a nu ști cum să răspunzi unei situații sau neplăcerea de a fi judecat după aparențe.

Participanții au trecut în revistă nevoile fiecărei persoane implicate în situație, evidențiind perspective variate pentru posibilele motivații ale personajelor din caz, dar și alternative de reacții sau optici diferite de interpretare a dinamicii de interacționare.

Participanții au respectat cu acuratețe instrucțiunile de desfășurare a grupului, facilitând activitatea liderului care a oferit intervenții minimale de ajustare a comunicării.

Întoarsă în grup, prezentatoarea a exprimat surpriza plăcută de a „se fi văzut” în moduri diferite și a mărturisit utilitatea acestui model care i-a permis schimbarea perspectivei cu privire la pacient și la propria reacție. Ea a mulțumit pentru ajutorul primit în a înțelege cum anume ar putea să reacționeze pe viitor în asemenea situații și cum să depășească disconfortul resimțit de interacțiuni cu pacienți recalcitranți.

Toți participanții au declarat că experiența a fost foarte interesantă și relevantă pentru fiecare dintre ei, subliniind că atmosfera de lucru a fost inclusivă, de colaborare și că sunt interesați de a mai participa și la alte grupuri Balint.

ȘTIRI BALINT DIN AUSTRALIA PRELUATE PRIN ZOOM

Maria Livanov

Revin cu câteva impresii de la evenimentul Social Dreaming - Susan Long organizat de Societatea Balint din Australia.
Curioasa sa văd cum se desfășoară o astfel de întâlnire am luat decizia de a participa, deși orele erau neprietenoase - întâlnirea a avut loc în intervalul 2 - 4 a.m. ora României.
Structura întâlnirii a fost cea descrisa în afiș - o prima etapa de împărtășire de vise și asocieri libere pe marginea lor, iar o a doua etapa de a lega toata aceasta muncă de contextul social, fără trimiteri la planul personal, amândouă urmate de un timp dedicat discuțiilor pe marginea a ceea ce s-a întâmplat.

Am fost în total vreo 15 persoane. O mare parte persoane erau mai în vârstă, iar atmosfera era caldă și primitoare.
Înaintea întâlnirii m-am temut că, venind dintr-un spațiu cultural diferit, mă voi simți în plus. Din fericire, nu a fost deloc așa. Mai mult, încă de când a fost împărtășit primul vis, m-am simțit ca făcând parte din tot ceea ce se întâmplă acolo. Asocierile libere ale participanților m-au ajutat să privesc unele situații deja cunoscute din perspective noi. Am împărtășit un vis care a fost rapid înglobat în țesătura invizibilă de legături dintre participanți, contribuind în plus la sentimentul meu de a fi parte din grup.
În Australia, alegerile se terminaseră cu câteva zile înainte. Noi românii eram intre cele doua tururi ale alegerilor prezidențiale. Aproape de granițele noastre se desfășoară un război de care nici australienii nu erau străini. În sufletele participanților, oameni cu experiențe de viață diverse, dobândite în spatii culturale diferite, rezonau puternic amintiri și experiențe asemănătoare tematic: războaie, frământări sociale. Am simțit că sunt parte din ceva mult mai mare, ceva ce depășea granițele fizice, culturale.
După întâlnire am primit doua materiale pe care le atașez aici.

Mărturisesc că mi-as dori sa o avem pe Susan Long alături de noi, membrii ABR, măcar o data.
Costul întâlnirii a fost in jur de 75 ron.

Cu cele mai bune gânduri,
Maria Livanov

Cu profundă tristețe, anunțăm trecerea în neființă a Dr. Farkas Evelin, membru de onoare a ABR. Înmormântarea va avea loc sâmbătă, 28 iunie, la Cimitirul Reformat din Târgu Mureș.
Fiind printre primii lideri de grup Balint și formând mai multe generații studențești în spirit Balintian, Evelin Farkas a adus o contribuție deosebită la răspândirea metodei de grup Balint în țara noastră.
Căldura ei sufletească și devotamentul față principiile medicinii umaniste vor rămâne ca model în inima celor care au avut șansa să o cunoască.
Dragă, Evelin, te vom păstra mereu vie în inimile noastre!
Dumnezeu să te ocrotească!

