

Buletinul Asociației **Balint**

Periodic trimestrial. Volumul XXVI. Nr. 101 - 102



Ianuarie - Iunie 2024





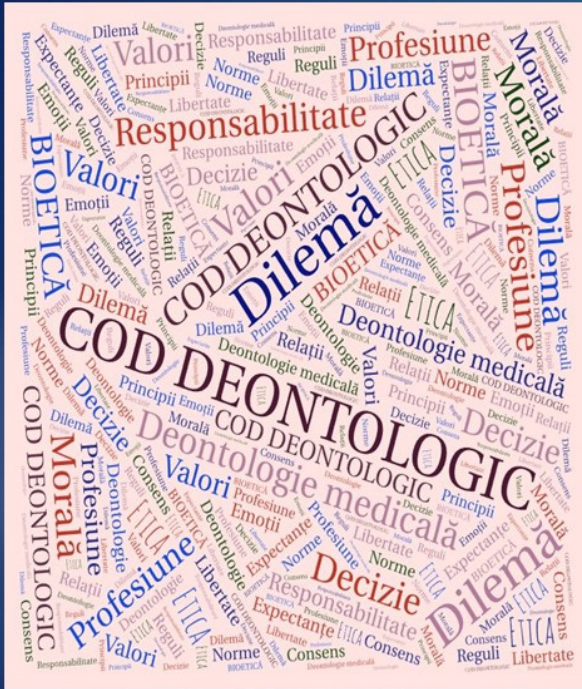
Asociația Balint din România

A XXXI. Conferință ABR

Repere și dileme etico-morale
în relația terapeutică

27-29 SEPTEMBRIE 2024

ȘUMULEU-CIUC





CUPRINS

■	PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA	2
■	BIROUL ASOCIAȚIEI	3
■	CĂTRE AUTORI	3
■	IMPORTANȚA ABORDĂRII PSIHOSOMATICE ÎN BALINTIANISM	4
■	PSYCHOSOMATIC MEDICINE AND BALINTWORK	8
■	ISTORIA DEZVOLTĂRII METODEI BALINT	11
■	ÎN CĂUTAREA PARADISULUI PIERDUT	19
■	INCURSIUNE ÎN COMUNICAREA MEDIC-PACIENT. PARTEA IV	21
■	SUICIDE NOTES AND THEIR ROLE IN THE SUICIDE PROCESS	35
■	DESCRIERI DE CAZ	42
■	ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI	45

MOTTOURI CU MINCIUNI:

„Când adevărul este înlocuit de tăcere, tăcerea devine o minciună” (Evgheii Evtușenko)

„Celui care își îngăduie să mintă prima oară îi va veni mult mai ușor să o facă a doua oară” (Thomas Jefferson)

„Îmi produc mie însămi o mare rană mințind, decât îi produc celui pe care îl mint” (Michel de Montaigne)

Ianuarie - Iunie, 2024, Volumul XXVI, Nr. 101 - 102 ■ Periodic trimestrial, apare în ultima decadă a lunii a treia din trimestru.

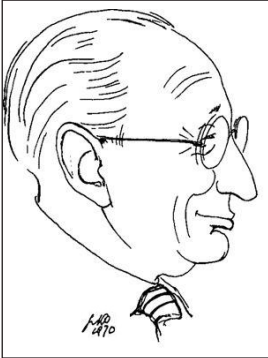
■ **Fondat:** 1999 ■ **Redactor șef:** Albert VERESS M.D. Sc.D. ■ **Lector:** Almoș Bela TRIF M.D., Sc.D., J.D., M.A ■ **Tehnoredactor/Design:** Botond Miklós FORRÓ ■ **Editat de:** Asociația Balint din România ■ **Tipărit la tipografia:** Pro-Print, Miercurea-Ciuc ■ **Adresa redacției:** 530 111 - MIERCUREA 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



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 2024 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**.

Studentii 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

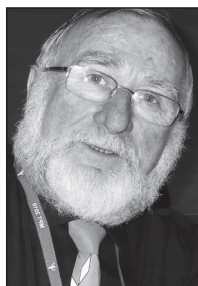
laszlo.alma@gmail.com



SECRETAR:

Maria-Mihaela PAP

abr.secretariat@gmail.com



TREZORIER:

Albert VERESS

veressalbert02@gmail.com



MEMBRU:

Mihai Adriana

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 monografiile (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.



IMPORTANȚA ABORDĂRII PSIHOSOMATICE ÎN BALINTIANISM

- Prof. Dan L. Dumitrașcu, Clinica Medicală 2, SCJU Cluj, UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca - ddumitrascu@umfcluj.ro

Rezumat: Psihosomatica este o paradigmă de abordare a omului suferind, individualizată prin acordarea unei importanțe sporite factorilor psihosociale, a evenimentelor stresante și a calității vieții. Psihosomatica interferează cu instrumentele de lucru ale balintienilor, care se adresează factorului emotiv al terapeutului în interacțiunea cu pacientul. De aceea este important ca balintienii să fie familiarizați cu principiile psihosomaticii, iar ca adepții psihosomaticii să aibă cunoștințe sau chiar să practice balintianismul. În textul de față vom descrie importanța asocierii dintre balintianism și psihosomatică și vom discuta despre tulburările afective și importanța lor în abordarea holistică a pacienților.

Abstract: Psychosomatics is a paradigm of approaching the suffering person, individualized by giving increased importance to psychosocial factors, stressful events and quality of life. Psychosomatics interferes with the working tools of the Balintians, which address the emotional factor of the therapist in the interaction with the patient. That is why it is important that Balintians are familiar with the principles of psychosomatics, and that followers of psychosomatics have knowledge or even practice Balintianism. In this review we will discuss the importance of the association between Balintianism and psychosomatic medicine and will discuss affect disorders and their importance in the holistic approach of the patients.

INTRODUCERE:

Ca o exemplificare a strânsei interacțiuni dintre Societatea de Medicină Biopsihosocială (fostă Societatea Română de Medicină Psihosomatică) și Asociația Medicală Balint din România, la manifestările acestor societăți științifice și educative există invitații reciproce, precum și o colaborare cu adevărat prietenească. Ultimul exemplu este oferit de cursul de introducere în balintianism, urmat de un cerc Balint pe care Dr. Eva și Albert Veress le-au susținut în cadrul masteratului de psihosomatică de la UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca (fig. 1 și fig 2).

EMOȚIE VERSUS RAȚIUNE SAU RAȚIUNE CU EMOȚIE

Tradiția noastră culturală ne face să credem că ființele umane sunt în esență raționale și că emoțiile sunt opuse raționalității. Și acest lucru se reflectă într-un discurs științific în care emoția a fost considerată prea subiectivă și evazivă în comparație cu „metodele dure” care, concentra-te pe aspecte mult mai concrete și obiective, abia recent au

început să abordeze problema complexității. De fapt, într-o minte privită sub o lumină carteziană și mai ales post-kan-tiană, emoția este cumva văzută ca însăși antiteza a ceva bun și pozitiv: rațiunea (2). Cu alte cuvinte, până de curând, s-a acordat prioritate studierii modelelor rațiunii; în timp ce emoțiile au scăpat într-o manieră aproape absolută către o abordare științifică. Se poate spune chiar că, cu puține excepții, de la comportament la cunoaștere, emoțiile au fost privite doar ca zgomot în timp ce un factor perturbator în munca de cercetare și cultural chiar ca ceva rușinos care ar trebui ascuns (2).

De asemenea în ceea ce privește personalul medical, se consideră că acesta nu trebuie să își arate emoțiile, să nu acționeze decât rațional, rece, calculat. Acest mod de a privi lucrurile nu are locul în balintianism și nici în medicina psihosomatică. Personalul medical nu poate arăta empatie dacă nu acționează rațional. Este important însă ca emoția să nu prejudicieze actul medical.



Cu toate acestea, principalele probleme din culturile occidentale de astăzi rezultă din stările emoționale până la un punct în care așa-numita „trinitate nervoasă” a suferinței – anxietatea, frica și stresul – ocupă primul loc. Astfel, recent, interesul pentru înțelegerea bunăstării în contextul concurenței și cooperării a reapărut în cadrul științelor biologice și neuronale. Având în vedere că sistem animale sociale, bunăstarea noastră este strâns legată de interacțiunile cu ceilalți. Sensibilitatea socială este o caracteristică esențială a sistemului nostru psihic, iar ceea ce au evoluat sunt modalitățile comportamentale elaborate (2, 3). În timp ce stările emoționale au puncte de plecare adânc înrădăcinate în evoluție, ele sunt dezlănțuite de situații culturale concrete reale (2-4).

O evoluție interesantă a fost și faptul că nu doar dezvoltarea investigațiilor, dar și evoluția terapiei, a condus treptat la pauperizarea relației terapeut-pacient. Așa cum bine arăta Ramiro Verissimo (2), în urmă cu 2 generații era obișnuit ca pacienții psihiatrici să se consulte cu terapeuții lor chiar și zilnic. Dar, pe măsură ce medicamentele s-au dezvoltat, numărul vizitelor la psihiatri s-a redus dramatic.

FARMACOTERAPIA BOLILOR PSIHICE

În paralel și cu evoluția societății, problematica sănătății mentale a devenit tot mai importantă, la fel și povara specialiștilor sănătății mentale. Aproape jumătate din cele mai importante 10 cauze de boală în lume sunt de natură mentală.

În acest context, fie ca tulburare primară, fie ca afecțiune comorbidă, tulburările mintale sunt foarte frecvente în practica medicală. În SUA, prevalența lor este de aproximativ 30%; fiind că 11% dintre femei și 5% dintre bărbați iau antidepresive prescrise. (4,5) Aceste medicamente însă produc efecte adverse. S-a comunicat chiar că antidepresivele se pot dovedi uneori mai dăunătoare decât benefice.

Considerate sigure și eficiente, pentru a regla starea de spirit, antidepresivele sunt concepute pentru ameliorarea simptomelor depresiei prin creșterea nivelului de serotonină din creier. Cu toate acestea, cea mai mare parte a serotoninei produse de organism este folosit în alte scopuri; inclusiv digestia, coagularea, reproducerea și dezvoltarea. Motivul pentru care prescripția sa se dovedește a avea un efect negativ asupra tuturor proceselor pe care le reglementează de obicei. Și acesta este modul în care luarea acestor prescripții vine să crească riscul apariției problemelor în copilărie, a dificultăților sexuale, a problemelor

gastrointestinale cum ar fi diareea, constipația, indigestia și balonarea, sângerarea și accidentul vascular cerebral la vârstnici. În acest ultim caz al pacienților vârstnici care iau antidepresive, crește inclusiv, într-un mod semnificativ, riscul de deces; chiar și după controlul altor factori de risc bine cunoscuți. În plus, este, de asemenea, important să existe o privire critică asupra utilizării susținute a unor astfel de medicamente, deoarece pacienții recidivează adesea după terminarea tratamentului. Dar acolo unde rezultatele acestui studiu sunt evidente în sensul de a arăta că astfel de medicamente au un beneficiu minim și o listă lungă de efecte negative – lăsând doar întrebarea măsurii în care aceste efecte depășesc beneficiile –, este sigur că în fiecare an milioane de oameni iau antidepresive; Un motiv suficient pentru a fi mult mai precauți cu privire la utilizarea lor fără discernământ.

ABORDAREA PSIHOSOMATICĂ

Prescrierea farmacoterapeutică nu mai este deci suficientă, angajamentul profesioniștilor sănătății se pretinde a fi mai intens. Psihosomatica este calea regală de acces spre sufletul pacientului somatic. Într-un astfel de context, nu trebuie decât să recunoaștem că această autoizolare a medicului în spatele arsenalului terapeutic nu mai corespunde (1). Modelul biomedical a ajuns să împiedice abordarea holistică necesară pentru a trata în mod adecvat aspectele psiho-comportamentale implicate atât în sănătate, cât și în boală. În spatele tuturor acestor lucruri se află o concepție depășită veche de aproape 400 de ani, dar încă puternic înrădăcinată în interpretările noastre ale fenomenelor umane de astăzi; și anume, modelul cartezian al unei relații dissociate între minte și corp (1, 2, 6). Ca alternativă, în contrast cu analiza epistemologică a lui Joseph Henry Woodger din anii '50, psihosomatica a început prin a considera că fie corpul, fie mintea, sunt abstracții a ceea ce știm ca persoană (1, 7).

Unitatea este inerentă condiției umane ca persoană. Când vorbim despre psihic sau somatic cu referire la anumite simptome, ar trebui să ținem cont de faptul că acestea nu sunt decât aspecte diferite ale aceleiași realități. De altfel, expresia unui aspect poate ieși în evidență pentru ochii clinicianului.

În ciuda faptului că unul poate părea lipsit de sens în timp ce este „umbrit” de celălalt, care iese mai mult în evidență la un moment dat, nu poate și nici nu ar trebui să ignore omologul pantei sale aparente sau mai puțin aparente. Când vorbim despre simptome mentale, sau organi-



Referate

ce în schimb, într-un mod „*reductionist mainstream*” de a pune lucrurile, ar trebui să ținem cont de faptul că aceasta nu este decât o „*realitate de ordinul doi*”, așa cum a propus Watzlawick: adică, mental și organic se referă la două moduri de a conceptualiza și comunica despre aceeași realitate, de ordinul întâi, pe care o numim psihosomatică.

Mai mult, trebuie să acceptăm că, în orice caz, deși ambele abordări se completează reciproc, modelul rămâne infirmat de dualismul cartezian; iar această disociere a minții fantomatice a creierului este probabil handicapul major care trebuie depășit de psihosomaticieni: fie ei clinicieni, cercetători sau filozofi. Acesta fiind cazul, medicina psihosomatică trebuie să-și găsească drumul între fizicalism și panpsihism; care a fost pavată cumva în ultimele trei-patru decenii de evoluțiile neuroștiințelor care ne permit astăzi să informăm o psihoterapie mai eficientă. De fapt, neuroștiința nu mai susține teoria identității minte-creier, deoarece creierul nu poate fi izolat de restul sistemului nervos. În plus, există dovezi că mintea este atât hormonală, cât și neuronală. Cu alte cuvinte, conform neurodinamicii neliniare – noua paradigmă a științei cognitive a teoriei sistemelor dinamice –, granițele întrupării mentale nu pot fi trasate cu ușurință la craniu. Fenomenele mentale apar nu numai din activitatea creierului, ci dintr-o legătură interacțională a creierului, corpului și lumii

Acestea fiind spuse, trebuie doar să recunoaștem că, deși este un factor important care declanșează și / sau modulează progresia unei boli, emoția trebuie luată în considerare. La fel cum nu poate fi pur și simplu ignorată ca un element crucial în relația terapeutică medic-pacient. Aceasta devine evident și din numărul mare de publicații despre emoții și regăsirea acestora, indexate pe Pubmed sau alte baze de date.

INCAPACITATEA DE EXPRIMARE A EMOȚIILOR

Ce facem cu pacienții sau clienții noștri care nu pot exprima sentimentele? Primele studii ale tulburărilor de expresie a afectelor s-au desfășurat în Canada, unde în anii 1980, așa numitul „*grup de la Toronto*” a dat naștere unei mari mutații în panorama construcției odată cu publicarea primei scale de evaluare validată empiric a alexitimiei (TAS, Toronto Alexitimia Scale). De fapt, apariția TAS, mai întâi, și a TAS-20 [14] după aceea, a promovat o dezvoltare extraordinară în cercetare.

Rezumând, se poate spune că, în timp ce logoterapia se bazează în esență pe capacitatea de a comunica (talk cure),

au fost raportate cazuri în care au apărut unele dificultăți în timpul intervenției. Anume din cauza dificultății de comunicare a sentimentelor; care dificultate a fost imediat descrisă ca fiind foarte răspândită în rândul pacienților cu așa-numitele tulburări psihosomatice. În acest context, Reglementarea afectelor – care include procese care amplifică, atenuează sau mențin o emoție – a ajuns să întruchipeze un nou domeniu larg de intervenție pentru populațiile vulnerabile cu risc de reglare defectuoasă a emoțiilor negative. Fie că este vorba de dificultăți legate de capacitatea de a elabora cognitiv emoții, considerat un factor de bază al proceselor de reglementare.

Pentru a înțelege nucleul esențial al reglementării afectului, este esențial să începem prin a face o clarificare: Emoțiile sunt fenomene biologice înnăscute, programate genetic, mediate de sisteme subcorticale și limbice, pe a căror funcție se bazează supraviețuirea speciei și rezultă semne non-verbale precum mimetismul facial, pantomima – gestul –, postura corpului și fonetica – tonul vocii. În esența sa, ele formează componenta biologică a afectului. Sentimentele sunt, la rândul lor, fenomene psihologice individuale care implică elaborarea cognitivă și experiența subiectivă mediată de funcțiile neocorticale. Această componentă psihologică a afectului acordă evaluarea reacției emoționale la stimuli, cum ar fi ieșirea din contactul interpersonal, și comunicarea lor intenționată prin simbolizare prin funcția lingvistică verbală și extraverbală. În acest fel, aceste sentimente depind de apartenența culturală, de reprezentările sinelui și ale celorlalți, de amintiri, fantezii și vise.

Cerința de bază a construcției alexitimiei este următoarea: cum pot emoțiile să fie reprezentate simbolic astfel încât să poată fi percepute conștient ca sentimente, fiind astfel caracterizate, numite, reglementate și exprimate prin funcții de mentalizare și realizare imaginară? Elaborată într-un cadru teoretic utilitarist precum cel oferit de modelul cognitiv-afectiv, alexitimia a ajuns să fie concepută astăzi ca o dimensiune de personalitate care predispozează la tulburări de reglare a afectului (1-3).

CONCLUZII

Atât medicina psihosomatică, cât și balintianismul, se bazează pe evaluarea rațională a stării afective asociate condiției clinice a pacienților. Relația emoție-rațiune este deci un teren comun celor două paradigme medicale, psihiatrice și nonpsihiatrice. Starea emoțională trebuie bine evaluată. Lipsa reacțiilor afective și mai ales alexitimia, trebuie de asemenea luată în considerare. Cum profesionistul



medical este tot o ființă umană, poate da dovadă și el/ea de incapacitate de exprimare emoțională, ceea ce are urmări negative în ceea ce privește interacțiunea cu pacienții.

Bibliografie:

1. Dumitrascu DI (sub redacția) *Medicină psihosomatică, ed 2-a, d Med Univ Iuliu Hațieganu 2013*
2. Verissimo R. *Inteligência emocional, apoio social e regulação afetiva [Emotional intelligence, social support and affect regulation]. Acta Med Port. 2005;18(5):345-52.*
3. Velasco C, Fernández I, Páez D, Campos M. *Perceived emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation. Psicothema. 2006;18 Suppl:89-94.*
4. Montes-Berges B, Augusto JM. *Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2007;14(2):163-71*
5. Brewer J, Cadman C. *Emotional intelligence: enhancing student effectiveness and patient outcomes. Nurse Educ. 2000;25(6):264-6.*
6. Petrowski K, Schmalbach B, Tibubos A, Brähler E, Löwe B. *Psychometric evaluation of the patient health questionnaire stress scale. J Affect Disord. 2024, 15;357:37-41*
7. Harmer B, Lee S, Rizvi A, Saadabadi A. *Suicidal Ideation. 2024 Apr 20. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;*

Legenda figurilor

Fig.1 și Fig. 2: Aspecte de la cursul și cercul Balint din cadrul masteratului de psihosomatică, 7 iunie 2024 Biblioteca Clinicii Medicale 2



Fig. 1



Fig. 2



PSYCHOSOMATIC MEDICINE AND BALINTWORK

■ Luxury, nonsense or a reasonable way of thinking?

By Dr. med. Heide Otten, Psychosomatic Medicine, Deutschland

Psychosomatic Medicine is defined as a manner of looking at the illness and the ill person in a special way: open for the discovery that psychic and social circumstances are as relevant for the development of the illness as bodily factors.

This point of view is not new. From old history up to the 19th century this way of thinking in medicine went without saying. In the second half of the 19th century recovering Psychosomatic thinking was a reaction to the scientific development, which was enormous: the success in cellular pathology, bacteriology, physiology, surgical techniques etc led to a mechanist model of the human body as a complicated machine.

Freud and his disciples – Michael Balint was one of them – gave rebirth to the word “*Psychosomatic*”, developed the Psychoanalytic method and tried to find out how much the so called “*talking cure*” could add to heal bodily symptoms with the background of a psychic conflict.

And it was Michael Balint who saw this very clear and invented a method to train doctors in this skill, to use their relationship to the patient for a more successful outcome.

The bio-psycho-social model – so called by George Engel in the 1970ies - replaced the mechanistic model and helps us understand more about the origin, processing and treatment of somatic diseases.

Research shows how important interpersonal relationship is for diagnosis and treatment.

The experience with traumatization especially after the Second World War led to new ideas and theories – e.g. behavioural theory, stress theory, systemic theory - about the genesis of psychosomatic diseases and their treatment. Out of the different theories, different methods of therapy were developed, like psychoanalytic, psychodynamic, systemic and behavioural therapy.

Today Neurobiology helps us explain how this might work.

When I started my medical studies in Göttingen in 1964 there was a lecture about Psychosomatic Medicine held by Werner Schwidder, which fascinated me. Teaching Psycho-

somatics was voluntary and not yet common in these days. Victor von Weizsäcker had brought the idea to Heidelberg and Alexander Mitscherlich opened an “*Institute for Psychotherapy*” in Heidelberg in 1950. 20 years later, in 1970 Psychosomatics, Psychotherapy, Medical Psychology and Sociology became obligatory subjects in Medical Education in Germany. Thure von Uexküll is one of the first and most famous directors of a Psychosomatic Department at the University of Ulm. He wrote a textbook on Psychosomatic Medicine, which has been revised 6 times by now, but still is based on his ideas and his description of an “*integrated medicine*”.



Since I heard these lectures in Göttingen, a question followed me all the years during medical school: what do you offer a psychosomatic patient when you try to take his bodily symptom away from him?

What is the consequence of showing him that his conflict is the origin of his symptom? Is the patient happy with this news? Can he leave the symptom behind and find a solution for his conflict? How could I help him to do so?

I was already working as a GP and the same questions were still in my mind. Then I found very interesting thoughts and answers to my questions in Balint’s papers. Balint: “*Conditioned by their training, doctors in general choose first among the proposed illnesses a physical one, because they can understand it better, they have learned more and so know more about it, and they can express their findings more easily and more precisely. This almost automatic response might – and quite often does – lead to a great number of unnecessary specialist examinations and to prescribing unnecessary medicines.*”

This was written in 1955. It is still up to date. Nothing changed in general. Nowadays we have more unnecessary examinations and prescribing than ever. The cost for it is





immense.

Balint: *"... if doctor and patient stick to the bodily symptoms and do not look behind, if they both search for a proper illness and then agree on it, the psychosomatic disease will become chronic and the inner conflict of the patient stays hidden."*

Yes, this was my experience in General Practice. But also the other one which Balint described like that: Balint: "The opposite danger however, is also present. The doctor might be tempted to brush aside all physical symptoms and make a bee-line for what he thinks is the psychological root of the trouble.

