

Buletinul Asociației Balint

Periodic trimestrial. Volumul XIX. Nr. 76



Decembrie 2017

Studiu calitativ asupra relației pacient-personal medical

- Din perspectiva pacientului.

pag. 4

- Mihaela Maria Capriș - psiholog clinician; Cristina Alina Cucoș - psiholog, Brașov.

The deluded person as an actor in an aberrant scenario*

pag. 12

- Mircea Lăzărescu, Marinela Hurmuz, "Eduard Pamfil" Psychiatric Clinic Timisoara.

Elemente de dinamică de grup

pag. 20

- Enikő-Éva BUTYKA, psiholog, psihoterapeut - Cluj-Napoca

O scurtă istorie a legislației pentru Sistemul de Asigurări de Sănătate în SUA - Agregat informativ

pag. 22

- Traducerea și adaptarea Avocat Constantin Dimulescu, J.D. și Dr. Almoș Bela Trif, M.D., Ph.D.

De vorbă cu Simona Trifu

pag. 28

- Flaviu Predescu, București

La cumpăna anilor 2017/2018,
vă doresc un "La mulți ani"
cu sănătate, fericire, bucurii
și împliniri!

2017/2018-as éveink
vízválasztóján kívánok egy
boldog, békés, örömiteli,
sikerekben és egészségben
bővelkedő Újesztendőt!

In the festive time of year I wish
each and every one of you and
your beloved families a very
Happy New Year. May God
bless all of you and the good
work you are all doing all over
the world!

Veress Albert (Bertzy)
Editor in chief



Punctaj totalizat pentru participări la Grupuri Ordinare Balint

(Pentru care nu s-a acordat diplomă de participare!)

Nr. grupuri Balint ordinare la care s-a participat între 01.10.2016-30.09.2017, creditate cu câte 1,5 ore EMC/grup (*ședințe cu o durată de 120 minute*) de către Colegiul Medicilor din România prin decizia 4274/2002, cu valabilitate permanentă (*situația va fi depusă de fiecare persoană interesată la Colegiul Județean al Medicilor sau OAMR*)

NUME, PRENUME	NR. GRUPURI
ANTONESCU VIRGINIA	8
ASZTALOS LÁSZLÓ	6
BARTALIS LÁSZLÓ	7
BIRÓ ÉVA	1
BLÉNESI ÁGNES	1
BODOR CSABA	2
CAMPAN DANIEAL	5
CAPRIȘ MARIANA MIHAELA	7
CÎNTEA STELIAN	8
DOBOS GYÖNGYVÉR	1
FRANCU LAURA	6
GEREÖFFY FERENC	6
GÖRÖG ILONA	5
KEDVES HANGA	2
KEREKES IZABELLA	2
KOPACZ ANNAMÁRIA	1
KRISTÓ IBOLYA	1
LĂCĂTUȘ ANCA	8
LAKATOS K. MÁRIA	2
MADARÁSZ ENIKŐ	7
MÁRTON ATTILA	10
MÁRTON GIZELLA	6
MIHAI ADRIANA	9
MOLDOVAN CSILLA	2
MOLNÁR CSILLA	3
MUJI RAMONA	8
MUNZLINGER ATTILA	11
MUNZLINGER ILDIKÓ	11
MUNZLINGER NÓÉMI	1
MURESAN EMESE	9
OLTEAN IULIU	1
PAP MARIA MIHAELA	7
PAPP JUDIT	8
PÁZMÁN ENIKŐ	9
PÁZMÁN KATÓ	2
POP RAMONA	8
PROCA RÉKA	4
SOCACIU LAURA	8
TAKÁCS JÓZSEF	8
TROHONEAN VALERIA	1
VERESS ALBERT	2
VERESS ÉVA	1
ZAINESCU ANDREEA	6
ZRINYI ERIKA	5



Cuprins

Prezentarea Asociației Balint din România	2
Studiu calitativ asupra relației pacient-personal medical - Din perspectiva pacientului. ■ Mihaela Maria Capriș - psiholog clinician; Cristina Alina Cucoș - psiholog, Brașov.	4
The deluded person as an actor in an aberrant scenario* ■ Mircea Lăzărescu, Marinela Hurmuz, "Eduard Pamfil" Psychiatric Clinic Timisoara.	12
Elemente de dinamică de grup ■ Enikő-Éva BUTYKA, psiholog, psihoterapeut - Cluj-Napoca	20
O scurtă istorie a legislației pentru Sistemul de Asigurări de Sănătate în SUA - Agregat informativ ■ Traducerea și adaptarea Avocat Constantin Dimulescu, J.D. și Dr. Almoș Bela Trif, M.D., Ph.D.	22
De vorbă cu Simona Trifu ■ Flaviu Predescu, București	28
Știri din viața Asociației ■ Dr. Albert Veress - Miercurea Ciuc	32

MOTTOURI:

Nu există adevăr 100% adevărat, precum nu există nici alcool 100% grade. – *Kundera*

Singura diferență dintre medici și avocați este că avocații doar te jefuiesc, pe când medicii te jefuiesc și te mai și omoară. – *A. P. Cehov*

Decembrie 2017, Volumul XIX, Nr. 76 ■ 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:** Botond Miklós FORRÓ (fbotond@yahoo.com) ■ **Editat de:** Asociația Balint din România ■ **Tipărit la:** Pro-Print, Miercurea-Ciuc ■ **Adresa redacției:** 530.111 - MIERCUREA CIUC, str. Gábor Áron 10, tel./fax 0266-371.136; 0744-812.900. E-mail: veressalbert02@gmail.com

COMITETUL DE REDACȚIE:

Tünde BAKA ■ Doina COZMAN ■ Dan Lucian DUMITRAȘCU ■ Evelyn FARKAS ■ Liana FODOREANU ■ Ioan-Bradul IAMANDESCU ■ Cristian KERNETZKY (D) ■ Mircea LĂZĂRESCU ■ Holger Ortwin LUX ■ Dragoș MARINESCU ■ Ioana MICLUȚIA ■ Csilla MOLDOVAN ■ Aurel NIREȘTEAN ■ Iuliu OLTEAN ■ Gheorghe PAINA ■ Ovidiu POPA-VELEA ■ Almos Bela TRIF (USA) ■ Ionel ȚUBUCANU ■ Éva VERESS ■ Nicolae VLAD



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 psihologică 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. Quantumul 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 2018 este de 25 EURO** (la cursul oficial BNR din ziua în care se face plata), în care se include și abonamentul la Buletin.

În cazul în care două persoane dintr-o familie sunt membri ale Asociației, una dintre ele poate cere scutirea de la plata abonamentului la Buletinul Informativ, împreună revenindu-le doar o sumă de **42 euro**. Studenții și pensionarii sunt scutiți de la plata cotizației, fiind necesară doar abonarea la Buletinul Asociației.

Taxa de înscriere în Asociație este de **20 EURO** (nu se face reducere nici unei categorii socio-profesionale). Abonamentul costă **8 EURO**.

Prețul unui număr la vânzare liberă este de **2 EURO** (evaluate în lei la cursul BNR din ziua respectivă). Abonamentele pentru țările occidentale costă **50 EURO/an**, incluzând taxele poștale și comisionul de ridicare a sumei din bancă.

Plata abonamentului și a cotizației se face în cont CEC Miercurea Ciuc, nr. RO26CECEHR0143RON0029733, titular: Asociația Balint, cod fiscal: 5023579 (**virement**) sau 25.11.01.03.19.19 (**depunere în numerar**)



Biroul asociației



PREȘEDINTE:

Ilona GÖRÖG
ilon.gorog@gmail.com



VICEPREȘEDINTE:

Tünde BAKA
tundeb13@freemail.hu



SECRETAR:

Maria-Mihaela PAP
abr.secretariat@gmail.com



TREZORIER:

Albert VERESS
veressalbert02@gmail.com



MEMBRU:

Rita Lenke FERENCZ



MEMBRU:

Holger-Ortwin LUX



MEMBRU:

Csilla VAJDA-HEGYI

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 de ordin psihologic al relației medic - pacient (medicină socială, responsabilitate medicală, bioetică, psihosomatică, tanatologie etc.).

Materialele scrise la solicitarea redacției vor fi remunerate. Buletinul este creditat de către CMR ca prestator de EMC, deci orice articol publicat se creditează cu **15 de credite EMC**. Abonamentul la Buletin se creditează cu **5 credite EMC**. Redactorul șef și / sau lectorul au dreptul de a face convenitele corecturi de formă și conținut al lucrării și rezumatului, iar în cazul neconcordanțelor de fond vor retrimiti 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.

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, iar în bibliografie se înșiră autorii în ordinea citării, nu 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 CD, DVD, 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 justa lor lectură. 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 scana o fotografie tip pașaport sau eseu pe care o vor trimite ca fișier atașat la adresa redacției.

Autorii sunt rugați să se conformeze regulilor de redactare ale 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 primește manuscrisele cu parolă, fără să cunoască numele autorilor și propune eventualele modificări care sunt apoi transmise autorului prin intermediul redacției. Decizia lor este necontestabilă.

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



Studiu calitativ asupra relației pacient-personal medical - Din perspectiva pacientului.

■ Mihaela Maria Capriș - psiholog clinician; Cristina Alina Cucuș - psiholog, Brașov.

Rezumat: Fiecare dintre noi a experimentat suferință fizică sau psihică din perspectivă personală, subiectivă în rolul de pacient, beneficiar al unor servicii de îngrijire medicală. Care sunt trăirile pacienților pe care le pot experimenta și putem oare să discutăm despre nevoi specifice în astfel de momente de viață, când, fie suferințele sau disconfortul datorat bolii, fie situația în care este solicitat ajutorul profesioniștilor medicali creează anumite așteptări? Cum răspunde echipa medicală acestor cereri de ajutor, care sunt atitudinile personalului medical, așa cum sunt ele percepute de către pacienți și care este perspectiva acestora față de actul medical? Aceste câteva întrebări ne-au însoțit demersul de cercetare pe care l-am organizat într-un studiu calitativ, printr-o invitație adresată unui număr de 12 persoane, care ne-au relatat câteva experiențe de viață pe care le-au trăit în momentul în care au avut nevoie de ajutor medical. Aspectele pozitive sesizate de pacienți în raport cu serviciile medicale, dar și experiențele negative ale acestor persoane, în raport cu îngrijirile medicale de care au beneficiat ne-au ajutat să identificăm două dimensiuni, în urma analizei de conținuturi. Prima vizează predominanța proceselor emoționale de tipul afectelor, ce nevoi specifice pot avea pacienții și care este ponderea lor, iar cealaltă vizează felul în care sunt percepute atitudinile profesionale ale personalului medical și actul medical în situația de pacient.

Cuvinte cheie: umanizare, semnificație, abordare holistică, trăiri subiective, nevoi specifice, suport emoțional, îngrijire, respect, asistență medicală de calitate.

Abstract: Each of us has experienced physical and psychological suffering of a personal, subjective role as a patient, in a medical healthcare. Which are the emotional experiences of the patients? Can we discuss about specific needs in such moments of life when, either the suffering or the discomfort due to the disease, or the situation in which the help of the medical professionals has created certain expectations? How the medical team answers to these requests for help, what are the attitudes of medical staff, as perceived by patients, and what is their perception of the medical act? These few questions were part of our instrument, during our research that we organized in a qualitative study. We made an approach through an invitation addressed to 12 people, who told us about some life experiences that they underwent, when they were in need of medical help for their difficulties. The positive aspects related by patients in relation to medical services, as well as the negative experiences of these people, in relation to the medical care from which they benefited, helped us to identify two dimensions after the content analysis. The first is about the predominance of emotional processes of the type of affections, and what specific needs a patient may have and how much does it values, and the other one consists the perception of the professional attitudes of the medical staff and the medical act in the patient's situation.

Keywords: umanization, meaning, holistic approach, subjective experience, specific needs, emotional support, care, respect, appreciation, quality medical care..

1. CADRUL TEORETIC

Încet, încet începe să se conștientizeze faptul că nu funcțiile psihice în general trebuie să constituie obiectul de cercetare al psihologiei, ci funcțiile psihice ale omului concret, nu activitatea la modul impersonal, ci ACTIVITATEA personală și personalizată a omului.

Reconsiderarea umanului a câștigat tot mai mult teren în psihologie, ea constituind motorul psihologiei umanis-

te. Prin jurul anilor '50, '60 începe să se contureze această nouă orientare, considerată de fondatorul ei A.H. Maslow "cea de-a treia forță în psihologie", alături de psihanaliză și behaviorism. În centru se situează OMUL și problematica sa umană, viața sa personală și relațională presărată cu nimicurile cotidiene, dar și cu marile ei drame. Se constată o „umanizare” a disciplinelor prin evidențierea semnificațiilor pentru om.



Aceste idei și principii noi ale psihologiei umaniste au determinat modificări importante în alte domenii. Vorbim de o nouă cultură a relațiilor interpersonale, de umanizarea educației, a medicinei, conturându-se profunde transformări la nivelul întregii societăți și culturi contemporane în scopul de a se putea asigura

condițiile necesare dezvoltării personale a tuturor indivizilor.

Va fi promovat astfel în MEDICINĂ un nou MODEL MEDICAL, diferit de cel clasic, în care accentul cade de pe partea anormală pe cea sănătoasă, în sensul *“elaborării instrumentelor de vindecare ce au ca bază: potențialul și resursele sănătoase încă nevalorificate ale pacientului”* (Zamfir, 1997). (1) Față de modelul tradițional, în care pacientul are o atitudine pasivă, iar rolul de conducător al demersului terapeutic îi revine medicului, în viziunea umanistă, pacientul are o atitudine ACTIVĂ, participativă, în raport cu viața sa. Acest model își are rădăcina în viziunea și principiile lui Carl Rogers, care propune în psihologie o relație între terapeut-pacient bazată pe sinceritate și dialog, în care terapeutul e o personalitate autentică, capabilă să înțeleagă și să accepte existența celuilalt, o relație EMPATICĂ. Carl Rogers spune că esența demersului terapeutic nu constă în acea manieră clasică de *“a acționa”*, ci în aceea de *“a fi”*. Pacientul este centrul terapiei eficiente, beneficiarul (Rogers, apud Luca, 2000). (2)

Se ajunge la o REDIMENSIONARE a relației pacient-echipă medicală, o redefinire a ei în care conștientizarea rolurilor e imperios necesară. Anne Cain, în cartea sa *“Psihodrama Balint”*, spune că *“ARTA MEDICALĂ este nu numai o chestiune de știință și de experiență, ci și rezultatul unei confruntări mai mult sau mai puțin dificile a practicianului cu pacientul său”* și că *“a fi în relație cu bolnavul te angajează fără doar și poate vital”* (Cain, 2003). (3)

Balint, în cartea sa din 1956, a propus această idee de UMANIZARE a relației medic-pacient, reamintind de abordarea HOLISTICĂ a pacientului. Balint consideră că *“medicamentul de departe cel mai folosit în medicina generală era medicul însuși.”* (Balint, 1956). (4) El consideră că a vindeca un om, corect și bine, presupune și este condiționat de existența unei atmosfere de căldură și emoție autentică, presupune receptivitate, amabilitate, deschidere din partea medicului în fața pacientului și a suferinței cu care acesta se confruntă. Răspunsul medicului la solicitările pacientului este transformarea pe care acesta poate să

i-o ofere sub forma medicamentului reprezentat de însăși persoana sa. În viziunea sa, de multe ori pacienții au nevoie să fie ajutați și sprijiniți pentru ca să înțeleagă și să poată să vorbească despre problemele lor adevărate, (4) este nevoie ca medicul și echipa de îngrijire a pacientului să deceleze din multitudinea informațională și din conținuturile pacientului, ceea ce acesta realmente are nevoie în acel moment al fragilității, reprezentat de situația de boală.

Aceste cerințe pot fi extinse și considerăm că această abordare holistică, asigurarea unei relații de comunicare empatică cu pacientul, aparține atât medicului cât și celorlalte persoane ce fac parte din echipa de îngrijire medicală.

Un număr de studii menționează că *„percepția personalului medical și a pacienților privind calitatea îngrijirii crește atunci când personalul medical acordă atenție îngrijirilor pacientului, anticipează și satisface nevoile lui și îl informează privitor la cursul așteptat al evenimentelor”* (Gunther & Alligood, 2002) (5)

„Pacienții sunt toleranți față de limitele medicinei dacă sunt ascultați în mod autentic de către personalul medical. Este foarte important să nu se uite că nu se lucrează cu niște semne clinice, ci cu oameni bolnavi și ar trebui să se acorde atenție și stării psihologice individuale și nu doar celei medicale” (Iamandescu & Feodorov, 2001). (6)

Îmbunătățirea ACTULUI MEDICAL prin preocuparea față de PACIENT, în paralel cu cea față de boală, poate și trebuie să fie inclusă în prioritățile necesare asigurării unei asistențe medicale de calitate.

Organizația Mondială a Sănătății a conștientizat aceste aspecte importante ale îngrijirii medicale și a considerat că *“munca eficientă în echipă și parteneriatul cu PACIENTUL sunt la fel de importante ca și finanțarea adevărată”* (Wagner, 2003). (7) Este necesar ca atenția personalului medical să se concentreze asupra abordării pacientului în dimensiune holistică, nu numai asupra bolii sale, ci în a-l ajuta pe acesta să-și valorifice resursele proprii în procesul de ameliorare, vindecare (Swartz, 2003). (8)

CALITATEA ACTULUI MEDICAL reprezintă unul din aspectele cele mai importante și în aceeași măsură una dintre problemele complexe ale îngrijirii sănătății. Este complexă pentru că:

1. persoane diferite judecă după criterii diferite calitatea actului medical.
2. există abordări diferite ale îmbunătățirii calității actului medical.
3. există diferite niveluri de percepție a actului medical.

