

Buletinul Asociației **Balint**

Periodic trimestrial. Volumul XXIII. Nr. 91 - 92



Iulie - Decembrie 2021

INTERVENȚII PSIHO-SOMATICE ÎN SINDROMUL DE INTESTIN IRITABIL

Prof. Dr. Dan L. Dumitrașcu

PROVOCĂRILE PANDEMIEI PENTRU ECHIPA TERAPEUTICĂ A UNUI CENTRU DE REABILITARE PENTRU PERSOANE DEPENDENTE

Dr. Lux Holger-Ortwin

REAȚIA LA PANDEMIA COVID, UN TEST DE PERSONALITATE?

Psiholog Monica Petrescu

SINDROMUL POST-COVID: REGĂSIREA ECHILIBRULUI PERSONAL ȘI PROFESIONAL

Calancea Veronica, Psiholog clinician

BALINT ÎN PANDEMIE - FURTUNA PANDEMICĂ ȘI IMPACTUL SĂU ÎN MAREA FAMILIE A ASOCIAȚIEI BALINT

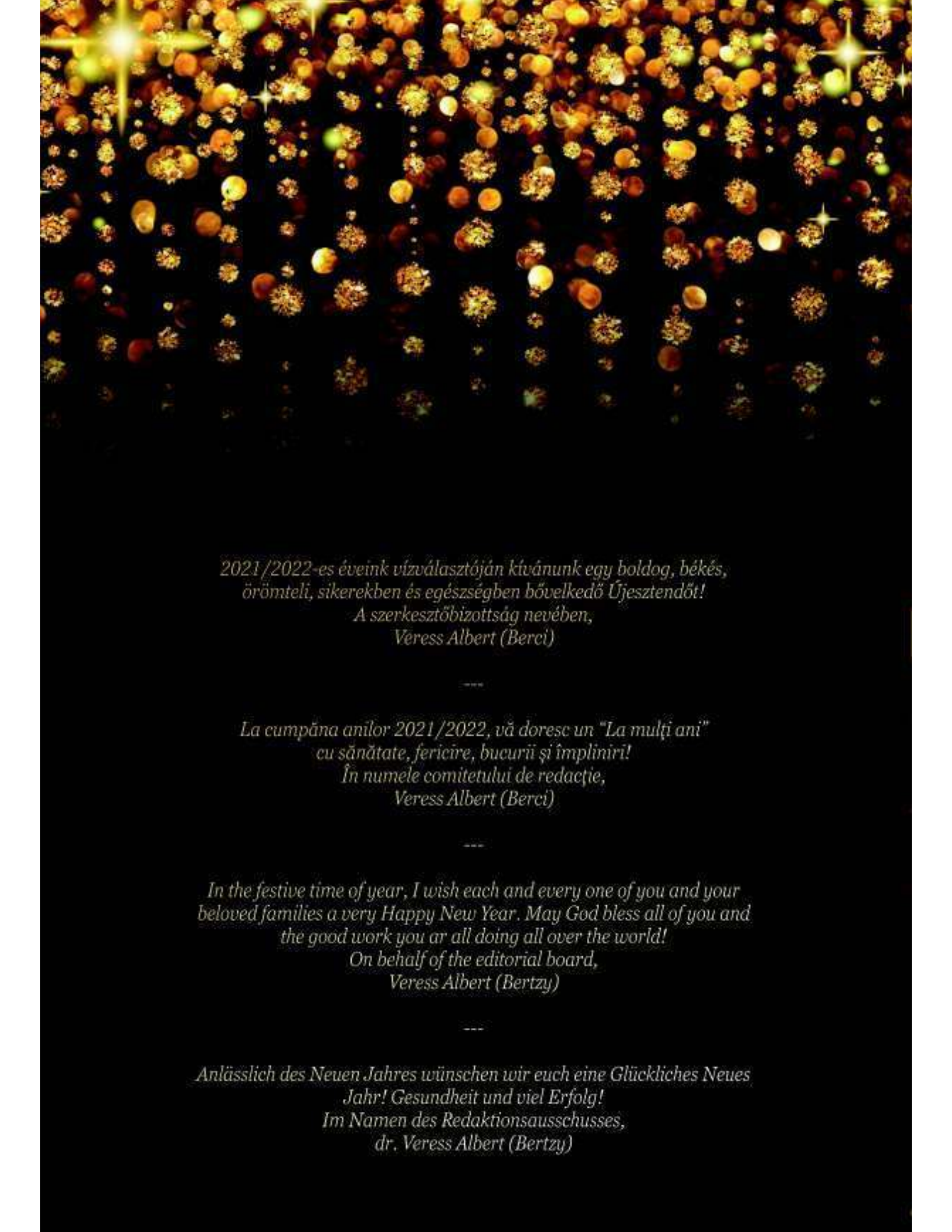
Psiholog Ramona Baghiu

GRUPUL BALINT VIRTUAL - O NECESITATE ÎN PANDEMIE, O OPORTUNITATE PENTRU VIITOR

Alma László, MD

ASOCIAȚIA BALINT PRIN OCHII UNUI STUDENT

Cîrlănaru Claudia



*2021/2022-es éveink vízváltásztóján kívánunk egy boldog, békés,
örömteli, sikerekben és egészségben bővelkedő Újesztendőt!
A szerkesztőbizottság nevében,
Veress Albert (Berci)*

*La cumpăna anilor 2021/2022, vă doresc un "La mulți ani"
cu sănătate, fericire, bucurii și împliniri!
În numele comitetului de redacție,
Veress Albert (Berci)*

*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 ar all doing all over the world!
On behalf of the editorial board,
Veress Albert (Bertzy)*

*Anlässlich des Neuen Jahres wünschen wir euch eine Glückliches Neues
Jahr! Gesundheit und viel Erfolg!
Im Namen des Redaktionsausschusses,
dr. Veress Albert (Bertzy)*





CUPRINS

PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA	2
BIROUL ASOCIAȚIEI	3
INTERVENȚII PSIHO-SOMATICE ÎN SINDROMUL DE INTESTIN IRITABIL Prof. Dr. Dan L. Dumitrașcu, Clinica Medicală II, UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca	4
PROVOCĂRILE PANDEMIEI PENTRU ECHIPA TERAPEUTICĂ A UNUI CENTRU DE REABILITARE PENTRU PERSOANE DEPENDENTE Dr. Lux Holger-Ortwin, Șura Mică, jud. Sibiu	8
REAȚIA LA PANDEMIA COVID, UN TEST DE PERSONALITATE? Psiholog Monica Petrescu, PH.D, București	13
SINDROMUL POST-COVID: REGĂSIREA ECHILIBRULUI PERSONAL ȘI PROFESIONAL Calancea Veronica, Psiholog clinician IMSP SCR „Timofei Moșneaga”	16
BALINT ÎN PANDEMIE - FURTUNA PANDEMICĂ ȘI IMPACTUL SĂU ÎN MAREA FAMILIE A ASOCIAȚIEI BALINT Psiholog Ramona Baghiu, Bacău	21
GRUPUL BALINT VIRTUAL - O NECESITATE ÎN PANDEMIE, O OPORTUNITATE PENTRU VIITOR Alma László, MD, Arad, România	23
ASOCIAȚIA BALINT PRIN OCHII UNUI STUDENT Cîrlănaru Claudia, Brașov	25



MOTTO:

„Numai ticăloșilor le e ușor să mintă în orice situație” – *Feodor Dostoievski*

„Minciuna înflorată valorează mai mult decât adevărul rău spus” – *Proverb românesc*

Iulie-Decembrie, 2021, Volumul XXIII, Nr. 91-92 ■ 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 (forro.botond@gmail.com) ■ **Editat de:** Asociația Balint din România ■ **Tipărit la:** Pro-Print, Miercurea-Ciuc ■ **Adresa redacției:** 530 111 - MIERCUREA CIUC, str. Gábor Áron nr. 10, tel. 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 • Mircea LĂZĂRESCU • Aurel NIREȘTEAN • Ovidiu POPA-VELEA • Almos Bela TRIF (USA) • Simona TRIFU



PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA



Michael Balint: Psihanalist englez de origine maghiară

DATA ÎNFIINȚĂRII: 25 iulie 1993

GRUPUL BALINT:

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

SPECIFICUL ASOCIAȚIEI:

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

OBIECTIVE:

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

ACTIVITATEA ASOCIAȚIEI:

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

REGULI PRIVIND ÎNSCRIEREA SI 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 2021 rămâne 25 EURO** (la cursul oficial BNR din ziua în care se face plata), sumă în care se include și abonamentul la Buletin.