This kind of diagnostic or therapeutic method means that the doctor tries to take away the symptom from the patient and at the same time to force him to face up consciously to the painful problems possibly causing it. In other words, the patient is forced to change his limited symptoms back into the severe mental suffering which he tried to avoid by a flight into a more bearable physical suffering." *Finally I understood my conflict, my responsibility for the patient, being fascinated by psychosomatic thinking – and the danger which it includes. And I understood that I had neither the time nor the tools to treat psychosomatic patients properly in my GP practice, where I had "6 minutes for the patient" (which is the title of one of Michael Balint's books). On the other hand it was very important not to stick to the bodily symptoms and produce chronic diseases. I had to find out about my possibilities to be aware of the psychosocial background of the patient's complains and symptoms. I wanted to learn how to use my time and tools as a GP like listening with the third ear, asking the right questions, perceiving the patient as a whole person. That was when I started to do Balintwork as a member of a group of colleagues with different specializations, like GPs, psychiatrists, paediatricians and internal medicine. Our group leader was a psychiatrist, well educated in psychodynamic thinking. This group still exists for more than 25 years, and we still get a lot out of this work together. In Balint groups we use the analytic method of looking at the doctor-patient-relationship to understand more about "the doctor, the patient and the illness", (which is the title of Balint's book about his research.)*

One of the members of the small group presents a case, better to say: tells the story of one of his patients. (S)he does not use any medical notes, taken in his office, but reports on his patient and their meetings out of his me-

mories. He talks about the illness and the symptoms, the patient's emotions and about his own feelings towards the patient.

Mostly this takes about 10 to 20 minutes. Afterwards the others may ask him questions. Then the group-leader asks him to lean back and relax and listen to what the group members feel and think about the doctor-patient-relationship.

Whatever is fantasised can help to clarify. Pictures arise, fairy tails may come up, and symbols are used. Nothing is wrong. *"Think fresh, think freely" and "Have the courage of your own stupidity!"* Balint encouraged the group members. Every idea might give a hint on unconscious contents of the story.

"I looked at the report of the presenter as if it was a dream" Balint said, "and the thoughts of the presenting doctor as well as the comments and ideas of the group members were treated like free associations."

The case presenter can look at what is going on from a distance. He will find new aspects, his blind spot might be enlightened, he can find out what made it so difficult to get along with his patient.

Sometimes he may think that some thoughts are crazy and far away from his reality. The group is like a prism or a magnifying glass. It shows all the different colours of the relationship and may focus what the presenter did not look at before.

All group members in the course of time gain the ability of a more analytic observation; they are able to go forth and back from emotional experiencing to a rational reflecting position.

The group-work has elements of a self experience-process, not only for the presenter but for all group members; they all get to know more about themselves without talking about their privacy. The focus in the group is not the personality of the doctor and his private life but the doctor-patient-relationship and the understanding of the patient's signals, symptoms and conflicts and the doctor's unconscious answers. At the next meeting the presenter gives a feedback. Often it is told, that the patient seemed to be quite different at the next appointment, *"as if he had listened to what was said in the group session"*. The communication between doctor and patient becomes easier and more effective, the compliance gets better. It is a relief for both. The feedback is a valuable ingredient of ongoing groups. Medical doctors, who work in a Balint-group, develop a more analytic way of thinking, they are more aware of their



■ Referate

personal influence, they reflect more, and they can listen better and get to the roots. There will be a *“slight but important change in the personality of the doctor”* (Balint) after at least one year of Balintwork, as investigations show, which turns out to become an advantage for the patient’s and for the doctor’s well-being. In Germany we organize weekend workshops for doctors of all specializations. Balintwork is obligatory in the training of GPs, Gynaecologists, Psychiatrists and Psychotherapists. Some of them are not happy to come in the first place. But most of them leave the seminar impressed and with new ideas.

We ask the participants of our Balint weekend workshops to write down one sentence to the question: *“what do you take home?”* And I want to give you some examples of the answers we got:

- *“Now I know: I am not alone with my fears and worries and I dare to express my feelings concerning the patient.”*
- *“I am encouraged to listen to the patient, when he wants to open up and talk about his background”*
- *“My routine was questioned, and I got a lot of stimulation and encouragement.”*
- *“Calmness to manage my daily work where I have to see so many patients.”*
- *“I got a lot of new ideas for my patients”*
- *“Better I listen and talk to patients than trying to convince them of my ideas.”*
- *“We also discussed social and political problems in the group and I was impressed how much influence this has on the patient’s disease and on the doctor-patient relationship.”*
- *“The doctor-patient-relationship is more complex than I ever thought”*
- *“Scales fell from my eyes: my “difficult” patients are mostly the psychosomatic patients.”*

We are trained to do evidence based medicine. Is it contradictory to emotion based medicine? Or does it go together?

Our next Balint Congress which will be held in Lisbon/Portugal this year in September tries to give an answer. It has the topic: *“Medicine, Evidence and Emotions 50 years on...”*

Balint published his book *“The doctor, his patient and the illness”* in 1957. What happened with the doctor-patient-relationship since then?

For more than 30 years the Ascona Balint Prize has been given to medical students from all over the world, who describe their own experiences with meeting patients during their studies. They focus on their emotions and reflection. Often they were taught to defend feelings like anxiety, anger, sadness or helplessness. Those suppressed emotions come back in some way, maybe as a psychosomatic symptom, as a loss of energy and happiness or as a cynical attitude.

Besides the important scientific knowledge which medical students have to absorb, we have to make room in medical education for talking about emotions, about transference and counter transference, about defence and empathy and about the importance of the doctor-patient-relationship, the *“doctor as a drug”*, as Balint put it.

An excellent technical education and equipment is the one important thing in our profession, a profound knowledge of the bio-psychosocial connections and of the importance of the doctor-patient-relationship is another. Our work as doctors should be adequate for the patient and satisfying for ourselves. And I am convinced that psychosomatic thinking is not a time consuming luxury, it is a reasonable and necessary basis for our work, the relation to our patients and the treatment of their illness.



ISTORIA DEZVOLTĂRII METODEI BALINT*

■ Grupuri, mișcarea balintiană, perspective

Dr. Andor Harrach, Hungary - Traducere: Görög Ilona și Vajda-Hegyí Csilla

*Traducerea s-a realizat cu acordul autorului, după articolul publicat în *Thalassa*, 2010, 3: 29-50.

I. RĂDĂCINILE TIMPURIILOR DIN UNGARIA

Nașterea grupului-balint este strâns legată de primele trei decenii ale evoluției psihanalizei din Ungaria, deci de perioada de până la sfârșitul anilor 1930. Consider, că numai întâlnirea norocoasă a mai multor factori a făcut posibilă această performanță intelectuală. Evidențiez, ca introducerea, câteva din aceste momente.

Personalitatea de referință a scenei psihanalizei din Ungaria, Sándor Ferenczi a fost de la început preocupat de problematica tehnicii analitice. Bálint a considerat, că Ferenczi prin colaborarea sa cu Freud a putut avea un rol fundamental în dezvoltarea tehnicii analitice (Balint, 1967). Ferenczi a experimentat de la începuturi, scrie Bálint, dar aceste experimente așa-zise tehnice, au fost descrise prin conceptele tehnicii active, care erau mai degrabă rodul anilor 20. Dezvoltarea ulterioară a acestora a dus la elaborarea metodelor de psihoterapie scurtă, în care Bálint a avut un rol esențial. O valoare deosebită are articolul deschizător de drum al lui Imre Hermann (1922), pentru că putem vedea descrierea timpurie a terapiilor scurte („o formă simplificată” a psihanalizei).

În prelegerea „*Psihanaliza în slujba medicului practicant*” ținută în 1923 la Kosice, Ferenczi recomandă aplicarea gândirii din psihologia abisală în activitatea medicală curentă (Ferenczi, 1923).

Prelegerea și articolul din 1926 al lui Mihály Bálint („*Psihanaliza și medicina internă*”) reprezintă încă un pas: descrie natura bolilor funcționale, relația medic-pacient, posibilitățile psihoterapeutice și metodologia acestora. Aceasta a devenit scopul muncii de grup-balint de mai târziu.

Trebuie să evidențiem particularitățile generale ale școlii psihanalitice din Budapesta descrise de mai multe ori (vezi de ex. Harmat, 1994), deoarece aceasta a constituit sursa gândirii balintiene:

Limbajul este mai degrabă limbajul de zi cu zi, folosește rar concepte analitice abstracte, acesta este important în

stilul de exprimare în munca de grup-balint;

Aplicarea mai largă a psihanalizei, de exemplu în pedagogie, în învățământul universitar ca o evoluție timpurie;

Aducerea aspectelor relației în prim-planul terapiei, ceea ce a devenit un element principal și în lucrările lui Balint

Tehnica de grup a lui Vilma Kovács în formarea analitică.

II. METODA DE GRUP ÎN FORMAREA ANALITICĂ

Modelul maghiar vestit al formării analitice este deosebit de important din punctul de vedere al dezvoltării grupului-Balint, care de fapt constituie un trunchi aparte în istoria psihanalizei. Când în disputele internaționale referitoare la formare din anii 20 s-a ajuns la concluzia, că analiza de control este necesară, a mai rămas o dilemă: cum se raportează în timp analiza de studiu față de controlul cazurilor din formare? Într-unul din modele analiza de control a urmat după încheierea analizei proprii, iar în celălalt, s-a practicat suprapunerea lor în timp. A fost una din particularitățile modelului maghiar, ca cel puțin primul caz de studiu analitic să fie condus de formatorul analitic însuși în situație analitică. Consensul internațional a stabilit, să se aplice suprapunerea cronologică, dar analiza de control nu putea fi efectuată de formatorul studiului analitic.

De această dilemă s-a legat modelul de grup al analizei de control al Vilmei Kovács, care este cel de-al doilea element al modelului maghiar, și pe care, de fapt, literatura de specialitate nu-l amintește. Nici Vilma Kovács nu face referire la acest aspect în articolul ei apărut în 1933, în care analizează dilema „*primului caz*”. Această linie caută în esență poziția analizei-control prin întrebarea dacă ea este mai degrabă un demers tehnic-didactic sau este de fapt continuarea analizei de studiu.

Metoda de grup al Vilmei Kovács este descrisă de István Székács-Schönberger (1993) în epilogul cărții „*Moștenirea lui Fortunatus*”, volum care reunește publicațiile lui Vilma Kovács. Székács-Schönberger : „ ... *seminariile tehnice conduse de doamna Kovács erau părți complementare*



ale sistemului de formare descrise de ea. Candidații aveau obligația să participe la analiza-control și anual minim odată trebuia să relateze despre evoluția unui pacient pe care-l aveau în terapie analitică, în special cu privire la problemele, dificultățile ivite. Fiecare relatare dura în medie 45 de minute; nu era stipulat, dar practic au fost prezentări libere în baza consemnărilor. După relatarea candidatului a urmat discutarea problemelor legate de caz, în general cu o durată de două ore. Vorbitorii au fost în primul rând colegii mai vârstnici cu experiență. (...) La seminariile tehnice participau atât colegi începători cât și colegi cu experiență vastă. (...) Comentariile erau instructive, după opinia mea, atmosfera se datora în mare măsură personalității carismatice a lui Vilma Kovács. Astfel a luat naștere acea comunitate științifică și umană care a pus bazele perioadei de glorie a școlii din Budapesta...” (Székács-Schönberger 1993, 82)

Cea care relatează concret că Mihály Bálint a fost unul din participanții la aceste seminarii, în compania, printre alții, a lui Székács-Schönberger, este Ágnes Riskó (2007). Bálint scrie în 1948 (prezentare susținută în 1947) pe marginea disputei din anii 1920 referitoare la analiza-control: *”Foarte curând, a fost lărgit cu seminarii de control, o completare foarte valoroasă, care provine din Viena, dacă știu bine, în primul rând prin influența lui Helene Deutsch și Wilhelm Reich, iar nivelul actual înalt se datorează lui Anna Freud și Otto Fenichel”* (Balint, 1948). Seminarul-control din perspectiva de azi este evident o manifestare de grup, similar probabil unui grup de formare de discuție de caz, care nu corespunde pe deplin conceptului de analiză-control, dar este o formă de supervizare care se leagă de aceasta. Pe parcursul dezbaterii au diferențiat controlul analizei de studiu, care a rămas mai departe sarcina analizei personale din timpul formării, și controlul analizei realizate de candidat, care este un control metodic de supervizare, și nu poate fi efectuat în cadrul analizei de experiență personală (Vierländertagung, 1937). Balint a considerat aceasta *”o reglementare dogmatică obsesivă”*, față de care *”noi în Ungaria ne-am opus”*.

Balint subliniază în 1947 că subiectul disputei este de fapt contra-transferul, cu care candidatul nu trebuie lăsat singur, și dezvoltă concepția maghiară, atunci când reîncepe la Londra munca de grup cu medici de familie. Până atunci Mihaly Balint a acumulat experiență proprie privind manifestările de grup. A condus grup de discuție de caz de acest fel cu medici de familie la Budapesta în a doua parte a anilor 30, care a fost întrerupt datorită controlului politic (autoritățile au plantat un jandarm la aceste discuții suspecte) și emigrației cuplului Balint.

III. CONTINUAREA EVENIMENTELOR LA LONDRA – SUPERVIZAREA

Mihaly Balint a trecut prin ani grei după emigrare – soția lui, Alice, a decedat subit la scurt timp. A trebuit să-și clădească de la bază poziția lui profesională, părinții lui s-au sinucis la Budapesta sub presiunea terorii naziste, o a doua căsătorie i-a eșuat. Doar după ani de început petrecuți la Manchester au urmat stabilitatea, dezvoltarea, adevărată perioadă de glorie a vieții de la Londra.

Tema noastră aici se leagă de firul supervizării. În timpul activității sale la clinica Tavistock din Londra, Balint a venit în contact cu grupul lucrătorilor sociali care ofereau asistență pentru familii, mai bine zis, Enid Flora Eichholz, formatoarea acestora de origine engleză, i-a solicitat ajutorul în calitate de analist, în formarea acestora. Astfel se formează un grup comun de formare de discuție de caz pentru lucrători sociali. Munca comună devine relație personală, Enid va fi cea de-a treia soție a lui Mihaly Balint, și pe tot restul vieții lui vor fi nu numai un cuplu, dar și colaboratori strânsi, coautori ai mai multor publicații. Ani îndelungați după decesul soțului ei, Enid Balint continuă și promovează activ opera lor comună. Cartea de căpătâi a lui Balint referitoare la acest grup (1957, Londra, 1961, Budapesta) o semnează cu dedicația *”Soției și colaboratoarei mele”*.

Până atunci *”munca de caz”* a dobândit o tradiție îndelungată în supervizarea lucrătorilor sociali; s-a dezvoltat în Europa mai cu seama prin preluarea ei din Statele Unite ale Americii. Această este o filieră aparte a temei noastre, amănuntele căreia le putem cunoaște mai bine din cartea lui Gábor Szőnyi *”Grupuri și participanții la grupuri”* (Szőnyi, 2005).

Toate scrierile care analizează mai profund problemele supervizării descrie grupul-Balint ca modelul fundamental al superviziei, respectiv ca una din sursele originii ei. Din perspectiva istoriei științei și a metodologiei aceasta este un alt domeniu, și se poate vedea că metoda Balint încă de la începuturi însumează și o dimensiune interdisciplinară (Rappe-Giesecke, 2003).

IV. NAȘTEREA GRUPULUI-BALINT MEDICAL

Nu cunoaștem de când datează denumirea de *”grup-Balint”*, nici cine a folosit-o pentru prima oară, prin urmare se poate presupune mai degrabă că este rezultatul unui proces îndelungat de socializare profesională. Nu am cunoștință și nu cred, că Balint el însuși ar fi utilizat vreodată această intitulare. În introducerea cărții de bază a lui Balint – *”Medicul, pacientul său și boala”*, putem citi următoarele:

”De câțiva ani organizăm la Clinica Tavistock seminarii de



cercetare pentru a studia aspectele psihologice ale practicii medicinei generale. Din întâmplare primul subiect de dezbatere al unui astfel de seminar a fost prescrierea de medicamente de către medicii practicieni. Disputa a dezvoltat rapid – și probabil nu pentru prima oară în istoria științei medicale – că în practica medicinei generale ”medicamentul” cel mai des folosit este medicul însuși. (...) Seminarul a pus repede în evidență, de asemenea, că acest ”medicament” important nu are încă o ”farmacologie”. (...) Este și mai neliniștitor, că nu există deloc date bibliografice cu privire la riscurile posibile ale acestui fel de tratament medicamentos (...) și am decis de îndată, că unul din obiectivele cercetării noastre, poate chiar obiectivul principal, va fi elaborarea acestei ”farmacologii”. (...) Munca noastră s-a desfășurat exclusiv în grupuri de dezbateri, care au constat din opt-zece medici practicieni și unu-doi psihiatri. (...) Inițiativa noastră combina cercetarea și formarea. (...) În acest mod cercetarea a fost realizată de medicii practicieni în cadrul desfășurării muncii lor zilnice... (...) ... din câte știu, n-a mai existat vreodată o metodă fundamentată pentru formarea medicilor practicieni în psihodiagnostic și în psihoterapie. (...) Precum vom putea vedea, medicii au încercat insistent să atragă psihiatrii în relație de învățător-elev; dar din mai multe motive am considerat benefic să împiedicăm aceasta.” (Balint, 1957; (ed. magh. 1990, începând cu p.4)).

Cartea prezintă munca de mai mulți ani a 14 medici practicieni și al unui psihiatru, conține documentația discutării repetate a 28 de cazuri, pe care Balint le-a redat pe baza consemnărilor participanților. Grupul a fost condus de către Balint, Enid având un rol important pe parcursul ședințelor, scrie Balint. Pe lângă ședințele de grup participanții puteau merge și la consultații individuale la diferiți psihiatri ai instituției, ca și la Enid Balint – numai chiar la Balint nu; pentru el era important să evite în afara ședințelor de grup orice altă legătură cu pacienții.

O metodă fundamentată științific de psihodiagnostic și de psihoterapie pentru educația medicilor participanți nu a existat, afirmă Balint, și de aceea au stabilit de la bun început un triplu scop pentru munca de grup:

- a.) studiul aspectelor psihologice ale practicii în medicina generală;
- b.) educația medicilor generaliști pentru această sarcină;
- c.) elabarea metodei unei astfel de educații.

Scopul explicit al formării în psihoterapie a fost ca munca medicului practicant să nu se schimbe formal, dar să se completeze cu elemente de psihodiagnostic și psihoterapie. Balint nu s-a mai rupt niciodată de la acest scop, și munca aceasta de grup l-a preocupat intensiv până la moartea sa.

Lucrarea sa mult citată apărută în 1968 poate fi considerată o sinteză finală a temei, bazată pe o prelegere ținută la Roma la o conferință psihiatrică, și care în traducere are următorul titlu: ”Experiențe cu seminarii de formare și cercetare”. Și această lucrare se referă preponderent la medici practicieni, dar Balint menționează că și psihiatrii se zbat cu probleme similare.

V. PSIHOSOMATICA: BALINT PE URMELE LUI FERENCZI

Studiile de caz din cartea de bază a lui Balint, care provin din cotidianul medicilor practicieni, pe scurt pot fi caracterizate ca produsele gândirii psihosomatice, în mod accentuat și în dimensiunea relației medic-pacient.

Pe parcursul muncii de grup medicul practicant devine psihodiagnostician, care stabilește prin rutină diagnosticul somatic, dar este atent și la corelațiile psihosomatice, și prin aceasta extinde anamneza, conduce tratamentul somatic, și cu o periodicitate și intensitate variată desfășoară și psihoterapie de medicină de familie.

Să luăm în considerare că: bazele societății americane de psihosomatică au fost puse la sfârșitul anilor treizeci, aproximativ deodată cu apariția buletinului de psihosomatică de acolo care-și păstrează poziția de lider în domeniu! Cartea de bază de psihosomatică a lui Franz Alexander a fost publicată în America în 1950! Și în Europa lovită de război Balint are o preocupare intensivă asemănătoare. Dar să nu dăm uitării lucrările citate ale lui Imre Hermann, Sándor Ferenczi, Mihály Balint și ale lui Vilma Kovács din anii 1920, și nici relația dintre Ferenczi și Groddeck. Balint este recunoscut în întreaga lume ca unul din fondatorii practicii psihosomatice. În această ordine de idei, în mod firesc, trebuie să amintim din nou și din nou, meritele lui Sándor Ferenczi, și anume că viziunea lui constituie una din rădăcinile psihosomaticii psihanalitice. Dar ca și în alt domeniu, opera lui a rămas și în această privință ”neorganizată”. Mulți alți autori – printre ei și Mihály Balint - și-au propus prelucrarea ei, mai mult, el a fost administratorul moștenirii lăsate de Ferenczi, ceea ce înseamnă și o parte importantă din lucrările acestuia.

VI. RELAȚIA MEDIC-PACIENT

Conceptul central al muncii de grup-Balint este relația medic-pacient. Balint însuși a desfășurat activități și cu lucrători sociali, dar aplicarea metodei în alte domenii profesionale s-a extins mai târziu. Balint și-a continuat propria



linie cu o perseverență personală uimitoare, despre aceasta stă mărturie și mult citata lucrare târzie a sa cu caracter tehnic *"The structure of the training-cum-research seminars and their effect on medicine"* (1968). Munca de grup a dus la cristalizarea conceptului *"medic-medicament"* ca una din caracteristicile relației medic-pacient, adică la evidențierea faptului că în această relație personalitatea medicului are un rol determinant. În spiritul gândirii analitice această relație este deci un raport de transfer-contratransfer, *"o negociere"*, în sensul că pacientul propune o boală și medicul reacționează la aceasta. În acest proces medicul are rol și în *"care va fi forma finală a bolii"*. Ideea de bază balintiană reluată de mai multe ori este că medicul trebuie să țină cont și de propria *"funcție apostolică"*, adică de modul în care se raportează la pacient, ceea ce constituie o reacție caracteristică și pentru personalitatea medicului. Aceasta este medicul-medicament.

"Se putea constata aproape ca și cum ar exista la fiecare medic o revelație cu privire la ce este bun și ce este rău pentru pacient, la ce se pot aștepta și ce trebuie să suporte; și că are misiunea sfântă să convertească la credința proprie pe fiecare dintre pacienții săi neștiutori și necredincioși". [mențiune în lucrare] Balint, 1957/1990, p. 155.)

VII. CINCI PORTRERE – PROCESE DE OGLINDIRE ÎN GRUP

1. Balint vorbește de *"portretul"* medicului aducător de caz, care se prefigurează în grup pe parcursul ședinței. În munca comună mai de durată a grupului această imagine se schimbă firește, se completează, se dezvoltă. Portretul este diferit și de la ședință la ședință, pentru că, pacienții aduși în discuție în cadrul diferitelor ședințe, declanșează reacții individuale particulare, și pe lângă aceasta fiecare participant va avea o reacție tipică la teme tipice în funcție de propria personalitate. Schimbarea lentă a portretului participantului, reflectă *"modificarea personalității"* lui. Portretul diferă în cazul aducerii unui caz propriu față de cel din funcția de participant: în prima situație, *"manifestarea descriptivă-narativă"* respectiv controlul intelectual joacă un rol mai însemnat.

2. Cel de-al doilea portret se referă la pacient – așa am putea continua conceptul de portret al lui Balint. Acesta este un produs de grup asociativ-regresiv. Fiecare participant reacționează față de pacient, sau mai bine-zis, față de elementele diferite ale *"întâmplării povestite"*; câți participanți, atâtea oglinzi, din care pe parcursul ședinței se formează portretul pacientului: boala, personalitatea, contextul vieții sale personale, parțial și istoricul vieții lui.

3. Cel de al treilea portret arată imaginea conducătorului de grup, pe de o parte prin prisma diferitelor ședințe, dar pe termen lung și referitor la întreaga sa funcționare. Și în aceasta pot fi distinse două laturi. Pe de o parte este vorba de reacțiile sale față de întâmplările povestite, aducătorii de caz, cazurile particulare, reacțiile grupului. Pe de altă parte, este valabil și pentru el, chiar dacă în circumstanțe optime într-o măsură mai mică, dar totuși semnificativă, că personalitatea sa și profesionalismul personal joacă rol în toate aceste reacții.