„Societatea judecă beneficiile pe plan utilitar, pacienții atenția primită, personalul medical judecă în funcție de



concordanță cu ceilalți profesioniști” (Gunther & Alligood, 2002). (5)

Vorbim de un ACT MEDICAL CALITATIV atunci când:

1. pacienții sunt mai bine îngrijiți;
2. pacienții și familiile lor manifestă un grad de satisfacție față de îngrijirile primite;
3. personalul medical manifestă satisfacție la rândul său;
4. se utilizează mai bine resursele limitate (Ashworth, 2003). (9)

Nevoia schimbării opticii este imperioasă; ea se va face treptat, în sensul corelării numărului de cadre medicale cu nevoile reale medicale și psihologice ale pacienților. Sistemul este plin de dificultăți, resursele materiale sunt insuficiente și, TOTUȘI, lucrând în ECHIPĂ, într-o echipă unită, echipă care să pună în practică principiile holistice în îngrijirea pacientului, se mai pot compensa din dificultățile existente. Astfel, echipa medicală poate oferi un complex de îngrijiri, necesar satisfacerii nevoilor și așteptărilor pacientului pentru a maximiza procesul vindecării sau al ameliorării - PRINCIPIUL ABORDĂRII HOLISTICE - reprezentând fundamentul profesiei medicale.

2. DESIGN DE CERCETARE

2.1 SCOP:

Prin acest studiu ne-am propus să aprofundăm dinamica relațională dintre pacient și personalul medical, scopul studiului fiind acela de a surprinde câteva aspecte ale acestei dinamici din rolul de pacient și în urma experiențelor trăite.

În particular, ne-am focalizat cercetarea pe răspunsul la o serie de întrebări precum:

1. Cum trăiesc oamenii experiența de pacient?
2. Ce nevoi specifice sunt semnalate în urma experienței de pacient?
3. Care sunt atitudinile personalului medical în contextul interacțiunii cu pacientul?
4. Care este percepția pacientului asupra actului medical?

2.2. METODOLOGIE

Demersul metodologic pentru care am optat este unul de tip calitativ, întrucât ne permite să răspundem mai bine întrebărilor de cercetare. Informațiile au fost obținute prin intermediul unui interviu deschis pacienților. Răspunsurile obținute au permis identificarea treptată a unor teme de discuție. Toate persoanele contactate au acceptat colaborarea și includerea informațiilor în cercetare. Orice detaliu ce ar putea permite identificarea personală a fost înlăturat, datele rămânând anonime.

Au fost obținute și supuse analizelor 12 relatări ale unor

persoane diferite, obținute în urma a 12 interviuri, fiecare dintre acestea fiind compuse din două experiențe de viață opuse, din rolul de pacient. Ghidul de interviu cu care am plecat la drum în mica noastră cercetare este alcătuit din următoarea solicitare pe care am adresat-o celor 12 persoane care au fost de acord să participe: **Vă rog să ne împărtășiți din experiențele dumneavoastră de viață, în rolul de pacient, o experiență plăcută și una mai puțin plăcută, pe care le-ați trăit în urma unei suferințe care a necesitat solicitarea unui ajutor medical.**

Vorbim așadar de 12 experiențe resimțite de pacient în mod plăcut și de 12 experiențe resimțite în mod neplăcut. Aceste experiențe au constituit suportul în ceea ce privește identificarea unităților de conținut și apoi clasificarea lor în categoriile tematice corespunzătoare. În aceste condiții, am urmărit atât aspecte pozitive sesizate de pacienți în raport cu serviciile medicale, cât și experiențe negative ale acestor persoane, în raport cu îngrijirile medicale de care au beneficiat. După lecturarea intensă a corpusului de documente obținute, am inițiat demersul de orientare, identificare, de cunoaștere și de analiză a temelor studiului nostru, pentru a elabora sensurile experiențelor de viață din rolul de pacient, fie pozitive, fie negative.

Analiza tematică a documentelor studiate ne-a ajutat la selectarea și descoperirea unităților de semnificație care ne-au ghidat în conturarea temelor și subtemelor.

3. REZULTATE OBTINUTE

3.1 ANALIZA TEMATICĂ ȘI ANALIZA FRECVENȚELOR

- Am identificat patru mari teme și în interiorul fiecărei teme am introdus subteme specifice, conform tabelului de mai jos:

Analiza tematică

TEME MAJORE	SUBTEME
Stări afective ale pacienților	Trăiri subiective Expresii emoționale
Nevoi specifice ale pacienților	Nevoia de informare Nevoia de îngrijire Nevoia de suport emoțional Nevoia de respect și apreciere
Atitudini profesionale ale personalului medical	Atitudini profesionale pozitive Atitudini profesionale negative
Percepția actului medical	Desfășurarea optimă a actului medical Desfășurarea deficitară a actului medical



Procentele obținute în urma numărării frecvențelor unităților de semnificație au fost următoarele:

STĂRI AFECTIVE:

- * 74,41% SA1 (Trăiri subiective)
- * 25,59% SA2 (Expresii emoționale)

NEVOI SPECIFICE:

- * 14, 81% NS1 (Nevoia de informare)
- * 16,66% NS2 (Nevoia de îngrijire)
- * 42, 59% NS3 (Nevoia de suport emoțional)
- * 25,92% NS4 (Nevoia de respect și apreciere)

ATITUDINI PROFESIONALE ALE PERSONALULUI:

- * 47,36% APP1 (Atitudini pozitive)
- * 52,63% APP2 (Atitudini negative)

PERCEPȚIA ACTULUI MEDICAL:

- * 32,65 % PAM1 (Desfășurarea optimă a actului medical)
- * 67,34% PAM2 (Desfășurarea deficitară a actului medical)

3.2 INTERPRETAREA REZULTATELOR

În urma analizei de conținut a unităților de semnificație am obținut **patru teme principale**, care se referă la **două dimensiuni ale relației pacient – personal medical**, una datorată predominanței **proceselor emoționale** de tipul afectelor și a **nevoilor specifice ale pacienților** șicealaltă vizând felul în care sunt percepute **atitudinile profesionale ale personalului medical** și **actul medical** în situația de pacient.

Prima temă identificată face referire la **stările afective trăite în rolul de pacient**, stări pe care le-am grupat în **două subcategorii**, pe baza unităților de semnificație.

Prima subcategorie, **Trăiri subiective**, se compune din emoții, senzații, gânduri, stări interioare resimțite în cadrul experiențelor trăite. Dintre acestea putem vorbi despre neliniște, îngrijorare, dezamăgire, frică, disconfort și durere, angoase, anxietăți, neputință, epuizare fizică și psihică, întâlnite cel mai frecvent, dar și bucurie, liniște, stare de bine.

Iată câteva exemple din ceea ce au verbalizat persoanele incluse în cercetare și care au fost introduse de noi în cadrul acestei subteme: **„eram neștiutoare”, „mă simțeam terminată, frântă, fără putere”, „nu mai vedeam de unde să mai am energie să mai nasc”, „nu mai puteam gândi, după o noapte de chin”, „bucuria de a fi cu copilul se transformă în spaimă”, „ajunsesem un neputincios”, „simțindu-mă amețită și lipsită de vlagă”, „m-am simțit mult mai bine, mi-am recăpătat somnul și liniștea”, „mă simt foarte bine, sunt un alt om”, „am avut temerea că nu are suficientă experiență”, „eram supărată și obosită”, „era foarte incomod și dureros pentru mine”, „m-am panicat”, „sentimentul a fost de nesiguranță”, „m-a apucat groa-**

za”, „m-am speriat prima dată”, „nu mai am insomnii, stări de anxietate, gânduri negre, frică de moarte”, etc.

A doua subcategorie, **Expresii emoționale**, ilustrează manifestări exterioare, comportamentale ale stărilor afective, în situația respectivă de viață. Astfel de manifestări sunt exprimarea suferinței fizice prin plâns, agitație, irascibilitate, furie, dezorganizare. Iată cum au fost numite de către subiecții noștri aceste expresii: **„eu plâng”, „eram vizibil speriat”, „Bogdan plânge când vede un doctor”, „cum a observat că o să urmeze un consult, a început să plângă”, „nimeni nu ieșea din cabinet nervos, nemulțumit, înjurând sau blamând”, „eram confuză din cauza durerilor”, „toți copiii plângeau”.**

Din analiza frecvențelor, constatăm că ponderea cea mai mare o dețin trăirile subiective, 74,41%, comparativ cu 25,59%, valoarea expresiilor emoționale și putem interpreta această diferență că fiind dată de faptul că experiența de suferință, de boală, este o experiență subiectivă, personală, boala fiind o dramă intimă a fiecăruia dintre noi. Pe lângă durere, anxietatea și teama par să însoțească aceste experiențe, care pot să fie re trăite ca ceva perturbator, amenințător. Aceste afecte se pare că sunt mai degrabă trăite individual, mai puțin sunt exteriorizate, verbalizate, manifestate comportamental, dar pot să-l vulnerabilizeze și să-l facă mai fragil pe individ.

Sunt autori care vorbesc de o regresie afectivă și comportamentală a persoanelor în situația de boală. Iamandescu pornește de la adevărul postulat de către psihanalisti, conform căruia într-o situație percepută de un subiect adult ca o primejdie, individul respectiv tinde să adopte instinctiv o conduită de tip infantil, menită să-i asigure un echilibru sufletesc. Astfel, scrie Iamandescu, **„adultul aflat în fața unei amenințări grave readuce în actualitate comportamentul copilului dominat de dependența și vulnerabilitate afectivă; un individ bolnav adoptă un comportament regresiv de tip infantil”** (Iamandescu & Luban-Plozza, 2003, p118). (10)

În această situație pacientul este dependent de personalul medical și de anturaj și astfel capacitățile, responsabilitățile sale sunt diminuate, acestea trecând de cele mai multe ori în rândul familiei și personalului medical, care devin apărătorii săi. Condiția de boală însoțită de procesele emoționale poate fi înțeleasă ca o cerință acută a unei comunicări interumane și a unui contact interpersonal aflat sub semnul nevoii de ajutor în astfel de experiențe. Perspectivele asupra stării de boală pot fi proprii fiecăruia din noi.



Perspectiva pacientului accentuează importanța experienței subiective a bolii și astfel ne putem îndrepta atenția asupra celei de a doua teme, pe care noi am identificat-o din unitățile de semnificație:

Nevoile specifice. Îngrijirea unei persoane bolnave este o sarcină complexă, este nevoie de o abordare holistică pentru acoperirea cât mai multor nevoi umane. Unele din aceste nevoi se nasc tocmai din felul în care este trăită și simțită experiența suferinței, iar pentru ameliorarea și vindecarea acesteia este important să fie cunoscute aceste nevoi specifice, pentru a putea veni în întâmpinarea lor prin actul de îngrijire.

Putem evidenția o serie de nevoi pe care le-am întâlnit în relatările pe care le-am analizat:

nevoia de a fi **tratați și îngrijiți**:

„am fost consultată cu mare atenție, grijă și respect”, „am plecat liniștită acasă cu diagnosticul și tratamentul corect”, „nu am fost tratată așa cum trebuie tratat un pacient”, „mi-a monitorizat funcțiile vitale”, „am avut nevoie de un medic competent”, „am fost îngrijită corespunzător, am primit analgezice pentru durere”;

nevoia de a **discuta, de a fi informați**, de a primi explicații și de a înțelege ceea ce se întâmplă cu ei, nevoia de a comunica aceste lucruri cu personalul medical:

„nu am primit informații, sfaturi, lipsă de interes”, „mi-a explicat amănunțit”, „mi-a spus să îl sun oricând, cu orice întrebare”, „nu prea știam ce se întâmplă, nimeni nu mi-a explicat ce se întâmplă”, „nu știam cum se pune copilul la sân”, „nimeni nu a vrut să le spună care e starea lui, mi-a oferit informații legate de starea mea”, „nu își permiteau să acorde timp cât ar fi fost necesar pentru fiecare pacient”, „nu știam concret care era starea mea de sănătate”;

nevoia de **atenție** din partea acestora și de **suport și sprijin emoțional**:

„nu s-a oprit o clipă să îi zâmbescă, să îi spună ceva, să încerce să îi facă vizita ceva mai confortabilă”, „lipsei de empatie a pediatrei care nu a interacționat deloc cu bebelușul”, „mi-a plăcut răbdarea ei și m-am bucurat mai ales când mi-a confirmat că totul este în regulă”, „am fost consultată de o doamnă doctor foarte faină, foarte caldă, înțelegătoare, amabilă, chiar amuzantă”, „încearca să mă liniștească cu promisiunea că se va rezolva”, „a stat lângă mine, mi-a explicat ce se întâmplă, m-a susținut”, „am avut mare nevoie, am simțit sprijinul și suportul acestei femei”, „m-a ajutat prin prezența ei, prin calmul ei, prin încurajări”, „m-a ghidat, luminat, încălzit într-un moment foarte greu”, „îi mulțumesc pentru răbdarea ei, suportul, înțelegerea, siguranța ei”, „eu am fost lăsată singură în chinurile mele”;

„s-a creat o relație frumoasă cu medicul, bazată pe încredere”, „îmi dădea un sentiment de nesiguranță”, „mă simțeam neajutorată”, „personalul era competent, atent cu pacienții, plin de grijă și bunătate”, „un doctor foarte drăguț... care ne înveselea”, „s-au asigurat că am primit atenția cuvenită, că starea mi s-a îmbunătățit”;

și nu în ultimul rând nevoia de a fi **tratați cu respect și demnitate**:

„am fost tratată cu indiferență”, „trebuie să le finanțezi ca să primești servicii normale”, „ar trebui să îi acorde atenție și respect, la fel ca unui adult”, „până în momentul în care îi dădeai bani”, „până nu te remarci cu o atenție... nu știi de existența ta”, „există și personal prietenos, care te întrebă fără obligații dacă te simți bine sau dacă vrei ceva”, „nu aveam bilet de trimitere însă nu m-a poftit afară”, „asta îmi dădea într-un fel un alt statut în ochii lui”, „ca să fie repezit ca ultimul cerșetor și întrebat dacă nu știe să citească”, „asistente care jigneau un om care era la pământ”, „nu m-au luat în serios și m-au tratat batjocoritor”, „am stimulat activitatea acestora cu un impuls financiar”, „respect, multă bunăvoință și bunătate”.

Am categorizat toate aceste nevoi specifice în **patru subcategorii**:

- prima subcategorie am numit-o **Nevoia de informare**, a avut o pondere de 14,81%;
- a doua subcategorie **Nevoia de îngrijire** -16,66%;
- urmează **Nevoia de suport** 42,59%
- iar ultima **Nevoia de respect** 25,92%.

Am observat, din analiza frecvențelor, că ponderea cea mai mare, aproape jumătate, o are Nevoia de suport, aceasta fiind dată, probabil, fie de vulnerabilitatea care caracterizează condiția bolii, fie de acea regresie comportamentală și emoțională, în care starea de dependență de un altul este mult mai mare. În această subcategorie întâlnim nevoia de sprijin emoțional, nevoia de comunicare, o comunicare empatică, înțelegătoare și nu de tip autoritar, nevoia de încurajare, de încredere în personalul medical, de asigurare a siguranței și a integrității somatice și psihice.

Psihologul George Sieber spunea că *“procesul de vindecare este întârziat sau periclitat de fiecare așteptare, temere, de fiecare întârziere silită a unei nevoi”* (Sieber, apud Valciu, 2003). (11) Discuțiile cu personalul medical nu contribuie la liniștirea imediată, fiecărui pacient fiindu-i alocat un anumit timp, câteva zeci de minute din timpul lor, situație datorată și volumului mare de muncă. Aceasta poate să fie și cauza faptului că deseori pacienții nu pot aprofunda, clarifica, cere explicații legate de afecțiunea lor. Sunt punctate mai mult aspecte legate de domeniul terapeutic,



cel al simptomatologiei, al investigațiilor clinice și paraclinice, iar problemele legate de felul cum boala respectivă afectează pacientul și familia acestuia sunt mai rar atinse.

Slaba comunicare cu pacientul duce la instalarea unei relații de neîncredere în tot ceea ce reprezintă și este parte a actului medical. Într-un studiu asupra pacienților spitalizați, s-a constatat că doar 45% din pacienți au obținut informația pe care o doreau, întrebând personalul medical. Restul, fie au așteptat să li se spună, fie nu au primit nici o informație (Beckmann, 1996). (12)

De aceea personalul medical - medicii, asistenții medicali - ar fi indicat să ia în considerare aceste aspecte, de a manifesta înțelegere, de a avea o atitudine de toleranță față de problemele și suferințele pacientului și, nu în ultimul rând, de a stabili o relație cu pacientul, bazată pe încredere reciprocă, pe o comunicare autentică, empatică.

Relația pacient – personal medical este o relație interpersonală, fenomen inerent profesiei medicale, dezvoltarea procedurilor paraclinice nereușind să înlocuiască contactul dintre pacient și cei care-l îngrijesc, respectiv cadrele medicale.

Astfel, cea de-a treia temă am numit-o **Atitudini profesionale ale personalului medical** și am considerat, din unitățile de semnificație, ca fiind **atitudini pozitive**, benefice îngrijirii pacienților, acelea în care se oferă încurajare, susținere și suport, blândețe, comunicare empatică, amabilitate, grijă. Ca frecvență, acesta subcategorie este reprezentată de un procent de 47,3% din totalul atitudinilor, aproape de jumătate.

Cealaltă jumătate 52,7% cea a **atitudinilor negative** fiind constituită dintr-o serie de atitudini ce pot fi considerate greșeli profesionale în practica medicală. Iată cum sunt ele prezentate în câteva dintre relatările analizate: **„moașa mi-a făcut instructajul cu o voce autoritară”, „pediatra vorbea exclusiv cu mine și părea să ignore nemulțumirea copilului”, „de doamna doctor... o femeie nemanierată, se adresa urât la orice om”, „am fost la medicul de familie, unde, stupoare, un consult superficial, o privire de ansamblu și diagnosticul nemulțumitor”, „am fost tratată cu indiferență”, „totul a fost superficial, distant”, „aceeași asistentă fără suflet a dat dovadă de nepăsare”** etc.