În cazul în care două persoane dintr-o familie sunt membrii Asociației, una dintre ele poate cere scutirea de la plata abonamentului la Buletinul Informativ, împreună revenindu-le doar o sumă de **42 euro**.

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

Taxa de înscriere în Asociație este de **20 EURO** (nu se face reducere nici unei categorii socio-profesionale). Abonamentul costă 8 EURO. Plata abonamentului și a cotizației se face în cont CEC Bank Miercurea Ciuc, nr. RO26CECHR0143RON0029733, titular Asociația Balint, cod fiscal: 5023579 (**virament**) 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:
István VÁRADI
istvanvaradi@inbox.com

CĂTRE AUTORI

Se primesc articole cu tematică legată de activitatea grupurilor Balint din România și din străinătate, de orice fel de terapie de grup, de psihoterapie, de psihologie aplicată și de alte abordări ale relației medic - pacient (medicină socială, responsabilitate medicală, bioetică, psihosomatică, tanatologie etc.).

Redactorul șef și / sau lectorul au dreptul de a face cuvenitele corecturi de formă și conținut ale lucrării și rezumatului, iar, în cazul neconcordanțelor de fond, vor retrimite articolele autorilor cu sugestiile pentru corectare. Deoarece revista se difuzează și colegilor din străinătate, articolele care nu se limitează doar la descrierea evenimentelor Balintiene, trebuie să aibă un rezumat în limba română și engleză, de maximum 10 rânduri dactilografiate, cu 3-5 cuvinte cheie.

Pentru rigoarea științifică, apreciem menționarea bibliografiei cât mai complet și mai corect, conform normelor **Vancouver**, atât pentru articolele din periodice cât și pentru monografiile (citarea în text se notează cu cifre arabe în paranteză rotundă, iar în bibliografie se înșiră autorii în ordinea citării, nu în cea alfabetică și doar acei autori care au fost citați în lucrare).

Recenziile cărților trebuie să cuprindă datele de identificare a cărții în cauză - autorii, titlul, toate subtitlurile, anul apariției, editura, orașul, numărul de pagini și ISBN-ul.

Se trimite în fișier separat imaginea scanată a copertei.

Se primesc doar materiale trimise pe memory-stick sau

prin e-mail ca fișier atașat. Se vor folosi numai caractere românești din fontul Times New Roman, culese la mărimea 12, în WORD 6.0 sau 7.0 din WINDOWS.

Imaginile - fotografii, desene, caricaturi, grafice - vor fi trimise ca fișiere separate, cu specificarea locului unde trebuie inserate în text pentru lecturarea lor corectă. Pentru grafice este important să se specifice programul în care au fost realizate.

Articolele trimise vor fi însoțite de numele autorului, cu precizarea gradului științific, a funcției și a adresei de contact, pentru a li se putea solicita extrase. Autorii vor trimite o fotografie digitală - tip pașaport sau eseu - pe care o vor trimite ca fișier (*.jpg) atașat la adresa redacției.

Autorii sunt rugați să se conformeze regulilor de redactare a articolelor.

Conținutul articolelor nu reprezintă neapărat și părerea redacției, autorii asumându-și responsabilitatea pentru corectitudinea datelor, afirmațiilor și pentru tonul folosit în text.

Manuscrisele sunt lecturate de un comitet de referenți, care propune eventualele modificări, fiind apoi transmise autorului prin intermediul redacției. Decizia lor este incontestabilă.

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



INTERVENȚII PSIHOSOMATICE ÎN SINDROMUL DE INTESTIN IRITABIL

■ Prof. Dr. Dan L. Dumitrașcu, Clinica Medicală II, UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca

Rezumat: Sindromul de intestin iritabil (SII) este o tulburare funcțională digestivă (mai recent denumită tulburare a axului intestin-creier) cu prevalență mare și care implică dificultăți de tratament în formele medii și severe. În arsenalul terapeutic este necesar a fi incluse și tehnici de terapie psihologică, atunci când tratamentele alopatice nu sunt eficiente. Acest referat de actualități prezintă date noi despre efectul psihoterapiei în intestinul iritabil.

Cuvinte cheie: sindromul de intestin iritabil, tulburarea axului intestin-creier, psihoterapie.

Abstract: Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a functional digestive disorder (more recently referred to as a disorder of the gut-brain axis) with high prevalence and involving difficulties in treatment in medium and severe forms. In the therapeutic arsenal it is necessary to include and techniques of psychological therapy, when allopathic treatments are not effective. This current review presents new data about the effect of psychotherapy in the irritable bowel.

Key words: Irritable Bowel Syndrome, disorder of the gut-brain axis, psychotherapy.

INTRODUCERE

Sindromul de intestin iritabil (SII) este o tulburare a interacțiunii intestin-creier (până de curând denumite tulburări funcționale digestive) (1) cu o frecvență de peste 4% în întreaga lume (Sperber et al 2020)(2), dar care până la apariția acestui studiu era estimată la 10-15% din populația generală a lumii, dar și a României (3). În patogeneza SII un rol important îl au factorii psihosociali, iar calitatea vieții este alterată în această entitate patologică. De aceea, SII este un obiect important de studiu al medicinei psihosomatice (Dumitrașcu, 4).



Până nu de mult se credea că termenul de medicină psihosomatică a fost introdus de psihiatrul german Johann Heinroth în manualul său de psihiatrie din 1818. Dar, de curând, am comunicat un document mai vechi, anume teza de doctorat al lui Lemort Demetigny 1784 (Dumitrașcu et al Med Pharm Rep 2019) (5) (vezi fig. 1).

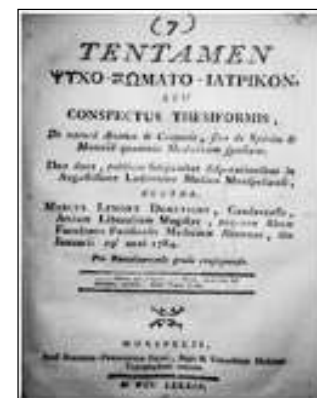


Fig. 1: Prima menționare a cuvântului Psihosomatică (cu alfabet grecesc) (5, cu permisiune).

ACTUALITĂȚI DESPRE FACTORI PSIHOSOMATICI ÎN INTESTINUL IRITABIL

SII este un model tipic pentru modelul biopsihosocial, care stă la baza abordării psihosomatice a acestei tulburări. Modelul biopsihosocial are față de modelul mai vechi biomedical avantajul că ia în considerare factorii



psihosociali și pune accent pe calitatea vieții.

Privind factorii psihosociali din intestinul iritabil, noi am evidențiat peste 30 (Surdea-Blaga et al) (6). Cei mai importanți sunt catastrofizarea, anxietatea și somatizarea. Lor li se direcționează de fapt intervențiile psihoterapeutice (6).

Un rol aparte este atribuit calității vieții, fapt foarte bine evidențiat de noul studiu al Rome Foundation Global Study (7) la care a contribuit și România. Acest studiu a demonstrat cum calitatea vieții este mai alterată la cei cu tulburări mai numeroase ale interacțiunii intestin-creier.