4. Cel de-al patrulea portret este imaginea generală a ședinței care prelucrează cazul, care se distinge la fiecare ședință: medicul, pacientul lui, boala și aspectele grupului. Fiecare ședință este un tot unitar, unică, irepetabilă, o un mod unic de desfășurare și un discurs singular, ca o novelă, uneori ca o dramă sau un scenariu polițist, uneori de dimensiunea unui roman.

5. Portretul al cincilea este imaginea de grup. Nici aceasta nu este o configurație statică, ca de exemplu o poză de grup, deși deține și caracteristicile acesteia. Este diferită de la ședință la ședință, în funcție de cazuri și de fazele vieții de grup: grup nou, grup *"matur"*, grup ocazional, grup *"etern"*, grup care conlucrează de multă vreme. Imaginea depinde de compoziție, de persoanele care sunt participanții la acest proces împreună cu liderul de grup. Imaginea de grup este determinată și de circumstanțele externe ale funcționării. În mod similar, imaginea depinde și de obiectivele apropiate stabilite, pe care le-a elaborat Rappe-Giesecke (2000) în sistemul său fin de diferențiere deja amintit.

VIII. PSIHOTERAPIA DE MEDICINĂ DE FAMILIE – FORMARE ȘI PRACTICĂ

"Cartea de bază" prezintă prin cazuri oportunitățile de psihoterapie în medicina de familie. Cea de-a doua carte apărută în 1961, *Psychotherapeutic techniques in medicine*, scrisă împreună cu Enid Balint, sistematizează tema, și o integrează într-o viziune psihoterapeutică mai generală. Cartea n-a apărut încă, din câte știu, în limba maghiară, iar traducerea ei germană s-a realizat în 1970 (*Psychotherapeutische Techniken in der Medizin*). În introducerea autorii precizează că scopul lor cu această carte este în mod explicit educativ, deoarece această temă nu a fost abordată de nimeni. Cartea poate fi utilă și azi pentru toți terapeuții de orientare dinamică sau pentru persoane aflate în astfel de formare. Pe lângă conținut, limbajul simplu, ușor inteligibil, exprimarea care evită atât cât este posibil expresiile de specialitate, corespund acelei cerințe balintiene ca în grupul-Balint să nu fie folosit un limbaj abstract, prea elevat,



îndepărtat de viață, ci să se vorbească în limbajul pacientului, astfel, așa devine formarea balintiană și un curs narativ, adică de comunicare. Un alt scop al cărții este definirea diferențiată a psihoterapiei de medicina de familie, a psihoterapiei specializate și a psihoterapiei psihiatrice. În carte se pune un accent deosebit pe diagnostic, deosebindu-se diagnosticul psihologic medical, de psihodiagnosticul bazat pe teste și de anamneza din psihiatrie.

Un capitol este dedicat reacțiilor emoționale ale medicului, în care sunt prezentate următoarele date: *”Dacă în timpul tratării pacientului apar emoții sau afecte în medic, trebuie considerate de el ca simptome relevante ale pacientului și în nici într-un caz nu trebuie să acționeze sub impulsul acestora. Evaluarea emoțiilor concomitent cu rezisterea la tentația provocată de a acționa, este o problemă grea, imposibilă fără un training de grup mai îndelungat.”* (Balint, 1961, 90).

Așa se evidențiază funcția grupului, care nefiind participant direct în relație, poate efectua mai ușor această evaluare decât însuși medicul participant, de aceea este atât de importantă reacția afectivă și atmosfera de acceptare a grupului. Aceasta este ilustrarea doar a unui aspect a cărții, care arată și modul cum se poate realiza în practică în cadrul grupului-Balint analiza pretențioasă a contratransferului formulată de Paula Heinmann, respectiv, cum poate fi predat aceasta în cadrul unui seminar.

IX. AUTOCUNOAȘTERE ÎN GRUPUL-BALINT

Aspectul de autocunoaștere în grup este exprimat în mult citata propoziție a lui Balint: *”...schimbarea limitată, dar demnă de atenție a personalității medicului...”* În capitolul *”Formarea”* din cartea de bază, Balint descrie mai de aproape acest proces. Aici prezintă formarea în psihoterapie a medicului practicant, care, prin urmare, aici este mai mult decât discutarea relației medic-pacient: este un proces de învățare, în cursul căruia medicul își dezvoltă și personalitatea pe lângă achiziția de cunoștințe. Scopul urmărit este ca *”medicul să poată intui mai bine ce se întâmplă conștient sau inconștient în psihicul pacientului, atunci când medicul și pacientul sunt împreună”* (p.347). Pentru dobândirea acestei abilități noi este necesară *”schimbarea limitată, dar demnă de atenție a personalității medicului”*. Este nevoie de o atmosferă liberă și de acceptare în grup pentru ca medicul să poată recunoaște diferența dintre comportamentul său intențional și cel trăit în funcție de rezultatul real, reflectat de grup. Coeziunea și acceptarea din grup fac posibile acceptarea greșelilor proprii colective

și individuale, inclusiv a greșelilor conducătorului de grup, și că aceasta este și un factor de personalitate. Membrii individuali pot suporta aceste presiuni și își pot modifica comportamentul pentru că simt că grupul este permisiv și suportiv. Dacă cursurile de formare tradiționale nu țin cont de aceste aspecte, va fi cauza eșecului lor, scrie Balint. Descrierea prezintă în mod plastic interdependența dintre activitatea profesională și personalitate, care în deceniile următoare a devenit o piatră generală de temelie a formării și practicii în psihoterapie, în opoziție cu ideea originară freudiană a oglinirii mecanice. Medicina de relație și psihoterapia care subliniază caracterul circular al relației (transfer și contratransfer) apare pentru prima dată în concepția lui Balint, ca idei provenite din aceeași sursă. Un alt criteriu pentru aceasta este competența personală a medicului, a cărei dezvoltare este unul din obiectivele de bază a grupului-Balint.

X. ASPECTE ALE APLICĂRII PRACTICE A GRUPULUI-BALINT

A. Variații de aplicare

Acest spectru a devenit tot mai larg de-a lungul deceniilor, aici fiind posibilă doar o enumerare succintă: grupuri omogene în cadrul unei specialități medicale, grupuri ale echipelor medicale din spitale, grupuri *”obligatorii”* din cadrul formării în psihoterapie, grupuri de cercetare pentru studiul unor anumite boli (psihosomatice), grupuri de medici, grupuri de personal medical, kinetoterapeuți, grupuri de pedagogi, în cercul juriștilor, în profesii de consiliere, în dezvoltare organizațională.

B. Completări tehnice

Se referă la completarea metodei de grup originare prin alte elemente tehnice. Motivul este de cele mai multe ori intenția de a intensifica procesul de grup. Tehnici mai cunoscute:

- a.) joc de rol, psihodramă
- b.) metode creative-artistice, ca pictura, sculptura
- c.) imageria, meditația respectiv tehnici de relaxare.

C. ”Balintoid”

Originea expresiei nu este clară în literatura balintiană, cel mai probabil cineva a *”inventat”*-o în mod asociativ; în medicină, în sens uzual *”-oid”* se referă la o oarecare similitudine. Termenul *”Balintoid”* poate fi auzit în general cu ton negativ, critic, peiorativ, ironic, ca ceva ce nu este de dorit.

Häfner (2007) în micul său volum descrie o serie de manifestări din buchetul *”greșelilor”* sub eticheta *”Balintoid”* care



pot fi evitate:

1. dezechilibrul în privința obiectivelor muncii de grup, ca de exemplu prea multe elemente de autocunoaștere sau accent exagerat pe supervizie greșeli în conducerea grupului (nesiguranță, activitate excesivă, dificultăți cu timpul, etc.)
2. componența nefavorabilă a grupului
3. prea multă *"speculație psihanalitică"*
4. proliferarea interacțiunilor *"întrebări-răspunsuri"*
5. coordonare deficitară a conducerii, respectiv a conducerii în co-liderat
6. insuficienta gestionare a transferul-contratransferului, respectiv a rezistențelor.

Pe baza experiențelor mele personale doresc să amintesc aici și două aspecte pozitive. Primul se referă la grupul-Balint *"începător"* sau *"ocasional"* (de exemplu, ședință demonstrativă singulară, prezentare orientativă ținută în cadrul unei conferințe), care nu cunoaște, nu a însușit încă regulile modului de funcționare specifice. În aceste situații liderul este nevoit să urmărească și să reglementeze dificultățile începutului, ale procesului de învățare. În această fază grupul nu este capabil să funcționeze *"lege artis"*, pe de altă parte, rolul conducerii este foarte însemnat pentru ca ședința să fie instructivă și să aibă succes. *"Maturizarea"* unui grup presupune un timp mai îndelungat.

Și cea de-a doua semnificație pentru *"Balintoid"* este un fenomen interesant, și după opinia mea, chiar instructiv. Este vorba despre situațiile *"întâmplătoare"*, de cele mai multe ori în grupuri clinice sau alte grupuri de discuție de caz, dacă grupul lucrează în stilul interacțiunilor libere, și cel care este lider dorește sau tolerează aceasta, atunci atmosfera grupului evoluează rapid în direcție balintiană, deci, apar fantezii regresive. Fenomenele emoționale și procesele de oglindire vor scoate în evidență problemele cazului, iar acestea, cu un simț fin, pot fi utilizate în scop diagnostic, adică pot fi verbalizate bine și cu caracter util.

D. Conducerea grupului, conducătorii de grup

Această temă este marcată de multă incertitudine, travaliu, dispută. Balint însuși nu s-a ocupat de această problemă în afara unor comentarii răzlețe, exemple și recomandări. Poate și aceasta a contribuit la un oarecare grad de idealizare a persoanei lui Balint. El a demonstrat metoda de conducere dar nu a descris-o amănunțit, nu a conceput un sistem teoretic pentru ea. Cerințele de bază pentru conducători, experiența practică a conducătorului, formarea

și nominalizarea conducătorilor de grup s-a conturat prin experiența mai multor decenii. Aceasta s-a dezvoltat diferit în fiecare țară, ca mai apoi, federația internațională (International Balint Federation) să adopte liniile directoare, pe care asociațiile naționale trebuie să le urmeze. În practică rămâne în continuare o imagine eterogenă. Constituie o problemă deosebit de complicată mai cu seamă în grupurile nemedicale, în care *"gândirea terapeutică"* este pur și simplu contraproductivă și lipsită de țel, deși tehnica de caz propriu-zisă funcționează excelent. În aceste aplicații câmpul profesional al participanților, momentele grupului, obiectivele speciale, dezvoltarea personalității sau denumirea ca supervizare, și nu în ultimul rând, atitudinea conducătorului de grup sunt hotărâtoare ca munca de grup să aibă rezultat.

În această lucrare nu ne ocupăm cu detaliile tehnice ale muncii de conducere, aceasta va fi subiectul unei alte lucrări, aflată în curs de pregătire. Doar menționăm aici, că, conducătorul de grup se află într-o dublă situație delicată. Pe de o parte munca de grup pretinde ca să observe relativ pasiv evenimentele din grup, și aceasta este valabil mai cu seamă pentru grupurile *"mature"*, a căror creativitate face și inutilă activitatea excesivă a conducătorului. Balint el însuși descrie aceasta în felul următor: conducătorul se dizolvă în grup și este aproape invizibil. Pe de altă parte dimensiunile multiple ale temelor ce apar, complexitatea conținuturilor aduse de participanți, urmărirea fină a obiectivelor fac totuși necesare intervențiile cu caracter de compas ale conducătorului. De aceasta mai aparține și rolului conducătorului care trebuie să aibă în vedere și protejarea participanților.

E. Grupul ca factor în metoda Balint

În această lucrare ne concentrăm mai cu seamă pe referințele medicale ale funcționării grupurilor. Am menționat, că Balint însuși a lucrat și cu lucrători sociali. Există numeroase exemple ale variatelor aplicații care s-au dezvoltat după moartea lui Balint. Gândirea și limbajul medical original nu se potrivesc pe deplin în aceste contexte profesionale. Temele sunt altele, anturajul este altul, punerea problemelor este foarte diferită. Trebuie formulate acele aspecte comune, care fac posibilă aplicarea, dar și, ce anume trebuie reformulat într-un anumit proiect diferit, ca adaptarea să ducă la succes. Am putea pune de repetate ori întrebarea și în felul următor: ce este încă un grup-Balint și ce nu mai este. Formularea lasă să se intuiască că este vorba și de ciocnirea conservatorismului și a ideilor de



reformă.

În prima variantă este satisfăcătoare exprimarea utilizată frecvent: *"Grupul-Balint în mediul profesiunilor <<helper>> analizează relația client-helper"*. De înțeles prin aceasta: domeniile psihoterapiei, ale pedagogiei, ale consilierii, ale dreptului, în care, pe lângă specialitățile medicinei, funcționează grupuri. Mai departe, există grupuri și în domeniul managementului care urmăresc prelucrarea aspectelor umane ale acestuia.

Din perspectiva conducerii grupului aceste aplicații presupun din partea conducătorului deținerea unor abilități adecvate domeniului respectiv, pentru a putea pătrunde mai bine în situațiile discutate. Această problemă este bine cunoscută și în alte domenii ale superviziei. De altfel, există păreri ce trebuie amintite aici, de exemplu în orientarea rogersiană, după care abilitățile specifice domeniului nu sunt importante, deoarece munca de supervizare se referă la relația discutată, la *"subiectivul"* persoanelor participante - ceea ce, firească, în opinia mea - este o temă componentă importantă, dar insuficientă pentru munca balintiană.

De acestea se leagă o anumită critică referitoare la munca Balint ce revine, și anume că, este exagerat de psihologizată, se ocupă doar de aspectele abisale ale individului și nu este adecvată pentru prelucrarea aspectelor importante de mediu, de gândire sistemică, cu alte cuvinte este îndepărtată de viață. Cunoscând practica de azi, această critică trebuie respinsă, deși trebuie să vedem că această schimbare, nu apare destul de clar în literatura privind evoluția metodei, poate datorită rezervei față de forțele conservatorismului deja menționat. Literatura rămâne în termenii analizei balintiene a diagnosticului de relație (un pic mai accentuat în *"diagnosticul nevrozei"*), dar practica dovedește mai multă deschidere. În mod univoc practica muncii-Balint de azi este și sistemică, acordă atenție diferențiată impactului asupra *"relației"* al domeniilor tuturor profesioniștilor participanți, al structurilor funcționale ale participanților, altfel zis, depășește relația analitică-duală, în care Balint a lucrat efectiv preponderent.

Aceasta este de fapt într-o oarecare măsură o regândire a concepției asupra grupului, o dezvoltare a acesteia, dar nu prin renunțare la ideile de bază, așa cum este formulat în temerile de tip conservativ. Concepția a ajuns sub dubla presiune specifică cunoscută și în alte domenii umane între opiniile conservative și tendințele de reformare: eticheta de *"metodă învechită, incapabilă de dezvoltare"* pe de o parte,

și *"aceasta nici nu mai este Balint adevărat"* pe de alta.

Da, metoda evoluează și trebuie să evolueze. Dezvoltarea științelor sociale învecinate i-a dat impuls puternic și până acum. Metodele înrudite reprezintă o concurență, și parțial atacă metoda, îi subliniază punctele slabe și limitele, dar iese la iveală că nu cunosc în profunzime literatura de referință de azi, cel mult, cartea de bază a lui Balint, care azi, din acest punct de vedere, nu mai este suficientă. Dar este important ca și literatura să fie actuală, pentru ca această metodă incredibil de valoroasă să poată dăinui. Aici devine clar titlul acestui subcapitol. Elementele stabile-durabile din munca Balint se referă la tehnica de grup, la *"scenariul"* acestuia, la modul de funcționare genial de simplu, pe care-l schițăm aici, fără a reda câtuși de puțin detaliile ce sunt necesare. Pachetul acestei metode ne amintește de acele unelte de lucru, respectiv mașini universale folosite în tehnologii industriale, care pot fi ajustate în diferite moduri, și devin geniale tocmai datorită faptului că pot fi folosite astfel.

Construcția de grup a lui Balint poate fi ajustată, *"focusată"* pe o multitudine de teme, cea ce trebuie cunoscut, nu evitat. Conținuturile diferite ale grupurilor diferite pretind aceste modificări, ajustări. Componenta grupului, mediul de lucru, sistemul în care activează grupul, devin factori decisivi, ceea ce dă, putem formula așa, viziunea sistemică a muncii-Balint de azi. Astfel ajungem la posibilitățile ei multiple de aplicare, condiționate de această schimbare de perspectivă. Schimbarea nu vizează *"scenariul"* ședințelor, completările tehnice nu schimbă esențialul. Esența rămâne modul de lucru asociativ-regresiv, care la începutul și finalul ședinței se îmbină totodată cu stilul intelectual de muncă. În cunoscuta concepție a lui Bion referitoare la grup aceste faze pot fi raportate la modul de lucru regresiv al așa-numitului *"grup de ipoteză de bază"*, respectiv cu funcționarea cognitiv-intelectuală a așa-numitului *"grup de muncă"*.

Balint însuși a rămas la aplicarea practică a muncii de grup, nu s-a ocupat în mod specific cu definirea amănunțită a metodei sale prin prisma teoriei grupurilor, care a intrat mai târziu în preocuparea cercetătorilor grupurilor, chiar și mișcarea generală de grup s-a diferențiat mai pregnant după perioada balintiană.

Un exemplu bun pentru aceasta este metoda sistemică de natură analitică și pedagogică a lui Ruth Cohn, *"Interacțiunea Centrată pe Temă, TCI"* (vezi și Szđnyi, 2005), care este o metodă didactică, din axiomele căreia am preluat și eu destul de multe în conducerea grupului-Balint, întrucât între cele două metode există numeroase



Referate

suprapuneri.

Diferențierea elementelor grupului poate fi exemplificată prin clasificarea făcută de Kornelia Rappe-Giesecke (2000), care din punctul de vedere al categoriilor țintă și în legătură cu conținutul lor principal, deosebește șase tipuri de bază ale grupului-Balint:

1. Muncă de cercetare, de exemplu orientată asupra relației medic-pacient sau asupra unor boli
2. Grup de formare, de exemplu formarea psihoterapeutică a medicilor
3. Explorarea conținuturilor-particularităților unor profesioni
4. Dezvoltarea autocunoașterii și identității profesionale în cele mai variate profesii
5. Instrument de dezvoltare a grupului de angajați (supervizie de echipă)
6. Armonizarea funcționării unei organizații, respectiv cercetarea acesteia prin studiu de caz.

Aceasta este o scală de diferențiere deosebit de utilă pentru că abordează problemele componenței grupului, ale categoriilor țintă, ale conducerii grupului, etc. În același timp evidențiază spectrul incredibil de bogat al tematicii, pe care se construiește munca concretă de grup.

Bibliografie:

1. *Bálint, M (1967): Die technischen Experimente Sandor Ferenczis, Psyche, XX: 904-25*
2. *Hermann, I (1922): Psychoanalytikus anamnézisfelvétel neurotikusoknál (Anamneza psihanalitică la nevrotici, I. magh.) in Gyógyászat, 363-365, 379-382.*
3. *Ferenczi, S (1923) A pszichoanalízis a gyakorló orvos szolgálatában (Psihanaliza în serviciul medicului practicant, I. magh.) in Gyógyászat, 323-333, 350-351.*
4. *Bálint, M (1926) Pszichoanalízis és belgyógyászat ("Psihanaliza și medicina internă" I. magh.) in Gyógyászat, 439-445*
5. *Harmat, P (1994) Freud, Ferenczi és a magyarországi pszichoanalízis (Freud, Ferenczi și psihanaliza din Ungaria, I. magh.) Ed. II. adăugită, Ed. Bethlen Gábor, Sopron.*
6. *Kovács, V (1933) Kiképző analízis és kontroll analízis (Analiza de formare și analiza-control) in Lélekelemzési tanulmányok. Somló B. kiadó, Bp., reeditat in 1993, in Fortunatus öröksége, Párbeszéd könyvek, Bp.*
7. *Riskó, Á (2007): Dr. Székács-Schönberger István életrajza (Biografia lui dr. Székács-Schönberger István), URL: <http://onkopszichologia.bencium.hu/?page id=145>*
8. *Székács-Schönberger, I (1993) Utószó, in Kovács, V, Fortunatus öröksége, Párbeszéd könyvek, Bp., pp. 77-83*
9. *Bálint, M (1948) On the psycho-analytic training system. International Journal of Psycho-Analysis, 29: 163-173.*
10. *Bálint, M (1957) The Doctor, his Patient and the Illness, Pitman Publishing Co., London*
11. *Szőnyi, G (2005) Csoportok és csoportozók. A lélektani munkára építő csoportok vezetése (Grupuri și cei care participă la grupuri. Conducerea grupurilor axate pe munca psihologică) Medicina, Budapest.*
12. *Rappe-Giesecke, K (2003) Supervision für Gruppen und Teams. 3. Auflage, Springer, Berlin.*
13. *Bálint, M (1968) Die Struktur der Training-cum-Research Gruppen und deren Auswirkungen auf die Medizin ("The structure of the training-cum-research seminars and their effect on medicine"), Jb. Psychoanal., 5: 125-146. Huber Verlag, Bern.*
14. *Balint, M, Balint, E (1961) Psychotherapeutic techniques in*



ÎN CĂUTAREA PARADISULUI PIERDUT

■ O poveste fără de sfârșit?

Psih. Dr. Carmen Monica Petrescu, București

Rezumat: Paradisul este asociat cu o stare de bine, de fericire pe care omul a trăit-o în zorii umanității, și în momente efemere, pe parcursul vieții sale. În mod natural, omul tinde să îl găsească sau îl regăsească. Din punctul de vedere al psihologului, efortul de a câștiga sau recâștiga paradisul este efortul pe care îl desfașoară împreună cu pacientul sau clientul său în procesul psihoterapeutic, pentru a-l ajuta să se elibereze de suferință, să își câștige echilibrul și armonia interioară, să iubească și să prețuiască viața. Experiențele adunate în cadrul ședințelor psihoterapeutice vor construi episoadele serialului ce debutează cu povestea de mai jos

Abstract: *In search of the lost paradise. A never ending story.* Paradise is associated with a state of well-being, of happiness that humans experienced at the dawn of humanity, and sometimes, in brief moments throughout life. Naturally, we tend to find it or regain it. From the psychologist's point of view, the effort to ascend to or regain "paradise" means working together with the patient or client within the psychotherapeutic process, to help freeing themselves from suffering, to achieve inner balance and harmony, to love and to value life. The experiences gathered during many psychotherapeutic sessions will set the episodes of the series that open with the following story.

EPISODUL 1

Să privim problema din diferite perspective



De ce continuăm să fim și acum, după mai bine 3000 de ani, în căutarea paradisului? Dacă el reprezintă o stare de bine, de fericire, de absență a suferinței, de ce mereu îl redefinim, îl explorăm, îl pierdem, trăim iluzia că l-am câștigat sau recâștigat, apoi ne simțim dezamăgiți considerând că am trăit doar o iluzie? Se pare

că, în funcție de vârstă, influențele sociale, educaționale, experiența personală, tip de personalitate, definim foarte diferit ce înseamnă și care sunt condițiile de atingere a acestei stări de bine paradisiac. Așa de exemplu, în cadrul unui amplu studiu științific, Studiul Harvard al dezvoltării adulte, cel mai lung studiu din lume, care a demarat în 1938 și continuă în zilele noastre, având ca obiectiv identificarea factorilor ce stau la baza realizării unui destin fericit, psihiatrul Robert Waldinger (1), cel de-al patrulea director al acestei cercetări, a efectuat în 2016 un sondaj pe un grup semnificativ de persoane cu vârste cuprinse între 25 și 30 ani, având ca scop identificarea țelurilor cele mai importan-

te pentru ei, în care ar fi meritat să-și investească efortul spre a-și realiza o viață fericită. Este surprinzător că 76% din grupul cercetat aveau convingerea că îmbogățirea îi va ajuta să fie fericiți, iar alți 50% mizau pe faimă, pe celebritate (20% considerând că bogăția împreună cu faima ar fi cărămizile care ar putea să le edifice fericirea). Cu toate că realitatea pe care o întâlnim în cabinetele noastre medicale și de psihoterapie nu confirmă valabilitatea acestor convingeri în ce privește atingerea unei stări de fericire, ele persistă în mentalul majorității oamenilor și le motivează eforturile și alegerile în viață. Și totuși, trebuie să recunoaștem că motivația profundă a acestui tip de convingeri are adânci rădăcini biologice.