Procentajul acestor comportamente este aproape jumătate în textele analizate, motiv pentru care putem să tragem un semnal de alarmă, căci aceste greșeli în practica medicală îl fac pe pacient să simtă neîncredere în personalul medical și chiar în tot sistemul medical. O eroare medicală aduce pacientului durere, disconfort, stres, reluarea investigațiilor, a terapiei, creșterea numărului zilelor de spi-

talizare sau chiar agravarea serioasă a stării lui de sănătate. După o experiență de acest gen, pacientul va deveni neîncrezător necooperant, excesiv de precaut, insistent. Relația sa cu echipa medicală va fi afectată în sens negativ.

Pe versantul celălalt sunt apreciate capacitatea de a fi un bun ascultător, de a avea o gândire clară, de a ști să percepi ceea ce spune sau indică nonverbal pacientul. Printre calitățile necesare celor care lucrează în sistemul de îngrijiri medicale, pentru ca încrederea pacienților și a familiilor acestora să fie câștigate, sunt prioritare: încrederea în sine, stabilitatea emoțională, deschidere, amabilitate, atitudine empatică față de cei din jur etc.

În Revista de Psihologie nr. 2/1990, Andra Bolohan prezintă un studiu pe care l-a realizat, surprinzând comunicarea empatică dintre medicii pediatri și pacienții copii pentru a considera fenomenul empatic ca făcând parte din însușirile aptitudinale proprii medicului pediatru. Ea concluzionează că **în relația pacienți-medici, empatia este o funcție aptitudinală fără de care nu se poate desfășura cu eficiență activitatea medicală** (Bolohan, 1990). (13). Fenomenul empatic devine o însușire aptitudinală a profesiorilor medicale, care în relațiile cu pacienții lor au nevoie de această aptitudine, necesară, specifică, dar nu și suficientă în comunicarea eficientă.

„Cadrul de desfășurare a activității medicale presupune contacte între parteneri – personalul medical și pacienți – aflați într-o relație de interdependență. Această relație se bazează pe o comunicare explicită, presupune o relație de tip empatic: un partener simte acut nevoia de ajutor – pacientul; un partener simte necondiționat nevoia de a oferi ajutorul, cadrul medical” (Enăchescu, 1989). (14)

Capacitatea de a pune întrebări, de a empatiza, de a relaționa cu pacientul este o însușire care se deprinde în timp, nu se poate învăța de la o zi la alta. Nu este vorba de însușirea unor tehnici, ci de formarea unor atitudini care în timp, folosite, se vor transforma în deprinderi ale membrilor echipei terapeutice de a „naviga” în **arta comunicării eficiente** cu pacientul.

Cea de a patra dimensiune pe care am identificat-o este **Percepția actului medical**, înțelegând prin aceasta felul în care este resimțit și perceput impactul (amprenta) pe care îl au asupra pacienților îngrijirile și actele medicale, instituțiile de sănătate. Astfel, am diseminat o subcategorie: **Desfășurare optimă** și o alta subcategorie: **desfășurarea deficitară a actului medical**. Analizând frecvențele, am constatat că 32,65% este ponderea desfășurării optime, iar diferența 67,34%, a desfășurării deficitare; putem înțelege că în textele analizate ponderea este mai mare a



experiențelor de pacient ce au lăsat un gust amar, datorat fie ineficienței personalului medical, fie neajunsurilor și insuficiențelor materiale și umane ale sistemului sanitar.

Există tendința personalului de a considera pacientul ca fiind un caz și de a se centra numai pe simptomele lui și nu asupra întregii sale personalități, de a reduce tot mai mult comunicarea afectivă. Tratamentul devine tot mai depersonalizat, fapt cu un răsunet negativ asupra nevoii de comunicare afective a bolnavului (este tratat un colecist, un stomac, un fibrom și nu un pacient bine definit, cu personalitatea sa și cu modul de reacție particular), (Iamandescu, 2003). (15).

Iată cum au fost descrise câteva dintre astfel de experiențe: **„ce se întâmplă acum în spitale nu e naștere ci tortură asistată în scopul de a extrage în cel mai scurt timp fătul din uterul unei femei”, „uneori îi tratează neadecvat alteori nu le acordă atenție”, „condițiile de acolo erau foarte rele”, „nu este vreo schimbare... toaletele din băile proprii nu funcționau”, „oamenii pleacă mai bolnavi decât atunci când intră în spital”, „am fost la medicul de familie, unde stupoare, un consult superficial, o privire de ansamblu și diagnosticul nemulțumitor”**. Aceste deficiențe sunt legate fie de greșelile în atitudinile personalului medical, fie de neajunsurile și lacunele sistemului.

Ineficiența resurselor este motivul cel mai adesea reclamat. Termenul „resurse” nu presupune numai bani, el se referă în egală măsură și la oamenii care oferă aceste servicii. De multe ori se concluzionează că banii și alte resurse de natură fizică sunt cele care determină calitatea actului medical. Da, acestea pot ajuta, dar un sistem scump de îngrijiri nu este neapărat unul de calitate. **„ÎMBUNĂȚĂȚIREA CALITĂȚII este bazată pe modul de a acționa mental, presupune crearea unei culturi deschise privind învățarea, se bazează pe o ECHIPĂ PROFESIONALĂ EFICIENTĂ”**. (Ashworth, 2003). (9)

4. CONCLUZII

Rezultatele obținute atestă faptul că persoanele studiate au opinii variate în ceea ce privește îngrijirile medicale de care au beneficiat. Aceste opinii au fost influențate de gradul în care propriile nevoi de sănătate au fost sau nu considerate satisfăcătoare prin serviciile medicale primite.

Relația personal medical-pacient este percepută de acesta din urmă ca fiind condiționată de conduita pe care o adoptă profesionistul în fața nevoilor și problemelor sale, dar și de gradul de competență și funcționalitate a actului medical, adaptat dificultăților și nevoilor pacientului. Comunicarea este procesul cheie în medicină, fie că este

vorba de comunicarea cu pacientul sau de cea din cadrul echipei terapeutice. Descoperirea adevăratei naturi a problemelor pacientului, traducerea acestora într-un diagnostic și comunicarea lui pacientului depind în mare măsură de o relație de comunicare între pacient și echipa medicală. **„Pentru multe boli, comunicarea este unica formă de tratament: sfatul suportul, explicațiile sunt esențiale în a ajuta bolnavul”** (Tudose, 2003). (16)

Revenind la întrebările pe care le-am lansat la începutul studiului nostru, putem să spunem că experiența de pacient generează o serie de trăiri subiective ce variază de la teme, anxietăți, neliniști la disconfortul fizic și psihic datorat durerilor și suferințelor. O parte din toate acestea se vor materializa în expresii emoționale și comportamentale: plâns, neputință, agitație, confuzie, irascibilitate, furie. Această grilă de stări afective face ca, în aceste experiențe, să vorbim de o tipologie de nevoi specifice, de la nevoia de îngrijire și de tratament, la nevoia de informare corectă, nevoia de suport, care nouă ne-a reieșit că este cea mai imperioasă și, nu în ultimul rând, la nevoia de respect.

Din perspectivă relațională am putut identifica o serie de atitudini pozitive și o serie de atitudini negative în felul în care personalul medical a interacționat cu persoanele care ne-au relatat experiențele. Faptul că diferența între cele două tipuri comportamentale este mică ne face să spunem că există, cel puțin, la o parte din personalul medical acea preocupare empatică, cu grijă și cu atenție pentru pacienții săi, pentru ceea ce simt aceștia, pentru nevoile acestora.

Pentru ultima întrebare putem spune că actul medical este perceput favorabil de către pacienți atunci când aceștia se simt îngrijiți, ascultați, informați, când le sunt respectate drepturile și satisfăcute nevoile specifice, într-un sistem în care să existe o minimă decență în grija pentru celălalt.

Spitalul nu mai poate fi conceput în afara vieții. Doi din trei oameni mor într-un spital și nu puțini dintre aceștia mor în încălceala tuburilor de perfuzie, monitoarelor, aparatelor: o îngrijire foarte înspăimântătoare. Oamenii se tem acum de spitale. Clădirea în care practic li se dă ajutor și unde se așteaptă la compasiune și dragoste față de oameni s-a transformat încet într-un coșmar; teama începe de la intrarea în spital, de la mirosul de medicamente, teama de necunoscut, teama de suferință, teama de moarte „ (Valciu, 2003). (11)

Demersul terapeutic în procesul de vindecare și ameliorare a bolii presupune, pe lângă bagajul teoretic, extraordinar de important, și existența unei atmosfere de căldură, empatie autentică, receptivitate, amabilitate și deschidere



din partea celor care fac parte din echipa de îngrijire medicală, față de suferințele cu care se confruntă fiecare persoană în astfel de situații, fie ele somatice sau psihice. De aceea personalul medical - medicii, asistenții medicali - ar fi indicat să ia în considerare aceste aspecte, de a manifesta înțelegere, de a avea o atitudine de toleranță față de problemele și suferințele pacientului și, nu în ultimul rând, de a stabili o relație cu pacientul, bazată pe încredere reciprocă, pe o comunicare autentică, empatică.

5. LIMITE ȘI DIRECȚII VIITOARE

Studiul de față are o serie de limite, reprezentate de unidimensionalitatea aspectelor privind calitatea relației și a actului medical, de numărul redus de documente supuse analizei, de imposibilitatea generalizării concluziilor la întreaga populație de pacienți ce au primit servicii medicale și de subiectivitatea regăsită în formularea concluziilor ce decurg din cercetarea calitativă.

Considerăm că este oportun să investigăm și perspectiva persoanelor ce lucrează în sistemul medical, concentrându-ne bineînțeles asupra percepției privind calitatea relației cu pacientul, deslușirea nevoilor semnalate, a trăirilor și așteptărilor resimțite. Totodată, ar fi interesant să realizăm un studiu cantitativ în care să ne propunem să evaluăm gradul de satisfacție, atât al pacienților față de actul medical, față de modul în care sunt tratați și îngrijiți, cât și al personalului medical față de resursele pe care le au la dispoziție (financiare, tehnologice, de timp) și față de feedbackurile pe care le primesc din partea pacienților.

Gândindu-ne la o reformă în procesul sănătății, este lesne de înțeles că o analiză comparativă a opiniei pacienților și a personalului medical reprezintă un instrument extrem de important și necesar. Totodată punerea în funcțiune a unui sistem de măsurare a calității serviciilor medicale oferite, care să fie centrat pe pacient și pe nevoile acestuia, va permite îmbunătățirea calității actului medical, atât în instituțiile publice de sănătate, cât și în cele private.

Bibliografie

1. Zamfir, E. (1997). Psihologie socială - texte alese. Iași: Editura Antrom
2. Luca A. (2000). Carl Rogers și terapia centrată pe persoană. În I. Mitrofan (coord.) Orientarea experiențială în psihologie. București: Editura Sper.
3. Cain, A. (2003). Psihodrama Balint. București: Editura Trei.
4. Balint, M. (2017). Medicul, pacientul său și boala sa. București. Editura Trei.
5. Gunther, M., Alligood, M.R. (2002). A discipline specific determination of high quality nursing care. Journal of Advanced Nursing. 38(4), 353-359.
6. Iamandescu, B.I., Feodorov, L. (2001). Coordonate noi ale psihoterapiei suportive utilizate la nivelul asistenței de medicină a familiei. Buletinul Asociației Balint, 3(9), 8-10.
7. Wagner, E. H. (2003). Îngrijirea în bolile cronice. The British Medical Journal 10 (1).
8. Swartz, L. (2003). Îngrijirea bolilor cronice în țările mai puțin dezvoltate. The British Medical Journal, 10(1).
9. Ashworth, P. (2003). Obținerea și menținerea calității ridicate în îngrijirea sănătății. Revista Nursing nr. 6 (100) decembrie.
10. Luban-Plozza, B., Iamandescu, B.I. (2003). Dimensiunea psihosocială a practicii medicale. București: Editura Infomedica.
11. Valciu, D. (2003). Relația pacient-personal nursing. Revista de Nursing” nr.6(100) decembrie.
12. Buckman, R. (1996). Talking to patients about cancer. The British Medical Journal, 313:699. Găsit la adresa: <http://www.bmj.com/content/313/7059/699>
13. Bolohan, A.M. (1990). Empatie și detașare în relația medic – pacient. Revista de Psihologie nr.2. București.
14. Enăchescu, V. (1989). Dialogul medic – pacient. Cluj Napoca: Editura Dacia.
15. Iamandescu, B.I. (2003). Stresul psihic-din perspectivă psihologică și psihosomatică. București: Editura Infomedica.
16. Tudose, F. (2003). Orizonturile psihologiei medicale. București: Editura Infomedicală.



The deluded person as an actor in an aberrant scenario*

■ Mircea Lăzărescu, Marinela Hurmuz, "Eduard Pamfil" Psychiatric Clinic Timisoara.

Rezumat: În articol e dezvoltată ideea lui Gallanger privitoare la interpretarea delirului din perspectiva "realităților multiple". Sinele (the self) este considerat ca fiind în permanență implicat în variate scenarii, dintre care unele sunt ficționale. Așa e, de exemplu, faptul de a viziona o piesă de teatru sau un film, a citi un roman etc. Teoriile narative ale personalității abordează, de asemenea, sinele ca implicat în multiple scenarii, dar cu permanentă posibilitate de a se reîntoarce la identitatea sa de bază, bazată pe biografie. Delirul este interpretat ca o "cădere" într-un rol dintr-un scenariu aberrant, din care subiectul nu mai poate scăpa. Realitățile multiple sunt discutate și din perspectiva în care Mircea Eliade abordează transpolaritatea mitului sacral și corelația timpului narativității ficționale literare cu acesta. Psihismul normal e considerat ca având o structură meta-reprezentativă, care permite sinelui să joace concomitent diverse roluri în scenariile vieții curente. Delirul este interpretat ca o alterare a structurii "conștiinței auto-noetice".

Cuvinte cheie: delir, realități fictive, sine, timpul mental.

Abstract: The paper develops the idea of interpreting delusion based on Gallagher's "multiple realities" perspective. The self is considered to be permanently involved in different scenarios, including fictional ones, such as watching a play or reading a novel. The narrative theories of personality also discuss the involvement of the self in various scenarios, but with the possibility of returning to its basic, biographical identity. Delusion is interpreted as a "fall" in a role of an aberrant scenario, which the subject cannot escape from. The multiple realities are discussed from Mircea Eliade's perspective regarding the sacral time of the myth that forms the background for the time and structure of the fictional narratives. The normal psyche is characterized by a meta-representational structure, which allows the self to play the roles in different life scenarios. Delusion is interpreted as the alteration of the "auto noetic consciousness" and of the "mental time travel" structure.

Keywords: delusion, fictional realities, self, mental time travel, meta-representation.

INTRODUCTION

Delusion is still defined by reference to Jaspers (1997), who considered it an abnormal, incomprehensible belief in a false idea, which takes place through a psychopathological process. In a manual of descriptive psychopathology, it is stated that:

"For Jaspers, the characteristics of delusions are that: (a) they are false judgements, (b) they are held with extraordinary conviction and incomparable subjective certainty, (c) they are impervious to other experiences and to compelling counterargument and (d) their content is impossible" (Oyebode 2008, 122).

During the last decades, there has been an increasing number of psychopathological studies regarding delusion, especially due to the development of cognitivism. The "top-down" and "bottom-up" theories consider delusion a false belief (Bertolotti 2010). Lately, this thesis was frequently argued (Stephens 2009). Recently, Gallagher (2009) suggested another approach of delusion, from the perspective

of "multiple realities" (MR). He stated that the person is living in various realities in his everyday life, for example when going to the theatre, when reading a novel or when playing a video game. These realities are different from the practical reality of the everyday life. So is delusion, which absorbs the subject in a particular reality. Still, when living in the "multiple realities", the normal subject is able to return to his normal life.



We will try to develop Gallagher's hypothesis starting from the perspective of the narrative psychology of the person, referring to the special temporal dimension of the narrative reality and considering the particular domain of the sacral myth. For this purpose, we will discuss Mircea Eliade's interpretation of the special temporality of the myth and of cultural narrative.



DIFFICULTIES IN THE STUDY OF DELUSION

Before presenting our own thesis, we will shortly highlight four problems, which make the study of delusion difficult.

The first difficulty lies in the fact that delusion is part of multiple clinical contexts. We consider that, from a psychopathological perspective, the delusion that characterizes the *"Persistent delusional disorder"* in ICD 10 (F22) (WHO 1992) is more relevant to our purpose than the schizophrenic delusion.

A second aspect concerns the frequent correlation between delusion and different perceptive disorders, such as the *"salience"* phenomenon, illusions and hallucinations, absence of realization, sensitivity, *"centrality"*, and reference. These inferences draw attention to the fact that the psychic structure disturbed in delusion is a trans-situational one, implying a meta-representational level.

The third problem implies the various notions used to characterize delusion, in different domains. We can mention some of them: belief, truth, evidence, doubt, certainty, idea, experience, argument, proof, faith, conviction. These terms are also used in philosophy. The ancient skeptics talked about *"doubt"* and so did Descartes. The concept of *"idea"* was mentioned by Plato, and later by Kant and it currently has different meanings.

The fourth difficulty is related to the classical problem of the primary delusion. In his main article in 1910, Jaspers made a difference between the abnormal, but comprehensible prevalent process and the incomprehensible primary delusion (Jaspers, 1963). The primary delusion emerges in a different way, being preceded by a delusional mood. The subject feels that everything around him has a special, mysterious significance related to him (the feeling of *"centrality"*). At a certain moment, a common perception receives a special meaning and *"clarifies"* the delusional, incomprehensible theme (delusional perception). It is the moment when the *"psychopathological process"* takes place and *"moves"* the subject on the incomprehensible orbit of the primary delusion.