Modelul biopsihosocial explică modul în care în SII susceptibilitatea crescută este influențată de interacțiunile dintre factorii timpurii de viață (predispoziție genetică și factori de mediu); factori de risc psihosociali (de exemplu, depresie și anxietate, *coping*, stil de viață) și disfuncții fiziologice (de exemplu, motilitate, viscerală sensibilitate) prin axa creier-intestin (8) În același timp, răspunsurile pacienților la simptomele SII influențează evoluția bolii. Modul în care un pacient prezintă emoții, cogniții și comportamente cu privire la simptome, poate crește anxietatea și să mențină simptomele prin intermediul legăturii dintre sistemul nervos autonom, sistemul nervos enteric și sistemul nervos central (8). Aici nu este un consens clar în literatura de specialitate cu privire la mecanismul patogenic, dar există totuși un acord că disfuncția interacțiunii dintre aceste componente, la care este implicat mai nou, suplimentar, microbiota intestinală, cauzează modificările funcționale de motilitate, sensibilitate viscerală, secreție.

Identificarea și înțelegerea ingredientelor active de terapii psihologice în SII este crucială, dar diferențele dintre studiile de proiectare pot transforma acest lucru într-un obiectiv greu de îndeplinit. Aceste diferențe încep de la procedurile de diagnosticare: conform NICE (National Institutul Britanic pentru Sănătate și Asistență de Excelență) diagnosticul se recomandă a fi făcut într-un mod pozitiv, având în vedere simptomele care duc spre diagnostic, dar, în practică, procedura de diagnosticare a excluderii este încă în uz (8). Studiile nu fac diferența între subtipurile SII (SII-constipație, SII-diaree, SII mixt și SII nespecificat).

PSIHOTERAPIA ÎN INTESTINUL IRITABIL

Se recomandă în cazurile severe de boală (vezi fig 2).

Hipnoterapia, ca terapia de relaxare, își are și ea locul în arsenalul terapeutic pentru SII (9).

Există date recente privind perspectiva pacientului cu SII și a medicului practicant. Într-un studiu de Kesthelyi și colab. (10), au folosit interviuri semi-structurate la pacienți cu SII, completate de medici, pentru a explora care atribu-

te și niveluri potențiale sunt legate de preferințele pentru un tratament SII. Aceste constatări nu numai că oferă o perspectivă asupra diferenței de perspectivă asupra tratamentului dintre pacienți și medici, dar aceste date pot fi de asemenea, utilizate în viitor pentru cercetări suplimentare privind preferințele cantitative (10).



Fig. 2: Intervenții psihoterapeutice în SII

Eficacitatea tratamentului pare a fi cel mai important factor în ceea ce privește preferința de tratament, așa cum este descrisă atât de pacienți, cât și de medici. Durata răspunsului, efectele secundare și sarcina tratamentului au fost marcate de pacienți și medici de asemenea ca fiind importante. Timpul de răspuns, locația și timpul de așteptare pentru o programare au fost mai puțin importante pentru pacienți (notate ca nefiind importante) comparativ cu aprecierea medicilor. Pacienții au considerat aceste aspecte ca fiind detalii minore, deoarece suferă de aceste simptome timp de mulți ani și, prin urmare, au fost dispuși să aștepte să apară un răspuns. Disponibilitatea de a plăti a fost importantă pentru medici și mai puțin importantă pentru pacienți (marcată ca neutră). Interesant este că pacienții erau dispuși să cheltuiască mai mulți bani pe tratamente eficiente decât erau conștienți medicii. Interviurile cu pacienții au scos la iveală un alt atribut care nu a fost încă identificat pe baza căutării literaturii de specialitate, și anume frecvența programărilor cu personalul medical (10).

Într-un studiu similar (11), interviurile și sondajele au evidențiat nouă atribute potențiale privind satisfacția medicilor și a pacienților. Studiile anterioare care s-au concentrat pe dezvoltarea opțiunilor cantitative ale preferințelor atât la medici, cât și la pacienți, au arătat atribute similare pentru alegerile de tratament. Un tratament care ar duce la ameliorarea simptomelor, viteza de acțiune, durata de ameliorare și ușurința de utilizare au fost aspecte importante (11). Experții au considerat o durată lungă a efectului și fiabilitatea controlului simptomelor ca fiind importante. De asemenea, în comparație, pacienții cu boli degenerati-



ve de disc ale coloanei vertebrale, au descris eficacitatea și durata simptomelor ca fiind importante în alegerea tratamentului; acest aspect a fost similar cu ale medicilor. Prin urmare, majoritatea atributelor par generice pentru aceste boli diferite (11), care au în comun faptul că acestea sunt de natură cronică și au recidive/ exacerbări frecvente, deoarece nici un tratament complet nu este disponibil. Prin urmare, tratamentul acestor boli se concentrează în principal pe ameliorarea simptomelor.

Terapia ideală, potrivit pacienților cu SII ar consta prin urmare, într-o terapie care este eficientă, nu conține sau are puține efecte secundare și include întâlniri frecvente cu personalul medical pentru îndrumare (8, 12). În general, pacienții din cohorta noastră au fost dispuși să accepte efecte secundare ușoare pentru a obține o terapie eficientă. Două studii anterioare, ambele care implică un hazard standard între dorința de a accepta riscul de medicație și ameliorarea simptomelor, au arătat că pacienții cu SII sunt dispuși să accepte riscuri substanțiale pentru medicamentele care țintesc ameliorarea simptomelor. (8, 12). Într-adevăr, riscul de efecte secundare și ameliorarea simptomelor sunt considerate importante și oferă context pentru aceste atribute. Cu toate acestea, pentru estimarea compromisurilor dintre acestea și alte atribute relevante suplimentare, este necesară cercetarea cantitativă. Într-un astfel de studiu, pacienților li se oferă o serie de opțiuni ipotetice a două sau mai multe alternative de intervenție medicală cu fiecare combinație diferită de niveluri de atribute. Caracteristicile unei intervenții pot fi descrise ca atribute, care pot fi împărțite în diferite niveluri pentru a ilustra preferința individului. (11, 12).

Asadar este de reținut că pacienții cu SII prezintă adesea simptome psihoforme sau tulburări psihiatrice. Printre factorii psihologici studiați la pacienții cu SII, doi par să influențeze mai ales severitatea acestuia: catastrofizarea și somatizarea (12). Somatizarea este un factor de risc independent pentru SII. În plus, somatizarea, mai mult decât severitatea SII, influențează modul în care pacienții percep boala lor, rezultatul și eficacitatea tratamentului. Pacienții cu SII demonstrează scoruri catastrofizante mai mari decât grupurile de control, iar catastrofizarea durerii este un predictor semnificativ al simptomelor gastrointestinale legate de durere. În acest context, grupul nostru a analizat datele privind eficacitatea a două tratamente psihologice în SII (12): terapia cognitiv-comportamentală și hipnoza. Terapia cognitiv-comportamentală se concentrează pe înlocuirea strategiilor maladaptive de coping cu mai multe cogniții și comportamente pozitive. Mai multe studii au arătat că terapia cognitiv-comportamentală este eficientă în redu-

cerea simptomelor intestinale în SII, atât post-tratament, cât și pe termen scurt. Hipnoterapia intestin orientată are efecte benefice pe termen scurt în ameliorarea simptomelor gastrointestinale ale pacienților cu SII, iar rezultatele sunt menținute după un an la jumătate dintre pacienți. Tratamentele psihologice sunt o opțiune potrivită pentru pacienții SII selectați.