Sincere condoleanțe familiei îndurerate.
Biroul ABR

ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI

- **16-18.V. 2025:** a IX-a Conferință Națională Balint, Chișinău, la care au participat 8 colegi din România, cu 3 lucrări prezentate
- **23-25.V. 2025:** Weekend Național de Vară Balint, Sohodol.
- **6.VI.2025:** Grup Balint cu prezentare lucrare, de către Veress Albert
- **Grupuri Balint lunare la București, Zalău** - conduse de Livanov Maria, Hillerin Irina, Popa Velea Ovidiu, Georgiana Dragomir, László Alma.
- **Grupuri Balint on-line lunare -** conduse de Görög Ilona, Pap Maria Mihaela, Veress Albert
- **S-a editat și postat pe site-ul Asociației nr. 105-106 al Buletinului Asociație**

PLANURI DE VIITOR

- **12-14.IX. 2025: a XXXII-a Conferință Națională Balint. Olimp. - OLIMP, HOTEL HOLIDAY BLUE**

COSTURI:
Taxa de participare până pe 25 iunie 2025
- 250 Lei pentru membrii ABR cu cotizația plătită la zi
- 300 Lei pentru participanții care nu sunt membrii ABR sau nu au cotizația plătită

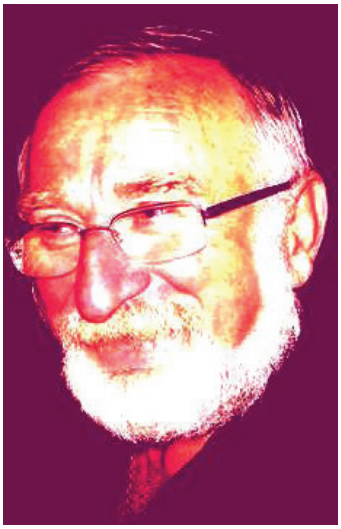
După 25 iunie:
- 350 Lei pentru membrii ABR cu cotizația plătită la zi
- 400 Lei pentru participanții care nu sunt membrii ABR sau nu au cotizația plătită

TAXELE DE PARTICIPARE SE ACHITĂ LA ÎNREGISTRARE SAU LA SOSIRE!
- **Pachet complet 1:** Cazare cu mic dejun, prânz, cină și banchet: 550 Lei/persoană/2 nopti, în camera dublă sau apartament, Sau
- **Pachet complet 2:** Cazare în regim sgl cu mic dejun, prânz, cină și banchet: 650 Lei/persoană/2 nopți
- **Taxă de stațiune:** 5 RON / ZI / PERS. care se achită separat la recepție în numerar

Rezervarea se face în sistemul **„primul venit, primul servit”**!
La solicitari de inscriere peste capacitatea de cazare, există alternative de cazare in zonă, la cerere.

CAZAREA ȘI MESELE SE ACHITĂ OBLIGATOR LA ÎNREGISTRARE PÂNĂ LA 25 IUNIE.

Sumele se achită în contul Asociatiei Balint din Romania:
Titular cont: ASOCIAȚIA BALINT DIN ROMÂNIA, C.F. 5023579
MIERCUREA CIUC, str. GABOR ARON 10
Număr cont: RO26 CECE HR 0143 RON 00 29733
CEC BANK MIERCUREA-CIUC



Bera Veress.

FORMULAR

Vă rugăm să retrimiteţi formularul completat la adresa de e-mail a secretariatului ABR:
abr.secretariat@gmail.com

Nume	Prenume
Profesie:	Loc de muncă:
Localitate:	
Cazare: Sgl. (daca sunt suficiente camere) sau Loc în dublă	
Doresc: Cina 12.IX. Prânz 13.IX. Banchet 13.IX Prânz 14.IX. Regim vegetarian: Da/Nu **(ştergeţi cele nedorite)**	
Insotitor:	
Data sosirii: Data plecării:	
Tel.mobil:	E-mail:
Doresc factura: Date pentru facturare:	

Doresc să prezint lucrare: DA NU

Titlul lucrării şi sumarul: .....

.....

..... (termen de trimitere 31.VII.2025)

Semnătură: Data:

INDEX: ISSN - 1454-6051