However, the clinical experience proves that a progressive variant of the emergence of delusion is also possible, even in the case of the delusion of jealousy. For example (a personal case):

"A 35 years old man progressively gets to the conclusion that his wife is cheating on him with her boss, with all her colleagues and, later, with all the members of the administrative community of the town. For this reason, they move to a different city. There, the history repeats itself. The situation becomes unbearable, because people start to laugh at

him on the street. After moving to another place, having the same problems, the man accepts the admission in a psychiatric unit, 4 years after the onset."

The delusional jealousy and the transition from normal jealousy to prevalent and delusional ideas have been studied by many authors (Shepherd 1990, Enoch 1991). All of them agreed that a progressive evolution towards delusion can characterize jealousy; and also, dysmorphophobia, hypochondria or the ideas of reference, as classically described by Kretschmer (1974). Two decades ago, Hollander (1993) suggested a possible obsessive-compulsive spectrum and imagined a continuum between the pole of obsessive uncertainty and the one of delusional certainty, passing through the over-evaluated ideas; the anxious-phobic phase could be placed at the beginning of this continuum (Fig.1).

Although we agree with the idea of the continuum, we also need to accept the idea of a *"disruption"* or *"fall on another orbit"* in the case of delusion (Fig.2).

The slowly progressive emergence of delusion and the sudden occurrence of the primary delusion are complementary. The last one is important for understanding delusion, because it highlights the existence of a psychotic level. This level can be considered similar, but specifically different, from the psychotic level of mania, major depression, depersonalization, disorganization, catatonia, obsessional features etc. The question would be *What is the psychic structure – centered by the self – which is impaired in this case of "psychosis" in general and in the case of delusion in particular?*

PERSONAL THESIS

Our own thesis states that delusion can be characterized by an abnormal identification of the subject with a special role in a narrative scenario, a real or a fictional one. This scenario refers to the subject's identity, including his state of being, his value, relationships, situation or his own self. For example: the role of a sick, dysmorphophobic, spied, persecuted, over-capable, guilty, incapable person, the role of someone who has a special mission given by God etc. The presence of a narrative scenario leads us to the *"multiple realities"* described by Gallagher.

From a phenomenological-existentialist perspective, the deluded person can be compared to an actor playing the role of King Lear or Othello. In the same way, an obsessive person is like someone who is permanently preoccupied with the construction and cleaning of a house and a manic person with someone who takes part in a New Year's Eve



carnival. The obsessive person becomes deluded only if he enters the role of a person who is in great danger of contamination or who is guilty for a possible danger produced by his magical thinking. Similarly, the manic person becomes deluded only if he takes the role of a character who is solving the world crisis or who has the mission of saving humanity; thus, who is transposing himself into a narrative scenario.

Our thesis highlights that the *“idea”* lying in the center of the delusional belief is characterized by a self-identity role in a narrative scenario. This approach leads to Tomkins’ narrative psychology. Tomkins, cited by McAdams (2008), suggests that the person is continuously generating dramatic scenarios for the problematic situations of his everyday life. He is the author and the actor in these scenarios. In normality, he is permanently part of various scenarios with different durations. He can evaluate their importance and can get out of them whenever he wants to. However, he is constantly maintaining his biographical self-identity, his agency and the ownership of his creativity regarding the events in which he is involved. Narrative is both implicit and explicit. Personal narrative implies the use of language and expresses itself through different imaginary scenarios, dialogues with oneself, biographic reports, potential or real narrations of situations and events. All these can be narrated in different ways and moments by other people or by the subject, as memories. They can be studied systematically, as McAdams’ narrative psychology did, for example. By playing different roles in multiple narrative scenarios, the subject is living on various levels with different objectives and different durations. This aspect is related to the study of the *“mental time travelling”* function, in relation to Tulving’s auto-noetic consciousness (1983). The subject expresses himself through a variety of selves, on the background of a basic biographical identity and time. Hermans has also studied this aspect (2009), based on James’ ideas of the multiplicity of selves (1996).

In the case of delusion, a certain scenario becomes dominant. The subject collapses in a specific role, which merges with his own identity. The person’s receptivity and creativity for the involvement in other scenarios decrease. The aberrant scenario is lived by the subject in relation to the real world or to a fictional one. E.g.:

“A patient shoots another person believing them to be an enemy assassin and himself to be the Queen’s personal bodyguard”. (Oyeboade 2008, 122).

“A manic patient claimed to be Mary, the Queen of Scots. She accepted that the queen in question lived and died centuries ago but claimed descent from her and felt fully enti-

pled to say that she was she” (Oyeboade 2008, 126).

A patient explains that *“everyone smiles and nods when they see me because I have been sent by God to communicate with people about evil and I have a letter from the Pope as proof”.* (Oyeboade 2008, 134).

Understanding the delusional idea as the placement of the subject in an aberrant identity-relational role in a narrative scenario is consistent with Gallagher’s point of view. He interprets delusion from the perspective of multiple realities (MR). Gallagher (2009) goes further with Shultz’s interpretation of James’ concept of *“sub-universes”* and discusses the realities, which are different from the everyday life: the reality lived when going to the theatre, to the cinema or when playing a video game. The subject can temporarily enter the role of the characters of these realities and can take part of their adventures. Similarly, in his dreams, he becomes the hero of some particular events. Still, in normality, the subject is in permanent contact with the everyday events and he can always return to his real life after spending time in the fictional or virtual reality.

We believe that Gallagher’s idea deserves to be analyzed and developed. It implies the evaluation of the identity roles from the aberrant scenarios of the delusional sub-universes and an analysis of these multiple worlds. It highlights the psychological characteristics of the person living in the realities of the theatre plays, novels, stories, myths or games. In relation to these realities, we can better understand the subject’s *“fall”* in the abnormal situation of *“being in the world”*, in a parallel reality than the one of everyday life; a reality which absorbs him and which he cannot abandon on his own.

THE PROBLEM OF THE MULTIPLE REALITIES

The deluded person *„falls”* in a special world, parallel to the many worlds, which form the *„socio-cultural realities”* (SCR). When analyzing delusion, psychopathology needs to consider not only the impairment of the psychological processes (perception, cognition, ideation, memory, representation, imagination, will, motivation, expectancy, evaluation, belief etc), but also the realities of the multiple human worlds, formed by novels, theatre, history, myths, in which the person lives during his life. The SCR become part of the individuals through the process of education.

The subject has at his disposal the *„multiple realities”* (MR) and he is permanently connected to them in his everyday life. He can enter these realities if he needs or if he wants to (Table 1).

The most important themes related to delusion are the



c), d), e), f), g) and partially a) situation. The b) and c) situations are related to mania. The h), i), j) situations are especially important for schizophrenia. The a) situation is met in delirium and may have some correlations with delusion.

Some of these more or less “fictional” realities are common for everybody. However, there is no operational definition for the normality of the persons who are involved in these realities. The normal person takes part in these realities with his whole cognitive and imaginative functions, in a special existential temporality, during his entire life.

The discussion of the dream in this context is important for highlighting the personal and subjective character of the states we describe in our thesis. All these realities involve the “subjective world” of the person. Dreams are present in a different reality than the one of the physical and bio-psycho-cultural human world. However, they derive from the everyday life. This aspect reveals the fact that, in all the “sub-universes” of the SCR, the subject partially detaches from the environment and his availability for connecting to the world is temporarily limited. When watching a play or while reading a book, the subject does not think about something else. He is “isolated”, but, in the same time, he remains connected to the SCR. This connection is also present in the case of creativity (h) and i) situations).

The subject is involved in different scenarios and roles not only by entering the multiple realities, which are parallel to the SCR. He is also playing these roles inside the SCR, during his everyday life.

The sociology of the 20th century has developed the concepts of “social status” and “social role”. These concepts apply to the family institution as well. The person can have different statuses: engaged, married, divorced, widowed etc. and, in the same time, he has different roles: the role of a parent, child, relative etc. Another perspective of the individual roles considers the “dramatic” process of human existence. People fall in love, they get married, they argue. Children are planned, born, they grow up, they have their own families, they build a house etc. The old person retires, has a will, and leaves behind a material and spiritual heritage. All these processes and events are in a continuous development, but they can also be narrated as part of the personal biography. The events that happen in real life are like the ones happening in a play or a novel. For example, a husband can be jealous in the real life, but also in a tragedy. The exaggerated preoccupation for illness, erotomania, persecution or the will for harming someone are realities of the SCR, but can also be present in the fictional narrative

realities of the movies or novels. Everyone is permanently playing the social roles of the cultural society he lives in. But these scenarios are part of the subject only to a certain level of his psychic structure. From the level of social roles, the subject can “slip” to the delusional “sub-universes”.

If we consider the MR concept and the delusion viewed as an aberrant involvement of the subject in a certain “sub-universe”, we need to ask ourselves what is the basal ontological structure of these human “sub-universes” or “sub-realities”? For understanding these realities, we suggest a model based on the special narrative temporality of the sacral and profane worlds, described by Mircea Eliade. The narrative time of the myth that evokes the origins of the world is different than the narrative time of the profane actions. The sub-universe of the human practices, as well as the one of the novels, could be explained from this perspective.

In his classical books “*Treaties on the history of religions*” (1987) and “*The myth of the eternal return*” (1971), Eliade analyzes the fact that the whole human history has been structured by the polarity between the sacred and the profane. In every culture (until the end of modern era), there has been the belief that the unnatural forces had created the world in the holly time of beginnings. The sacral practices, the rituals and religious ceremonies are an important part of human existence. People use the sacral rituals to invoke the time of beginnings. They tell the mythic stories in a special place and time. In the same way, the legends and histories of a community draw the people out of the time and space of the everyday preoccupations. By listening to these stories, they ignore the reality of the present time and they are placed in a different time, the one of the “once upon a time” narrations. Besides the present “reality” of the environmental world, people also live in the temporality of other narrative realities. The paradigm of these temporalities is the time of creation. Eliade believes that this model can also be applied to the special reality of literature.

In his book “*Aspects of myth*” (1963), published in the USA, Eliade discusses the fact that people need the “stories” and they need to enter the foreign universes created by stories. It is part of the human condition. Every person is fascinated by different narrations, by the stories of historic or literary characters. Reading a novel or a history implies the exit from the time of the everyday life. A comparison can be made to the traditional societies’ practices of reciting a myth. In both situations, the person “is getting out



of" the personal and historical time and he is entering a fabulous, trans-historical time. The reader is placed in a foreign, imaginary time. Thus, the novel has access to the primary time of the myths.

The immersion in a delusional state and in a fictional delusional scenario can be compared to the normal, periodical entering of any person in the narrative time of a novel or a religious ceremony. Each person is living in the "multiple realities" that have their own specific time. The difference is that the deluded person "is falling" and is "locked" in his fictional, absurd scenario. The patient acts according to the rules of this particular reality and he is not able to get out of it. The delusional world is simplified, rigid, and inflexible and the complex temporal structure of the person is blocked. The self-identity is the main structure, which is impaired in the delusional pathology. The deluded person over-identifies himself with his aberrant role. On the contrary, in the case of the schizo-hebephrenic disorder of the self, described by Minkovski (1927) and Parnas (2011), this thing is not possible any more. That is why the schizophrenic delusion is bizarre and depersonalizing.

This interpretation of delusion implies the problem of narrative and human language. Thus, it is correlated with Crow's approach of psychosis, who considers that schizophrenia is a price paid by evolution for the development of language, 150000 years ago.

DELUSION AND THE META-REPRESENTATIONAL LEVEL

We cannot describe the correlation between delusion, narrative and temporality without considering the psychological structure where this process develops. It needs to be a representational and meta-cognitive structure, which is connected to the narrative biographic identity and with the situational experiences of the person, which have different temporal durations. This meta-representational structure is connected to the narrative of the multiple realities we have described. The subject is permanently evaluating the situations in a meta-cognitive way. He is imagining problem-solving scenarios, based on probabilistic models. These scenarios also refer to his long-term relationships, to self-identity and self-evaluation aspects. Besides the present situation, the self is also part of various projects of different durations. Tulving's model of the Mental Time Travel can be mentioned here. We suggest the following holistic model of the self - see (Fig. 3).

In delusion, the meta-representational structure of the psyche involves the subject in the role of a hero in different scenarios, which takes him out of the context. The meta-re-

presentational structure can also be involved, in a different way, in the mood and obsessive-compulsive disorders (Fig. 4).

In the schizophrenic delusion, the subject is depersonalized, so that the hero in the delusional scenario becomes an abstract entity, almost completely absorbed in fiction. Schizophrenia is based on the pathology of the minimal, nuclear self and not the one of the biographic, narrative self that places the subject in different social roles. Through the collapse of the intimate-public relational structure, the self loses his autonomy. This aspect is expressed by Schneider's first rank symptoms. That is the reason why the schizophrenic delusion is only one special, atypical form of the delusional pathology. From this perspective, the "primary delusion" discussed by the psychopathologists in the last decade might not be the ideal model for the study of the delusional pathology.

CONCLUSION

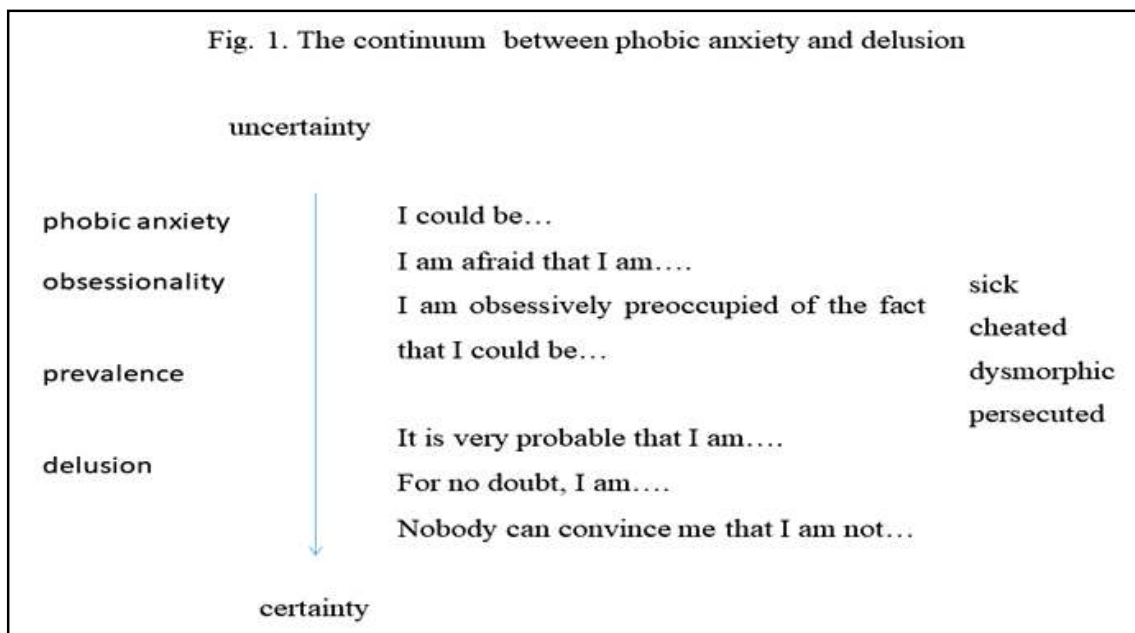
The interpretation of delusion as the "fall" of the person in a role of an aberrant, rigid and fictional scenario, from the perspective of multiple realities, represents an idea which deserves to be debated and studied in the future.

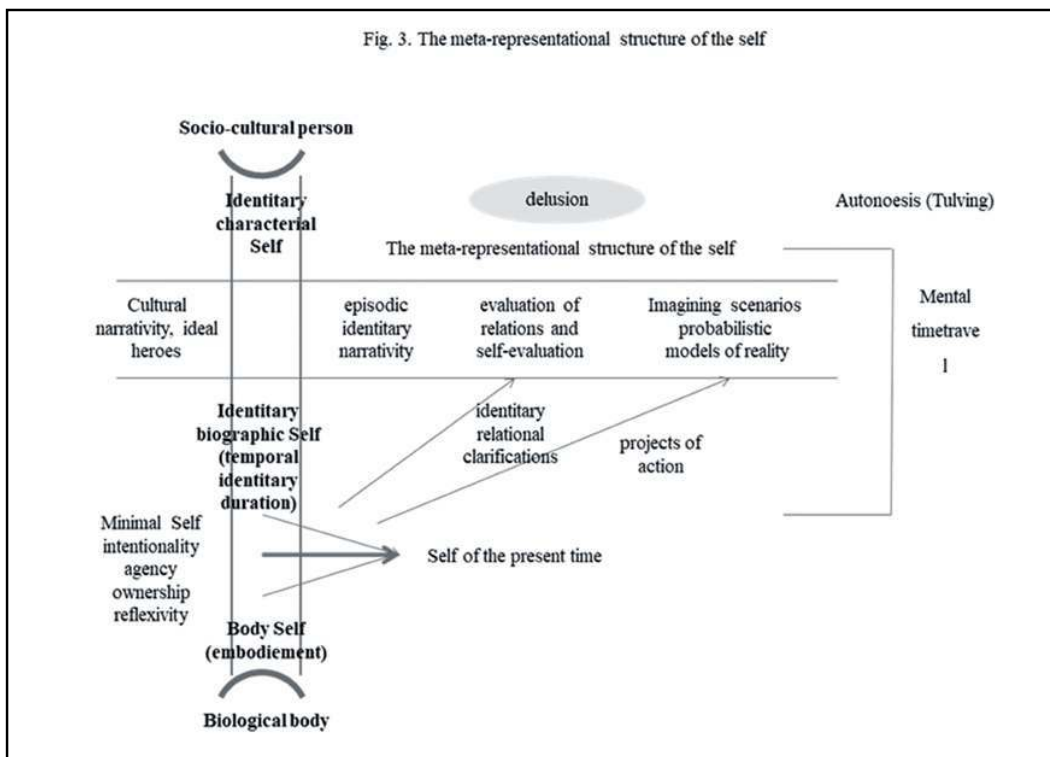
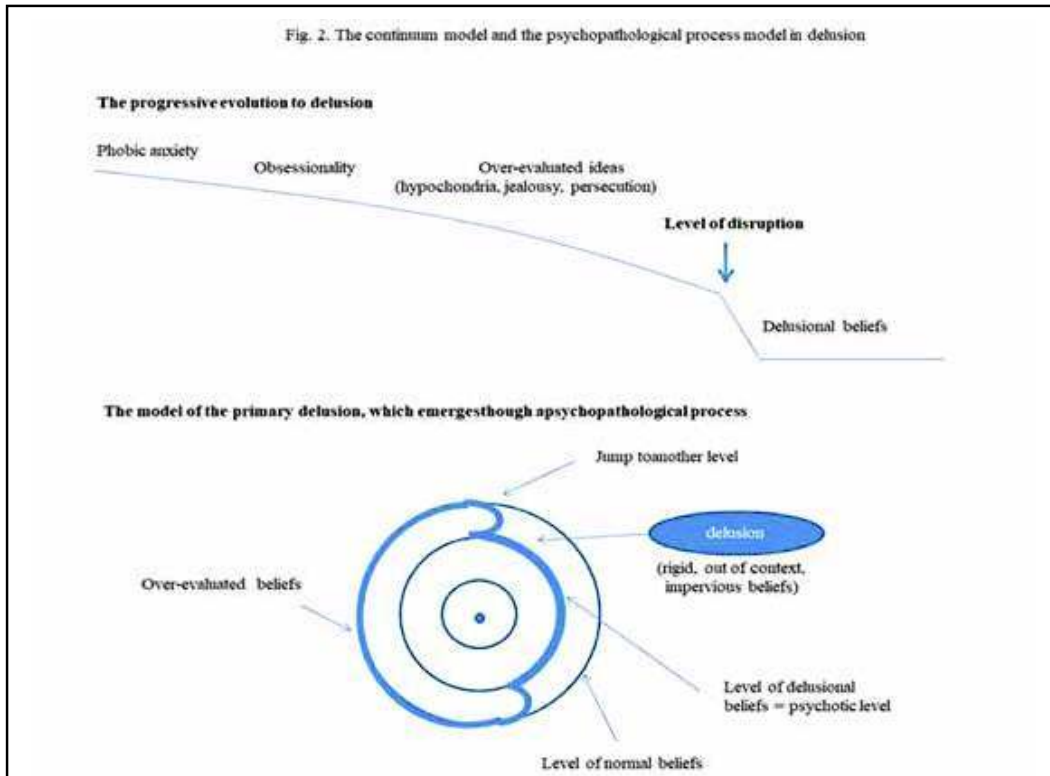
REFERENCES