SII este deci o tulburare gastrointestinală funcțională complexă și răspândită, care este tratată cu eficacitate limitată prin îngrijire medicală standard. Tratamentul hipnozei este, împreună cu terapia cognitiv-comportamentală, terapia psihologică cea mai bine cercetată ca o intervenție pentru SII. Unsprezece studii, inclusiv 5 studii controlate, au evaluat efectele terapeutice ale hipnozei pentru SII. Deși această literatură are limitări semnificative, cum ar fi dimensiunile mici ale eșantioanelor și lipsa comparațiilor paralele cu alte tratamente, acest corp de cercetare arată în mod constant că hipnoza are un impact terapeutic substanțial asupra SII, chiar și pentru pacienții care nu răspund la intervențiile medicale standard. Rata mediană de răspuns la tratamentul hipnozei este de 87%, simptomele intestinale pot fi, în general, de așteptat să se îmbunătățească cu aproximativ jumătate, simptome psihologice și funcționarea vieții îmbunătățită după tratament, și câștiguri terapeutice sunt bine menținute pentru majoritatea pacienților ani de zile după terminarea tratamentului (12).

PREVEDERILE GHIDULUI ROMÂNESC DE TRATAMENT NEFARMACOLOGIC AL SII

Este un ghid recent elaborat de Societatea Română de Neurogastroenterologie. El prevede că tratamentul psihiatric și psihologic al SII este bazat pe dovezi reale dar nu cu grad de recomandare foarte înalt. Acest tratament trebuie aplicat doar celor care după 12 luni de tratament convențional nu au înregistrat ameliorări (13).

CONCLUZII

Intervențiile psihologice sunt utile, în principal în cazurile severe de IBS.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală și hipnoterapia trebuie să fie luate în considerare în cazuri individuale, pentru tratamentul pacienților cu intestin iritabil.

Este necesar ca medicii practicieni, mai ales Balintienii, să se pregătească în domeniul consilierii psihologice.

**Bibliografie**

1. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: what's new for Rome IV? *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2016 Sep;1(1):6-8. doi: 10.1016/S2468-1253(16)30022-X
2. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, Whitehead WE, Dumitrașcu D.L, et al. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021 Jan;160(1):99-114.e3. doi: 10.1053/j.gastro.2020.04.014.
3. Rusu F, Dumitrașcu D.L. Epidemiology of irritable bowel syndrome in the former communist countries from Eastern Europe: a systematic review. *Clujul Med*. 2015;88(2):146-51. doi: 10.15386/cjmed-449.
4. Dumitrașcu D.L. Psihosomatica ed 2, Ed Med Univ Iuliu Hatieganu Cluj-Napoca, 2014
5. Dumitrașcu D.L, David L, Băban A. Is psychosomatic really a bicentennial word? The proof of an older use. *Med Pharm Rep*. 2019 Apr; 92(2):205-207. doi: 10.15386/cjmed-1245
6. Surdea-Blaga T, Băban A, Dumitrașcu D.L. Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2012 Feb 21;18(7):616-26. doi: 10.3748/wjg.v18.i7.616
7. Sperber AD, Freud T, Aziz I, Palsson OS, Drossman DA, Dumitrașcu D.L., et al. Greater Overlap of Rome IV Disorders of Gut-Brain Interactions Leads to Increased Disease Severity and Poorer Quality of Life. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021 May 27:S1542-3565(21)00580-2. doi: 10.1016/j.cgh.2021.05.042.
8. Surdea-Blaga T, Băban A, Nedelcu L, Dumitrașcu D.L. Psychological Interventions for Irritable Bowel Syndrome. *J Gastrointestin Liver Dis* . 2016 Sep;25(3):359-66. doi: 10.15403/jgld.2014.1121.253.ibs.
9. Whitehead WE .Hypnosis for irritable bowel syndrome: the empirical evidence of therapeutic effects. *Int J Clin Exp Hypn*. 2006 Jan;54(1):7-20. doi: 10.1080/00207140500328708.
10. Weerts ZZRM, Vork L, Mujagic Z, Keszthelyi D, Hesselink MAM, Kruimel J, et al. Reduction in IBS symptom severity is not paralleled by improvement in quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil*. 2019 Aug;31(8):e13629. doi: 10.1111/nmo.13629.
11. Lindfors P, Ljótsson B, Björnsson E, Abrahamsson H, Simrén M. Patient satisfaction after gut-directed hypnotherapy in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil*. 2013 Feb;25(2):169-e86. doi: 10.1111/nmo.12022.
12. Radu M, Moldovan R, Pintea S, Băban A, Dumitrașcu D. L. Predictors of outcome in cognitive and behavioural interventions for irritable bowel syndrome. A meta-analysis.. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2018 Sep;27(3):257-263. doi: 10.15403/jgld.2014.1121.273.bab
13. Dumitrașcu D.L, Băban A, Băncilă I, Barboi O, Bataga S, Chira A, et al. Romanian Guidelines for Nonpharmacological Therapy of IBS. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2021 Jun 18;30(2):291-306. doi: 10.15403/jgld-358





PROVOCĂRILE PANDEMIEI PENTRU ECHIPA TERAPEUTICĂ A UNUI CENTRU DE REABILITARE PENTRU PERSOANE DEPENDENTE

■ Dr. Lux Holger-Ortwin, Șura Mică, jud. Sibiu

„Ne aflăm aici pentru că nu putem scăpa de noi înșine.

Atât timp cât omul nu se poate privi pe el însuși în ochii și inimile semenilor săi, el se află într-o continuă evadare.

Câtă vreme nu acceptă ca cei din jur să fie părtași ai interiorului său, el nu are parte de adăpost.

Câtă vreme se teme să fie înțeles, el nu se poate recunoaște – va rămâne singur.

Unde putem afla o asemenea oglindă dacă nu în aproapele nostru?

Aici, în comunitate, omul poate să își clarifice anumite lucruri despre sine și nu se va mai vedea uriașul viselor sale sau piticul temerilor sale, ci omul – parte a unui întreg – care își aduce contribuția la propria prosperitate. Pe un astfel de teren poate prinde rădăcini și poate crește, nu singur – ca în moarte – , ci viu ca om între oameni.”

Richard Beauvais

Acestea sunt cuvintele prin care autorul lor a surprins în anul 1964 în mod foarte inspirat esența unei comunități terapeutice.

Ideea creării unei Comunități Gestalt (kibbutz) era argumentată de Fritz Perls în felul următor: „Așa cum am luat în considerare recent că terapia individuală este depășită, astăzi sunt de părere că și ședințele de grup rupte între ele în timp și workshopurile sunt învechite, maratoanele sunt prea forțate. Acum propun următorul experiment: în kibbutz se șterge diferența între participanții la seminar



și lideri. Toate muncile care trebuie făcute vor fi făcute de către cei care vin la kibbutz. Accentul principal cade pe dezvoltarea spiritului comunitar și pe maturizare. Oamenii să rămână timp de trei luni și să plătească pentru început 1000 de dolari. În fiecare lună vor pleca zece și vor veni alți zece. Ne vom ocupa de grădinărit în mod tradițional și vom produce mobilă simplă într-un atelier.”

Concepția de **comunitate terapeutică** a fost dezvoltată de către psihiatrul britanic Wilfred Bion, care a început să trateze, în așa numitul experiment Northfield, veterani suferind de nevroze în urma experiențelor din război, în cadrul unor ședințe de grup în loc de psihanaliză individuală,

pentru a putea beneficia de metodele psihanalizei un număr mai mare de pacienți.

Termenul „comunitate terapeutică” a fost consacrat în 1946 de către Thomas Main, care a aplicat această concepție la Cassel-Hospital lângă Londra. Este vorba de o restructurare a situației clinice, astfel încât aceasta, sub forma comunității terapeutice să poată sprijini procesul terapeutic, spre deosebire de mediul patogen în care persoana respectivă a trăit anterior. În această concepție toți oamenii care trăiesc și muncesc împreună într-un centru psihiatric, respectiv pacienții, surorile, infirmierii, medicii și personalul auxiliar, fiind legați de relații bazate pe o încredere reciprocă autentică, formează o unitate organică cu țelul de a crea cele mai bune premize pentru vindecarea și reintegrarea în viața socială.