Existența în lumea viului se întemeiază pe "a avea", "a domina", "a fi puternic în grup", "a avea privilegii în reproducere". Supraviețuiește cel care are hrană, are adăpost, are teritoriu, are câștig de cauză în fața adversarilor. Cel care ajunge dominant în grup are garanția celei mai bune femele și a reproducerii. Supraviețuirea omului nu a fost ușoară și a presupus "primum vivere, deinde philosophare" (lat.), cum subliniau anticii, cu alte cuvinte, întâi trăiești, apoi filozofezi. Oricât de mult s-ar sofistica umanitatea, această veche zicere latină se pare că nu se va perima! Oare acest avantaj privind supraviețuirea și perpetuarea asigură și fericirea paradisiacă spre care tindem mereu?



Mergând pe urmele unor culturi vechi, găsim alte prioritizări în a realiza fericirea pe acest pământ (sau postum). Astfel, regăsim în textul proto-sumerian din manuscrisul orașului sumerian Djemdet- Nasra (sec. IV î. Hr) NUN KA SA UGULA PA IDIM KA RAI (tradus ca "nobilul care știe tainele va merge în rai"). Iată că valorile spirituale și etice devin condiție de acces în paradis în cea mai veche scriere din lume (2)!

În budism, yoga și zen, paradisul terestru se întemeiază pe iluminare, respectiv, pe o cunoaștere profundă care schimbă total perspectiva asupra vieții și chiar stilul de gândire, precum și pe eliberarea de atașamente și suferință, respectiv pe evitarea situației în care devii "sclavul" unui obiect, unei dorințe, unui ideal, unei persoane. (3).

Creștinismul oferă accesul într-un paradis postum prin câștigarea unor valori morale, unor virtuți obținute prin efort, abținerea și sacrificii în timpul vieții de pe pământ. Grecii antici credeau în Elysium (Câmpiile Elizee), un paradis definit prin armonie și bucurie eternă, care era destinat doar sufletelor virtuozitate (4).

Dante Alighieri, în celebra sa operă literară "Divina Comedie" (1307-1321) definește paradisul ca fiind armonie și iubire, iar John Milton în poemul său epic "Paradisul pierdut" (1667) meditează asupra condiției umane care pierde paradisul, întrucât omul este înfrânt în confruntarea dintre forțele binelui și răului. Totuși, neabandonând total optimismul, el afirmă speranța în recâștigarea acestuia, dacă omul va face efortul de a promova conduita corectă și moralitatea. Puritatea conștiinței este, pentru Milton, condiția accesului în grădina Paradisului.

Indiferent dacă starea paradisiacă (de bine, de fericire) vizează viața terestră sau postumă, marile culturi din toate timpurile, prin mințile luminate care ne-au lăsat scrierile lor, și viziunea cea mai avansată a timpului lor, au subliniat importanța și valoarea aspectelor morale, spirituale și relaționale pentru a atinge acest deziderat.

Cu toate acestea, la nivel de masă, oamenii sunt tentați în continuare de viziunea unui paradis în care satisfacerea la cote maxime a nevoilor lor bazale - supraviețuirea, dominarea, reproducerea - trece pe primul loc, sacrificând cu ușurință și inconștientă nevoile ce susțin starea de fericire a sufletului.

Basmele, depozitare ale concepțiilor tradiționale de viață, ilustrează foarte bine această viziune cu adânci rădăcini biologice. Tărâmul de vis este cel în care curge lapte și miere (adică indestularea), în care Făt Frumos, un etern biruitor, este fiu de împărat (deci deține privilegiul de pute-

re și de belșug) și se alege cu cea mai frumoasă și râvnită fată (Ileana Cosânzeana sau altă fată frumoasă de împărat), securizându-și perpetuarea în cele mai favorabile condiții (desigur, după ce a demonstrat că le merită). Dar chiar și în basme, elementul spiritual, moral apare ca factor care influențează succesul și fericirea. Cel hapsân, chiar dacă are putere financiară și politică, va pierde în final. Cel bun, generos, altruist va fi răsplătit și apreciat. Cel isteț va reuși să schimbe mersul lucrurilor în favoarea lui, chiar dacă nu deține avantajele materiale de la bun început. Istețimea nu este o trăsătură care să aparțină strict umanului. Viul în întregime este inteligent și ingenios. În "Inteligenta materiei" (cf. Dumitru Constantin Dulcan) găsim o bogată colecție de exemple în acest sens, iar documentarele comprehensive ale cercetătorului naturalist David Attenborough despre lumea animală de pe planeta noastră o ilustrează cu prisosință. Principiile etice umane par să nu conteze prea mult în lumea viului, aducând suport solid și justificare tendințelor fundamentale, de salvare, de supraviețuire și perpetuare cu orice preț. În acest sens s-a observat dezvoltarea unor strategii ingenioase și comportamente complexe, eficiente dar nemiloase față de concurență.

Câteva exemple doar, înregistrate pe pelicula unor filme documentare:

- puii de vultur, de îndată ce ating maturitatea, vor trebui să facă un salt în abisul ce se cascadează sub cuibul lor situat la mare înălțime, învățând în caderea liberă abilitatea de a plana, prin folosirea curenților ascendenți de aer. Șansa de a supraviețui depinde de abilitatea de a învăța rapid. Puiul care ezită să se arunce din cuib, în această experiență riscantă, este împins de părinții săi peste bord. Nu există slăbiciune emoțională a genitorilor. Interesul speciei este o selecție eficientă pentru perpetuarea unor indivizi puternici, capabili să supraviețuiască cu succes;

- un alt exemplu de a-și asigura mai multe șanse de supraviețuire, de data asta prin șiretenie, este iepurele flurierător (mamifer din ordinul logomorfelor). Acesta a fost surprins pe peliculă în timp ce "fura" din proviziile de iarnă ale vecinului sau;

- unele păsări sunt hoațe. Așa, spre exemplu, masculii furtunari cu cioc negru (*Turdus merula*), sunt cunoscuți pentru obiceiul lor de a fura material pentru cuib de la alte păsări. Masculii "se aprovizionează" cu materiale de construcție din cuibul concurentului pentru a-și face propriul cuib și astfel câștiga sufragiul viitoarei partenere. La fel, masculul din specia "pasărea umbrar", trișează, creând iluzii spațiale subtile în privința mărimii cuibului pentru partenere pe care dorește să o cucerească.

Asemenea conduite sunt considerate ca fiind adaptate,



ingenioase și eficiente, întrucât creează un avantaj în lupta concurențială și servesc succesului în ceea ce privește supraviețuirea și perpetuarea speciei. Regăsim și la oameni multe din aceste comportamente. Totuși, dezvoltarea lobului frontal, a corpului calos, hipotalamusului și a amigdalei au facilitat apariția judecății, evaluarea consecințelor acțiunilor noastre, a sentimentelor, reglarea emoțiilor, gestionarea impulsurilor și comportamente sociale adecvate etc. Cu siguranță, în măsura sa inteligentă, natura nu ar fi facilitat o asemenea evoluție dacă nu ar fi fost utilă. Fără asemenea structuri ar fi fost imposibil să avem acces la fericierea condiționată de nivelurile superioare, specific umane, în care conștiința, înțelegerea, prelucrarea și atitudinile mentale elaborate joacă un rol important. Odata cu dezvoltarea unui asemenea potențial a fost posibilă apariția unor mijloace mult mai sofisticate de acces la condiția paradisiacă, dar și paradisiul s-a redefinit ca fiind o condiție

existențială complexă și mai dificil de atins.

De subliniat, totuși, că în mod paradoxal, pentru accesarea paradisiului uman terestru, el trebuie mereu pierdut, iar complexitatea se esențializează în simplitate.

Vom dezvolta aceste aspecte, care dau importante și încurajatoare chei de intrare în paradisi, în episodul următor.

Bibliografie selectivă

1. Robert Waldinger, Marc Schulz, *Despre viața bună și cum să o trăim*, Ed Litera, 2023
2. Samuel Noah Kramer, *Istoria începe la Sumer*, Editura Științifică, București, 1962
3. Budism Dalai Lama, *Comorile Budismului Tibetan*, Ed. Herald, 2001
4. Nicolas Platon - *Civilizația egeeană. Volumele I-IV*, Editura Meridiane, 1988

INCURSIUNE ÎN COMUNICAREA MEDIC-PACIENT. PARTEA IV

■ Dr. Oană Sever Cristian, București - (Continuare din numărul anterior) -

Rezumat: Căderea regimului nazist la sfârșitul celui de-al Doilea Război Mondial a fost și sfârșitul binecunoscutei „răzvrățiri împotriva Includem în mai multe părți, pe paginile Buletinului Balint un material publicat, preluat din volumul autorului, apărut la Editura All. Am solicitat și primit acceptul editurii pentru republicarea textului în variantă redactată, având în vedere importanța pe care-l poate avea pentru colegii noștri din Asociația Balint - și nu numai! - a comunicării medic-pacient.

Cuvânt cheie: comunicare medic-pacient

Abstract: We include in several parts, on the pages of the Balint Bulletin, a published material, taken from the author's volume, published by the All Publishing House. We requested and received the publisher's approval for republishing the text in a redacted version, considering the importance that "the doctor-patient communication" may have for our colleagues in the Balint Association - and not only for that!

Key word: doctor-patient communication

Un factor major de rezistență față de modelul bio-psiho-social este prejudecata că modelul biomedical este bazat pe știința „tare”, pe când componenta psihosocială se bazează pe știința „moale” considerată până nu de mult artă medicală. Metodele de cercetare din ce în ce mai rafinate în psihologia și sociologia sănătății, a bolii și a recuperării

fac această prejudecată nesustenabilă. Eleganța fiziologiei, a biologiei moleculare și faptul că studentul la medicină vine în contact cu bolnavul de-abia în al treilea an de studiu fac ca componenta psiho-socială a suferinței și bolii să fie percepută ca secundară.

Apoi accentul pus în pregătirea de specialitate pe diver-



Referate

se tehnici exploratorii și intervenționiste cu un înalt grad de precizie, face ca realitatea factorilor psihosociale să fie percepută cu dificultate dacă nu chiar contestată. La acestea se mai adaugă și factorul financiar semnalat de White: „*Atât timp cât recompensa pecuniară în medicină ignoră elemente precum timpul dedicat ascultării, observării și explicării, experiența și înțelepciunea în abordarea stresului social, interpersonal domestic și ocupațional, manevre diagnostice și terapeutice ambulatorii simple de tipul așteaptă și vezi, și o abordare mai degrabă probabilistă decât deterministă a problemelor pacientului, există slabe șanse ca o teorie mai cuprinzătoare asupra sănătății și bolii să capete o acceptare mai largă.*” În plus, Engel consideră că puterea intereselor economice, sociale și politice ale „*complexului medical-industrial*” împiedică orice tentativă de schimbare a dogmatismului biomedical.

Cel mai important factor de rezistență la schimbare este probabil metoda clinică clasică, care îi spune medicului cu precizie ce trebuie să facă pentru obținerea rezultatelor cerute și îi furnizează și criteriile precise de validare. Noile cuceriri ale cunoașterii biomedicale sunt în general prezentate sub forma unui set clar de reguli ce trebuie urmate de medic. Protocoalele și algoritmurile de diagnostic și tratament cunosc o proliferare fără precedent. Medicul însuși nu este pus nicicum în discuție: medicina se schimbă, dar medicul nu trebuie să se schimbe ci doar să folosească noile cunoștințe. Acest lucru este mult mai ușor de realizat decât să ceri medicului să se schimbe așa cum pretinde modelul bio-psiho-social, dar și acest lucru este mai ușor decât să te schimbi pe tine însuși. Lucrând pe baza principiilor modelului bio-psiho-social capeți o altă perspectivă asupra pacientului, asupra vieții și sănătății lui, dar și o altă perspectivă asupra dinamicii relației medic-pacient, ajungând astfel la esența medicinei.

Acesta este cred cel mai important factor al rezistenței la schimbare. În ultimă instanță schimbarea medicilor este mai importantă și mai dificilă decât schimbarea cunoștințelor medicale. Cu năzuința modestă de a ajuta această schimbare am întreprins o cercetare în care am studiat în detaliu prin filmări video relația medic-pacient așa cum se manifestă în cadrul consultației.

În ultimii 30 de ani, românii au avut acces rapid la ultimele cuceriri ale tehnologiei medicale. Cu toate acestea niciodată nu au fost românii mai deziluzionați și mai nemulțumiți de modul cum li se acordă îngrijirile de sănătate. Acest paradox poate fi explicat în cea mai mare măsură prin negli-

jarea laturii psihosociale a suferinței și bolii, adică în ultimă instanță prin pierderea vocației de medic. Din perspectiva medicului tehnologia a devenit sinonimă cu progresul.

Pacientul însă privește lucrurile diferit. El evaluează intervenția medicală în termeni de cost, oportunitate, inconvenient, disconfort sau disfuncție. Pacientul are un comportament de evitare a riscului și preferă intervențiile mai conservatoare. În plus ei sunt foarte conștienți de aspectele psihologice și sociale ale problemelor lor de sănătate. Fascinația și concentrarea pe aspectele tehnice ale practicii medicale au dus la diminuarea abilităților de comunicare ale medicilor.

După cum remarca McWhinney „*concentrarea pe aspectele tehnice ale îngrijirii ne-a îndepărtat de lumea interioară a pacienților, un aspect al suferinței pe care metoda clinică nu-l aduce automat în atenția noastră. Complexitatea și disconfortul intervențiilor terapeutice moderne fac ca înțelegerea experienței pacientului să fie cu atât mai importantă pentru noi ca medici.*”

Fie că se bazează pe insatisfacția generală față de sistemul de îngrijire a sănătății, fie pe înclinația legitimă a populației de a avea un control mai mare asupra unui sistem care înseamnă atât de mult pentru viața și bunăstarea lor și pe care cheltuiesc atât de mult, este sigur că „*consumerismul*” timpurilor noastre va avea o influență crescândă asupra ceea ce se întâmplă în medicina românească. Societatea civilă se organizează în tot felul de asociații care apără și promovează drepturile pacienților. Pacienții au acces la cele mai noi informații științifice, iar accesul nu este limitat decât de capacitatea lor de înțelegere.

Pacientul emancipat dorește să aibă un rol în luarea deciziilor medicale care îl privesc și să discute riscurile și alternativele înainte de a le accepta. Dilemele etice devin subiect de discuție publică și nu doar cauză de insomnii private pentru medici. Toți acești factori conduc spre o relație mai egalitară între medic și pacient. Balanța de putere tinde să se schimbe și acest lucru va cere abilități de comunicare mult mai bune din partea medicului. După cum spunea Stephens: „*Prima mare sarcină a medicinei este să creeze relația cu pacientul, iar a doua este să învețe cum să audă ceea ce această relație îi dezvăluie.*”

Relația ideală dintre medic și pacient conține un oarecare grad de atașament iar acesta se dezvoltă pe baza încrederii dintre cei doi. Atașamentul explică migrația relativ



redușă a pacienților de la un medic de familie la altul. Sunt pacienți care, chiar dacă se mută cu locuința, preferă să străbată orașul de la un capăt la celălalt ca să rămână pe lista medicului de care s-au atașat.

Atașamentul are puternice fundamente biologice după cum a demonstrat Bowlby (1980). Funcția originală al atașamentului atât la om cât și la alte specii, este de protecție față de prădători. În primul rând, animalele izolate sunt mult mai des atacate de prădători decât animalele ce viețuiesc în grup. În al doilea rând, atașamentul este stimulat atunci când fie omul, fie animalul este foarte tânăr, bolnav sau însărcinat, pentru că atunci este mai vulnerabil. În al treilea rând, în situații de criză oamenii caută instinctiv compania altor oameni cu care să împartă greutățile și temerile.

Omul modern nu mai este amenințat de prădătorii din preistorie, în schimb boala și suferințele au devenit principalii prădători moderni. De aceea ne-am păstrat reacția agresivă față de ceea ce considerăm, pe drept sau nu, o amenințare. Și tot de aceea avem o suspiciune paranoidă față de străini pe care-i suspectăm, pe drept sau nu, că sunt o amenințare. Bowlby explică limpede că atașamentul nu-i același lucru cu dependența. În mod natural, dependența copiilor față de părinți se diminuează treptat pe măsura maturizării, în schimb atașamentul, în diverse grade, durează toată viața. În mod similar, dependența pacientului față de medic la debutul unei suferințe grave se transformă pe parcursul evoluției bolii în atașament care poate fi de durată.

Antropologii, sociologii și psihologii au căzut de mult de acord că omul este o ființă socială care are nevoie de compania și ajutorul altora de-a lungul întregii vieți. De aceea Gellner (1985) susține că societatea modernă prin mobilitatea și fluiditatea ei îi face pe oameni să se simtă dezorientați și nesiguri, ceea ce este o amenințare pentru sănătatea mintală. Orice relație de atașament, față de o persoană (partener, coleg, terapeut), un grup (club, asociație, echipă) sau o credință religioasă, asigură un punct de stabilitate și siguranță. Din acest atașament omul își trage puterea și bucuria vieții, iar prin contribuția lui dă putere și bucurie altora. În cazul atașamentului, știința modernă și înțelepciunea tradițională au căzut de acord!

1. CONSULTAȚIA

În timpul consultației medicul face în esență doar trei lucruri: ascultă, gândește și vorbește dar nu întotdeauna în această ordine. Ascultatul, gânditul și vorbitul sunt cele trei ingrediente de bază ale consultației, asemănător cu alerga-

tu, orientatul și lovitul mingii care sunt cele trei ingrediente de bază ale fotbalului.

În practică medicul face o mulțime de alte lucruri în timp ce ascultă, gândurile lui zboară în multe direcții în timp ce gândește și încearcă să obțină multe rezultate cu ceea ce spune. Efectuarea acestor trei activități de bază este de multe ori inconștientă, căci putem asculta atent, putem gândi corect și putem vorbi eficient fără să fim pe deplin conștienți de ceea ce facem. În multe alte situații însă fiecare din aceste activități este întreruptă de dialogul interior din mintea medicului.

Componenta rațională a minții nu a cântărit încă toate diagnosticele diferențiale și de aceea întrerupe componenta emoțională a minții aflată în dialog cu pacientul. La rândul ei componenta empatică a minții doctorului este copleșită de suferința percepută și întrerupe evaluarea bolii și tratamentul de către componenta logică. Cum să-ți menții concentrarea asupra pacientului și să eviți perturbările produse de dialogul interior al minții? Cum să-ți dirijezi atenția când dialogul interior te împiedică să ascuți, să gândești sau să vorbești?

Ca să ascuți trebuie să te asiguri că auzi. Când ascultăm ce spune pacientul suntem cel mai expuși riscului de a fi perturbați de dialogul interior. Ideal este ca atenția să fie concentrată pe ceea ce pacientul are de comunicat verbal și non-verbal. Ca să nu-ți scape nimic trebuie ca simțurile să funcționeze la capacitatea maximă. Componenta rațională este întotdeauna gata să intervină, se agață de orice amănunt și începe să analizeze, să interpreteze și să integreze informația. În scurt timp preia controlul și la un moment dat constăți cu neplăcere că te-ai pierdut în propriile gânduri și nu mai auzi ce spune pacientul. Este momentul să intervii și să-și îndrepti atenția spre cele mai subtile semnale pe care le transmite pacientul. Nu încerca să judeci, acționează ca o cameră de luat vederi. Urmărește expresia facială, mișcarea ochilor, direcția privirii, postura, gesturile. Ascultă ritmul respirației, tonul vocii, volumul și ritmul vorbirii. Efectul urmăririi intenționate al acestor semnale este că atenția redevine ferm ancorată de pacientul din fața ta. Valul de informații care pătrunde în minte este așa de mare încât partea analitică a minții este amuțită pentru că nu le poate interpreta pe toate. Partea emoțională rămâne stăpână pe situație și sortează informațiile automat. În scurt timp super-concentrarea lasă loc unei concentrări rezonabile și re-începi să auzi ce spune pacientul. Dialogul interior este amuțit, se restabilește echilibrul între funcțiile minții



Referate

tale și poți să ascuți pacientul în timp ce observi și mesajele non-verbale. *Tavistock, London*

Ca să gândești trebuie să te asiguri că ai gânduri conștiente. Gândirea medicală este un proces rațional, logic și sistematic. De multe ori te întrebă ce trebuie făcut în continuare, de ce informații mai ai nevoie, cum să formulezi planul terapeutic sau de recuperare, cum să-i explici pacientului sau familiei despre ce-i vorba. Toate acestea sunt elaborate de partea rațională a minții care și ea poate fi perturbată de gânduri intruzive sau emoții și senzații neplăcute. Cel mai bun lucru pe care poți să-l faci în această situație este să-ți întorci atenția spre interior. De exemplu să-ți urmărești mișcările respiratorii ale toracelui și abdomenului, ridicarea și coborârea diafragmului, senzația produsă de aerul care intră și iese din plămâni, sunetele pe care le produce inspirația și expirația.

Conștientizarea respirației te aduce cu picioarele pe pământ, și după câteva respirații ample constăți că mintea s-a limpezit iar procesul gândirii s-a ascuțit.

Ca să vorbești trebuie să te asiguri că ești auzit. Dialogul interior intruziv nu este la fel de perturbant pentru vorbit cum este pentru ascultat. Majoritatea medicilor vorbesc mult mai bine decât ascultă. Uneori vorbirea devine ezitantă sau chiar confuză. Poți să-ți simți limba împleticită și să nu mai știi clar ce vrei să spui. Poți să sari de la un subiect la altul fără legătură între ele. În mod normal componenta emoțională este cea care alege momentul optim pentru a vorbi, precum și ce și cum să spună. Asta cu condiția ca componenta analitică să o lase în pace. Când cele două componente ale minții sunt în conflict constăți simptomele de mai sus. Și în acest caz salvarea vine de la observarea atentă a pacientului. Vezi ce impact au vorbele asupra pacientului, asupra expresiei feței, a poziției corpului. Ochii se îngustează sau se lărgesc, privirea te fixează sau te evită, se încruntă, se relaxează, mușchii gâtului se încordează?

Oricât ar părea de ciudat poți să precizezi că comentariul tău de medic s-a oprit pe fruntea pacientului, în colțul gurii, pe degetele unei mâini (care tremură) sau pe pleoape. Nu trebuie să analizezi și să interpretezi aceste semne, doar să le înregistrezi. În felul acesta mintea rațională este împiedicată să se amestece în ceea ce are de spus mintea emoțională. În plus te asiguri că primești un feed-back subliminal dar precis de la pacient. O variantă a acestei metode este să urmărești direcția privirii pacientului în timp ce-i

vorbești. Este ușor să observi dacă atenția îi este îndreptată spre tine, spre interiorul său, spre un obiect exterior sau se plimbă de la un obiect la altul. Observarea efectelor vorbelor tale asupra pacientului aparent riscă să te inhibe, dar în scurt timp mintea emoțională le uită și își reia fluxul normal și pertinent al vorbirii.