1. Bertolotti, L. 2010. Delusions and other irrational beliefs. Oxford: Oxford University Press.
2. Eliade, M. 1963. Aspects du mythe. Gallimard.
3. Eliade, M. 1971. The Myth of the Eternal Return: Cosmos and History. Princeton: Princeton University Press.
4. Eliade, M. 1987. Traité d'histoire des religions. Paris: Payot.
5. Enoch, D. 1991. Delusional jealousy and awareness of reality. British Journal of Psychiatry, no. 159 (Suppl 14): 6-13.
6. Gallagher, S. 2009. Delusional realities. In Psychiatry as Cognitive Neuroscience. Philosophical perspectives, ed. M. Broome, L. Bortolotti, 245-268. Oxford: Oxford University Press.
7. Hermans, H. 1996. Voicing the Self: From Information Processing to Dialogical Interchange. Psychological Bulletin, no. 119:31-50.
8. Hollander, E. 1993. Obsessive-Compulsive Related Disorders. Washington: American Psychiatry Press.
9. Jaspers, K. 1997. General Psychopathology. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press.
10. Jaspers, K. 1963. Eifersuchtswahn, ein Beitrag zur Frage: Entwicklung oder Prozeß. In Gesammelte Schriften zur Psychopathologie, ed. K. Jaspers, 85-141. Berlin: Springer Verlag. (Original work published in 1910).
11. Kretschmer, E. 1974. The sensitive delusion of reference. In



- Themes and Variations in European Psychiatry: An Anthology, ed. S.R. Hirsch and M. Shepherd, 157-166. Bristol: John Wright.
12. McAdams, D.P. 2008. Personal Narratives and the Life Story. In Handbook of Personality. Theory and Research, ed. O.P. John, R.W. Robins, L.A. Pervin, 242-264. New York, London: Guilford Press.
 13. Minkovski, E. 1927. La schizophrénie: Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes. Paris: Payot.
 14. Oyebode, F. 2008. Sims' symptoms in the mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology, 4thed. Edinburgh, London: Saunders Elsevier.
 15. Parnas, J., and Sass, L.A. 2011. The structure of self-consciousness and the problem of self. In The Oxford Textbook of the Self, ed. S. Gallagher, 521-546. Oxford: Oxford University Press.
 16. Shepherd, M. 1990. Morbid jealousy: some clinical and social aspects of a psychiatric symptom. In Conceptual Issues in Psychological Medicine, ed.M. Shepherd, 39-68. London and New York: Routledge.
 17. Stanghellini, G. 2000. Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense. Oxford: Oxford University Press.
 18. Stephens, G.,L., and G. Graham. 2009. The delusional stance. In Psychiatry as Cognitive Neuroscience. Philosophical perspectives, ed. M. Broome and L. Bortolotti, 193-216. Oxford: Oxford University Press.
 19. Tulving, E. 1983. Elements of Episodic Memory. Oxford: Clarendon Press.
 20. World Health Organisation 1992. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organisation.





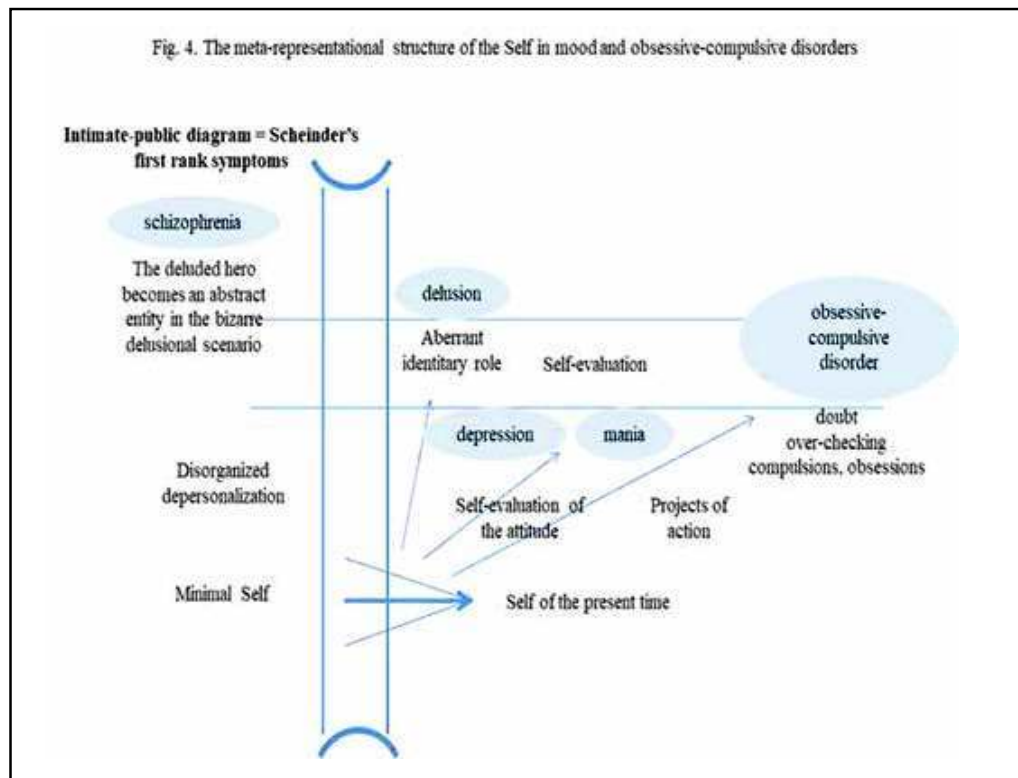


Table 1. The main realities connected to the SCR

- a) dreams;
- b) the religious and mythic reality, when participating to the sacral rituals of prayer or other religious practices;
- c) going to theatre plays or movies; it also includes the reality of an actor who is performing in a play and who is transposed into a fictional reality. A special case is the one of the writer of a play, who is directing and then playing a role in it;
- d) the reality of video games;
- e) the reality of different feasts, such as carnivals;
- f) reading a novel or listening to stories; this category also includes the special case of the novel writer, who "gives life" to special characters and situations;
- g) listening to or participating in everyday narrative histories regarding known or unknown persons;
- h) the artistic creativity, for example poetry or painting, but also the scientific, theoretic creativity;
- i) creativity in the domain of mathematics and philosophy;
- j) the trance and mystic - ecstatic states; visions;
- k) the delusional reality.

*Articolul se publică cu acordul redactorului șef al Revistei Române de Psihiatrie, unde a avut prima apariție în vol. XVIII, 2016



Elemente de dinamică de grup

■ Enikő-Éva BUTYKA, psiholog, psihoterapeut - Cluj-Napoca

Curs pentru formare continuă a Leaderilor de Grup Balint, Lupeni, 27-29 oct.2017

Evaluarea tentativelor de suicid în serviciul de urgență bărbați, la nivelul Spitalului Clinic de Neurologie și Psihiatrie Oradea

Rezumat: Membrii grupului sunt în interdependență, grupul este o unitate dinamică. Înțelegând elementele dinamicii de grup, vom înțelege funcționarea grupului. Este importantă existența unei legături profesionale optime între leaderi; complementaritatea lor va îmbogăți trăirile în cadrul grupului.

Cuvintecheie: dinamică de grup, leader, co-leader

Abstract: The group-members are inter-dependents; the group is a dynamic unity. If we understand the elements of the group-dynamics, we will understand how the group works. It is important the existence of an optimal professional relation between the leaders; the complementarity between them enriches the experiences of the group.

Key words: group-dynamics, leader, co-leader.



1. ELEMENTE ALE DINAMICII DE GRUP

Cum funcționează, se schimbă, se dezvoltă grupul, ca întreg? Care este procesul acestor schimbări? Cum se manifestă trăirile, gândurile, stările membrilor care-l alcătuiesc? Toate acestea sunt întrebări, care-și caută răspunsuri.

Câțiva dintre factorii, care nu pot fi surprinși din perspectiva persoanei, ci doar a grupului - pentru a putea înțelege funcționarea acestuia - sunt: *rolurile, normele, interacțiunile, fazele de dezvoltare a grupului.*

Rolurile sunt modalități de comportament; grupul se structurează pe baza lor (ex.: *rolurile direcționate pe sarcini* ajută în rezolvarea acestora: se ia inițiativa, se cer informații, se oferă informații, *rolurile orientate pe susținerea grupului* asigură climatul optim pentru lucru: compromisuri, impulsione cognitive)

Normele sunt reguli, care formează cultura grupului (ne identificăm cu ele, le putem schimba, putem devia de la norme (non-conformism) sau putem abandona grupul.

Interacțiunile, ca schimbări de mesaje (verbale/non-

verbale) pot fi de diferite tipuri: reacții pozitive, negative, încercări de rezolvare a problemelor, întrebări formulate. Amintim aici și diferiți *factori* ai comportamentului interpersonal (de ex.: autoritar, agresiv, sigur de sine, doritor de a fi recunoscut ș.a.), sau ai impulsivității scopului grupului (adaptabilitate, conlucrare) .A.P. HARE (1., Pag. 78.) (prezintă un model de analiză cvadridimensională a procesului interactiv (1976):

1. Dominant
 - Submisiv
2. Pozitiv (prietenos)
 - Negativ (neprietenos)
3. Serios (oferă informații sau păreri)
 - Expresiv (umorizează)
4. Conform (cere direcționare, informații)
 - Non-conform (opune rezistență)

Fazele dezvoltării grupului (fazele procesului): în modelul lui S. K. WINTER (1., pag. 79), cele patru secvențe sunt (anii 70):

1. Întâlnirea (caracterizată de nesiguranță, frică, căutarea acceptării, solidarizare)
2. Diferențierea, conflictele (apare lupta pentru rolul de leader)



3. Producția (se formează normele, rolurile cu focus pe sarcini)
4. Separarea (caracterizată de înțelegere, solidarizare)

În *modelul* lui TUCKMAN (în anii 60):

Structura grupului	Acțiune orientată pe sarcină
1. Încercare și dependență (restructurare)	- orientare, încercare de-a înțelege sarcina
2. Conflicte (dușmănie)	- rezistență la sarcini
3. Formarea coeziunii de grup (concordanțe, asumări)	- discuții, deschidere
4. Într-ajutorare	- înțelegere

Conștientizarea evenimentelor de dinamică a grupului contribuie la dezvoltarea acestuia.

LEWIN: *„Esența grupului nu constă în asemănările sau diferențele membrilor, ci în interacțiunile dintre aceștia, în interdependența lor. Grupul este un întreg dinamic: orice schimbare a unei componente duce la schimbarea stării celorlalte.”*

În grup se formează **coeziunea**, apar *„trăiri comune”* ale membrilor, *„conștiința de noi”*, apartenența la grup. Apare fenomenul *„in group”* (noi), *„out group”* (alții).

2. CEI CARE CONDUC GRUPUL

Cei care conduc grupul dețin un **rol** important în grup, aducându-și aportul la funcționarea optimă a acestuia.

A.) Terapeutul deține *funcții multiple*. În primul rând, o responsabilitate asumată este formarea și susținerea grupului. De asemenea, răspunde de formarea culturii de grup: să nu fie prea asertiv, cu prea multe intervenții, să-și exprime sentimentele, să fie spontan, natural, personal, înțelegător, activ (are rol dublu: pe lângă direcționare și dezvoltare, oferă model). Îi mai revine o importantă sarcină: clarificarea procesului de grup (referitor la conținut sau la modalitatea procesului)

Privind *stilul de conducere*, M.GROTJAHN (în 1983) precizează: Leaderul ar trebui să dețină următoarele caracteristici: spontaneitate, naturalețe, reacții prompte, să fie plin de afectivitate, responsabilitate, sinceritate, încredere în sine și în grup, verbalitate clară, credibilitate, autoironie (simțul umorului), onestitate, să nu rivalizeze cu membrii grupului, să fie deschis

C.ROGERS (în 1969) subliniază următoarele: importanța capacității de a crea sentimentul de siguranță în grup,

să accepte dorințele, tempo-ul grupului, să fie empatic, să comunice sentimente (pozitive, negative), să ofere feedback-uri, să fie confruntativ, să aducă în grup și probleme personale (astfel, credibilitatea lui crește).

Referitor la *tipurile de comportament* (intervențiile posibile), LIEBERMAN, YALOM, MILES (1973) consideră ca fiind importante:

1. *stimularea afectivă*: confruntarea, atitudinea, exprimarea sentimentelor, carisma, impulsivitatea, încrederea în sine;
2. *grija*: ocrotirea, ajutorul acordat, îmbărbătarea, acceptarea, deschiderea, empatia, căldura, sinceritatea;
3. *ajutarea înțelegerii*: modalități de a înțelege, de a dezvolta, de a clarifica;
4. *organizatoric*: fixarea regulilor, limitelor, normelor, tempoul

Referitor la eficiență,

Cel mai eficient stil: **Cel mai puțin eficient:**

- | | |
|---------------|----------------------------------|
| 1. moderată | foarte înaltă sau foarte scăzută |
| 2. înaltă | scăzută |
| 3. pronunțată | neglijabilă |
| 4. moderat | prea puțin sau prea mult |

Stilul depinde de personalitatea autonomă, de prisma liderului.

B.) Co-terapeutul

Avantaje, riscuri (2.)

Avantajele:

Cei doi terapeuți se întrajutoresc, se întregesc, asigură un câmp de observare cognitiv mai vast. Prin prezența lui, Co-terapeutul poate dizolva anxietatea incipientă din grup, astfel, întâmplările putând fi înțelese mai obiectiv. După încheierea grupului, ei pot discuta, prelucrând relația, își pot oferi feedback despre comportamentul celuilalt. Terapeutul începător își păstrează cu greu obiectivitatea, în relația cu grupul (seniorul îi poate veni în ajutor, în acest sens).

Când apar *„atacuri”*, (din partea grupului), ele pot fi suportate mai ușor. (Co-T îl poate ajuta). Când conduce *„tată și fiu”*, dacă e armonică relația, poate oferi un exemplu viu pentru rezolvarea conflictelor: părinte-copil. Existând o stimă reciprocă, diferendele pot fi discutate între T. și Co-T. (ca și o rezolvare a unui *„conflict între părinți”*). Co-T. își poate exprima / nu își poate exprima părerea opusă celuilalt T.?

La început, nu (grupul nu este destul de stabil pentru a o suporta), mai târziu, da. Un element primordial este sinceritatea dintre cei doi lideri.



RISCURILE:

Desigur, o relație problematică între terapeuți, (care astfel nu pot fi destul de deschiși în relația lor) poate îngreuna munca comună. Dacă își face apariția competitivitatea, rivalitatea, acest fapt poate deranja grupul. Înțelegerea greșită (nefolosirea aceluiași limbaj profesional) sau neclaritatea relației dintre terapeutul începător (junior, învățăcel) și terapeutul format (senior, mentor) pot dăuna relației. Se dorește ca seniorul să ofere model, să încurajeze, să activeze, iar terapeutul începător să nu rivalizeze distructiv, dar să nici nu fie prea submisiv, ci să devină independent de mentor. Mai bine singur, decât într-o relație incompatibilă (de ex.: co-terapeutul critică stilul de conducere al celui alt).

În diada: bărbat-femeie, dacă relația lor e stabilă, puternică, pot conduce și grupuri pentru perechi căsătorite. Grupul se poate scinda dacă la interviu este prezent doar unul dintre terapeuți (deoarece se poate forma o relație prea

puternică cu acesta).