În acest model pacienții nu mai au un rolul unui membru pasiv, care doar primește o asistență și este dependent de instituție, ci devine un participant activ și partener în aplicarea planului terapeutic și chiar un membru deplin și un colaborator în comunitatea clinicii.

Pacienții participă la toate activitățile din cadrul centrului, primesc mai multă responsabilitate și mai multe posibilități de a participa la luarea deciziilor, sunt tratați ca parteneri. Pot primi diferite sarcini în cadrul clinicii. De exemplu, unii se ocupă de flori, alții de programul pentru timpul liber, alții primesc sectoare unde răspund de ordine și curățenie, sau răspund de respectarea programului de



către toți pacienții. Pot deveni „nași” pentru pacienții noi, îi familiarizează cu regulile casei, îi ajută să se integreze. Pot fi aleși responsabili de casă sau de echipe. Se pot ocupa de distribuirea corespondenței.

Câteva principii fundamentale ale unei comunități terapeutice:

1. Clinica este un câmp terapeutic

În clinică devine activ un câmp terapeutic iar procesul terapeutic este influențat mai ales de situația și dinamica grupului. Relația duală terapeut-client trece pe un plan secundar. Psihoterapia nu este limitată la terapia individuală efectuată cu medicul sau psihologul.

2. Terapia este asigurată printr-un grup de persoane active în terapie

Câmpul terapeutic poate fi menținut doar printr-o colaborare strânsă și o bună coordonare în cadrul grupului. Asta presupune o comunicare cât mai deschisă între toți participanții și o mare toleranță față de toți membrii. Este importantă continuitatea echipei de terapeuți. Este valabil principiul stimulării optime a funcțiilor și capacităților fiecărui membru pornind de la premiza egalității tuturor membrilor.

3. Potențialul terapeutic al pacienților este susținut în mod optimal

Pacienții participă în mod activ și responsabil la procesul terapeutic, pentru a-și crește autonomia. Fiecare este încurajat să se prezinte în cadrul comunității, pentru a putea profita de feedbackul celorlalți și a-și putea corecta tiparele necorespunzătoare. Sunt încurajate acțiunile concrete, pentru a facilita accesul diagnostic și terapeutic. Tot ce se întâmplă în cadrul comunității terapeutice poate fi inclus în reflecții și evaluări. Chiar și realitatea pacientului din afara clinicii (de exemplu profesie, familie) sunt incluse în terapie.

Trecând acum la experiența directă dobândită în peste douăzeci de ani de activitate în cadrul Comunității Terapeutice „Nazaret” din Șura Mică (pentru bărbați) și fiind implicat în unele perioade și în acordarea asistenței la Comunitatea Terapeutică „Insula Speranței” din Vurpăr (pentru femei), ambele patronate de Asociația umanitară „Crucea Albastră din România”, doresc să punctez câteva aspecte esențiale ale **procesului terapeutic** într-o comunitate terapeutică pentru persoane dependente de alcool sau alte droguri, aflate în recuperare.

Foarte important este momentul stabilirii **primului contact**, care se poate realiza pe cele mai diverse căi. De multe ori este pe cale telefonică, alteori prin scrisori sau vizite. Uneori suntem solicitați direct de către persoana dependentă, dar în cele mai multe cazuri cei care sună sunt mem-

brii de familie, rude, prieteni etc. Se pune deci problema transmiterii unor informații corecte într-o formă succintă și totuși amabilă. De multe ori sunt pacienți care răspund prima dată la telefon și intermediază legătura cu terapeuții. Deci și ei sunt incluși în acest proces, fiind instruiți în privința informațiilor pe care le pot transmite. Persoanele care ne caută au informații sau reprezentări foarte diferite despre o comunitate terapeutică Uneori au informații din mass-media (de exemplu documentare realizate de-a lungul anilor de reporterii precum Elena Lasconi, Iuliana Marciuc sau Cristian Tabără), alteori de la medici, psihologi, asistenți sociali sau preoți cu care colaborăm. În ultimii cincisprezece ani mulți au aflat de existența noastră prin internet.

Pasul următor este o **consiliere** cu persoana dependentă sau cu aparținătorii care doresc să ia legătura cu noi. Ideal este ca această consiliere să se realizeze atât împreună cât și separat, pentru a permite o evaluare cât mai complexă a situației. Dacă distanțele sunt mari și persoanele în cauză nu au posibilitatea să se deplaseze, uneori această consiliere se rezumă la o convorbire telefonică. Acolo unde este posibil consilierea familiei va continua și pe perioada terapiei persoanei dependente și chiar și după aceea, pentru a reduce comportamentele co-dependente și a prelucra greșelile care se fac frecvent din partea familiei: reproșuri inutile, neîncredere exagerată, teama de a-i transfera responsabilitatea, dezinteres față de noile preocupări, așteptarea unei atitudini servile din partea celui dependent etc. .

Evaluând datele obținute, stabilim dacă este vorba și de o dependență fizică, respectiv dacă există riscul de apariție a sevrajului la întreruperea consumului. Dacă este cazul, recomandăm o internare de 1-2 săptămâni la un spital de psihiatrie pentru **detoxifiere**. Dar ne întâlnim și cu cazuri care refuză internarea la psihiatrie. Atunci eventual îi internăm cu declarație pe proprie răspundere vizavi de posibilele complicații ale sevrajului. Știu însă și de comunități terapeutice în alte țări unde chiar și dependenții de heroină sunt primiți direct, trecând prin sevraj „pe viu” (*cold turkey*), fără medicamente. La pacienții care prezintă doar o dependență psihică nu se pune problema internării prealabile la psihiatrie, decât eventual pentru o comorbiditate (depresii severe, tulburări anxioase).

Terapia propriu-zisă începe când persoana este lucidă și respectă regula abstenenței, de altfel condiția sine qua non a **reabilitării psiho-sociale**.

Metoda principală este **terapia de grup**. Ea are multe avantaje în cazul persoanelor dependente. Stimulează solidaritatea între persoane care au trecut prin experiența aceleiași boli. Grupul reduce din responsabilitatea terapeuților pentru schimbările care urmează să aibe loc și stimulează



capacitatea de autovindecare (autoreglare organică) a membrilor grupului. De asemenea, în cadrul terapiei de grup se depășește mai ușor tendința de negare sau minimalizare a problemei din partea pacientului, care la început este adesea rușinat de comportamentul său anterior legat de dependență, sau care poate încă spera că poate redeveni „băutor normal”.

Omul poate afla în grup că nu este singur cu suferința sa. Poate câștiga încredere în sine, aflând cum și-au rezolvat alții problemele pas cu pas, alții care poate au avut o situație la plecare și mai grea. Primește feedback la modul cum este perceput în cadrul grupului și poate experimenta, în acest cadru, noi modele de comportament. Adesea este perceput în mod pozitiv sentimentul apartenenței la un grup, uneori după perioade lungi de (auto)izolare. Și prin observarea celorlalți și rezonanță cu emoțiile lor poate să înțeleagă mai bine cum funcționează propriul psihic și poate învăța și din experiența celorlalți. Poate să-și crească încrederea de sine, observând că este important pentru ceilalți și că poate să-i ajute. Câteodată se formează în grup relații așa cum existau ele în familia în care a crescut. Atunci acestea pot fi prelucrate în grup. Prin exprimarea și trăirea sentimentelor în grup poate câștiga mai multă încredere în propriile sentimente. Și, în sfârșit, poate ajunge la concluzia că el este răspunzător pentru viața sa și pentru sensul pe care i-l dă. Însă toți acești factori de interacțiune din cadrul grupului nu-și pot exercita efectul pozitiv decât în momentul în care persoana respectivă devine activă.