2. ÎNCREDEREA

Pe lângă aceste tehnici psihologice menite să asigure o bună comunicare între medic și pacient, ce asigură până la urmă succesul întâlnirii medic-pacient? Pacienții par să recunoscă o bună conexiune cu medicul fără să poată s-o definescă precis. Chiar înainte de terminarea consultației majoritatea pacienților știu dacă se simt în largul lor în prezența medicului. În mod ciudat, petrecem multe ore ca să alegem o casă sau o mașină, dar ne încredințăm sănătatea unui medic după o întâlnire de numai 10 minute. Există pe internet o mulțime de date privind „indicatorii de calitate” ai activității medicilor, iar unii pacienți chiar îi studiază. Totuși majoritatea vizitează un medic pe baza recomandării prietenilor și iau decizia de a-l alege după o întrevvedere personală. Indicatorii de calitate sunt folosiți doar pentru alegerea spitalului.

Alegerea medicului pare deci irațională dar nu este întâmplătoare. După cum au demonstrat Kahneman și Tversky, oamenii nu aleg rațional în mod obișnuit, dar asta nu-i face să aleagă prost. Când aleg medicul esențiale nu sunt doctoratele și mortalitatea ci încrederea pe care le-o inspiră. Pacienții au bunul simț să nu se lase orbiți de cifre. Ce înseamnă că doar o treime din pacienții diabetici ai medicului X au glicemia în limite normale. Pentru autorii de statistici înseamnă că e un medic slab. În realitate s-ar putea să fie un medic foarte bun care are mulți pacienți vârstnici la care glicemia „normală” ar fi mult mai periculoasă decât una ușor crescută. Sau s-ar putea să aibă mulți pacienți dificili care în general nu respectă indicațiile medicilor, dar în cazul lui au o relație bună și rămân în sistem chiar și cu rezultate mai puțin bune. Ce înseamnă că trei sferturi din pacienții diabetici ai medicului Y au un control glicemic bun. Iarăși, pentru autorii de statistici înseamnă că e un medic foarte bun. În realitate s-ar putea doar să aibă o echipă de asistenți conștiințioși care urmăresc strict pacienții, sau s-ar putea să-i îndepărteze pe pacienții care nu-i respectă ad literam indicațiile terapeutice și dietetice. Adică se alege cu pacienții cei mai conștiințioși care și fără el ar duce-o la fel de bine. Pe cine alegi, pe medicul Z care este un chirurg



de succes pentru că operează numai cazuri ușoare sau pe medicul W care este un chirurg bun care operează numai cazuri dificile și are deci o mortalitate mai mare? Indicatorii de calitate măsoară ceea ce este ușor de măsurat și nu au decât legături întâmplătoare cu medicina de calitate.

Pacienții fac bine că aleg medicul care este competent, dar care în primul rând îi ascultă. Teama cea mai mare a pacientului este că nu va fi auzit și înțeles de către medic și că în consecință nu va primi îngrijirile de care are nevoie. Pacientul știe, fără să fie sociolog, că în dinamica relației cu medicul competența și în ultimă instanță puterea stă în mâna medicului. În plus medicul are loc pe terenul medicului, iar pacientul vizitator este chinat de dureri sau îndoieli. Dacă boala este veche iar investigațiile fără număr, pacientul nu știe cum să le sintetizeze, iar medicul nu are timp să le detalieze pentru că trebuie să fie eficient și să-și facă norma de consultații. Pacientul simte că există o fereastră de oportunitate extrem de îngustă în care să-și prezinte cazul și să convingă medicul de legitimitatea suferinței sale. Medicii, cu cât au mai multă experiență cu atât sunt mai înclinați să fie sceptici. Toate aceste amenințări la adresa unei bune relații medic pacient trebuie rezolvate cu un instrument ridicol de simplu, dacă nu chiar primitiv: conversația sau interviul medical.

Tot ce urmează, investigații sofisticate, intervenții complicate, recuperări dificile, depinde de această conversație inițială și stabilirea unei relații de încredere între medic și pacientul său. În cadrul acestei conversații vorbitorii au obiective diferite. Pacientul are de spus o poveste despre suferință, iar medicul urmărește să extragă simptomul principal. De aceea nu e de mirare că medicii întrerup atât de repede și de des pacienții. (Rhoades, 2001). Aceste întreruperi sunt extrem de frustrante pentru pacient care crede că nu este ascultat și sunt o cauză importantă de erori medicale.

Studiile detaliate cu filmarea și analizarea consultației (Morgan, 2013) au arătat că nu atât comunicarea ineficientă este surprinzătoare cât faptul că uneori nici medicul nici pacientul nu-și dau seama de asta. Ceea ce ne duce cu gândul la ideea că cei doi interlocutori acordă semnificații diferite aceluiași cuvinte. Există diferențe semnificative de sens provocate mai ales de limbajul tehnic al medicilor, dar acestea pot fi relativ ușor lămurite. Cele mai frecvente diferențe sunt însă date de agenda diferită a celor doi. Ceea ce medicului i se pare important s-ar putea să nu-l inco-

modeze prea tare pe pacient, iar ceea ce-l deranjează pe pacient s-ar putea să fie nesemnificativ din punct de vedere medical. De aceea medicii fie întrerup pacientul după prima jumătate de minut, fie dacă au tact îi „redirecționează” spre aspectele semnificative medical (Marvel, 1999).

Medicii în general nu sunt nepoliticoși, dar sunt terorizați de timpul limitat avut la dispoziție. Aproape toți trăiesc cu iluzia că pacientul, lăsat de capul lui, va vorbi fără întreruperi la nesfârșit. Această iluzie este extrem de persistentă în ciuda numeroaselor studii care arată că monologul pacientului, lăsat în voia lui, durează în medie nouăzeci de secunde (Langewitz, 2002). Chiar dacă monologul pacientului nu aduce medicului informațiile esențiale de care acesta are nevoie pentru diagnostic, îl face în schimb pe pacient să se simtă mai bine. Pacientul se eliberează, își spune povestea și devine mult mai cooperant cu medicul lui. Comunicarea tipică dintre cei doi se desfășura pe deasupra unui birou cu interlocutorii privindu-se direct.

Tehnologia modernă și obligația medicului de a înregistra cât mai multe date pentru casa de asigurări și alte autorități sanitare, fac ca acesta să stea ascuns după un ecran de computer și rareori să-și privească pacientul în ochi.

Din fericire medicul mai are la dispoziție o metodă de a continua dialogul și anume examenul clinic. În timpul examinării clinice a pacientului, medicul poate dirija dialogul spre simptomele relevante. De multe ori unele dintre cele mai relevante dezvăluiri, pacienții le fac în urma atingerii medicale. Prin atingerea medicului și comuniunea fizică realizată pacientul se simte în siguranță că poate dezvălui adevărata problemă.

Examinarea fizică a pacientului este piatra de temelie a medicinei clinice încă de la Hipocrate pentru că pe ea se bazează cunoașterea dar și încrederea. În plus este și cea mai bună metodă de a economisi resurse și de a proteja pacientul de investigații inutile sau periculoase. Cu toate acestea examinarea clinică este treptat abandonată datorită oportunităților oferite de noile tehnologii și sub presiunea cerințelor economice, în cazul medicinei practicate pentru profit. Atingerea medicală dispare și pacientul este predat mașinilor pentru investigații cât mai amănunțite și costisitoare. Este adevărat că și mulți pacienți își doresc „toate analizele”, mai ales dacă nu incumbă costuri suplimentare.

Ciudat este însă că sistemul public de sănătate nu pare să încurajeze examinarea clinică, probabil pentru că nu



Referate

poate fi măsurată ușor. Dar nu tot ceea ce poți să măsoari este și util!

Pacienții simt că, în zilele noastre, medicii au o loialitate împărțită. Pe de o parte, conform standardelor Colegiului medicilor, medicii sunt loiali pacienților, dar pe de altă parte sunt supuși celor ce îi plătesc (casă de asigurări, stat). Atâta timp cât beneficiarul consultației este altul decât plătitorul, medicul va avea o loialitate împărțită, deoarece interesele pacientului nu corespund decât rareori cu ale plătitorului. Teoria terțului plătitor, pe care se bazează asigurările de sănătate din România, are acest viciu fundamental: **administratorul banilor pacientului are alt interes decât pacientul și atunci face presiuni asupra medicului pe care ar trebui să-l plătească.**

Ca să realizați enormitatea viciului și ipocrizia sistemului vă rog să răspundeți la următoarea întrebare: „*Dacă vă judecați cu statul într-o chestiune cu miză mare, vă luați un avocat plătit de stat?*” Probabil că nu! De aceea în orice sistem sănătos medicul trebuie să fie liber-profesionist independent. Este interesul primordial al pacientului ca medicul să fie liber de constrângeri pentru a se putea dedica integral binelui pacientului. Medicul angajat sau sub contract exclusiv va fi fidel angajatorului și nu va putea apăra interesul pacientului decât cu riscul pierderii propriului contract. Această loialitate împărțită obligă medicul la compromisuri zilnice. Din acest punct de vedere situația seamănă mai degrabă cu dubla constrângere din psihologie care duce de obicei la schizofrenie. Adică indiferent ce faci, una dintre constrângeri va fi forțată ceea ce duce automat la penalizare. Fie pacientul e nemulțumit și te tratează cu neîncredere sau te abandonează, fie angajatorul e nemulțumit și te amendează. Acum cred că este limpede pentru ce pacienții oferă cadouri medicilor. Mesajul transmis de cadou este următorul: „*Știu că ești constrâns de un contract cu statul/asiguratorul, dar ia acest cadou și nu te mai gândi la interesul lor, ci doar la interesul meu ca pacient al tău. Prin cadoul meu te eliberez de constrângerea patronului tău ca să te gândești doar la sănătatea mea!*”

Acest mesaj este inutil în cazul unui medic independent. Relația medic – pacient bazată pe încrederea dintre doi oameni ține de economia darului. Noțiunea e bine definită în studiile lui Boas, Mauss sau Levi-Strauss dar și în evaluările UNPD (Programul de Dezvoltare al Națiunilor Unite).

În Raportul privind dezvoltarea umană pe anul 1995 al UNPD se spune negru pe alb că „*jumătate din tot ceea ce se produce în lume sunt daruri*”. Faptul că îmi spal copiii și

fac lecții cu ei este un dar; faptul că ajut un vecin bătrân să-și care sacoșa de la piață sau să plătească telefonul e un dar; faptul că fac curat cu aspiratorul în timp ce soția mea gătește este un schimb de daruri.

La începutul secolului XX, economistul Arthur Cecil Pigou a demonstrat că **venitul național scade de fiecare dată când un burlac se însoară cu menajera lui**. Viața noastră nu este în totalitate supusă economiei de piață, iar sectorul îngrijirii sănătății este un bun exemplu de economie a darului. Economisții susțin că sănătatea este un segment important și costisitor al economiei societății moderne. Dar produsul său este în primul rând grija și alinarea pentru cei bolnavi. Grija și contactul uman sunt arătate nu prin mecanisme economiei de piață, ci prin mecanisme interumane ca relațiile, generozitatea și atenția. În ultimă instanță scopul asistenței medicale este promovarea dragostei de viață a suferindului. Pentru a-i redeștepta unui alt om dragostea de viață trebuie să-i acorzi grijă și atenție lipsite de motive ascunse.

Aici, medicina este foarte aproape de **idealul creștin de a dăruie dragul de a dăruie** – și pentru niciun alt motiv. Buna asistență medicală este deci generozitate întruchipată: abundența de competență și grijă care trezesc în omul bolnav dorința de a se vindeca. De aceea practicarea medicinei este caracterizată tradițional de „*chemare*” sau de vocație. Ideea de „*chemare*” este atacată de angajatori și de sindicate deopotrivă atunci când se ceartă pentru plată și condiții de muncă. „*Chemarea*” ca și „*harul*” nu poate fi cuantificată, dar ea este cea care îi determină pe medici și asistenți să nu-și ia pauza legală de masă când pacientul suferă sau este într-o situație critică.

Piața, incluzând munca sub contract, este un mod rigid și anonim de a reglementa orele de muncă ale oamenilor. Personalul medical are dreptul la salarii decente, dar asta acoperă o parte foarte mică a realității. Administrarea unui vaccin nu înseamnă doar o scurtă înțepătură ci o muncă de convingere argumentată științific, o promisiune de mai bine și o alinare a suferinței, lucruri care nu contează pentru managerii sanitari. A sfătui o adolescentă cum să-și înceapă viața sexuală și cum să se protejeze de riscul unei sarcini sau al unei boli venerice este un dar neprețuit pentru ea, dar cu totul ignorat de economisții sistemului sanitar. Încurajările adresate de medic unui suferind sunt neprețuite, sunt un dar al unui om (medicul) către alt om (pacientul), dar ele nu au valoare pentru stat pentru că pe ele nu se poate aplica TVA. **Compașiunea nu este plătită nici de stat, nici de asigurările private.**



De aceea de fapt între medic și pacient are loc un schimb de daruri bazat pe reciprocitate și generozitate. Acest schimb de daruri reface legătura umană fundamentală dintre medic și pacient care a existat încă din zorii medicinei. Aceasta este legătura dintre „*un om care este sau se crede bolnav și un om în care are încredere*” și se numește consultație. Iar consultația este cheia de boltă a practicii medicale. Nu întâmplător aceasta este și definiția consultației adoptată de British Medical Association în urmă cu mai bine de o jumătate de secol.

Economia darului alături de viața privată sunt ultimele oaze de independență ale omului față de state și organizații. De aceea sunt atacate cu atâta înverșunare!

Dar să revenim la încredere. Unul dintre cele mai frustrante (pentru medic) aspecte ale practicii medicale este lipsa de complianță a pacientului la tratamentul prescris. Majoritatea medicilor o iau la modul personal cum că pacientul nu are încredere în competența profesională a doctorului sau în valoarea științifică a practicii medicale. Evoluția socială face ca nici complianța să nu mai arate cum era cândva. Acum se numește aderență la tratament iar motivul schimbării de nume, dar nu de identitate, este că cuvântul complianță sugerează supunere față de puterea medicală. Chestiunea este serioasă pentru că între 50 și 75% dintre pacienți au probleme cu aderența.

Numeroase studii au încercat să lămurească problema aderenței la recomandările de regim de viață, dietă și medicație, iar printre cele mai relevante este cel al lui Hamilton (2001). Autoarea a filmat douăzeci și patru de consultații de diabet, după care a luat interviuri atât pacienților cât și medicilor. În cadrul consultației medicii au încercat tot felul de tactici ca să-i facă pe pacienți să adere la tratament și regim. Unii au recitat studiile științifice și statistice; alții au adăugat emoție și persuasiune ca și cum ar fi vândut o marfă; alții i-au îmboldit și presat pe pacienți; alții i-au speriat cu cifrele de invaliditate și mortalitate; iar alții (mult mai puțini) i-au amenințat că nu-i mai primesc la consultație. Totuși majoritatea doctorilor și pacienților, iar sigur, toți părinții știu că strategia tocatului la cap cu fapte rareori are parte de succes. Și totuși medicii continuă să o aplice! În timpul interviului cu pacienții de după consultație (și în absența medicului), aceștia au vorbit mult mai deschis **despre problemele vieții reale de diabetic: costul alimentelor sănătoase, disconfortul injectării insulinei, efectele secundare neplăcute ale medicamentelor, presiunea socială a meselor comune, programul de lucru și jena de**

a lua medicamente la serviciu, rușinea privind aspectul corporal, costul glucometrelor, mâncatul emoțional pentru a reduce stresul, conflictele din familie, pofta după mâncărurile preferate din copilărie. Pacienții știau exact motivele pentru care nu aveau la tratament și în plus știau foarte bine datele științifice privind diabetul. În niciuna din consultații medicii n-au adus în discuție aceste aspecte, iar pacienții s-au jenat să le menționeze. Medicii și-au recitat partitura fără să țină seama de varietatea de situații individuale ale pacienților. I-au „*educat*” fără măcar să bănuiască că pacienții știau totul despre situația lor individuală. Aproape că îți vine să-i dai dreptate împăratului Tiberius care nu primea medici pe motiv că: „*Ce poate să știe un medic în plus despre corpul meu, față de mine care-l știu de peste patruzeci de ani?*”

Studiul a fost extins, cu rezultate similare, și la pacienții cu hipertensiune (Shoenthaler), iar concluzia este mult mai dramatică: „*când medicul domină conversația și o limitează strict la aspectele medicale, riscul nonaderenței la tratament este de trei ori mai mare decât atunci când discută și aspectele psihosociale*”.

Pacientul are inițiativa la început pentru că se programează, vine la medic și deschide discuția, dar în numai câteva minute medicul preia inițiativa și duce discuția în domeniul îngust biomedical (Roter, 1997). Acesta nu e în sine un lucru rău, doctorul încearcă să afle cauza simptomelor, doar că e clar cine conduce conversația. De aceea informațiile „*din interior*” privind lipsa aderenței nu ies la suprafață: medicii sunt prea ocupați să întrerupă și să întrebă iar pacienții simt că nu au ocazia sau legitimitatea să arate ce știu despre situația lor. Cum spunea Hamilton: „*medicii folosesc instrumentul bont al recitării faptelor. Au scopul lăudabil de a educa pacienții dar nu fac decât să recite drepturile constituționale în fața unor protestatari revoltați!*”

Medicii și pacienții nu vorbesc practic direct, de la om la om unii cu alții. Acest lucru se întâmplă doar în psihanaliză unde se discută chestiuni precum transferul și contra-transferul. În medicină granița dintre medic-pacient și separarea strictă a rolurilor împiedică conversația despre relație și comunicare. Granițele profesionale sunt desigur importante, dar obsesia granițelor și presiunea eficienței duc la ignorarea unor elemente personale importante în relația medic-pacient. Rămâne încă în stadiul de deziderat să atingem acel sentiment de eliberare cum, că de fapt, medic și pacient, suntem doar doi oameni care vorbesc unul cu celălalt.



3. ALIANȚA TERAPEUTICĂ

Ascultând pacientul îi înțelegi povestea dar îi și evaluezi slăbiciunile și resursele de putere. Pe baza lor se poate construi alianța terapeutică dintre medic și pacient. Aceasta apare când încrederea reciprocă, grija și respectul reciproc conduc la colaborare în îngrijirea bolii și suferinței. Modelele de consultație centrate pe pacient sau pe relație sunt construite în jurul noțiunii de alianță terapeutică. Cercetările evidențiază că pacienții au o satisfacție mai mare dar și rezultate mai bune în evoluția bolii dacă colaborează cu clinicienii.

Alianța terapeutică are patru dimensiuni cheie: **încrederea reciprocă, empatia, respectul și colaborarea.**

Pacientul are nevoie să se încreadă în competența și integritatea medicului, iar acesta are nevoie să se încreadă în sinceritatea pacientului și în dorința acestuia de a se face bine.

Manifestându-și empatia medicul recunoaște și înțelege credințele și emoțiile pacientului, fără să le impună pe ale sale, și astfel stabilește cu pacientul o relație echilibrată fără milă excesivă sau identificare cu suferința acestuia.

Exprimarea respectului pentru pacient și tratarea acestuia cu demnitate sunt foarte importante și necesită crearea unui context în care comunicarea să se facă între egali.

Colaborarea înseamnă un parteneriat adevărat în care medicul și pacientul simt că lucrează împreună spre un țel comun și sunt hotărâți să rezolve conflictele ce apar inevitabil când e vorba de țintele terapeutice.

Alianța terapeutică trebuie extinsă și la colaboratorii medicului dar și la anturajul pacientului. Acest lucru este cu atât mai necesar cu cât pacientul e mai vulnerabil. În cadrul alianței terapeutice clinicianul oferă o relație profesională orientată spre confortul pacientului care să-l facă să fie atât de deschis și de onest cât să primească cele mai bune îngrijiri. Medicului i se permite accesul la viața interioară a pacientului, acces care nu este permis oricui. Din această poziție privilegiată medicul poate construi alianța și poate înlătura barierele din calea îngrijirii optime.

Pacientul vulnerabil, cel mai adesea, percepe relațiile interumane ca tensionate sau de-a dreptul rupte din cauza violenței domestice sau comunitare, bolii mintale, suferinței și bolii, sărăciei extreme, imigrării. Prin intermediul alianței terapeutice medicul poate să ofere o prezență de încredere, continuă și de sprijin, care nu judecă și acceptă pacientul așa cum este el. Medicul oferă siguranța de care are nevoie pacientul ca să-și dezvăluie istoricul vieții și

bolii și desigur vulnerabilitățile. Evaluând resursele pozitive ale pacientului medicul ajută la recuperarea demnității și speranței. Validându-i experiențele medicul îl ajută pe pacient să nu se mai simtă marginalizat. Sprijinind pacientul să fie competent și tare, îl împuternicește să se implice activ în îngrijirea bolii.

Pacientul vulnerabil are de cele mai multe ori acces limitat la îngrijiri medicale sau la servicii sociale. Unii nu sunt asigurați, dar alții pur și simplu nu știu ce drepturi au sau nu se descurcă prin hățșul birocratic. Medicul este în situația de a ajuta în ambele cazuri. Dacă o pacientă prezintă variații mari ale tensiunii arteriale în ciuda tratamentului adecvat, medicul poate să-i asigure liniștea și încrederea care să o facă să mărturisească că are un copil care se droghează și pentru care se teme că va fi arestat. În plus medicul poate să o îndrume spre serviciile sociale de suport care să ușureze povara acestei femei.

Alianța terapeutică o face pe femeie să aibă încredere că ceea ce a dezvăluit medicului nu va fi folosit împotriva familiei ei nefericite ci o va ajuta să reziste și eventual să rezolve ce se poate rezolva.

Ce se poate întâmpla pacientului vulnerabil în absența alianței terapeutice?

De multe ori medicii intră în relația cu pacientul pornind de la premiza că știu mai bine ce-i trebuie pacientului. Această atitudine nu este obligatoriu dată de aroganță ci de presupunerea că pacientul împărtășește aceleași valori cu medicul.

În practica medicinei moderne competențele tehnice tind să înlocuiască treptat valorile personale. **Educația medicală fetișizează tehnica și ignoră valorile morale.** Aceasta nu ar fi decât o benignă deformare profesională dacă nu ar fi preluată de cultura populară. Din ce în ce mai multe familii cer medicilor să se facă tot posibilul pentru rudele lor care nu mai au capacitatea să-și exprime opțiunea. Poate că aceste pretenții le atenuează sentimentul de vinovăție acumulat de-a lungul vieții în familie, dar în general nu corespunde ideii de bine a pacientului. S-ar putea ca pacientul să prefere câteva luni de viață demnă cu o suferință acceptabilă, decât ani de chinuri cu internări frecvente și tratamente mutilante.

Iată deci că există numeroase motive ca pacienții să intre în relația cu medicul cu o oarecare neîncredere. Uneori această neîncredere se bazează pe experiențe anterioare



nefericite cu instituțiile medicale în care pacienții s-au simțit nedorți sau trădați. Alteori neîncrederea în instituțiile medicale este o atitudine mai generală a societății. De exemplu, pe vremea comunismului, femeile cu tulburări ale ciclului menstrual se temeau să meargă la medic fie pentru că putea fi o sarcină nedorită și erau silite de autorități să o ducă la termen, fie că putea fi un avort spontan și puteau fi anchetate de miliție sau securitate. Această atitudine explică cel puțin parțial numărul record de decese de cauză ginecologică din acea epocă. Revenind, medicii nu trebuie să presupună că imediat beneficiază de încrederea totală a pacienților.

Această încredere trebuie dobândită treptat și consolidată continuu. Medicul are la îndemână mai multe mijloace pentru a atinge acest obiectiv.

În primul rând transparența. Pacienții vulnerabili sunt de multe ori supuși unor intruziuni externe și au rareori parte de intimitate și spațiu personal. De aceea ei nu înțeleg întotdeauna de ce medicii le cer informații personale și se tem că vor fi folosite împotriva lor. Medicul trebuie să explice contextul întrebării și scopul urmărit. De exemplu, „*nu te întreb cu cine trăiești și în ce condiții, ca să te umilesc, ci ca să înțeleg dacă are cine să te îngrijească după operație*“.