“Diada optimă” discută atât înainte, cât și după ședințe. “Asemănare”, dar cu caracteristici personale diferite (complementaritatea îmbogățește relația). *Nu există situație ideală privind conducerea: singur sau cu un Co-terapeut.* Personalitatea leaderului, (atitudinea sa), va decide, dacă va dori ajutorul unui Co-terapeut.

BIBLIOGRAFIE

1. RUDAS, J.: “Csoportdinamikai elemek” în: Delfi örökösei Önismereti csoportok Elmélet, módszer, gyakorlatok, Ed. Gondolat, Bp., 1990
2. YALOM, I.: “A koterapeuta” A csoportpszichoterápia elmélete es gyakorlata. Sorozat a csoportról-4, Ed. Animula, Bp., 2008 (pag.331-334)

O scurtă istorie a legislației pentru Sistemul de Asigurări de Sănătate în SUA - Agregat informativ

■ Traducerea și adaptarea Avocat Constantin Dimulescu, J.D. și Dr. Almoș Bela Trif, M.D., Ph.D.

Rezumat: *Un avocat și un doctor, amândoi stabiliți în SUA, au căutat cea mai recentă și relevantă literatură pentru a compune un document necesar cititorilor din România, interesați de acest subiect.*

Cuvinte cheie: *Actul de Securitate Socială, Medicare, Medicaid, HMOs, PPOs, COBRA, HIPAA, ACA - Obamacare.*

Abstract: *A lawyer and a medical doctor, both established in the USA, researched the most recent and relevant literature creating a document supplying the needs of Romanian readers, interested in the topic.*

Key words: *Social Security Act, Medicare, Medicaid, HMOs, PPOs, COBRA, HIPAA, ACA - Obamacare.*

Sistemul de sănătate din Statele Unite este unic printre țările occidentale. Statele Unite ale Americii a evitat **Sistemul Universal Național** de Asigurări în favoarea unui sistem privat, bazat pe contribuția principală a angajatorilor (proprietarii de companii), combinat cu programele guvernamentale care acoperă doar anumite grupuri vulnerabile ale populației.

În ciuda numeroaselor critici adresate Guvernului Statelor Unite pentru parțiala non-implicare în sistemul de acordare al îngrijirilor de sănătate, au existat mulți alții care au

lăudat presupusa inovare și diversitate care apare în industria de asistență medicală privată, ca pe o originalitate și ca o manifestare a excepționalismului american.

Astăzi, industria de asistență medicală reprezintă o imensă parte din economia Statelor Unite. Pentru asistența medicală generală, cheltuielile se ridică la aproximativ o șesime din produsul intern brut (PIB) (**16,67%**) al națiunii și aproximativ la un sfert până la o treime (**25-33,3%**) din bugetele statelor federale.

Regulamentele pentru Asistență Medicală și legislația



adiacentă în SUA sunt complexe, iar aproape fiecare aspect din domeniu este supravegheat de un organism de reglementare sau altul, iar uneori, de mai multe.

Există un consens general că, costurile de asistență medicală în SUA sunt mult prea mari.

Dieleman & all., cercetători în domeniul finanțelor au publicat un articol în Journal of American Medical Association (7 noiembrie 2017) examinând tendințele cheltuielilor pentru sănătate din SUA din 1996 până în 2013. Studiul efectuat de Institute for Health Metrics & Evaluation (Institutul pentru evaluarea stării de sănătate) din Seattle, luând în considerație următorii factori: creșterea numărului total al populației (prin creșterea supraviețuirii și a imigrației), prevalența și incidența bolilor, nivelul de utilizare al serviciilor medicale și prețurile acestor servicii. După ajustarea datelor pentru rata inflației, s-a observat cum costurile pentru pacienții spitalizați, pentru cei din ambulatoriu, pentru vânzarea de medicamente cu amănuntul, pentru casele de îngrijire a bătrânilor, pentru tratamente stomatologice au crescut cu 933,5 miliarde, de la 1,2 trilioane de dolari în 1996, la 2,1 trilioane în 2013. Cele mai drastice creșteri au fost cele pentru serviciile de urgență (6,4%) și cele pentru vânzarea de medicamente cu amănuntul (5,6%). (1)

Patrick H. Conway, MD, explică în editorialul din același număr din JAMA limitele studiului și încearcă să extrapoleze datele la prezent, arătând importanța costurilor pentru folosirea tehnologiilor și descoperirilor științifice avansate, cum ar fi chirurgia robotică și procedurile de imagistică ultra-modernă (2)

Mia De Graaf popularizează rezultatele studiului efectuat în Seattle, într-un articol publicat pe 7 noiembrie 2017, arătând că sumele cheltuite pentru îngrijirea sănătății au ajuns la 3,2 trilioane în zilele noastre, adică la un procent de 18% din economia SUA. Ea arată și rezultatele bune ale cheltuielilor, cum ar fi o economie de 28.2 miliarde de dolari în recuperarea celor cu boli cardio-vasculare grave. Chiar titlul articolului este îngrijorător explicând că aceste cheltuieli exorbitante pentru menținerea sănătății nu pot fi menținute, folosind termenul "unsustainable expensive".(3)

În 1960 cheltuielile de asistență medicală reprezentau doar aproximativ 5% din PIB, iar până în 2020 este proiectat ca, cheltuielile de asistență medicală să constituie 20%

din PIB. În 1960, s-au cheltuit în medie 146 de dolari pe an pentru asistența medicală pentru o persoană, dar astăzi prețurile au crescut enorm, până la 9.990 de dolari pe an.

Americanii obțin asigurări și prescripții (rețete) printr-un amestec de planuri: un plan al Guvernului și planuri militare, planuri ale unor organizații non-profit, cât și planuri pentru profit HMOs - Health Maintenance Organization - Organizațiile de Întreținere a Sănătății și PPOs - Preferred Provider Organization - Organizații folosind Furnizorul Preferat, sponsorizate de angajator, dar și achiziționate individual.

Regulamentele și legislația pentru Asistență Medicală sunt complexe, cu aproape fiecare aspect din domeniu supravegheat de un organism de reglementare sau altul, iar uneori, de mai multe. Aceste reglementări sunt aplicate de guvernele federale, de stat și locale și chiar de organizațiile private.

Legiferarea **Actului de Îngrijire a Sănătății la Prețuri Accesibile (ACA)** din 2010, cunoscut sub numele „**Obamacare**,” a introdus experimentări și incertitudini în industrie, care au fost și vor fi urmărite îndeaproape în următorii câțiva ani pentru a evalua efectele reglementărilor sale. (4)

Dezbaterile furtunoase din aceste zile, din cele două camere legislative ale SUA (Reprezentanți și Senatori) se explică nu numai prin efortul conjunct al Președintelui Trump și al Partidului Republican ca să înlocuiască Obamacare, ci și prin starea de fapt că la acest moment: zeci de milioane de americani nu au nici un fel asigurare de sănătate.

Catherine New publica în 2012 în Huffington Post rezultatele unui studiu ce compara planurile private de asigurarea a sănătății, arătând că cea mai avantajoasă pentru pacienți era Kaiser, o organizație non-profit care este disponibilă doar în 9 state din cele 50 ale SUA. În același articol se arată că planurile pentru profit oferite de Aetna, Humana și United Healthcare nu erau atât de avantajoase. Guvernul SUA pune la dispoziția cetățenilor instrumente de căutare și de comparație pe un anume website: HealthCare.gov (5)

Timothy Noah îl citează în 2007 pe Jonathan Cohn, editor șef la revista **The New Republic** și autor al unei monografii monumentale **Sick: The Untold Story of America's Health Care Crisis - And the People Who Paid the Price**.(6)

În românește titlul cărții ar fi **Bolnav - Povestea neștiută a Crizei Sistemului de Sănătate American - Și a Populației care a plătit prețul**. Fiecare capitol al cărții cuprinde una sau două cazuri de pacienți americani, care prin desfășurarea lor, ilustrează o anume disfuncție a sistemului medical actual, iar aranjamentul capitolelor sugerează ordi-



nea în care aceste disfuncții au devenit probleme naționale semnificative pentru prima oară. Rezultatul suitei de cazuri este o cronologie de 80 de ani de repetate eșecuri ale pieței capitaliste, în care fiecare reformă succesivă servește doar ca un răgaz temporar pentru problema precedentă. (*ne este cunoscută situația, nu? – V.A.*) Concluzia lui Noah este “*Capitalismul American nu poate oferi o asistență medicală decentă*”. (6)

Începuturile reglementărilor cu privire la sănătatea populației

După cum scrie Jonathan Cohn “*ceea ce numim astăzi medicina modernă a început prin anii 1920. În acea vreme, atât medicii cât și spitalele acumulasera destule cunoștințe despre boli din experiența din deceniul anterior încât putea trata eficient bolnavii, iar de aceea au început să crească prețurile de tratament, la mai mult decât mulți indivizi își puteau permite să plătească*”. (6)

Cum spitalele erau disperate pentru noi fluxuri de venituri, un grup de 1500 de profesori din zona Dallas s-au decis să plătească în avans prime de asigurare la Spitalul Baylor, în schimbul a 21 de zile de îngrijiri viitoare. Deoarece situația sănătății generale a populației se înrăutățise cu apariția Marii Depresii, administratorul Spitalului Baylor din Dallas a creat un sistem care a prins și apoi s-a răspândit și a evoluat în SUA ca Sistemul Crucea Albastră – Blue Cross. Aceasta era în esență, o **organizație non-profit** de asigurări de sănătate, care a servit mai ales în comunității locale. În schimbul scutirii de impozitare la stat, organizațiile non-profit Blue Cross au păstrat primele de asigurare la un preț rezonabil, scăzut. (6)

Între timp, pe la 1930, noile spitale construite luptau să supraviețuiască - mai mult de 100 de spitale au dat faliment, restul au operat cu mult sub capacitatea lor și mulți din acei pacienți care au beneficiat de serviciile medicale nu și-au putut plăti facturile datorate.

În august 1935, Președintele Franklin Delano Roosevelt a semnat **Actul pentru Securitate Socială, ca parte a Legislației Muncii**, care oferea un sistem de protecție socială modern, axat pe îngrijirea bătrânilor, a copiilor și a șomerilor.

În același an, în 13 state existau 19 prototipuri de Plan Blue Cross. Nu mult după aceea, noi planuri implicau mai multe seturi de angajați, care puteau fi referiți la mai multe spitale. Până în 1939, alte planuri de asigurare cu plata în avans au fost create inclusiv pentru medici, precursori ai formulei moderne Blue Shield (Scut Albastru).

Succesul de la Blue Cross i-a convins pe cei de la Casele de asigurare comerciale, care inițial considerau medicina o

pieță nesigură, să fie interesate și să înceapă să ofere asigurări de sănătate pacienților. Asigurătorii privați au accelerat aceste eforturi în anii 1940, în timpul celui de al Doilea Război Mondial, când fabricanții căutau mijloace să evite reglementările salariale, devenind competitivi prin oferta de asigurări de sănătate. Guvernul american a dat scutiri la impozitele pe venit ale companiilor, cu sume egale cu cheltuielile companiilor asociate cu îngrijirea sănătății lucrătorilor. (6)

În primii ani de la început, Blue Cross taxa pe toată lumea cu același primă de asigurare, indiferent de vârstă, sex, sau condiție pre-existentă. În monografia lui Jonathan Cohn se explică rațiunile - în parte pentru că Blue Cross erau organizații quasi-filantropice, create de către spitale, de aceea admiteau ca asigurați pe muncitorii care ar fi avut nevoie de spitalizare. Când, după cel de al Doilea Război Mondial, Președintele Harry S. Truman a venit cu o nouă propunere pentru un **Plan obligatoriu de sănătate**, cei din opoziție s-au opus afirmând că sectorul non-profit rezolvă bine problema prin bine-cunoscuta benevolență a planurilor Blue. (6)

În statele din vestul Statelor Unite, lucrătorii de la construcțiile de baraje sau porturi pentru Kaiser Co. au fost printre primii care au voluntariat cu primele de asigurare deduse din banii de salarii. Aceste prime apoi au fost direcționate la un asigurător, care apoi a trimis bani la medicul de șantier a lui Kaiser, pentru tratamentele celor care fuseseră răniți în timp ce lucrau pe șantier. Pe scurt, toată lumea - asigurătorii, precum și medicii au fost plătiți în avans, iar programul a fost replicat pe mai toate șantierele de pe coasta de vest. Sistemul modern de asigurare a sănătății de tip Kaiser Permanente începuse să ia formă. (4), (7)

Importante documente legislative consecutive privind îngrijirea sănătății

Amendamentele de securitate socială din 1965

Președintele Lyndon Johnson a semnat titlurile XVIII și XIX din Actul de Asigurări Sociale pe 30 iulie 1965.

Titlul XVIII înființa Programul de Asigurări Medicare, care furnizează asigurarea de sănătate publică pentru cei de la vârsta de peste 65 de ani. Legea Medicare consta din partea A și partea B:

- **Partea A**, care a fost universală pentru oricine beneficia de Asigurări Sociale, acoperea asigurările pentru spitalizare. Beneficiarul plătește o sumă aproximativ egală cu costul primei zile de spitalizare, iar Medicare apoi plătește pentru următoarele 60 de zile. După 60 de zile, Medicare



plătește doar o parte din costurile de până la 150 de zile de spitalizare; după 150 de zile, Medicare nu mai plătește alte costuri. Medicare plătește însă cheltuielile de 20 de zile într-o unitate nespitalicească de asistență medicală calificată, după o spitalizare, iar apoi o parte din costurile pentru aceasta până la 100 de zile. Medicare nu acoperă îngrijirile pe termen lung într-un sanatoriu. Partea A a fost finanțată de impozitele pe salarii ale lucrătorilor și angajatorilor curenți. (4)

• **Partea B** asigura plata medicilor și serviciilor de ambulatoriu, cum ar fi vizite medicale, raze X și teste de laborator, după ce beneficiarul a plătit o anumită sumă deductibilă. Aproximativ 25 la sută din fondurile pentru partea B provin din primele plătite de beneficiari, inițial toți beneficiarii plătind aceeași primă. Restul de 75% din partea B a fost finanțat din contul veniturilor generale ale guvernului federal. Înscrierile pentru partea B erau voluntare, dar majoritatea seniorilor peste 65 de ani au ales Partea B imediat. (4)

Programul de asigurări Medicare a urmat modelul de „plată pentru serviciul prestat”, în care guvernul rambursează spitalele și medicii pentru plățile „uzuale, obișnuite și rezonabile”, aceștia au taxat pacienții, dar guvernul **nu administrează** nici un spital sau cabinet medical. Procesul de rambursare a funcționat, în general, prin „intermediari fiscali,” companii private, care emiteau cecuri în beneficiul guvernului. (4)

Titlul XIX înființa Medicaid. A furnizat asigurare de sănătate publică **pentru familiile sărace care beneficiau de ajutor social, pentru familiile cu copii dependenți** (AFDC). Programul a fost administrat prin subvenții, în care atât guvernul federal cât și guvernele statelor au furnizat deopotrivă fonduri. Fiecare Stat are o anumită libertate asupra administrării și determinării eligibilității indivizilor care intră în program.

Când programul Medicare a început în 1966, au fost înscrși 19 de milioane de oameni. Până în 2015, 55 de milioane de oameni au fost înrolați în partea A și 51 de milioane de oameni în partea B. Cei asigurați pot fi eligibili pentru ambele programe, iar până în 2010, unul din cinci beneficiari Medicare au primit de asemenea, Medicaid. În 2012, 91 % dintre medici au acceptat noi pacienți Medicare, în timp ce 71 % au acceptat noi pacienți Medicaid. (4)

Amendamentele de securitate socială din 1972

În 1971, senatorul Democrat Edward M. Kennedy propuse un plan care ar fi avut un singur plătitor - guvernul, care în cele din urmă **ar fi extins Naționalizarea Sistemului de Sănătatea American pentru fiecare.**

Președintele Republican Richard Nixon, însă, a semnat

Legea Publică 92-603 pe 30 octombrie 1972, care a modificat titlul XVIII din Actul de Asigurări Sociale. **Legea extinde asigurarea Medicare** pentru persoanele cu handicap care au primit ajutor de Securitate Socială pentru cel puțin doi ani și pentru persoanele cu boli grave de rinichi.

Extinderea eligibilității a făcut însă ca sumele plătite de Medicare să crească de la 4,2 miliarde de dolari în 1967, la 9,3 miliarde de dolari în 1973. În anul 2002, costul anual mediu pentru sănătatea unui om în vârstă, plătit de asigurări a fost în jur de 6.002 de dolari, cu un maxim de 41.700 de dolari, pentru o persoană cu boală cronică de rinichi, ce necesită dializă cronică iterativă. (4)

Health Maintenance Organization Act din 1973

Președintele Richard Nixon a semnat **Actul pentru Organizațiile de Menținere a Sănătății** în 29 decembrie 1973. Legea promova o formă specială de asigurare de sănătate – planuri plătite în avans unui grup de ofertanți de servicii medicale, numite **Organizații de Menținere a Sănătății (HMOs)** – în locul tradiționalelor planuri în sistemul de „plată pentru serviciul prestat”. (4)

Deși planurile de „gestionare de îngrijiri medicale” au existat încă din anii '30 (planurile de sănătate preplătite timpurii ar putea fi privite ca un precursor al HMO), capacitatea de înrolare a acestor organizații a crescut dramatic după actul HMO din 1973. Acest act a dat credite Asiguratorilor care au vrut să înceapă să extindă un HMO, iar în plus a cerut angajatorilor de a le oferi angajaților o opțiune de HMO, alături de planurile medicale majore tradiționale. În majoritatea planurilor de asigurare a sănătății, atât cele cu profit cât și cele non-profit, atunci când participă, angajatorul suportă între 40% și 60% din costuri, iar restul este suportat de angajat. Însă aceste planuri pot fi achiziționate și individual, fără sponsorizare de la angajator.

În zilele noastre, în SUA, **HMOs** - Health Maintenance Organizations – Organizațiile de Întreținere a Sănătății oferă pacienților servicii la prețuri convenabile, dar într-o rețea (network) mai restrânsă de furnizori de servicii de sănătate.