Desigur că, și în cadrul comunității terapeutice **terapia individuală** își păstrează valoarea ei. Mai ales pentru abordarea anumitor probleme pe care pacientul le consideră prea intime pentru a le aduce în fața grupului. Am remarcat că solicitările de terapie individuală sunt foarte diferite, ceea ce ține în mare parte de personalitatea fiecărui pacient.

Foarte importantă în cadrul comunității terapeutice este și **ergoterapia**, sub diversele ei forme, de la muncă comunitară la art-terapie. Rețin o expresie a unor ergoterapeuți francezi care ne-au vizitat în urmă cu câțiva ani: „*În ergoterapie munca este pretext pentru terapie.*”

Andre Moreau o formulează în modul următor: „*Munca nu este un scop în sine, ci un mijloc de a-și dezvolta conduita în fața celorlalți, de a observa, de a sublinia în ce măsură un participant repetă, aici și acum, tulburările de comportament pe care le regretă sau la ignoră în exterior. Pentru a crește eficiența, caut să găsesc activități reale și nu imitații cum ar fi împletitul, macrameul sau pictura decorativă. Dimpotrivă, caut sarcini cât mai obișnuite posibil, simple,*

puțin primitive ca să le fac accesibile tuturor, fără operațiuni tehnice complexe, fiind totuși atent în special la utilitatea lor și la posibilitatea de a aprecia eficacitatea reală a persoanelor: restaurarea unei case, activități de terasare, zidărie, foraj, grădinărit, tăierea lemnului.”

Și în comunitatea noastră terapeutică pacienții sunt implicați mai ales în activități cu utilitate practică: grădinărit, îngrijirea unor animale, lucrări de întreținere și amenajare a clădirilor, repararea de biciclete second-hand, producția de suc natural de mere, bucătărie etc. .

Țelul terapiei pentru pacienții aflați într-o terapie de reabilitare pentru o adicție poate fi formulat în cuvintele: „*O viață responsabilă, împlinită, fără drog.*” (Uneori alcoolul și drogurile sunt numite „*cărje pentru suflet.*”)

Fritz Perls și-a formulat țelul în modul următor: „*Omul modern a pierdut atât de mult din potențialul său, încât capacitatea sa de a face față existenței este mult diminuată. Țelul meu este următorul: Pacientul să-și recapete potențialul pierdut. Să integreze polaritățile aflate în opoziție, să recunoască diferența între jocurile sale – mai ales verbale – și comportamentul său autentic (.). În criza desfășurată într-un mediu sigur, al situației terapeutice, pacientul începe să-și asume riscuri și să-și transforme energiile. În loc să-și manipuleze mediul pentru a obține sprijin se urmărește obținerea unui autosuport cât mai mare, deci încrederea în propriile resurse. Acest proces este numit maturizare. Când pacientul a învățat să stea pe propriile picioare din punct de vedere emoțional, intelectual, și economic, va dispărea nevoia sa de terapie. Se va trezi din coșmarul existenței sale. Tehnica de bază este nu să explicăm pacientului cum stau lucrurile, ci să-i punem la dispoziție posibilitățile să se înțeleagă singur și să se descopere. În acest sens, influențez și frustrez pacientul încât se vede pus față în față cu sine însuși. În acest proces se identifică cu potențialul său pierdut, de exemplu asimilându-și proiecțiile sau eliminând părțile străine.*”

Mai ales în ultima parte a terapiei, în comunitatea noastră terapeutică punem accentul pe însușirea unor tehnici și metode pentru prevenirea recidivei (păstrarea distanței de siguranță, fixarea de țeluri pozitive, autoevaluare realistă, trecerea la acțiune, creșterea toleranței la frustrare, exersarea „*pe uscat*” a situațiilor cu risc de recădere), ținând cont de situația specifică a fiecărui client.

Un instrument util este și „*bilanțul stilului de viață*”, un chestionar de autoevaluare care ajută la creșterea stării de awareness pentru factorii care contribuie la dispoziția psihică generală: modul de a se hrăni, de a se odihni, măsurile pentru îmbunătățirea condiției fizice, mulțumirea pe plan



sexual, satisfacerea nevoii de afecțiune, autoacceptarea, frecventarea unui grup suportiv, evitarea surmenajului, preocupările intelectuale, cultivarea unor plăceri autentice, antrenarea răbdării și autodisciplinii, luarea corectă a deciziilor, toleranța față de alte persoane etc. .

Pentru mulți dintre clienții noștri primul an de abținere este greu de suportat. Poate că pe plan rațional sunt convingși de avantajele noului stil de viață, bazat pe abținere. Dar pe plan afectiv încă nu simt un echilibru. Și poate încă nu au învățat foarte bine să se bucure de alte plăceri ale vieții.

Un prieten american, abținent de alcool de peste 30 de ani, mi-a spus odată: „Nu știu dacă am avut cinci zile bune în primul meu an de abținere. Dar în ultimul an nu știu dacă am avut cinci zile proaste.”

În urmă cu aproximativ 120 de ani Friedrich von Bodelschwingh, unul din părinții Diaconiei din Germania, a fost unul din primii care au înființat centre și pentru recuperarea alcoolicii. Probabil un fel de precursori ai comunităților terapeutice de astăzi. Cred că cuvintele sale nu și-au pierdut actualitatea nici astăzi:

„Dacă întâlnești un alcoolic salvat, atunci întâlnești un erou. În el pândește dușmanul adormit.

Acest om rămâne împovărat de slăbiciunea sa și își continuă drumul printr-o lume în care se bea fără discernământ, o lume care nu îl înțelege și o societate care se crede îndreptățită în ignoranța ei să îl privească de sus ca pe un om inferior fiindcă îndrăznește să înoate împotriva fluviului de alcool.

Să știți însă: El este un om excepțional!”

După această prezentare mai teoretică și de ordin general a comunității noastre terapeutice vreau să prezint succint impactul pe care l-a avut și încă îl are Pandemia COVID-19 asupra centrului nostru.

Când a fost instituită starea de urgență, în martie 2020, ne-am văzut puși în fața unei misiuni aproape imposibile. Pe de o parte autoritățile au interzis prin măsuri legislative încetarea activității centrelor rezidențiale de asistență socială, unde suntem încadrați și noi. Pe de altă parte ne-au instruit să nu primim în acea perioadă beneficiari noi. Rezultatul a fost că până pe la mijlocul lunii mai numărul clienților noștri a scăzut de la aproximativ 20 de persoane la 3. Ceea ce a declanșat și o criză financiară, deoarece sursa noastră principală de venit sunt contribuțiile beneficiarilor. (Subvențiile primite de la Ministerul Muncii care ne-a acreditat ca furnizor de servicii sociale reprezintă sub 10% din buget.)

Pe durata stării de urgență personalul a trebuit să se îm-

partă în două ture, iar fiecare tură să lucreze într-un regim de 14 zile fără întrerupere în „izolare la locul de muncă”, urmate de alte 14 zile de „izolare preventivă la domiciliu”. Mai ales pentru colegii cu copii mici sau alte persoane în întreținere a fost o perioadă foarte dificilă. Pentru a putea îndeplini aceste cerințe și pentru că oricum numărul pacienților a scăzut mult în acea perioadă, la un moment dat ultima pacientă internată la centrul de femei a fost mutată cu acordul ei la centrul de bărbați.