Alteori pacienții cred că medicii recomandă anumite investigații și tratamente ca să-și sporească veniturile personale, sau invers că nu recomandă aceleași investigații și tratamente ca să facă economie la bugetul instituției sanitare. Iată de ce pentru a clădi încrederea trebuie explicat pacientului pas cu pas ce urmărești și de ce recomanzi sau nu anumite investigații sau tratamente.

În al doilea rând, medicul se poate folosi de continuitatea îngrijirilor pentru a stabili un climat de încredere. Pacienții vulnerabili aud de multe ori că urmează să li se facă ceva, o investigație, o intervenție, un consult și constată apoi că fără nicio explicație acest lucru nu se mai întâmplă. Să-ți ții promisiunile este o chestiune de educație elementară, dar în cazul medicului este și o chestiune de competență și eficiență. Pacientul trebuie să vadă că îngrijirile care i se acordă au o oarecare coerență și continuitate pentru a-și păstra încrederea în medic.

În al treilea rând medicul trebuie să răspundă preocupărilor și nevoilor pacientului. Mulți pacienți și nu doar cei vulnerabili, se plâng că medicii sunt repeziți, nu-i ascultă și-și urmăresc doar propria agendă îngustă. Am vorbit mai sus de presiunile la care sunt supuși medicii, dar asta nu-i

scutesc de a-și arăta interesul față de povestea mai largă a pacientului. De exemplu, medicul se poate lămurii rapid dacă pacientul are vreo contraindicație pentru montarea unei proteze de șold și pune capăt dialogului. Dar, dacă ar asculta mai mult ar putea să afle că pacientul locuiește singur la etajul trei fără lift, sau că vine primăvara și el are de săpat grădina. **Viața pacienților este mai complicată decât vor medicii să știe.**

Să vedem ce se întâmplă cu îngrijirea și empatia în general în absența alianței terapeutice. Pacienții săraci au rareori parte de îngrijiri medicale pe termen lung din partea aceluiași medic. Fie nu sunt asigurați și se adresează unităților de primiri urgențe ale marilor spitale unde rareori ai șansa să nimeresti la același medic, fie sunt îngrijiți de rezidenți în spitalele universitare unde după câțiva ani nu mai întâlnești pe nimeni cunoscut. Această îngrijire fragmentară este în mare parte corectată prin grija medicilor de familie. Ei sunt cei care cu răbdare și perseverență înoacă firele îngrijirilor fragmentare și asigură continuitatea și coerența îngrijirilor medicale. Asta cu condiția ca pacientul să aibă un medic de familie cu care să întrețină o bună alianță terapeutică. Altfel pacientul nu are încredere fie în bunele intenții fie în competența medicului întâlnit întâmplător și refuză tratamentul spre paguba sa.

În absența alianței terapeutice și respectul este deficitar. Lipsa respectului percepută de pacient se corelează cert cu rezultate mai proaste în tratamentul bolilor cronice. Discriminările de orice fel, rasiale, economice, profesionale, sexuale sunt o lipsă de respect pentru ființa umană aflată în suferință.

În absența respectului pacienții evită să mai aibă de-a face cu medicul respectiv indiferent cât de bun este tratamentul recomandat. Comunicarea respectului este esențială pentru convingerea pacientului vulnerabil că medicul vrea să intre cu el într-o alianță terapeutică bazată pe respectarea demnității.

Să vedem, în fine, cum rămâne cu colaborarea medic-pacient în absența alianței terapeutice. În absența unei relații de încredere colaborarea este o iluzie. De teamă că vor fi tratați nedrept sau chiar pedepsiți, pacienții nu spun cu adevărat ce credințe și convingeri au și în ce măsură acestea se potrivesc cu tratamentul propus de medic. Așa că ei pur și simplu nu urmează recomandările. Pe de altă parte medicul se simte frustrat de neîncrederea pacientului



■ Referate

și se întreabă, pe bună dreptate, dacă pacientului îi pasă de sănătatea sa. Deciziile luate de comun acord sunt soluția evidentă a problemei. Totuși studiile antropologice pe diverse populații au arătat că, deși medicii și pacienții luau decizii în comun, nu percepeau că între ei ar fi o relație de parteneriat și colaborare. Se pare că respectul și menajarea demnității sunt mai importante decât deciziile luate în comun pentru succesul terapeutic.

Având în vedere importanța alianței terapeutice pentru ameliorarea și vindecarea suferințelor, să vedem în continuare cum poate fi construită. Din păcate nu există niciun protocol simplu într-un număr limitat de pași ca să faci o ființă umană să se simtă protejată și respectată. Dacă medicul se străduiește să transmită un sentiment de încredere, empatie și respect precum și dorința de a intra într-un parteneriat profesional cu pacientul, există șanse reale să se stabilească o alianță terapeutică.

În continuare vom trece în revistă câteva sfaturi pentru medic.

- Arată-ți clar disponibilitatea de a intra în relație cu pacientul. Dă-i datele de contact și explică-i când și cum te poate găsi și ține-ți promisiunile.
- Permite omeniei din tine și din pacient să se manifeste. Asta poate să însemne orice, de la credință, suferințe îndurate și până la echipa de fotbal preferată.
- Stimulează pacientul să-ți spună povestea lui. Aceasta îți va da prilejul să-i afli slăbiciunile, ideile preconcepute dar și temerile legate de boală și suferință.
- Caută activ și arată-i pacientului ce resurse și puncte tari are. De obicei ne concentrăm pe punctele slabe și disfuncțiile din viața pacientului. La fel de vital însă este să găsim și să validăm punctele tari și resursele psihologice. Recapitulează cu pacientul toate ocaziile în care aceste calități l-au scos din necaz cu alte prilejuri. Puterea de a vindeca nu se află doar în mâna medicului și de aceea trebuie împuternicit pacientul și familia.
- Arată clar că-ți pasă. Când pacientul descrie experiențe neplăcute medicul trebuie să confirme că înțelege despre ce este vorba. Poate face acest lucru prin exprimarea sprijinului, ascultarea atentă, validare, dar și prin limbajul nonverbal al mimicii și poziției corpului. Uneori medicul poate da un telefon neașteptat să se intereseze de starea pacientului, iar alteori poate pur și simplu să-l bată pe umăr.
- Dă-i pacientului posibilitatea să-și exprime dezacordul și să pună în discuție opiniile contrarii. În acest fel

descoperi eventuale piedici în desfășurarea tratamentului și ai prilejul să convingi pacientul de justetea abordării tale. Pacientul trebuie să fie sigur că diferența de opinii cu medicul nu îi anulează dreptul la cea mai bună îngrijire disponibilă. Alianța terapeutică nu presupune că medicul renunță la opinia sa profesională ci doar că acceptă să o exprime în termeni mai prietenoși cu pacientul și mai pe limba sa.

- Stabilește clar limitele. Pacienții vulnerabili sunt expuși unei intruziuni considerabile în viața lor privată din partea instituțiilor medicale sau de protecție socială. Li se cere să dezvăluie o mulțime de informații intime care apoi, fără știrea lor, sunt transmise altor instituții. Medicul trebuie să explice clar pacientului ce informații vor rămâne confidențiale și ce informații trebuie împărtășite cu alte agenții. De asemenea pacientul trebuie să înțeleagă limitele alianței terapeutice. Aceasta este o relație profesională care nu încurajează dependența de medic și nici așteptări exagerate și nerealiste. De exemplu medicul nu trebuie să dea pacientului numărul telefonului privat nici să-i dea bani cu împrumut oricât de milă i-ar fi. În plus medicul nu trebuie să dezvăluie problemele personale de sănătate în speranța că astfel va scădea anxietatea pacientului. Tot ce obține este scăderea respectului și a eficienței terapiei. Pentru a evita astfel de probleme e bine ca medicul să discute aceste aspecte cu colegi mai în vârstă și cu mai multă experiență.

- Alianța terapeutică trebuie analizată periodic. Dacă pacientul primește tratamentul optim din punct de vedere medical, dar îi merge prost, trebuie să dăm mai multă atenție alianței terapeutice. Medicul trebuie să-și manifeste dorința de a o îmbunătăți și să-l întrebe direct pe pacient ce nu-i convine. Pacientul trebuie să fie sigur că exprimarea dezacordului nu-l va lipsi de îngrijire ci este o condiție a ameliorării îngrijirii. Numai lucrând împreună, medic și pacient pot avea succes.

O altă consecință importantă a stabilirii unei relații de încredere între medic și pacient este efectul placebo. Papyrusul 10508 aflat la British Museum conține „Învățăturile lui Ankșeșonk către fiul său”. Pe lângă multe sfaturi practice de viață se găsește și acesta: „medicamentul este eficient doar dat de doctor.”

Efectul placebo este la fel de vechi ca și practica medicală și probabil este responsabil pentru succesul majorității tratamentelor înainte de epoca modernă.

Farmacopeia lui Galenus, care a dominat medicina 1500 de ani, număra 820 de remedii placebo. Galenus însă, ca și predecesorii săi egipteni, știa că: „vindecă cu cel mai mare



succes cel în care pacienții au cea mai mare încredere.”

Pornind de la etimologie, principiile metodologice și considerațiile euristice, placebo este orice terapie administrată în cunoștință de cauză sau nu, de către un vindecător sau laic, pentru efectul ei terapeutic asupra unei boli sau a unui simptom, dar care de fapt nu este nici activă nici specifică bolii respective.

Efectul placebo este efectul terapeutic nespecific, psihologic sau psihofiziologic produs de agentul placebo, sau efectul ameliorării spontane atribuit agentului placebo. Altfel spus un tratament poate fi folosit știind că e placebo sau crezând că nu e placebo, dar după evaluări obiective se dovedește a fi placebo. Agent placebo poate fi orice substanță inertă, procedură chirurgicală, manevră fizioterapică sau chiar medicament specific dar folosit pentru cu totul alte afecțiuni, indiferent de cine e administrat. Scăderea semnificativă a numărului de agenți placebo s-a produs odată cu progresele fiziologiei și farmacologiei științifice.

Totuși nu substanțele terapeutice sunt cele care au izolat și exclus efectul placebo din corpul principal al practicii medicale, ci o idee. Este vorba de studiile dublu orb. Metoda constă în a administra la două loturi de pacienți similari și cu aceeași boală un medicament. Jumătate dintre ei primesc substanța activă studiată, iar cealaltă jumătate, care formează grupul de control, un preparat identic ca formă farmaceutică dar fără substanța activă ci cu una inertă. Nici medicul curant nu știe ce pilulă dă, nici pacientul nu știe ce pilulă primește. Doar experimentatorul știe cine ce primește. În felul acesta se elimină influența medicului și a efectului placebo și se poate evalua efectul farmacologic real al medicamentului. Nu e mai puțin adevărat că în practica clinică curentă de cele mai multe ori la efectul farmacologic se adaugă și efectul placebo, la fel de real. Problema cu efectul placebo este că nu poate fi cuantificat, și nici nu va fi prea curând, pentru că nu știm cu precizie mecanismele fiziologice prin care acționează.

Interesul față de efectul placebo variază în cursul evoluției medicinei. El scade în perioadele de avânt a cercetărilor științifice medicale, când se descoperă noi mecanisme fiziopatologice și se produc noi medicamente, dar crește în perioadele de stagnare când realizările științifice sunt dezamăgitoare. Interesul actual față de efectul placebo ține probabil și de apariția noilor concepte privind legătura minte-corp, medicina comportamentală și cea alternativă.

Kaptchuk descrie placebo ca „*tot ceea ce înconjoară și acompaniază actul medical*”: modul în care medicul descrie medicamentul, cum îl administrează, ce așteptări există, tonul vocii, cuvintele folosite, contactul vizual. Șamanii au înțeles încă din zorii istoriei rolul fundamental al interacțiunii dintre vindecător și bolnav. „*Tot ceea ce acompaniază actul medical*” s-a dovedit extrem de eficient în condițiile în care nu existau antibiotice, citostatice, transfuzii, stenturi, etc.

Odată cu medicina modernă efectul placebo a fost degradat la rangul de păcăleală utilă uneori. Viziunea a început să se schimbe din 1978 când s-a descoperit că efectul nu e doar real, dar poate fi blocat prin administrarea de naloxonă care este un antagonist al receptorilor opioizi. Deci probabil endorfinele sunt cele care mediază efectul placebo. În ciuda acestei legitimări științifice, mulți medici nu se simt confortabil când au de-a face cu acest efect. Îl consideră ne-etic sau de-a dreptul o înșelătorie deși recunosc că funcționează. Medicina fiind în primul rând o disciplină pragmatică, medicul este îndreptățit să folosească tot ceea ce funcționează pentru a face bine pacientului. Dacă merge, ai reușit ceva, dacă nu merge măcar nu e mai rău.

Problema etică principală este transparența, adică spui sau nu pacientului că e un placebo. Sunt studii care demonstrează că și dacă spui pacientului că e un placebo tot are un efect benefic sesizabil (Kaptchuk, 2010). Deci în cele din urmă efectul placebo este unul dintre numeroasele procedee terapeutice aflate la dispoziția medicului pentru a ameliora starea bolnavului. Cheia de boltă a efectului placebo și ceea ce-l declanșează este comunicarea dintre medic și pacient. Primul efect salutar al comunicării este că reduce anxietatea, care la rândul ei reduce durerea. Liniștirea pacientului că nu se află într-un pericol iminent poate ea singură să ușureze durerea și suferința. Un mod secundar prin care se realizează efectul placebo este creșterea nivelului așteptărilor.

Motivul pentru care multivitaminele se vând așa de bine este că, consumatorii se așteaptă să le crească nivelul de energie, ceea ce se și împlinște prin mecanismul psihologic al profeției autoîmplinite. În experimentul lui Bingel (2011), pacienții erau anunțați de anestezist când începe administrarea calmantului în perfuzie ceea ce le creștea așteptările și dubla efectul calmant. Dacă erau anunțați că este oprită administrarea, chiar dacă ea continua în realitate, majoritatea simțeau agravarea durerii. Așteptările negative pot pur



Referate

și simplu bloca efectul farmacologic al calmantului. Deci modul în care medicii și asistenții prezintă și „împachetează” tratamentul are efecte profunde asupra modului în care pacienții resimt efectele acestuia. Deci comunicarea, empatia și stabilirea unei relații sunt imponderabile ale actului medical. Ele sunt sesizate dar nu pot fi măsurate și de aceea sunt ignorate de manageri.

Practica medicală de bună calitate se aseamănă cu improvizația din jazz. Muzicienii se bazează pe o partitură dar ceea ce cântă este totuși altceva. Arta medicinei ca și arta muzicală se bazează pe improvizație. Totuși nu această improvizație este cea care face ca medicii să nu audă ce spun pacienții, iar pacienții să nu audă ce spun medicii. Nu diferența de cunoaștere sau cea de limbaj sunt cele mai mari impedimente în dialogul medic-pacient. Fragmentarea dialogului este factorul principal care distruge comunicarea dintre medic și pacient. Să fii ascultat cu atenție de cineva este una din cele mai reconfortante experiențe umane. Te face să te simți prețuit și respectat și că ceea ce spui este important. Iar epoca contemporană exact asta nu face. Atenția este de foarte scurtă durată și permanent mutată pe altceva, multi-taskingul a atins nivele absurde, tehnologia comunicațiilor ne întrerupe permanent așa că e de mirare că mai putem totuși comunica cât de cât coerent. Hemingway spunea: „când omenii încep să povestească, ascultă-i până la capăt.” Un sfat bun atât pentru scriitorii cât și pentru medici.

ANEXA III RECOMANDĂRI PENTRU UN TÂNĂR MEDIC GRĂBIT

ATITUDINEA

Pacientul îți încredințează sănătatea și informațiile personale și de aceea are nevoie de cineva sigur de sine, abordabil, competent și mai presus de toate, demn de încredere.

ASPECTUL PERSONAL

Prima impresie contează – iar studiile arată că aspectul medicului (îmbrăcăminte, coafură, machiaj) are un mare impact asupra opiniei pacientului și a dorinței lui de a interacționa cu medicul. O parte din profesionalismul medicului provine din imagine. Halatul alb rămâne o parte importantă a culturii medicale. Moda se schimbă rapid, dar principiile de bază nu:

- Evită în clinică să-ți afișezi gusturile extreme în materie de modă.
- Uniformele profesionale ale bărbaților și femeilor pot fi

diferite.

- Fără decolteuri și fuste mini.
- Fără buric sau zona lombară la vedere.
- Încălțăminte să fie în bună stare și curată.
- Halatul întotdeauna curat poate fi scrobit.
- Tunsoarea/coafura e preferabil să nu fie fantezistă, iar părul să nu acopere fața. Părul lung se poartă legat.
- Ecusonul să aibă numele vizibil și lizibil, chiar dacă nu-ți place cum arăți în poză.
- Stetoscopul este preferabil să fie ținut în buzunar. În jurul gâtului e un pic ostentativ.

Psihiatrii, pediatrii și alte câteva specialități au un alt cod vestimentar deoarece pacienții lor au alte nevoi de relaționare.

TIMPUL

În spital pacientul nu trebuie abordat în timpul mesei, trezit în orele destinate somnului sau deranjat în timp ce primește vizita rudelor. Abordarea pacientului de către medic nu trebuie să-i deranjeze pe vecinii de salon. Este preferabil ca anumite discuții cu pacientul să aibă loc într-un spațiu separat.

CADRUL

Personalul medical are tendința să practice multitasking: pune perfuzia, vorbește la mobil și dă indicații infirmierei. Pacientul trebuie să simtă că este în centrul atenției. Pentru discutarea unor probleme importante ce-l privesc este bine să se asigure un spațiu separat:

- Camera să fie liniștită și ferită de perturbări sau întreruperi.
- Să fie suficient loc ca toată lumea să poată lua loc.
- Scaunele să fie confortabile deoarece discuția poate dura mult.
- Scaunul pacientului să fie în apropierea scaunului medicului și fără mobile care să-i despartă.

Evită jargonul medical

Jargonul face parte din limbajul cotidian al personalului medical. Cel mai probabil pacientul nu-l înțelege sau îl interpretează greșit. Cardiomiopatia silențioasă, TEP sau TURP sau LLC vor lăsa pacientul în ceață, iar anxietatea lui va crește. Toți termenii medicali și acronimele trebuie explicate în limbaj laic. Nu porni de la premiza că unii termeni ca infarct sau migrenă sunt bine cunoscuți. Vei avea surprize!

Ține minte numele pacientului

Cu toții ne simțim jenați când uităm numele omului din



fața noastră. Există tehnici de mascare precum „doamnă”, „prietene”, „dragă”, „colega”, dar în cazul special al pacientului, memorarea numelui arată interesul medicului pentru pacient. Este esențial să rostești numele pacientului când vorbești cu familia. Este jenant să-l greșești și sigur va scădea încrederea familiei în tine. Este de mare ajutor să ai o foaie de observație sau un dispozitiv electronic pe care să poți verifica numele pacientului. Începe discuția rostind numele pacientului și chiar dacă te uiți pe o foaie, va considera că vrei să verifici ca să nu greșești.

SALUTUL

Este jenant să-i spui unui pacient „bună dimineața” sau „bună ziua” când te pregătești să-l anunți că are o boală gravă, eventual fatală. Folosește termenul neutru „vă salut doamna X”. A da mâna cu pacientul este un semn de apropiere deși nu toată lumea îl apreciază. Dacă pacientul are o poliartrită deformantă sau o paralizie este suficientă o atingere a brațului sau o bătaie ușoară pe umăr.

PREZENTĂRILE

Folosește din start apelativul „Domnule/Doamnă”. Adresarea pe numele de familie Popescule/ Ioneasco” este umilitor. Pacienții tineri pot dori să li te adresezi pe numele mic, dar asta nu presupune reciprocitate din partea medicului.

În cadrul profesiei medicale titlul de „doctor” este un simbol al statutului și al autorității profesionale. Apelativul „doctor” nu este o concesie pe care „beneficiarii” îngrijirilor medicale o fac „furnizorilor”.

Ridicatul în picioare este un semn universal de respect. De aceea medicul trebuie să se ridice în picioare când pacientul intră în cabinet și să se așeze odată cu el.

Medicul trebuie să se prezinte și să explice clar care e rolul lui în îngrijirea pacientului. De asemenea trebuie să-i prezinte pe membrii echipei medicale care se va ocupa de pacient.

DISCUȚIA

Începe discuția cu întrebări deschise. Folosește întrebările închise când vrei să clarifici un lucru sau să obții o informație precisă. Dacă pacientul nu e sigur sau observi că nu a înțeles întrebarea oferă-i exemple. Ai grijă să nu-i sugerezi pacientului răspunsul pe care vrei să-l auzi.

Ajută pacientul în mod politicos să nu se îndepărteze de subiect. Trebuie să previi pacientul când urmează să pui o întrebare dificilă sau intimă.

Păstrează contactul privirii în timpul conversației. Vorbitorul în general se uită în zare când vorbește, iar ascultătorul se uită la vorbitor. Rolurile și privirea se schimbă în

timpul conversației. Abține-te să studiezi analizele sau radiografiile în timp ce pacientul vorbește.

Păstrează o manieră neutră, dar nu rigidă în timpul discuției. Adaptează-ți maniera în funcție de pacient.

Cere-ți scuze de la pacient dacă ai fost întrerupt în timpul discuției.

Nu te simți ofensat și nu te enerva dacă în timpul discuției pacientul spune lucruri negândite. Cel mai probabil nu a dorit să te ofenseze. Ca profesionist trebuie să te ridici deasupra acestei situații.

Limbajul tău corporal trebuie să fie decent și reținut în timpul conversației pentru a-ți arăta interesul și a inspira încredere.

În prezența pacientului mânios trebuie să rămâi politicos, să eviți confruntarea și să rezisti tentației de a deveni mânios tu însuși.

- În primul rând asigură-ți propria siguranță.
- Calmează situația și abia apoi cercetează cauza. Mânia este cel mai frecvent provocată de emoții precum pierderea, teama, vina.
- Recunoaște emoțiile pacientului: „*înțeleg ce v-a supărat*”.
- Îndepărtează conversația de evenimentul nefericit și îndreapt-o spre căutarea unei soluții.
- Nu-ți incrimina colegii – pacientul își va aminti comentariile tale (nu trebuia ca doctorul X să procedeze așa!) și te va hăitui să obțină mărturia ta în cazul unui proces.
- Scoate în evidență motivele de optimism sau planul de îndreptare a situației.

CUM COMUNICI VEȘTILE PROASTE

Nimănui nu-i place să dea vești proaste și medicilor cu atât mai puțin.

Majoritatea medicilor se simt oarecum vinovați, se tem de reacția pacientului, de problemele pe care le provoacă familiei, nu știu sigur cum va evolua situația pacientului, au sentimentul eșecului profesional și mai ales le pare rău de un om. Empatia medicului provine din conștiința acută că numai printr-un noroc nu se află el în locul pacientului.

Înainte de a începe:

- Verifică încă o dată informațiile pe care vrei să le dezvălui și ține-le la îndemână.
- Vorbește cu personalul de îngrijire care poate să știe mai multe despre temerile și problemele personale ale pacientului.

ALEGE LOCUL POTRIVIT:

- Alege o cameră liniștită și izolată unde nu veți fi deranjați.



Referate

- Asigură-te că nu e vreo piesă de mobilier între scaunul tău și al pacientului.
- Aranjează scaunele astfel ca fiecare participant la discuție să fie văzut în mod egal.
- Închide-ți telefonul mobil.

Asigură-te că participă cine trebuie:

– Invită un membru al echipei de îngrijire care a stabilit o relație mai apropiată cu pacientul. După ce pleci tu, echipa de îngrijire se ocupă de pacient, deci trebuie să știe ce i-ai spus.