În schimb, **PPOs** - Preferred Provider Organizations – Organizații folosind Furnizorul Preferat asigură o mai bună flexibilitate, ca beneficiarii să poată alege dintr-o rețea largă (network) de furnizori de servicii de sănătate pe cel preferat, însă la prețuri mult mai ridicate.

Actul COBRA - Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act din 1985

Președintele Ronald Reagan a semnat **COBRA** pe 7 aprilie 1986. Legea amenda Titlul X din Codul Serviciilor de Declarații de Impozite – Internal Revenue Service, pentru a nu oferi scutiri de taxe companiilor dacă acestea nu



permiteau salariaților să continue cu planul lor de asigurări de sănătate. Conformă acestei noi legi, muncitorii sau funcționarii care își pierdeau slujba puteau să continue să primească asigurări de sănătate, plătind porțiuni de primă, pentru 18 sau 36 de luni. Aceasta se aplica de asemenea în cazuri de concedii medicale prelungite, divorțul sau moartea partenerului care era titularul asigurării. (4)

Actul de Asigurare a Sănătății din 1993.

Acest Health Security Act a fost doar un proiect de lege, cunoscut sub numele de Hillarycare, creat de un grup condus de Hillary Clinton și înaintat de administrația Președintelui Bill Clinton, dar care nu a trecut de Congresul Statelor Unite. (4)

Actul de Asigura a Sănătății, de Adaptabilitate și Responsabilitate din 1996 - Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)

Acest act limita capacitate companiilor de asigurare de a refuza să asigure persoane cu condiții pre-existente.

În plus se stabileau prin acesta standarde naționale de secretizare și securitate a datelor personale înmagazinate prin mijloace electronice. Regula de Securitate, accentua importanța protecției confidențialității datelor și a responsabilității celor care utilizează datele în caz că aceste date sunt accesate fără autorizație de hackeri. Regula de menținere a caracterului Privat al informației descria abilitatea pacientului de a avea acces total la datele sale medicale și la capacitatea sa de a decide ce informații pot fi împărtășite și cui. De atunci toți pacienții trebuie să semneze o formă HIPAA - Notă despre Cerințele de caracter privat al informației (HIPAA Notice of Privacy Requirements) (4)

Actul Medicare de Ameliorare și Modernizare a Prescripțiilor Medicale din 2003 - Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003

Președintele George W. Bush a semnat planul în decembrie 2003, dar acesta a intrat în vigoare abia pe 1 ianuarie 2006. Planul care a devenit cunoscut sub numele de „*Medicare Partea D*”, a devenit popular, oferind subvenții de medicamente pe bază de prescripție medicală americanilor mai în vârstă de 65 de ani. De la adoptarea din 2006 s-au adăugat aproximativ 70 de miliarde de dolari anual la cheltuielile de sănătate în SUA. (4)

Cum costurile de asigurări de sănătate au crescut în anii '70 – '80 - datorită progresului în tehnologia medicală, cât și din cauza ineficienței sistemului de sănătate, HMO-urile și PPO-urile au devenit victimele propriilor succese. (5), (6)

Inițial au fost în principal non-profit, dar au reperat o oportunitate de profit și s-au strămutat pe profit.

După cum consemnează Cohn, “Numai 12% din piață a fost servită de organizații pentru profit în 1981, însă în 1997 procentul s-a ridicat la mai mult de 65 %. Cu toate ca HMO-urile și PPO-urile pentru profit au refuzat mult mai agresiv tratamente pacienților, decât celelalte organizații non profit precum Kaiser Permanente. (6)

ACA - Actul de Protecție a Pacienților și Accesibilitatea la Îngrijirea Sănătății, de asemenea, cunoscut sub numele de **Obamacare**, a fost promulgat ca lege de către Președintele Barack Obama pe 23 martie 2010. (4), (6)

Scopul legii a fost de a oferi expansiunea asigurărilor de sănătate pentru cât mai mulți americani, prin prime individuale de asigurări de sănătate precum și prin planurile oferite de companiile angajatoare. Au fost stabilite cerințe minime de asigurare și obligativități pentru individ cât și pentru angajator, puse în aplicare prin sancțiuni fiscale. De asemenea, a fost stabilită o anumită perioadă de ani pentru a îndeplini obiectivul de acoperire extinsă a asigurărilor medicale. Subvențiile și creditele fiscale au fost furnizate consumatorilor individuali, bazat pe nivelul veniturilor și numărul de persoane aflate în întreținere. În plus, Legea Obamacare prevede și o extindere a Medicaid pentru a asigura pe adulții cu venituri mici fără copii / urmași. Întreprinderilor mici li s-au dat credite fiscale pe baza nivelului de asigurare oferite angajaților. (4)

Legea specifică, de asemenea, zece beneficiile esențiale pe care planurile create după trecerea legii trebuie să le includă. Planurile existente au fost protejate, dar până în 2014, puține dintre planurile protejate au rămas valabile, datorită schimbărilor frecvente la polițele de asigurare de sănătate.

Zece beneficii esențiale de acces la îngrijirea sănătății care sunt incluse în Legea ACA Obamacare:

- Servicii ambulatorii pentru pacient
- Servicii de urgență
- Spitalizare
- Maternitate și îngrijirea nou-născutului
- Sănătatea mintală și abuzul de substanțe, tulburări comportamentale,
- Medicamente
- Servicii de reabilitare, abilități și dispozitive
- Servicii de laborator
- Servicii de prevenire și buna stare și managementul bolilor cronice
- Servicii de pediatrie, inclusiv de îngrijire orală și oftalmologică.

Cele mai multe dintre prevederile legii majore au fost puse în aplicare în anul 2014. (4)



Între 2013 și 2014 numărul persoanelor neasigurate la nivel național a scăzut cu 18,8 %. Între timp, anual la Medicaid înscrierea a crescut cu 9,5 la sută. Aproape 10 de milioane de indivizi au achiziționat asigurări începând cu noiembrie 2015, exprimând circa 35 % din numărul total estimat ca potențial înrolat. (4)

Au fost efectuate câteva studii pentru a evalua modificările în primele de asigurare de la adoptarea Legii ACA Obamacare, dar datele au fost extrem de contradictorii: unele au găsit mari creșteri, în timp ce alții au găsit prea puține schimbări sau nici una.

În loc de concluzii

La mai mult de șapte ani după adoptarea Legii ACA Obamacare, politica de asistență medicală rămâne o problemă dilematică, cu repetate încercări ale Republicanilor de a abroga ACA și cu unii Democrați pledând pentru socializarea Sistemului de Asigurări Medicale.

În opinia lui Timothy Noah din 2007, orice încercare de succes pentru reforma sistemului de îngrijire a sănătății din Statele Unite trebuie să se acomodeze la **două stări de fapt:**

Realitatea numărul 1: Sistemul actual este din ce în ce mai inaccesibil pentru mulți oameni săraci și din clasa de mijloc (aproximativ 47 de milioane de americani nu au avut de loc asigurări de sănătate în 2007 față de aproximativ 40 de milioane în 2000). (6)

Cei suficient de norocoși pentru a avea acoperire, plătesc mereu și mereu mai mult și/sau primesc constant mai puține beneficii. Războiul dintre asigurătorii abilitați și spitalele cărora li se plătesc facturile pentru serviciile prestate înghite o mare parte din bani și resurse. Rezultatul final este că, Statele Unite plătește aproximativ de două ori mai mult, pe cap de locuitor, pentru îngrijirea sănătății decât Canada, Franța sau Regatul Unit al Marii Britanii. Ba mai mult, cetățenii americani se bucură de o speranță de viață mai mică decât în aceste țări, iar mortalitatea infantilă este semnificativ mai mare. Problemele inerente ale Sistemul American de Sănătate omoară oamenii literalmente. (6)

Realitatea numărul 2: Discuția pentru un sistem de „*singur plătitor*”, în care guvernul plătește și reglementează îngrijirea sănătății rămâne deschisă, deoarece în curentul politic actual o atare idee este aproape interzisă. Propunerea legislativă Hillarycare a murit în Congres, ca o sugestie contorsionată de asigurare a îngrijirii a sănătății cu un singur plătitor, Guvernul. Proiectul de lege, însă, nu a fost un Plan de Asigurări Medicale Socializat propriu-zis, ci mai degrabă o încercare de a reordona piața asigurărilor către planurile private. Deși este absurd și încă neverificat, se presupune că majoritatea americanilor nu ar accepta nicio-

dată o Medicină Socializată. (6)

În opinia lui Timothy Noah, afacerile concernelor medico-industriale au scăpat de sub control, deoarece ele se orientează după realitatea politică – cea de la numărul 2, iar nu după realitatea 1 (faptul în sine). (6)

REFERINȚE

1. Joseph L. Dieleman, PhD; Ellen Squires, MPH; Anthony L. Bui, MPH; Madeline Campbell, BS; Abigail Chapin, BA; Hannah Hamavid, BA; Cody Horst, MPH; Zhiyin Li, MPS; Taylor Matyas, MS; Alex Reynolds, BA; Nafis Sadat, MA; Matthew T. Schneider, MPH; Christopher J. L. Murray, PhD, DPhil - Factors Associated With Increases in US Health Care Spending, 1996-2013 - JAMA. 2017;318(17):1668-1678. doi:10.1001/jama.2017.15927
2. Patrick H. Conway, MD, MSc - Factors Associated With Increased US Health Care Spending: Implications for Controlling Health Care Costs - JAMA November 7, 2017 Volume 318, Number 17, Editorial pp. 1657-1658
3. Mia De Graaf - US healthcare spending has rocketed \$900 BILLION since 1996 due to ageing population, obesity and 'unsustainably expensive' services - Dailymail.com Published 12:51 EST, 7 November 2017 - <http://www.dailymail.co.uk/health/article-5058643/US-health-spending-rocketed-900-BILLION-1996.html>
4. History of healthcare policy in the United States - https://ballotpedia.org/History_of_healthcare_policy_in_the_United_States
5. Catherine New - Best Health Care Brands Are Nonprofit: Survey - HUFFINGTON POST 09/24/2012 05:56 pm / Updated Oct 08, 2012 https://www.huffingtonpost.com/2012/09/24/best-health-care-brands-are-nonprofit_n_1910733.html
6. Timothy Noah - A Short History of Health Care - Jonathan Cohn shows how we got here - http://www.slate.com/articles/news_and_politics/chatterbox/2007/03/a_short_history_of_health_care.html
7. Jonathan Cohn - Analysis Medicare, Liberals and the Lesser Of Two Evils - KAISER HEALTH NEWS August 15, 2011 <https://khn.org/news/medicare-super-committee-cohn-analysis>



De vorbă cu Simona Trifu

■ Flaviu Predescu, București

Ea este medic psihiatru. Scormonitor prin mințile oamenilor, adică. Dar și poetă. Scormonitor și prin propriul său suflet, carevasăzică. În prefața de la volumul de versuri *Fă o lume pentru mine* (Editura *Business ADVISER*, 2016).

Alex Ștefănescu notează că poezia autoarei are o „*stranie originalitate*”, dar și o „*expresivitate violentă*”. „Poemele ei, observă același critic literar, sunt idei trăite. Trăite cu o intensitate care mi-aduce aminte de Emily Dickinson din literatura străină și de Magda Isanos din literatura română. (...)”

În tot ceea ce scrie, Simona Trifu are o nostalgie a măreției. Ea se scutură de meschinăria vieții de fiecare zi ca de atingerea unui șarpe. Viețuitoarea pe care ar putea să și-o înscrie pe blazonul ei de poetă este vulturul. (...)

Mă bucur că există o poetă ca Simona Trifu, chiar dacă am aflat de puțină vreme de existența ei. Mă bucur că a făcut o lume și pentru mine”.

Cum se poate împăca poezia cu psihiatria? Poți face poezie din psihiatrie? Sau psihiatrie cu poezie?

R: Psihiatria este asemuită ramurilor „*mai umaniste*” ale medicinei, un tărâm amprentat de conotații literare și care suscită imaginarul. Poate și datorită faptului că în suferința psihică rezidă o imensă forță. *Răni narcisice* vechi și structuri traumatice determină scrieri ample, bogate, incurșiuni în dimensiuni nebănuite. Sunt bine-cunoscute asocierile între literatură și bipolaritate, între film și creșterea imaginației și creativității, în varianta unui *interior* prea încărcat, exteriorizat în versuri care suscită sau în metafore cinematografice ample. *Nebunia* și *arta* au fost asociate, de asemenea, ca și când s-ar potența reciproc. Probabil filonul comun este reprezentat de resursele inconștientului, care, cumva, își rupe zăgazarile când se exprimă în boală.

În principiu, nu e corect să faci poezie din psihiatrie. Deplasarea suferinței unui individ din tărâmul *concret* în acela al *metaforicului* are sens atunci când și cel în cauză marșează la acest fapt. Chintesența sublimării ca mecanism apare când *ridici* suferința psihologică la rang de virtute. Dar decizia și putința de a trece de la psihiatrie la poezie trebuie să aparțină pacientului însuși. Pacienții sunt uneori mai *abili* decât noi. Știu să conducă implicit un demers, astfel încât să te învețe întocmai acea cale a vindecării, care li se potrivește cel mai bine. Poți face poezie din psi-

hiatrie dacă pacientul își dorește asta cu adevărat și *te ia simbolic de mână*și te duce într-acolo. Putința de a metaforiza, de a sublima, de a transcende, de a te dăruia artei aparține celui în mintea căruia a luat naștere pentru prima dată fenomenul.

După cum nu sunt corecte nici încercările excesive de a psihanaliza orice operă de artă. Voi da un exemplu banal, care m-a marcat în ani de experiență. Întrebarea psihiatru-lui Gheorghe Ionescu către Nichita Stănescu: „*Ce ați vrut să spuneți în poezia X?*” (istorisire ce deține nota unui *divertissement* dintr-un curs al profesorului, ținut prin anii '92). Atunci, Nichita l-a privit fix în ochi și a afirmat instant: „*Dar credeți că eu mai știu?*” Cumva, de-abia acum, peste ani, am înțeles răspunsul în dimensiunea lui profundă. Dincolo de platitudine, este un răspuns trufaș și mândru. Cuvinte ce apară o întreagă lume subiectivă a poeziei, prin negare și inducerea perplexității în celălalt: *Oare, tu, psihiatru, chiar crezi că le poți ști pe toate? Chiar crezi că mintea ta poate pătrunde oriunde și poate înlocui orice?* Instrumentul analitic în sine, gândirea psihiatru-lui nu are dreptul să se subscrie inefabilului unei poezii și este *o eroare cu ispășire amară*, cum ar spune Thomas Mann (afirmația este o parafrazare, pe care îmi permit să o fac), *să vrei să rupi laurii din cununa de aur a artei și să o circumscrii în psihiatrie*.

Există tendințe moderne cărora psihiatri și psihanalisti rafinați subscriu, de a face întâlniri pe un tărâm dual, în care se interpretează filme, cărți, evenimente sociale, situații de viață, ca pe o alegorie în sine. Dincolo de asta, poezia presupune un *inexplicabil*, care semnifică o invitație la *ceva de nerefuzat*. Uneori cuvintele se potrivesc pur și simplu, ca formă și sens non analitic. Sensul artei nu este neapărat *conștient* sau *conștientizabil*. Nu întotdeauna un poet este în contact cu sensurile multiple pe care le pot stârni rândurile sale. Și aceasta este arta pură. Spre deosebire de psihiatru, ce trebuie să fie într-un permanent contact cu sensul și scopul intervențiilor sale.

Ce îl determină pe un tânăr să îmbrățișeze cariera de medic psihiatru?





R: Alegerea de a fi psihiatru nu este întotdeauna una asumată. Poate fi și întâmplătoare într-un anumit moment al existenței cuiva, după care cel în cauză se străduiește să îi dea un sens, în conformitate cu personalitatea sa, ce poate fi structurată *mai riguros științific* sau *mai eclectic artistic*.

Zilele trecute, am auzit un coleg cu 35 de ani de experiență în psihiatrie, afirmând cu înfumurare în fața unui tătic îngrijorat că fiica sa de 19 ani se află la debutul unei tulburări psihice: „*Eu simt, știu și aflu mai totdeauna ce se întâmplă în capul pacienților mei.*” Fraza în sine sperie și sugerează o forță implicită și mecanisme *supranaturale* de a putea stăpâni și controla fenomenul. Oricât de non etic ar părea, uneori, într-un colț ascuns, poate exista o fantazare de tipul dorinței de manipulare. Mai corect spus, convingerea celui în cauză că astfel *oficializează* o manipulare pe care oricum o făcea. În condițiile în care suntem de acord cu faptul că manipularea, ca fenomen al minții cuiva sau ca fenomen social nu reprezintă neapărat ceva rău.

În alte situații este vorba de dorința de a afla și de a înțelege ce se întâmplă în tine însuși, *bine* sau *rău*. Nevoia de a te repara pe tine sau pe cineva drag. Alte motivații pot friza fascinația pentru lucrul pe dimensiunea abstracțiunilor și abstractizării sau credința că esența omului este în creier. Poate nu întâmplător, mulți oameni, pacienți, potențiali pacienți sau indivizi care nu au avut de-a face în viața lor cu psihiatria afirmă: „*Doamne, să mă îmbolnăvesc oricum, dar numai la cap, nu!*” (...)

(...) Vorbești ca la un seminar, ca la o conferință. Aș prefera să umanizezi puțin limbajul acesta atât de tehnic, de inaccesibil nespecialiștilor. Voi, psihiatrii, să nu mi-o iei în nume de rău, nu uitați că sunteți ceea ce sunteți nici măcar în interviuri. Ce trebuie să înțeleagă, totuși, omul care nu e specialist în psihiatrie?