După încetarea stării de urgență am reluat internările și am funcționat pentru aproximativ două luni ca centru mixt, pentru bărbați și femei, până ce creșterea numărului pacienților a făcut necesară mutarea femeilor în centrul dedicat lor, la Șelimbăr. Feedbackul pe care l-am primit în perioada aceea de la pacienții de ambele sexe despre formula mixtă a fost unul foarte pozitiv. Așa că la apropierea iernii din anul trecut, când numărul pacienților a scăzut din nou, în timpul Valului Doi, conducerea asociației a luat decizia de a muta pacienții celor două centre din nou împreună. Situație care a rămas neschimbată până în prezent.

Vreau să menționez că am avut mai mulți pacienți, femei și bărbați, care ne-au spus că în perioada pandemiei au recidivat în consumul de alcool sau droguri și din cauza unor situații foarte dificile cu care s-au confruntat, precum pierderea locului de muncă, imposibilitatea de a se întoarce în țară, chiar și în cazul decesului unei rude apropiate, imposibilitatea de a călători în altă țară la un loc de muncă, frustrarea și conflicte generate de izolarea la domiciliu.

Cu toate măsurile de precauție luate și toate restricțiile nu am fost ocoliți nici noi de noul coronavirus. Atât în rândul colaboratorilor cât și în rândul beneficiarilor au apărut câteva cazuri izolate de infecție. Din fericire au fost forme ușoare sau cel mult medii de boală. Dar toamna trecută timp de două săptămâni centrul a fost în carantină și am trecut prin experiența foarte dificilă de a ține ore de terapie de grup online, cu pacienții adunați în sala de club, la televizor, și conectați prin internet cu terapeuții.

Personalul începând din vara trecută a fost testat la două săptămâni pentru COVID-19 și de la un moment dat chiar săptămânal. O ușurare a venit cu începerea campaniei de vaccinare, șansă de care a profitat aproape tot personalul asociației noastre. Cu excepția a două kolege care trecuseră recent prin boală.

În ultimele luni din fericire majoritatea clienților noștri vin vaccinați la internare și unii s-au hotărât în cursul internării să se vaccineze. La un moment dat am atins chiar cifra de 100% pacienți vaccinați. Doar că majoritatea pacienților rămân în programul nostru terapeutic pentru o perioadă



relativ scurtă, între 1 și 3 luni. Cei care nu sunt vaccinați trebuie să prezinte un test valid la internare. Deocamdată am reușit să trecem prin acest Val Patru fără cazuri de COVID-19 în centru. Dar suntem conștienți că pericolul încă nu a trecut.

Chiar dacă această Pandemie COVID-19 a fost și pentru echipa noastră poate cea mai mare provocare cu care ne-am confruntat în cei 25 de ani de la înființarea centrelor noastre de reabilitare, suntem recunoscători că din primăvara acestui an ne-am putut desfășura activitatea din nou în condiții aproape normale. Nu în ultimul rând vreau să mulțumesc prietenilor asociației noastre din țară și peste hotare pentru gesturile de solidaritate pe care le-au făcut în această perioadă atât de dificilă pentru noi, concretizate și sub forma unor donații și sponsorizări. Fără ajutorul lor nu am fi reușit să ne continuăm activitatea în toată această perioadă, fără nici o întrerupere. Și reușind să păstrăm întreaga echipă a celor două centre.

Așa că doresc să închei cu unul din citatele mele preferate: „Nu se știe cine dă și cine primește.” (Constantin Noica)

BIBLIOGRAFIE

1. Michael Lütge – *Der Übergang von Einzeltherapie zur Gruppentherapie* (homepage.ruhr-uni-bochum.de/Michael.Luetge/perls2.htm)
2. Hans Becker/Wolfgang Senf “ *Praxis der stationären Psychotherapie*”
3. Andre Moreau – *Viața mea aici și acum – Gestalt-terapia, drumul vieții*, pg. 57-58, Editura Trei, București, 2005
4. Stefan Blankertz/Erhard Doubrawa - *Lexikon der Gestalttherapie* pg. 82, Peter Hammer Verlag, Wuppertal, 2005
5. Ralf Schneider, Ingrid Lux, Holger Lux – *Alcoolul și medicamentele – droguri?* Editura hora, Sibiu, 1999





REAȚIA LA PANDEMIA COVID, UN TEST DE PERSONALITATE?

■ Psiholog Monica Petrescu, PH.D, București

Rezumat: Presiunea exercitată de diferiți factori apăruiți pe parcursul pandemiei COVID a determinat manifestarea unor atitudini și comportamente mai mult sau mai puțin adaptate la stress în funcție de profilul de personalitate. Cele 6 tipuri de personalitate descrise de dr. Taibi Kahler pot fi identificate cu ușurință din comportamentele pe care oamenii le-au desfășurat în aceste împrejurări. Cunoașterea acestor tipologii oferă un bun instrument de diagnostic și prognoză, mărind astfel șansa de a lua măsuri mai potrivite în sfera comunicării și managementului comportamentului.

Cuvinte cheie: pandemie, 6 tipuri de personalitate, răspuns la stres.

Abstract: The pressure exerted by various factors during the COVID pandemic triggered (the manifestation of) attitudes and behaviors, more or less adapted to stress, depending on the personality profile. The six personality types, as described by Dr. T. Kahler, can be easily identified from the range of behaviors that people have displayed in these new circumstances. Knowledge of these typologies provides a good tool for both diagnosis and prognosis, thus increasing the chance of taking more appropriate measures in communication and behavior management.

Keywords: pandemic, six personality types, response to stress.

Asemenea amprentelor, comportamentul și atitudinile noastre ne definesc, descriează tipologii de gândire și personalitate. Când funcționăm într-o zonă a cotidianului, oarecum banală prin repetitivitate și predictibilitate, ele nu transpar întotdeauna în mod evident, necesitând chiar o testare psihologică pentru a le identifica și înțelege. Însă, în situații de mare provocare, de amenințare care generează anxietate, omul își mobilizează resursele pentru a se adapta și, așa cum zice o înțeleaptă vorbă românească, „își dă arama pe față”.

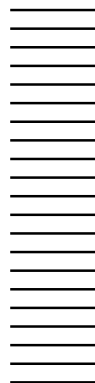
Declanșarea pandemiei, cu cortegiul ei de morți și îmbolnăviri grave, a activat un resort profund al ființei umane: instinctul de supraviețuire. Fiind o temă majoră, reacția a fost pe măsură, mobilizând global aspectele de personalitate și capacitatea de prelucrare mentală.

La începutul pandemiei, unii făceau afirmații foarte vocale, cum că nu există nici un virus și că totul este o conspirație. Erau oamenii pentru care numai ce se vedea, putea fi crezut. Nu aveau încă în jurul lor bolnavi sau morți, nici ei nu erau bolnavi, așa că sfidau orice îndemn la precauție. Prizonieratul concretului senzorial al minții lor era evident. Personalități simple (*concrete mind*), neobișnuite cu investigarea realității, cu analiza lucrurilor, cu procesarea informațiilor. Verigile lipsă ale raționamentelor erau

repede completate cu explicații fanteziste, în general de factură conspiraționistă, sau aduceau argumente din sfera propriei experiențe sau convingeri. Am auzit o asemenea manieră de abordare din partea unei simpatice chelnerițe cu care socializasem savurându-ne cafeaua la terasa kilometrului 36. Și nu numai de la ea !

Când am început să simțim cu toții adierea pericolului (îmbolnăvirea sau decesul celor apropiați), amenințarea s-a exprimat mai perceptibil, a devenit mai dificil să rămânem în negare, așa că răspunsul la pericol a dezvoltat mai clar structura de personalitate și felul în care persoana procesa datele.