– Permite pacientului să invite pe cineva apropiat.

Recapitulează cu pacientul ce știe despre cazul lui. Una e să știe că a venit pentru o suspiciune de cancer și alta e să știe că a venit pentru o gripă.

Stabilește cât vrea pacientul să afle. Înainte de a-i dezvălui vestea proastă află dacă pacientul vrea s-o audă. Fie îl întrebi direct, fie îl lași să pună întrebări și vezi până unde vrea să meargă. Îi dezvălui treptat unele indicii și vezi când pacientul îți cere să te oprești, semn că nu vrea să afle mai mult.

Oferă-i pacientului suficient timp să digere informația.

În primul rând să fii cinstit. Nu ghici, nu prezice, nu minți!

Nu te grăbi să fii pozitiv. Așteaptă în linște reacția pacientului după dezvăluirea veștii proaste. Dacă izbucnește în lacrimi permite rudelor să-l consoleze, sau fă-o tu însuși cu demnitate. În primul rând nu oferi false speranțe. Soluțiile, dacă există, fac obiectul altei discuții, după ce pacientul a digerat informația.

Întrebările despre timpul rămas – Cât timp o mai duc? – sunt cele mai dificile:

- Nu presupune, nu ghici și nu minți.
- De obicei este imposibil să estimezi acest lucru. Dacă spui o cifră în mod sigur greșești. Este perfect acceptabil să recunoști că nu știi.
- Explică pacientului că este imposibil să estimezi, dar întreabă-l dacă este un anumit eveniment la care vrea să participe: căsătoria copilului, nașterea nepotului, Paștele, Crăciunul.
- Nu presupune că te întreabă de frică. Unii oameni chiar vor să-și pună lucrurile în ordine înainte de a muri.

În final fă un rezumat al discuției, verifică dacă pacientul a înțeles și permite-i să pună întrebări. Asigură pacientul că îi stai la dispoziție și cu altă ocazie pentru lămuriri suplimentare.

Bibliografie selectivă

1. *Revista Română de Bioetică. Toată colecția, disponibilă pe www.bioetica.ro*
2. Austin, J. L. (2003), *Cum să faci lucruri cu vorbe*, Editura Paralela 45, Pitești.
3. Balint, M. (1964), *The Doctor, his Patient and the Illness*, Churchill Livingstone, London.
4. Ben-Sira, Z. (1986), *Stress, Stigma and Primary Medical Care*. Aldershot Gower.
5. Berne, E. (2006), *Ce spui după Bună ziua?* Editura Trei, București
6. Bloch, S. Chodoff, P. (2000), *Etică psihiatrică*. București: Asociația Psihiatrilor Liberi.
7. Casement, P. (1996), *Învățând de la pacient*, ESF, Cluj.
8. Marvel, M., et al (1999), *Soliciting the Patient's Agenda: Have We Improved?* JAMA 281, 283-87.
9. Mehrabian, A., Weiner, M. (1967), *Decoding of inconsistent communication*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1, 109-114.
10. Morgan, S. (2013), *Miscommunication between Patients and General Practitioners: Implications for Clinical Practice*, *Journal of Primary Health Care* 5, 123-28.
11. Rhoades, D. R. et al (2001), *Speaking and Interruptions during Primary Care Office Visits*, *Family Medicine* 33, 528-32.
12. Robertson, K. (2005), *Active listening: more than just paying attention*, *Australian Family Physician*, 34,12, 1053-1055.
13. Zaccai-Reyners, N. (2006), *Respect, reciprocitate et relations asymetriques. Quelques figures de la relation de soin*. *Esprit* 321: 95-108.
14. Zaner, R. M. (1988), *Ethics and the Clinical Encounter*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.



SUICIDE NOTES AND THEIR ROLE IN THE SUICIDE PROCESS

■ Robert Oravec MD, PhD; Márta B. Erdős PhD, Slovenia

Rezumat: Notițe de adio, și rolul lor în procesul de sinucidere

Sinuciderea este un proces complex iar înțelegerea lor este o provocare. Informațiile disponibile cu privire la starea pre-suicidară și procesele mentale care duc la sinucidere, sunt limitate. Scrisorile de adio servesc ca amprente semnificative ale fazei finale a acestui proces. Aceste scrisori nu sunt doar documente personale; ele joacă și un rol performativ important. Autorul prezintă evoluția procesului de sinucidere și rolul scrisorilor de adio în acest proces.

Cuvinte cheie: sinucidere, autodistrugere, proces, criză, scrisoare de rămas bun, performativ

Abstract: *Suicide is a complex and challenging process to comprehend. There is limited information available about the pre-suicidal state and mental processes leading up to suicide. Farewell letters serve as significant imprints of the final phase of this process. These letters are not merely personal documents; they also play an important performative role. The author presents the progression of the suicide process and the role of farewell letters in this process.*

Keywords: *Suicide, self-destruction, process, crisis, farewell letter, performative*

INTRODUCTION

In linguistics, particularly in the field of pragmatics, the term „performative” refers to a type of speech act that doesn’t just describe an action but actually performs the action it describes. This concept was introduced by J.L. Austin, a philosopher of language, in his work on speech acts.

When someone utters a performative statement, they are not merely describing something but are also enacting a particular action. For example, when someone says, „I promise to be there at 8 PM” the statement itself constitutes the act of making a promise. Similarly, saying „I apologize for my mistake” is not just describing an apology but is actually apologizing.

Performative utterances often have certain linguistic features, such as first-person pronouns („I,” „we”) and present-tense verbs, that highlight the performative nature of the speech act.

It’s important to note that the effectiveness of performative language relies heavily on the social context and the acknowledgment of the speech act by the parties involved. For a promise to be valid, for instance, it requires not just the utterance but also the acknowledgment and acceptance by the other party.

Studying suicide notes as last manifestations of the sui-

cidal individuals’ representations on their social world may significantly contribute to interpreting the process of suicide. Understanding the process is a key to planning and implementing effective measures of prevention. The first recommendation on suicide notes research was formulated in 1957 in „Clues to Suicide” (Shneidman & Farberow).

” ...that seems to express many facets of his personality structure and dynamics, is the suicide note he writes just before he took his own life. Such notes, read in any quantity, strike the reader with richness of the material for clues to affect, conflicts, and motivations of the suicidal person. They strongly suggest the possibility of viewing them as projective devices from which information may be inferred about the subject.” (Shneidman & Farberow 1957 L: 197)

Fifteen years later Shneidman (1973) made some important contributions that underlines the importance of a strong cultural factor in the process of suicide where the individual has to adjust oneself to the communicative “final common pathway”, the available “commonplace”, restricted and restricting meanings shared about suicide by the culture bearers.

”...It is a basic tenet of suicidology, that suicide notes are written in the context of the suicidal act, usually within a few minutes of the death-producing deed. Suicide



Referate

notes would seem to offer a special window, unparalleled among sociopsychological phenomena, into the thoughts and emotions that encompass the deed... Suicide notes are not like letters or diaries, which are written at leisure, often away from the scene of action. Suicide notes would seem to be comparable to battle communiqués... And yet, as one reads hundreds of suicide notes, it becomes clear that many of them tell pretty much the same story. What is most disappointing is that most suicide notes, written at perhaps the most dramatic moment of a person's life, are surprisingly commonplace, banal, even sometimes poignantly pedestrian and dull. It is obviously difficult to write an original suicide note.

During the last four decades suicide notes research led to the publication of more than 80 articles, cited on Medline. Some of them classify of suicide notes while others offer methods to discriminate between genuine suicide notes and simulated ones. From the very beginning, authors employing various methods of content analysis try to identify or construct certain elements that reflect psychology-based suicidological theories. For example, Leenaars (1985) invented the method of 50 "protocol sentences" to test Shneidman's formulations regarding suicide. In 1989 he stated: "suicide notes are an invaluable starting point for comprehending the suicidal act and for understanding the clues and patterns demonstrated by people who actually commit suicide". (Leenaars, 1989, L:249). However, even contemporary suicide note studies (O'Connor, Sheehy 2000) overlooked the fact that suicide notes are the last discursive products of suicidal individuals, and as such, they are the representations of suicidal mind penultimate social acts of their authors linguistic products serving some important discursive functions.

The context of these discursive products is the process of suicide. Therefore, the description of some theoretical concepts on suicide is relevant in interpreting the role and function of suicide notes.

THE SUICIDE PROCESS

The pioneers of suicidology (Farberow & Shneidman, 1961; Ringel, 1969) described the basic phenomena and connections of the suicide process. During the 1990's, Michel and Valach (1997) published the theory of goal-directed action representing a developmental systems theory approach. These authors describe suicide as "a goal-directed action, seen as an alternative to the original life-carrier, which may relate to a relationship or work in critical times

when a person's self-evaluation is negative" (Michel & Valach, 2001 L:235). Action theory operates with the concepts of goal, intention, plan, strategy, decision, evaluation, choice, success, and failure as important elements of the suicide process (Michel & Valach, 1997). By their opinion, it's impossible to commit suicide without "working out" the necessary steps of the decision-making and implementation process. In the mirror of their theory, the suicidal person is perceived as a relatively passive subject of the suicide process, as somebody "haphazardly caught in the stream of a wild river".

Authors assume that suicide is a much more complex phenomenon: the process as a "wild river" may seem chaotic and disordered but still obeys certain rules including individual, inter-subjective and socio-cultural dimensions of the meaning - production process, ending up in a suicide act or in a life preserving "identity reconstruction". An individual is actively engaged into the runoff of the suicide process by seeking, constructing, or deconstructing meanings in the inter-subjective space.

A particular suicide process starts when the coherence of psychosocial identity decreases due to some psychological, and parallel, socio-cultural changes. In some cases, because of biological, developmental, or early trauma-related problems the psychosocial identity of the individual is more or less fragile. Such individuals suffer because negative self-representations, feelings of incompetence, and an inability to predict the behavior of others or their own future dominate their experiences, causing a deep vulnerability.

Some citations from suicide notes reflect these theoretical assumptions (!):

„...This self-imposed isolation, the rejection, the failures and frustrations overwhelm me...“ For such individuals, (even minor) changes in everyday life lead to painful emotions: *„ I can't go on living like this...“*. Usually, they are unable to construct a desirable life carrier or carry out goal-directed actions. *„ ...I am tired of failing...“* Sometimes identity becomes fragmented due to a major transition. In such cases feelings of social incompetence and meaning incoherence are amplified because of various types of losses (illness or changes in social position, or because of trauma-related experiences.) *„...I have tried to cope with the pressures but find that I just can't do it...“*.

If the individual experiences are affective consequences of *„ the extreme negative changes in the way the 'Self' was previously being experienced and in the way it functi-*



ons" (Orbach, 2003), it must take some adaptive (or maladaptive) steps to avoid the „unbearable mental pain" or „psychache" as termed by Shneidman & Farberow /1957/, Shneidman /1993/) accompanying these changes. Unbearable psychological pain is described as the key moment in the development of the pre-suicidal process: "Suicide occurs when mental pain is deemed by the person to be unbearable." (L:51)

Two sub-processes can be identified in the suicide process: adaptation, which allows the individual to restore the coherence of individual identity by using creative potentials or inter-personal support, and the process of self-destruction leading towards death. At first glance, the process towards a bearable life and the wish to avoid "psychache" runs counter to the process leading to self-destruction, but the situation is more complex than that. Suicide notes and farewell letters often contain statements like:

„...I feel calm and at peace and grateful that I can go to sleep painlessly...", or *„... Though I am about to kick the bucket I am as happy as ever. I am tired of this life so am going over to see the other side..."*

If individuals fail in their efforts to restore the coherence of their previous life history, the level of their emotional distress increases. Such people describe themselves as "wounded" and "disconnected". They are uncertain in their judgements and decisions. "...I cannot continue any longer. The pain has become too unbearable. My problems are insoluble... «According to both clinical and research experiences of the authors, the growing feelings of helplessness, contribute to the weakening of "life preserving" intentions and the dominance of death-oriented thinking:

„...My mind -- always warped and twisted -- has reached the point where I can wait no longer -- I don't dare wait longer."

The "ultimate constriction" of meanings is being developed. Only those meanings are selected from the disintegrated system of personal constructs that are compatible with the actual mental state of the suicidal person, resulting a coherent but very restricted and one-sided view of one's social world. We, humans are not only biological creatures guided by our instincts – some sort of innate hedonism – but also live in the communally constructed symbolic world of meanings, a resource for our identities. Understanding suicide is impossible without entering this world and ex-

periencing not only its potentials but its limitations as well. Individual motives, preconditions and presuppositions concerning self-destructiveness easily meet the culturally constituted suicide related discourse. Culturally constructed meanings related to suicide pervade the suicidal individual's symbolic world.

Unfolding of the suicide process depends on the construction of a coherent reality by the peculiar individual who accepts suicide as the only possible alternative for resolving the unbearable psychological pain. The initial "loss" or „transition" is translated into „death" as separation from previous roles and social states takes place and future ones do not seem available. The construction of a coherent reality depends on the successful integration of individual and communal representations. The discourse of suicide is the locus of such reality elements, and it is primarily shaped by culture accumulating the entire experience and tradition of the given population. Culture can be conceived as a map for action delineating appropriate social behavior in various settings, that is, suicide-related discourse identifies situations, perspectives, methods, and patterns of behavior. (Peterson, 1979)

In Foucault's definition, discourses are the modes of thinking and meaning construction and the content of human consciousness. Linguistic elements related to suicide evoke contextually based meanings. Therefore, the discourse on suicide is the place of meaning negotiation between the individual, the "others", and the broader socio-cultural context. The inter-subjective space dissolves the boundaries of the defenseless individual who, as the process of suicide progresses, is the less able to enter a constructive dialogic relationship where new, liberating meanings could be formed. The individual – also influenced by internal biological, cognitive, and affective mechanisms – is simply immersed in the suicide – related discourse offered by the culture transferred by common language use. Fekete, (2004) studied the Hungarian suicide epidemics following the suicide of prominent persons represented by the media. He concluded that culture incorporates the certain suicide case into the general suicide-related discourse.

Suicide – related discourse contains symbols where the culturally transferred meaning is the "sediment" of suicides committed ever by the members of the linguistic community. The meanings of such symbols are dynamic,



■ Referate

continually transforming and adapting according to new events, historical situations, changing myths and beliefs etc. The discourse does not include only the symbols and their frame of reference but also the procedural knowledge on how to construct utterances related to self-destruction and suicide. The discourse also affects “non suicidal” individuals’ representations. The outcomes of a study, intended to investigate the social representations of (non-suicidal) Hungarian university students regarding the content and functions of suicide notes (Oravec, 2004a) confirmed that members of the same culture share the representations of suicidal individuals on the role of suicide notes: to perform a final internal dialogue or final statement, and to communicate facts to the intended readers.

DISCOURSE RELATED ELEMENTS OF THE SUICIDE PROCESS

Suicide takes place in the context of the actual and the historical, in real, symbolic, and even fantasy-level interactions between the individual and his/her social world. The role of the suicide note is especially decisive during the last hours and minutes. It has the power to guide the suicidal individual to make the last step toward death or re-direct the suicide process to a life preserving outcome. Discursive elements playing a major role in the process will be discussed here:

a.) Harmonization with suicide-related meanings

The content analysis of suicide notes and suicide related texts on the Internet has confirmed (Oravec 2004b), that a firm decision to commit suicide is not sufficient by itself to complete the suicide act. “Harmonization” of the representational system of the suicidal individual with the discourse of suicide must take place. “Harmonization” can happen through an immediate dialogue of two persons but sometimes the transformation of internal “thought systems” and contents happens through writing suicide notes, farewell letters, testaments, suicide – related e-mails etc. The final sequence of the suicide process serves the goal of minimizing the suicidal person’s cognitive incoherence – that is, establishing negative coherence - by integrating the suicide-related thoughts representations and emotions into the Self.

Suicide notes often employ simple linear reasoning about „causes” of the act: “I feel justified in terminating a life which no longer holds any hope of having the essentials which make it worth living” or “I married the wrong nag-nag and I lost my life.”

By „writing out” such statements, the suicidal person contributes to the developing coherence of the „inner” suicide – related discourse and often adjusts himself to readily available stereotypes. Sometimes, the author of the suicide note directly names some other person (-s) as the „cause” of the suicide. By this maneuver not only adjustment is made but „bad people” are also punished which transforms the self-destructive momentums into justifiable aggression toward others.

„You win, I can’t take it any longer, I know you have been waiting for this to happen. I hope it makes you very happy, this is not an easy thing to do, but I’ve got to the point where there is nothing to live for, a little bit of kindness from you would have made everything so different, but all that ever interested you was the dollar.”

The above noted motives obviously serve the intention to reduce death anxiety. Sometimes, the reason for anxiety lies in fear of afterlife: „I think I am more frightened about what lies beyond, whether it is something even worse than what life is.” or „If it is possible to love in the hereafter, I will love you even after death. May God have mercy on both our souls.”

Another reason for death anxiety is the fear of disappearance as an analysis of the collection of farewell letters written by Slovene patriots executed during the World War II. (Oravec & B. Erdős 2006) has revealed. However, this is a more universal feature also found in other types of farewell letters as in the following suicide note: „I am going out -- and I hope it is out -- Nirvana, I think the Buddhists call it which is the word for „nothing.”

b.) Pro-suicide and lifesaving messages

A suicidal person faces numerous „pro suicide”, „pro-choice” and „lifesaving” messages during the process in which the response of social environment is embodied. „Pro-choice” statements suggest that „you have the right to commit suicide and I will not hinder you”. On the contrary, „life preserving” statements, such as „Please don’t do this. I care for you with all my heart and soul” either suggest positive support and empathy or a conviction that life is an absolute value and suicide is not acceptable. The most powerful ones are the „strong statements” suggesting, recommending, or even ordering suicide as the solution to the problems of the individual. Any time a plausible linear „cause” of a completed suicide is outlined human situations when suicide is considered rational, meaningful, accep-



table, and expected are identified in the „map for action”. Some direct messages also act as “pro suicide” or „pain producing” by evoking negative Self-representations in the potentially suicidal individual. Statements like „I’ve tried so hard to make our lives pleasant and lovable, but you didn’t seem to care. You had great plans which didn’t include me. You didn’t respect me.” or „You can’t hurt me further and anyone else. I was a „toll” while you needed me or thought you did.” clearly reflect the self-related representations as perceived by the suicidal individual. To a certain extent, „pro-suicide” and „lifesaving” statements are competitive along the suicide process, and their effect depends on the level of congruity with the intentions of the suicidal individual. Some discursive elements (statements, expressions, etc.) can be incorporated into the peculiar suicide discourse that is developing more and more, while others fit into the concept less and less. In the process „life oriented” statements become less relevant and coherent with the suicide-oriented cognition of the suicidal individual. It seems that such persons even actively seek negative statements, negative emotional contents or a direct (external) confirmation of the thought that suicide is the only solution for them. This selectivity in the perception of communication feature is in line with Ringel’s concept on dynamic distraction and the phenomenon of “ultimate constriction” described by Kelly (1963) „Please don’t think I did this because of you. I’m fucked. But I do love you very much. I just can’t cope.” The special discourse of suicide notes allows the individual to address similar statements to the intended readers and use the discursive act as a source of further, often final harmonization of their cognition close to the end of the suicide process.

c.) Ambivalence and cognitive ambiguity

Emotional ambivalence and cognitive ambiguity – as major „obstacles” to the development of a coherent suicide discourse – may often serve as protective, potential „lifesaving” elements: „I think I am more frightened about what lies beyond, whether it is something even worse than what life is.” Although ambivalence is very characteristic of certain phases of the suicide process, it is not present any more in the final phase. (Wedler, 1987) Ambivalent behavior is not tolerated very well in human encounters as the other’s behavior is unpredictable and the interaction is less controllable and, as such, it is one of the major factors leading to the suicidal person’s isolation. The „concerned others” very often interpret the cessation of ambivalence not as a lethal threat but as a positive change in the persons’ state. (B. Erdős, 2006) Suicide takes place when the

ambivalence and ambiguity is resolved through a discursive process which needs active engagement of the suicidal individual:

„I must have been born to suffer.”

„I W. S. Do not want to Live anymore”.

„The grass is greener on the other side.”

d.) The role of negation

The outcomes of the study, performed by Oravec (2004) show that the frequency of linguistic expressions, appropriate to express negation in a sample, retrieved from the Internet positively correlate with expressions, reflecting cognitive ambiguity and emotional ambivalence.

Kézdi (1995) stressed the role of linguistic negation in constructing a discourse or culture of suicide and identified it as an important marker of the suicide process. The rate of negation (in a linguistic sense) proved to be higher in suicide-related texts than in a random control sample. Also, Osváth, Fekete, Tiringier (1996) found that the number of various forms of negation is higher in a Hungarian suicide notes sample as compared to German and English samples. In the cultures with a high suicide rate suicide-related texts contain a greater number of words of negation (Oravec, 2001). Frequent use of negation is an inherent element of farewell letters written in both Slovene and Hungarian language. When double negation is used to express a positive statement the level of linguistic immediacy is decreased. (Colston, 1999) As for the emotional content of such utterances, the low level of immediacy is an indicator of the “uneasiness” of communication, of taboo or shameful contents.

Two forms of negation can be distinguished (Bakhtin, 1984; Watzlawick et al, 1968): one expresses ambivalence (e.g. „not this, but that”) and the other means annihilation („nobody ever in my life”). These two forms have different implications as for the speaker’s attitudes.

According to the research outcomes of a trans-cultural suicide notes study (Oravec 2003), linguistic expressions of negation are often connected with verdictive (Austin 1962) statements. It seems that suicidal individuals require negation to construct self-related statements. This is how the negation of self is manifested in language use:

„I am not insane. My mind was never clearer.”

„This is no way to live.”

„You will say I am crazy, and I can’t go on this way just half living.”



e.) Direct and indirect suicide expressions

The statistical analysis of suicide – related texts, like suicide notes, crisis communication and internet related texts confirmed that negation (as procedural content) is more tightly connected to suicide than direct or indirect expressions (as conceptual content) of suicide (Kézdi, 1995, Oravec, 1999, Osváth, Fekete & Tiringier 1996). The correlation analysis of the Internet-related data (Oravec 2004b) showed that there is a „strong tendency” toward a significant correlation between negation and direct and indirect suicide expressions, but not between direct and indirect suicide expressions.

f.) Reality deconstruction and reconstruction

The process of suicide starts when the coherence of individual identity decreases to a level that representations about a bearable life in the future are unattainable. Fragmentary elements of social- and self-related representations still connect the “inner world” of the suicidal individual to social life. The course of suicide process includes active deconstruction of pre-existing reality representing a “pro-life” orientation and a process of alternative reality construction which contribute to the development of an alternative reality system coherent with the pro-suicide orientation of the suicidal individual. As it appears from suicide note research (Oravec, 1999), persons intending to commit suicide sometimes must destroy or “deconstruct” the reality to resolve the problem of emotional ambivalence and cognitive ambiguity. The process of reality deconstruction is a discourse-related process employing performative acts (mostly verdictive statements) to implement or to consolidate the self-representations coherent with self-destruction. A statement like “my life has become a living hell and is so unbearable” serves as an appropriate discursive tool to cut the existing positive representations which connect the suicidal individual to the rest of the world. Resolution of ambiguity and ambivalence – the construction of “negative coherence” - leads to a decrease in cognitive dissonance. The disappearance of positive future representations seems necessary to move the individual toward suicide as the only solution.

Positive relationship and attachment to others protect a person against self-destructive processes. The suicidal person needs to “destroy” positive relationships and representations toward the self and others. Paradoxically, the act of disconnection sometimes appears as a pain - reducing act by resolving the ambiguity and ambivalence of the sui-

dal individual but the deconstruction of pre-existing reality and the consequent lack of a positive representation of the future pushes the suffering person toward death.