R: A scormoni conștientul și inconștientul cuiva nu cred că poate fi mai *spectaculos* decât modalitatea în care un chirurg scormonește interiorul ființei cuiva, la propriu. Poate, jocul pe dimensiunea abstractului, abstracțiunilor și abstractizărilor, operarea în simbolic și metaforic să pară mai *spectaculară*, mai ales dacă psihiatrul însuși face acest lucru într-o manieră ușor histrionică.

Există cumva pericolul ca medicul psihiatru să fie propriul lui pacient?

R: *Provocarea* are sens în dimensiunea ei metaforică, atunci când tu ca profesionist crezi cu tărie în propriu tău instrument de investigație și ajungi să îl apoteozezi. Atunci când *funcția analitică*, de explorare investigativă, curiozi-

tatea profesională nu mai poate fi oprită. Gândirea psihiatruului ce intervine autentic este un instrument al minții, o structurare particulară a propriilor idei și trăiri (în versiunea unui monobloc funcțional), ce are drept rol *potrivirea* trăirilor și gândurilor unui celălalt, acela fiind mai mult sau mai puțin destructurat, afectat intern.

În extrema psiho-dinamică a modalităților de a face psihiatrie, se poate vorbi despre *funcția analitică*, în sensul de instrument al minții specialistului de a emite interpretări, supoziții, de a stabili legături ipotetic cauzale, de a încerca să umple golurile cu explicații fezabile, de a surprinde *metaforicul în realșirealitatea în dorințe*.

Riscul unui psihiatru de a deveni propriul pacient apare când fascinația celui în cauză pentru propriul instrument al minții sale acaparează realitatea obiectivă, construită în anii facultății de medicină, când conceptele de tip *evidence based medicine* primează.

Detaliind riscul de a deveni propriul pacient apare atunci când mintea ta nu se mai poate opune propriei *analizabilități*, când funcționezi profesional în varii situații sociale non profesionale, când cea mai mare parte a timpului este acaparată de fascinația pentru propria interpretativitate (în versiunea ei valoroasă, dar inutilă demersului).

Riscul se poate origina în înfumurare, când propriul instrument te face să crezi că stăpânești conștientul și inconștientul, atât pe al tău, cât și pe al altora. A interpreta, a hiperboliza, a găsi continuu semnificații ascunse, a fi înclinat să vânez explicații și să construiești sisteme de referință în detrimentul lui *a fi, a dăruii, a te dăruii, a emana căldură, empatie, afecțiune, puțină reparatorie*. (...)

(...) Apropo, care mai este starea de sănătate mintală a românilor?

R: Poate că suntem într-un sindrom burn-out (de secătuire) generalizat, în care obosești de muncă, de două job-uri și activități colaterale, ne aflăm sub presiunea *a prea multe lucruri ce așteaptă să fie făcute* și asta trezește un soi de nerăbdare, o grabă existențială înspre niciunde, cu iluzoria speranță către *puțin mai bine și ceva în plus*. Un confort de moment ce creează amăgirea unei bunăstări, o aparență care poate satisface. Dincolo de care rămâne intuiția de a nu dura.

Am ajuns să nu ne mai putem bucura *de clipă*, deoarece undeva, în umbră, pândește teama unui dezastru de imagine, unui posibil *crash* al stimei de sine. Trăim un soi de *exhibiționism* și ștergere a limitelor, tendința de a pătrunde în spațiul personal, imagini „*confecționate*” din puzzle-uri de informații reale amestecate cu fantazări și proiecții



ale celorlalți. Mecanismul invidiei își atinge apogeul când nu doar dușmanii tăi îți pot întinde o cursă, ci chiar cel de alături, confidentul tău, acela împreună cu care **ai clădit** lucruri.

Sunt din ce în ce mai frecvente situațiile în care *un celălalt* este folosit într-o *așa zisă echipă* nu ca tovarăș de cursă lungă, ci ca *self obiect*, ce *satisface* atâta timp cât îndeplinește o nevoie de care *cel cu potența socială mai mare* este flămând. Odată nevoia împlinită, celălalt nu mai există ca ființă distinctă, în nici una din ipostazele sale, reală sau metaforică. A trăi într-o mare corporație sau într-o instituție de stat devine o încercare în sine, ca forță și frizare a limitelor, în sensul dezvoltării abilităților de reziliență.

Însingurarea vine din frică, din neîncredere, dintr-un soi de incapacitate de a ne mai face speranțe, din „*provocări delirante*”, în care evenimente anodine de viață dobândesc cu repeziciune conotații interpretative.

Poate că ar fi nevoie de noi provocări, insinuate într-o pânză fină de speranțe, din care să se țasă un viitor care să poată anima oameni, împlinindu-i într-un destin și spirit comun. La actualul moment de timp ne lipsesc personalități care să suscite la exprimarea unor dinamici de grup. Iar de la însingurare la dezbinare nu e decât un pas.

S-a scris și se scrie mult. S-au făcut filme românești de bună calitate, care reflectă realități dureroase. Și, totuși, domină o așteptare încremenită a ceva indefinit, ceva ce generic este luat drept depresie. Nu este depresie și, poate, nici resemnare mioritică. Acea afirmație a oamenilor simpli, care lucrează istoviți în lanurile de porumb din Moldova, indiferent de condițiile climaterice și de anticiparea vreunei recolte bogate, sună cam așa: „*Și că o ploaie, și că n-o ploaie... noi ne facem datoria...*” Și forța naturii aduce ploaia. Ca și forța credinței și menținerea speranței. Și recolta apare de fiecare dată, ca un nou și nou miracol al sorții. Per primam, imaginea stârnită e una de *chin și sacrificiu sisific*, dar dacă te situezi dincolo de evaluarea de față, **capacitatea de reziliență a românilor este un atu redutabil!**

Lipsesc figurile cheie (în literatură, politică sau pe scena socialului, în sensul său generic), care nu doar să atragă atenția asupra sieși ca ființe, ci să suscite mecanisme sociale de coeziune. Forța unui popor rezidă în posibilitatea ca anumiți indivizi să mobilizeze și să elibereze energii creatoare, să nască dinamici constructive. (...)

De la o vreme, medicii sunt purtați în cătușe prin fața camerelor de filmat pentru luare de mită. Toți am dat sau vom da bani medicilor, e obiceiul locului, și mă întreb ce soluții ar fi să nu-i mai umilim astfel pe vindecătorii noștri?

R: Imaginea medicului este una care suscită, încă din Antichitate.

Medicii erau considerați, până nu demult, un fel de *se-mize*, cu *drept de viață și de moarte asupra pacienților*, prin însăși puterea cu care erau investiți de către societate. **Imago-ul medicului** este unul ce fascinează, ce suscită la autoritate și prestigiu, prin forța cunoștințelor, a dovezilor din arealul investigativ imagistic, a rezultatelor și chiar a banilor. În principiu, societățile dezvoltate își permit să mențină puterea corpului medical, inclusiv prin puterea financiară a *castei*. Transferul pe medici este mare. Transfer de putere, de autoritate, de forță, de așteptări. Când, totuși, și medicii greșesc, acest transfer devine repede unul negativ, trecându-se cu ușurință la defăimare, umilire, oprobriu public, pedepse ce trebuie înzecit plătite, pentru că medicul *nu a fost în stare să salveze*.

În ceea ce privește comentariile legate de *luarea de mită*, din păcate **s-au șters niște granițe**, într-o societate în care ne situăm într-o *funcționare alloplastică și xenopată*. Încercăm să îi schimbăm pe cei din jurul nostru, niciodată pe noi înșine. S-a șters actualmente o graniță extrem de importantă: Acea dintre situația în care un pacient aduce medicului recunoștință, fie ea și exclusiv în plan financiar (și în care întregul control asupra situației este la pacientul în sine, căruia îi aparține decizia intrinsec asumată) și situația în care medicul condiționează actul medical. În această a doua variantă, pacientul este cel umilit și neputincios.

Metamorfoza actuală a legislativului și justițiarului nu mai face diferența între cele două situații eminentemente opuse și în care **locul controlului este totalmente diferit**. Nu poți judeca un medic și, cu atât mai mult, nu îl poți supune oprobriului public, pentru că nu a oprit o decizie a pacientului, care nu a dorit decât să se revanșeze.

Se pare că actualmente, printre grijile fundamentale ale unui medic, trebuie să fie în permanență aceea de a-și apăra propria imagine, de a fi constant *în alertă*, pentru a sesiza ce și la ce, *cât și la cât* se expune, pentru a-și *păzi spatele*. Devine o grijă în sine cum să îi explici pacientului că **nu are voie** să se revanșeze, deoarece acest fapt strică alianța terapeutică, în nici un caz nu o întărește (cum era până acum credința laică a pacienților). Poate că acest fapt va fi posibil în viitor, dar, în momentul prezent, imago-urile mintale din ambii participanți la actul diagnostic și terapeutic, legate de *a da o ofertă de simptome – a primi un diagnostic și cele mai bune îngrijiri* sunt semnificativ perturbate de teama umilinței. Pacientul se simte umilit dacă medicul îl refuză, medicul se simte umilit de expunerea la care pacientul *îl invită* să participe, dacă marșează la acceptarea recunoștinței



pacientului său, în varianta ei palpabil materială.

Pe de altă parte, o societate în care medicii sunt purtați pe la televizor în cătușe, în care se spune în permanență că în spitalele din țară există corupție, medici incompetenți care condiționează actul medical, există infecții nozocomiale și refuzuri la internare, face să scadă credibilitatea specialiștilor în rândul populației. Acest fapt, alături de scăderea credibilității în tot ce înseamnă cercetare și teze de doctorat false, plagiate și excesiva mediatizare a acestor aspecte, nu face decât să arunce cu noroi în noi înșine și să deschidă calea mult dorită de a cere ajutor *în afară*, în tot ceea ce înseamnă acordarea de servicii medicale și coordonarea echipelor de cercetare, aservirea noastră ca specialiști. Din păcate, în primul rând a celor ce am rămas aici, să ne facem meseria.

Cum se vede din interior sistemul de sănătate de la noi?

R: Din punct de vedere al competenței specialiștilor, personal voi continua să am o părere bună legată de școala românească de medicină și, în particular, de colegii mei, care *își fac meseria*. Într-un spital cu o groază de dotări poți admira orice specialist. Valoarea unui medic este cu atât mai mare cu cât poate practica medicina în *condiții de restricte*, fără să dea greș. Să fii disponibil pentru pacienții de oriunde, inclusiv pentru aceia *ai nimănui*, să respecti *Jurământul lui Hipocrate* înainte de *indicatorii de management* și dincolo de *sistemul asigurărilor de sănătate*. Din păcate, se întrezărește un hiatus tot mai mare între *lumea manageri-*

ală, responsabilă de eficientizarea actului medical și *lumea medicală și tagma medicilor per se*, obligați să respecte din ce în ce mai multe rigori, care se transformă, mai devreme sau mai târziu, în *opreliști* ale însuși actului medical pentru care au fost formați.

Din păcate, resursele sistemului de sănătate, oricare ar fi acela și oricum ar fi el organizat, sunt limitate, iar cererea de servicii medicale este în creștere. Atunci se pune problema *pe cine sacrificiși* cum procedezi când ești pus să alegi la resurse finite *cui le atribuși pe cine salvezi*. Deciziile de acest tip trebuie lăsate la latitudinea medicului, fără influențe majore din sfera managementului și politicului.

Cred, de asemenea, că actualmente se cheltuie prea mulți bani pe *sisteme interpose*, de tipul multiplelor *codări, clasificări, raportări*, printre care bolnavul este pierdut între *cifre, deconturi, carduri, asigurări*, în detrimentul unei pertinente evaluări medicale.

Un gând de final?

R: Este normal ca pacienții să ne ceară *vindecare cu orice preț, tinerețe fără bătrânețe și viață fără de moarte*, distrugerea *tuturor* agenților patogeni reali sau fantasmați.

Să auzim de bine și să nu avem nevoie unul de altul, medicul, de avocat și avocatul, de medic!

*Gratitudinea noastră d-lui Flaviu Petrescu pentru amabilitatea de a permite reproducerea interviului, la care am efectuat câteva prescurtări ne semnificative.

Necrolog - Schnell Endre - Gyászjelentője

Kellemetlen feladatot kell ismét bevállalnom. Bálintos barátunk távozásáról írni nem egy leányálom. Nem az! Főként egy olyan Ember távozásáról közölünk, akinek annyit köszönhetek, köszönhetünk itthoni Bálint munkánk beindításában, kiteljesedésében. Egy olyan Ember elköltözéséről az elizyumi mezőkre, akinek segítsége nélkül ma nem lennék bálintos. Nem lenne országos Bálint társaságunk. Aki, ha az 1986-os magyarországi Bálint kongresszusra nem hív meg, nem vállaltatja át a szervezőkkel költségfedezésemet, talán soha sem kerülünk kapcsolatba a bálinti eszmével, gyakorlattal. Ezért kell sokat köszönnünk neki. Annak az Embernek, aki 88 éves kora ellenére sem

hagyta abba a kapcsolattartást betegeivel. Velünk, keletebbre szorult bálintosokkal. Schnell Endre, barátainak Bandi (1929. X. 26. - 2017. XI. 4), hagyott itt mindannyiunkat. December 4-én nem lehetünk ott koporsója mellett, nem kísérhetjük utolsó útjára, ám e sorok tegyék meg azt helyettünk.

Fonjanak koszorút sírjára. Nyugodjál békében, örök álmod legyen zavartalan. Vallom sokunkkal együtt: csak az hal meg igazán, akit már elfelednek. Veled Bandi, e felejtés csak kihalásunkkal következhet be. Vagy még akkor sem, hiszen írásaid tovább éltetik emlékedet.



*Utolsó istenhozád,
Veress Berci*



Știri din viața Asociației

■ Dr. Albert Veress - Miercurea Ciuc



22-24 septembrie, 2017:

A XXIV-a Conferință Națională a Asociației Balint din România, înființată pe 25 iulie 1993 la Miercurea Ciuc, cu 29 membri fondatori, s-a desfășurat în acest an în orașul unde a luat ființă. La Casa de Studii Jakab Antal din Miercurea Ciuc, timp de 3 zile, 62 de împătimiti ai explorării tulburărilor medicale cu

sorginta în deteriorarea relațiilor medic-pacient, medic-medic, subordonat-șef și alte tipuri de subordonări interumane, și-au pus la contribuție mintea ca să caute, printr-o gimnastică mentală de grup, acea luminiță de la capătul tunelului, care să-i ofere aducătorului de caz eventuale căi de rezolvare a problemei sale, de a ieși din impasul în care s-a poticnit și pentru care s-a încumetat să aducă problema lui în fața colegilor din cercul magic al Balintienilor.

Participanții au sosit din mai multe județe a țării: Brașov, Covasna, București, Cluj, Mureș, Neamț, Vaslui, Bacău, Sibiu, Suceava, Maramureș, Harghita. Dar și din Chișinău ne-au onorat conferința 9 colegi de breaslă, membrii Asociației Balint din Republica Moldova și 2 colegi din partea Asociației Psihosomatice Balint din Ungaria.

În cadrul a două grupuri largite și 10 grupuri mici au fost discutate 12 probleme arzătoare ale colegilor noștri. O bună șansă pentru ei în prevenirea secăturii profesionale care planează asupra capului fiecărui medic, al fiecărui om, care în relaționarea lui cu alții poate eșua pe bancul de nisip al falimentării acestor relații.

A avut loc și Adunarea generală a Asociației cu alegerea noului Birou de conducere, în care cinci persoane din vechiul Birou au fost realese prin vot secret, iar în locul celor doi retrași din motive personale, au fost aleși alții

S-a lansat volumul Așchii de viață (Din amintirile unui psihiatru) al doctorului ciucan, Veress Albert. Recenzia cărții a făcut-o într-un mod inspirat, criticul de artă, Prof. Dr. Bucur Nicolae.

Sâmbătă seara, la o cină prietenească, am putut savura spectacolul dat de actorii teatrului din localitate: Bene Zoltán, Zsigmond Beata Éva și Kosztándi Zsolt, iar, dansând pe ritmurile muzicii servite de către DJ Bene Zoltán, ne-am „aerisit” creierele de emoțiile care ne-au încărcat în timpul muncii din grupuri.

Conferința a fost și un bun preludiv pentru a XXV-a Conferință aniversară plănuită pentru septembrie 2018.

11 octombrie, 2017:

Secțiune Balint în cadrul celui de-al VI-lea Congres Național de Psihiatrie. S-au prezentat lucrări de către invitata secțiunii, dr. Heide Otten din Berlin și dr. Veress Albert. Un grup lărgit cu 17 participanți a fost condus de către invitata noastră

27-28 octombrie, 2017:

Curs pentru formarea liderilor de grup Balint, Lupeni-Harghita. Formatori: Baka Tünde&Butyka Enikő-Éva. 14 participanți, printre care 3 colegi din Rep. Moldova.

Planuri de viitor

19-21 ianuarie, 2018:

Weekend Național Balint de Iarnă, cu Post revelion. Roman, hotel Royal. Taxă participare: 40 euro (include c.v. cinei festive pentru membrii cu cotizația plătită la zi). Cazare: 100 lei/cameră/zi (sgl. sau dbl!). Cina festivă: 60 lei. Anunț participare și rezervarea camerei până pe 15 ianuarie la tel. 0740-516.626 (Țubucanu Marlena) sau prin e-mail ([ve-ressalbert02@gmail.com](mailto:veressalbert02@gmail.com)).

10-13 mai, 2018:

Weekend Național Balint de Vară comasat cu a 3-a Conferință Națională Balint a Asociației Balint din Rep. Moldova. Chișinău. Cazarea și reperatele financiare vor fi anunțate în numărul din martie al Buletinului.

27-30 septembrie, 2018:

a XXV-a Conferință Națională Aniversară Balint, cu participare internațională. Așteptăm sugestia voastră dacă s-o organizăm la Băile-Tușnad (hotel cu 3 sau 4 stele) sau la Casa de Studii Jakab Antal din Șumuleu-Ciuc (la adresa veressalbert02@gmail.com

Albert Veress.

INDEX: ISSN - 1454-6051