LEAVE TAKING!

Farewell letters are texts concentrated around the final statement and farewell. They are addressed to those for whom the author’s absence will be significant. The authorial absence at the very moment of reading is a major constituent of such texts representing the ultimate element of a dialogical effort. The impossibility of any further interpersonal negotiation about the meaning influences both the structure and the content.

A content analysis of farewell letters (N=45) written by Slovene patriots sentenced to death and executed by the German occupation authorities during the Second World War was performed. (Oravec 1998, Oravec & B. Erdős 2006). Results showed that more than 90% of the texts contain genre-specific structural variables, as the „addressee” the „signature” and a „leave taking phrase” at the end of the text. Content elements in the farewell letters were quite uniform. The most frequent emotions represented were feelings of guilt and love: „guilt” in the sense of causing suffering to the beloved and „love” as positive feeling expressed toward the addressees.

Authors of farewell letters typically announce their imminent death in the first sentence. In the next utterances they express condolence with the surviving family members and usually take responsibility for the tragic end of their life and say goodbye to the family members and the beloved. Individuals who never met each other but shared the same culture and the same kind of tragic situation wrote farewell letters with the same structure, script and content. The act of taking farewell in the shadow of imminent violent death and culturally transmitted representations on how to write a farewell letter are the main variables shaping the structure and content of such texts.

Oravec (1999) performed a comparative analysis of Slovene, Hungarian suicide notes and suicide notes written in English language. Suicide notes written by suicide completers had a less coherent structure and they were less uniform in their content. Further comparison of Slovene suicide notes (N=58) with samples of Hungarian (N=54) and English suicide notes (N=52) (Oravec 2002) showed no significant differences in the presence of structural elements.



The survey confirmed that less than half of all the suicide notes written in the three different languages were structured like farewell letters. The results suggest that suicidal persons showed less conformity and even in their ultimate acts were either representing the lack of social ties, or more or less breaking these ties themselves. The content elements of these texts as “ambivalence”, “love” and “remembrances” or statements expressing “sorry” or “it will be better for all” reflect their intention of writing.

The discursive expression of leave taking is the symbolic act of preventing the „disappearance” of the suicidal individual. The description of instructions, regarding funeral ceremonies frequently present in suicide notes may reflect two different intentions of the suicidal individual:

To be buried avoiding funeral ceremonies and further remembrance (cremation, offering the body to medical institution etc.)

To order unusual, pompous funeral ceremonies, even making a list of people, who must attend the funeral. Ordering music, decoration etc.

These instructions reflect the self-representations of the author of the given suicide note, which may vary from a sharp rejection of existence to a need for compassion addressed to the social environment or even a wish to survive in the collective memory of the family or community.

Farewell letters contain a significant “amount” of positive emotions and representations toward others, generally the intended readers. Similarities between the farewell letters of patriots and suicide completers suggest that farewell letters (of any kind) serve as spiritual connectors between the authors and the intended readers in the moment of final farewell. Such texts ultimately harmonize the relationship between the survivors and the persons who will be dead at that moment when the letter is read. (Frost-Benedict!)

The intention of the authors (independently from the reason of dying) is sometimes to leave behind a positive relationship with the beloved. Such an ultimate message may help the suicidal individual to survive through the spiritual connection with family and community members. Harmonization of the relationship with family- and community members may reduce death anxiety (Oravec). Some suicidal persons use this way of “resolving” the relationship with concerned others to eliminate the last “obstacle” before committing suicide. Sometimes suicide itself is represented as an act motivated by the strong wish to sustain

a breaking relationship. The results of a thematic content analysis disclosed that the Hungarian media announced several cases of extended suicide as acts and firm “proofs” of eternal and unlimited love. (B. Erdős, 2006)

Suicide notes that are not structured as farewell letters often contain negative emotions and even hostile intent towards the intended readers or other “actors” of the suicide narrative. Sometimes, the same person writes both kinds of suicide notes, usually to different intended readers. According to these findings it may be concluded that the “style” of suicide notes depends more on the relationship between the suicidal individual and the intended reader and on the role of the note in the process of suicide than on neurobiological aspects of the suicidal mind.

CONCLUSION

The sentence: “Even though I hate the life I live with such a passion, to pull the trigger seems so difficult” which was written by a suicide completer clearly reflect the horror which follows a person along the suicide process. The discursive suicidological approach has developed new perspectives of the process leading to self-destruction. The analysis of the narrative elements retrieved from suicide-related texts lead to the conclusion that the pass from the suicide process requires an active, intra-psychic and interpersonal engagement in constructing new meanings and representations which allow to a certain individual to take his or her life.

References*

1. Austin J. L. (1962) *How to do Things with Words*. Harvard University Press
2. B. Erdős, M. (2006): *A nyelvben élő kapcsolat (Of linguistic human bondage)*. Typotex, Budapest. (in press)
3. Fekete, S. (2004) *Öngyilkosság és kultúra. 2004. Új mandátum, Bp.*
4. Kelly, G. A. (1963) *Theory of Personality: The Psychology of Personal Constructs*. The Norton Library
5. Kézdi, B. (1995). "A negatív kód" (*The Negative Code*) Pécs: Pannonia könyvek
6. Leenaars A.A. Balance W. D. G. Wenckstern S. Rudzinsky D.J. (1985) *An Empirical Investigation of Schneidman's Formulations Regarding Suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior Vol15 (3)*
7. Leenaars, A.A. (1989) *Are Young Adult's Suicides Different from those of Other Adults (the Schneidman Lecture) Suicide*



Referate

- and Life -Threatening Behavior vol.19(3) 249-263
8. Oravecz R. (1999). *On the contents of suicide notes and the farewell letters of patriots, executed during the Second world war.* Etnolog 9/1
 9. Oravecz R. (2001). *The Content of Suicide Notes and the Role of Negation in the Presuicidal Process In: GRAD T. O. Ed. Suicide Risk and Protective Factors in the New Millennium Ljubljana: Cankarjev dom*
 10. Oravecz R. (2003) *Transcultural analysis of Suicide Notes and Farewell Letters (unpublished PhD dissertation)*
 11. Oravecz R.(2004a) *Discourse, suicide, psychological pain Revista International de Tanatologia y Suicidio 4/1 50-64*
 12. Oravecz, R, Moore, M (2004b). *Suicide, the discursive process. Pogled 2/1-2, 14-23.*
 13. Oravecz R, B. Erdős M. (2006) *Farewell Letters of Patriots, Sentenced to Death – Acts of Ultimate Identity Reconstruction. J. of Loss and Trauma.*
 14. I. (2003) *Mental Pain and Suicide Isr J Psychiatry Relat Sci.* 40(3):191-201.
 15. Osváth, P., Fekete, S., Takahashi, Y. (1998) *Az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök a médiában. Magyar-amerikai-japán összehasonlító vizsgálat. Psychiatria Hungarica. 13 (4) 405-413.*
 16. Peterson, R (1979): *Revitalizing the culture concept. Annual Review of Sociology, 5, 137-166.*
 17. Shneidman E. S., Farberow N.L. (1957) *Clues to suicide NY Mc Graw Hill L:197*
 18. Shneidman E. S. (1973) *Suicide Notes Reconsidered. Psychiatry 36 379-394*
 19. Wiener, M., Mehrabian, A. (1968) *Language within language: Immediacy, a channel in verbal communication. New York: Appleton-Century-Crofts.*

*Sunt enumerați doar autorii și lucrările la care se face trimitere în text în ordinea în care apar în lucrare. (N. traducător).

DESCRIERI DE CAZ

■ Consemnări: dr. Maria Ciofu Livanov, București

CAZUL I.

La începutul grupului, s-au prezentat regulile de desfășurare, apoi fiecare participant și-a spus numele și profesia, după care s-a pus întrebarea: cine are un caz?

Existase o singură propunere.

Protagonistul, medic, a vorbit despre o pacientă a cărei sosire la cabinet, anunțată din timp sau, uneori, intempestivă, trezește, atât în ea cât și în asistenta ei, sentimente intense de neplăcere. Medicul îi are în evidență, de mai multi ani, atât pe pacientă cât și pe soțul acesteia. Oameni în vârstă, fără copii, aceștia trăiesc mai degrabă retrași, având o relație tensionată. El, cadru militar retras, consumator de alcool, iese rar, este autoritar și gelos față de soție. Aceasta este cea care se ocupă de gospodărie. De asemenea, ea este cea care se prezintă, lună de lună, la medic pentru ridicarea tratamentului amândurora. De fiecare dată când sosește la cabinet vorbește mult și solicită explicații detaliate atât pentru ea cât și pentru soțul care este absent dar care o sună de mai multe ori pe durata întâlnirii. În relație

cu pacienta medicului îi este dificil să gestioneze timpul. De multe ori depășește durata consultației, ceea ce îi crează un disconfort semnificativ. În ultimul timp a ajuns să trăiască acest disconfort și anticipativ, atunci când vede numele pacientei în programator.

Medicul a cerut grupului să lucreze asupra modului în care poate fi gestionată relația cu această pacientă astfel încât să nu mai ajungă să trăiască acel disconfort semnificativ.

În prima parte a fanteziilor membrii grupului au vorbit despre cum s-ar simți ei înșiși dacă ar fi în situația medicului. S-au enumerat dorința de a ajuta, frustrarea și furia generate de dificultatea gestionării adecvate a timpului, responsabilitatea resimțită față de pacienții aflați în evidență, sentimentul de vinovăție în relație cu pacienții care așteaptă la rând pe coridor, nevoia de a le respecta drepturile și de a le oferi acestora timpul pierdut chiar cu riscul de a pierde, astfel, din timpul personal. Membrii grupului au încercat să se îndepărteze de aceste sentimente greu de tolerat căutând



modalități concrete de gestionare a timpului, ca de exemplu oferirea unor întâlniri care să respecte durata standard a consultației dar care să se repete la anumite intervale de timp sau direcționarea pacientei către un psiholog.

Ulterior, membrii grupului au încercat să privească situația din perspectiva pacientei. Au vorbit despre senzația de singurătate, nefericire și tensiune în relația de cuplu, nevoia de a stabili contacte umane și încercarea de a profita la maxim de momentele în care o altă persoană se arată disponibilă pentru ea, senzația de îndreptățire în ceea ce privește un timp dublu al consultației având în vedere că vine să ridice tratamentul atât pentru ea cât și pentru soțul ei. Punerea în cuvinte a acestei senzații de îndreptățire trăită de participanți în rolul pacientei a fost un moment foarte încărcat emoțional pentru aducătorul de caz, aceasta exclamând "dar oricum obține acest timp".

A existat, de asemenea, încercarea de a înțelege perspectiva soțului trecând mai departe de plasarea lui în rolul de abuzator al pacientei - victimă în relația de cuplu. Astfel, a apărut perspectiva unui bărbat care, trecând de la îngrijirea oferită de către mamă la îngrijirea oferită de către soție, nu a învățat să aibă grijă singur de el, nu a reușit să se maturizeze.

Membrii grupului s-au simțit într-un spațiu sigur, în care au lucrat împreună și care i-a încurajat să își privească proprii pacienți dintr-o perspectivă care să ia în considerare nu numai boala acestora, ci întregul context social în care ei trăiesc.

Aducătoarea de caz a afirmat că munca grupului i-a oferit noi perspective asupra pacientei, acest lucru diminuând semnificativ senzația de disconfort anticipativ.

CAZUL II. (ÎN CADRUL CONFERINȚEI ASOCIAȚIEI MEDICILOR DE FAMILIE DIN BUCUREȘTI)

La întrebarea "Are cineva vreun caz?" trei persoane au ridicat mâna. Fiecare dintre ele a prezentat, pe scurt cazul. Participanții au fost invitați să voteze asupra cărui caz doresc să lucreze. Jumătate dintre participanți au votat pentru unul dintre cazuri, restul pentru celelalte două.

Aducătorul de caz a fost o femeie, medic de familie. Ea ne-a vorbit despre o mamă care avea două fete de 9 și respective 8 ani, dintr-o primă relație și un băiat de 1 an din relație actuală. Medicul avea în evidență pe mamă și pe copiii ei. Doctoarea o cunoscuse pe mamă după ce aceasta încheiase prima ei relație și considera colaborarea cu ea ca fiind dificilă, deoarece, de mai multe ori, ea nu respectase recomandările pe care le primise. Era vorba de o femeie

obeză care prezentase câteva probleme medicale pe parcursul sarcinii, necesitând urmărire și concediu medical. Aducătoarea cazului se simțea încărcată, neputincioasă și vinovată pentru că nu reușea să stabilească o comunicare autentică cu cele două fete care, de fiecare dată când veneau la cabinet aveau o mimică inexpresivă și răspundeau cu greu la întrebările ei. Fetița cea mică încă purta pampers, iar mama ei era foarte supărată din această cauză. Până atunci, nu se găsisese nicio cauză organică care ar fi putut să justifice acest comportament, iar ședințele cu psihologul erau anulate de către mamă de multe ori.

În etapa întrebărilor, participanții au adresat întrebări despre relația mamei cu tatăl fetițelor (medicul nu cunoștea detaliile), despre nivelul de școlarizare al mamei (studii medii), despre tatăl băiețelului (medicul nu îl cunoștea), despre familia extinsă (medicul nu cunoștea detaliile, dar a precizat că familia își schimbase domiciliul, fiind în prezent la o distanță mai mare de cabinet). Inițial, au existat comentarii care ar fi putut fi interpretate ca o critică la adresa prezentatorului de caz, care nu cunoștea unele informații pe care unii dintre participanți ar fi simțit nevoia să le cunoască. Intervenția liderului a ajutat ca aceste aparente reproșuri să fie reformulate pentru a exprima nevoile personale ale membrilor grupului și nu judecăți la adresa altei persoane.

După retragerea simbolică din grup a aducătorului de caz, participanții au început să lucreze asupra situației prezentate având în minte solicitarea care le fusese adresată: medicul avea nevoie să-și dea seama cum ar putea stabili o relație autentică cu cele două fete și cum ar putea să le ajute cât mai mult.

Participanții au vorbit despre frustrarea, neputința și furia, pe care le-ar fi trăit într-o situație ca cea pe care o trăia medicul. Au vorbit apoi despre dificultățile cu care ei înșiși s-au confruntat în cazurile similare de parteneri de cuplu și părinți. Au scos în evidență nevoia de conexiune cu partenerul, nevoia de a împărtăși responsabilitățile în cuplu și au vorbit despre schimbarea dinamicii familiale la apariția primului și, ulterior, al celui de-al doilea copil, iar mai apoi, despre crizele puberelor. S-a vorbit, de asemenea, despre nevoia copiilor de a se simți în continuare iubiți, atunci când în familia lor se naște un frate mai mic sau o soră mai mică. S-a pomenit despre nedreptatea și singurătatea pe care un copil le poate resimți atunci când este solicitat să ajute la îngrijirea fratelui mai mic sau a surorii mai mici. Mai ales când timpul petrecut împreună cu părinții se reduce din cauza acestuia din urmă.

Membrii grupului au vorbit despre fetița cu enurezis



Referate

și nevoia ei de pampers, ca despre o formă de păstrare a unei conexiuni cu trecutul, în care tatăl încă era prezent și ca o formă de auto-pedepsire pentru dispariția tatălui. Discuțiile au pomenit despre bărbații de familie care consideră că cel mai important rol al lor este aducerea banilor în casă și care acordă puțină atenție nevoilor femeilor de lângă ei. Astfel, s-a conturat ușor-ușor imaginea unei mame în burnout, pentru care solicitările medicului de a consulta un psiholog sau de a-și duce copiii la psiholog sau la vaccinare erau prea mult, pentru că nu mai știa cum să se împartă între toate responsabilitățile zilnice.

Grupul a dedus că era vorba despre o mamă ai cărei copii așteptau o dovadă de iubire din partea ei sau de compasiune din partea medicului. A fost pusă în cuvinte și dificultatea pe care unii dintre participanți au resimțit-o la încercarea de a se imagina într-o situație asemănătoare cu cea a mamei. A fost amintită și transmiterea trans-generațională a dificultății de exprimare a emoțiilor.

La întoarcerea în grup, doctorița care a adus cazul ne-a spus că munca grupului a făcut-o să se simtă înțeleasă, susținută și ajutată să își contureze direcții de intervenție viitoare.

În lucrul în grup, intervențiile participanților s-au înlănțuit spontan, armonios, fiecare dintre ei părănd a reuși să construiască în continuarea celor dinaintea lui. Intervențiile fiecărui participant au fost tratate cu respect de către ceilalți participanți, în așa fel încât părerile diferite au putut sta unele lângă altele. Grupul a permis membrilor să își exprime emoțiile intense într-un cadru sigur.

CAZUL III.

Întâlnirea cu studenții la medicină au avut trei momente: Modalități de creștere ale abilităților de comunicare la medici, o scurtă prezentare despre istoric și caracteristicile grupului Balint și grupul Balint propriu-zis.

Grupul a început prin prezentarea participanților. S-au recapitulat momentele și regulile grupului Balint, apoi participanții au fost întrebați dacă doresc să prezinte un caz. A fost un moment prelungit de tăcere din partea lor, moment în care liderul, coliderul și profesorul studenților au încercat să aducă clarificări despre natura cazurilor care pot fi abordate și să sporească încrederea membrilor grupului reasigurându-i de confidențialitate, lipsa de critică și munca între egali.

O membră a grupului, studentă în anul IV la Medicină, a anunțat că avea un caz despre care putea vorbi, care i-a

rămas în amintire chiar dacă nu a avut rolul principal în el. Ea a prezentat pe scurt situația și apoi, deoarece nicio altă persoană din grup nu și-a anunțat intenția de a prezenta un alt caz, a fost rugată să o prezinte mai în detaliu.

Astfel, ea a povestit că totul s-a petrecut când era în stagiul de chirurgie pediatrică. Se afla, împreună cu alți 5-6 colegi, în cabinetul medicului care oferea consultații pe bază de programare. Era foarte aglomerat iar medicul a consultat cu prioritate doi bebeluși. După aceea a intrat în cabinet, val vârtej, o mămică nemulțumită care a tipat la medic și i-a adus acestuia mai multe acuzații (că nu respecta programările și că alegea ordinea consultațiilor în funcție de preferințele personale timpul de așteptare mărindu-se mult prea mult, că din cauza lui fiul ei de 13 ani va întârzia la testul de la școală, că medicul și studenții pierdeau timpul în cabinet). Explicațiile calme oferite de medic s-au lovit de ușa trântită de acea mămică la ieșirea din cabinet. Acel moment a făcut-o pe studentă să se gândească că nu ar putea alege o specialitate pediatrică și să se întrebe cum ar trebui abordate astfel de situații.

Participanții la grup au fost invitați să îi pună aducătorului de caz întrebări care să îi ajute să își lămurească anumite aspecte ale situației care li se păreau neclare. În urma acestor întrebări ei au aflat că băiatul de 13 ani fusese operat anterior și că în acea zi aștepta la control pe coridor împreună cu ambii părinți, că prezentările se făceau printr-un sistem informatic care oferea bonuri de ordine, că timpul de așteptare era de aproximativ 3 ore, că nu exista un membru al personalului medical care să informeze părinții despre ceea ce se întâmpla în cabinet, că studeților le erau explicate radiografiile și cazurile din punct de vedere medical. Studenta știa că băiatul a cărui mamă intrase în cabinet a fost consultat dar ea nu a fost de față. Rugată să formuleze așteptarea de la munca grupului Balint, ea a spus că își dorea să își dea seama cum puteau fi abordate astfel de situații.

Aducătoarea de caz a fost rugată să se retragă simbolic din grup iar munca de fantasmare a membrilor grupului Balint a început.

Coliderul a fost primul care a vorbit, oferind un exemplu de raportare la cazul prezentat. Acest lucru a stimulat implicarea participanților în munca în grupul Balint. Discuțiile s-au orientat spre trăirile pe care participanții la grup le-au avut ascultând prezentarea de caz. De asemenea, ei au încercat să își imagineze cum s-ar fi simțit dacă s-ar fi aflat în situația studentei sau mamei. Perspectivele diferite pre-



zentate au reușit să surprindă aspecte variate ale situației. În prima parte a muncii în grup a părut că studenta și mama erau menținute la distanță una de cealaltă în mintea participanților, vorbindu-se când despre una dintre ele, când despre cealaltă. Spre final eforturile grupului s-au centrat pe încercarea de a stabili un dialog între studentă, ca reprezentant al cadrelor medicale atunci prezente în cabinet, și mamă. A apărut întrebarea dacă studenții sunt puntea dintre medicii coordonatori și pacienți sau dacă, dimpotrivă, medicii coordonatori sunt puntea dintre studenți și pacienți. S-a discutat despre relația studenți – medici coordonatori, despre nevoia studenților de a putea lua decizii, în limitele competențelor lor, și despre nevoia unui sistem medical umanizat.

Feedbackul aducătoarei de caz și al celorlalți participanți a fost unul pozitiv. Aducătoarea de caz a spus că a fost surprinsă de ajutorul primit de la grup într-o situație în care ea a avut doar un rol secundar. Ceilalți participanți au fost surprinși de felul în care munca în grup a ajutat la lărgirea perspectivei asupra cazului prezentat. Ei au spus că, treptat, au început să se simtă confortabil să își exprime punc-

tele de vedere. Ei au adăugat că grupurile Balint ar putea fi o resursă importantă pe parcursul activității medicale. De asemenea, și-au exprimat bucuria că au putut trăi experiența unui grup Balint și dorința de a mai participa în viitor la astfel de întâlniri.

Particularitatea acestui grup Balint a fost prezența profesorului studenților în grup. În anumite momente el a intervenit explicând anumite momente ale grupului sau direcționând atenția grupului spre anumite teme. A părut că, în anumite momente, acest lucru a menținut munca în grup la un nivel mai superficial. Beneficiul acestor intervenții spontane a fost însă reprezentat de clarificarea anumitor aspecte ale grupului Balint, într-un limbaj accesibil studenților și de dinamizarea grupului, studenții fiind receptivi în a-l urma. Ca lider de grup, această experiență mi-a arătat importanța cunoașterii componentei grupului pentru a putea adapta intervențiile la nevoile participanților și a facilita o dinamică de grup benefică acestora. De asemenea m-a făcut să mă întreb dacă într-un grup Balint ai cărui membri se află la prima participare nu ar fi oportună alegerea unui lider de grup cunoscut de către aceștia, atunci când această opțiune este disponibilă.

.....

ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI

17-19 mai, 2024: Conferința Națională a Asociației Balint din Republica Moldova, comasată cu Weekendul Național de Vară a ABR, Chișinău: 10 participanți din partea ABR, printre care și Trif Almos Bela, sosit din SUA, care, împreună cu Berci Veress au primit Diploma de Onoare oferită de directorul Spitalului Republican din Chișinău

23 mai, 2024: Secțiune Balint în cadrul Conferinței Naționale a Asociației Române de Psihatrie și Psihoteapie, la Timișoara: două grupuri Balint conduse de Alma László și Veress Albert, cu 2 lucrări prezentate tot de către ei.

Prima miercuri a lunilor: grup Balint online

Grupuri Balint la Constanța, conduse de către Váradi István

7 iunie, 2024: Curs Balint pentru masteranzii de la Psihosomatică, Cluj-Napoca, Veress Albert și Veress Éva

PLANURI DE VIITOR

26-27 septembrie: etapa IV. a cursului pentru acreditarea liderilor de grup. Miercuria Ciuc-Șumuleu, Casa de Studii Jakab Antal (Salvator)

27-29 septembrie 2024: a XXXI-a Conferință Națională Balint, Miercuria Ciuc-Șumuleu, Casa de Studii Jakab Antal (Salvator) cu invitați din străinătate





INDEX: ISSN L 2069-6388