Pentru cei cu o doză mai mare de anxietate, securizarea în fața pericolului a însemnat o izolare drastică: sistarea ieșirilor, a contactelor, dezinfectarea obsesională a mâinilor, hainelor, alimentelor. O amică mi-a mărturisit că a dezinfectat până și patrunjelul cu spirt medicinal. Nu de puține ori, acest tip de personalitate, având o doză mai mare de anxietate în structurile





lor profunde, au dezvoltat un sindrom obsesivo-fobic și au acționat în consecință: ritualuri repetitive, o schematizare a vieții pe câteva teme (legate de pandemie, desigur), care hrăneau continuu o anxietate în creștere, nederanjându-i de loc repetitivitatea sterilă a schemelor mentale în care se învârteau, ci doar amplificarea tensiunii lor anxioase. Am întâlnit asemenea persoane chiar și printre apropiații mei. Pe unii dintre ei, șocul întâlnirii cu amenințarea COVID 19 i-a determinat să-și construiască "ziduri" de protecție extremă. Astfel, pe unii dintre ei nu i-am mai întâlnit deloc timp de un an de zile, aceștia limitându-se la a mă suna zilnic, iar eu devenind martorul neputincios al zbuluciumului lor alienant.

Nu pentru toată lumea pericolele pandemiei au creat panică. Oricât de neagră ar fi fost situația, existau în percepția unora și aspecte pozitive, chiar oportunități, atunci când structura dominantă de personalitate era așa numitul **Promoter** (Promotorul). Conform studiului său, dr. Taibi Kahler, în lucrarea "*Personality Pattern Inventory (PPI)*" (1), identifică șase tipuri care, în funcție de ponderea pe care o au în arhitectura personalității, conturează șase tipuri diferite de prelucrare mentală și de comportament. Aceste șase tipuri de personalitate testate și verificate pe un milion de oameni sunt: *Thinker (Gânditorul)*, *Persister (Insistentul/Persistentul)*, *Harmonizer (Armonizatorul)*, *Rebel (Rebelul)*, *Imaginer (Imaginativul)* și *Promotor (Promotorul)*.

Așa numiții **Promotori**, având un dinamism orientat spre acțiune, dotat cu mult simț practic, adaptabili, întreprinzători, orientați spre soluții, au avut abilitatea de a depista oportunitățile apărute în pandemie și au știut să profite de ele. Am avut ocazia să îi observ cum au reușit să identifice gura de oxigen în sufocanta situație. Spre exemplu, putând lucra la distanță, și-au luat familia și s-au relaxat pe bani mai puțini în locuri exotice, la mare sau la munte, și-au plimbat copiii în natură, au refăcut luna de miere cu soția etc. Pentru mine a fost un subiect de reflecție și învățare să-i observ cum găseau soluții și demarau acțiuni îndrăznețe, care le făceau plăcere, depășind astfel marasmul pandemiei. Uneori mi se părea că acțiunile lor frizau riscul. Probabil că îndrăzneala lor era calculată, întrucât i-am văzut traversând cu bine aceste situații.

Extrem de expresiv, și în număr surprinzător de mare, s-a manifestat și se manifestă încă pe parcursul acestei pandemii ceea ce dr. Kahler numea tipul de personalitate **Persister** (Insistentul/Persistentul). Informațiile privind COVID 19 apărute în media s-au situat pe o plajă extrem de largă de poziționări și înțelegeri în ce privește modul de apariție, răspândire, tratament, prevenție și combatere.

Incoerențele în comunicare, chiar și de la nivelul medical au sporit confuzia. Când realitatea nu poate fi percepută în mod clar și structurat, încep să se manifeste proiecțiile personale, prelucrările mentale, care prilejuiesc relevarea/ dezvoltarea structurilor de personalitate. Pe acest mecanism se întemeiază și testele proiective de personalitate.

Presiunea informațiilor contradictorii apărute în media, din surse mai mult sau mai puțin autorizate, au oferit o plajă largă de opțiuni care a hrănit și a facilitat manifestarea personalității **Persister (Insistentul)**. Am întâlnit-o frecvent și i-am simțit din plin presiunea, întrucât Persister-ul selectează din realitatea ce îl inconjoară, din informațiile care îi parvin doar cele care se potrivesc filtrelor sale. Persister-ul își impune propriile valori, credințe și convingeri. El nu acordă atenție și, deci, importanța informațiilor care nu se încadrează bine în ceea ce reprezintă adevărul său personal. Fiind foarte implicat și dedicat, devine presant în încercarea de a-i coopta pe alții pentru cauza lui. Am mai multe cunoștințe din această categorie, iar mass-media i-a promovat destul de insistent, întrucât discursul lor este plin de patos și captivează audiența. Acestea sunt persoanele care, entuziasmate de varianta la care au aderat, mi-au umplut căsuța poștală a e-mailului sau WhatsApp-ul cu mesaje ce corespundeau convingerilor lor, neadmițând nici un argument diferit de aceste convingeri, oricât de logică ar fi fost expunerea. Am observat că astfel de oameni, cu acest tip de personalitate, nu se deschideau spre o polemică, nu răspundeau sau contra-argumentau, ci mai curând aduceau noi și noi "dovezi" în sprijinul propriei poziții. Ei se vedeau a fi inflexibili, ne-empatici și tindeau să îndoctrineze interlocutorul cu propriile lor idei, convingeri.

Spre deosebire de Persisteri, tipul de personalitate **Thinker (Gânditorul)** încearcă să își structureze o opinie sau atitudine în funcție de cât mai multe informații pe care le adună. Chiar și sub presiunea informațională și emoțională creată la nivel mediatic, acest tip de personalitate are un tipar defensiv în care tinde să strângă date, să le analizeze, să le verifice, cântărească, să le confrunte și să le organizeze într-o manieră logic-coerentă. Gânditorul rămâne deschis la argumente, informații, demonstrații și este dispus să își ajusteze sau chiar să își schimbe convingerile, dacă realitatea obiectivă sau argumentația rațională și documentată o cere. Această formulă de personalitate apare frecvent la oamenii de știință, la întreprinzătorii și managerii de succes. Din cei apropiați mie, Thinker-ii au fost cei care mi-au semnalat informații ce priveau statistici legate de răspândirea imbolnăvirilor și deceselor în raport cu vaccinarea populației, studiile virusologilor și epidemiologilor



autorizați, etc., fără comentarii, lăsându-mă să îmi extrag concluziile singură.

Tensiunile și dramele trăite în pandemie au prilejuit personalităților dăruite cu sensibilitate, căldură, compasiune sau empatie să ofere „pansament” sufletelor îndurerate, speriate, rănite prin capacitatea lor de a prioritiza „simțirea”. Aceștia sunt **Harmonizer-ii (Armonizatorii)** a căror principală calitate este senzitivitatea, rezonanța prin emoțional și posibilitatea de a consola, de a alina. Prezența lor în grup este vitală în a reface legătura armonioasă dintre oameni și a calma spiritele, manifestând un tact afectuos. Poate nu îi prețuim întotdeauna, deși avem mare nevoie de ei ! În grupurile Balint prezența unui bun Armonizator facilitează adesea ajutorul mult așteptat de către cel care aduce problema în dezbateră grupului.

Cu toată atmosfera dramatică care s-a creat și impus în pandemie, personalitatea **Rebelului (REBEL)** am întâlnit-o în persoanele care tranzacționează cu umor, se manifestă expresiv, creativ, spontan, jucăuș, vorbesc în argou și au o atitudine de eterni „teenageri”, chiar și la 50 de ani. Ei reacționează la oameni și situații cu „îmi place/nu îmi place”, vor să se distreze și, în general, dau vina pe alții. Chiar dacă ei par tonici, am observat că de multe ori au provocat iritare, pentru că nu păreau să ia în serios problemele și nu arătau destulă empatie.

Pentru tipul de personalitate **Imaginer (Imagina-**

tivul), pandemia a creat un vast câmp de analiză, verificare, autoevaluare, frecvent supraîncărcându-se în efortul lor de a fi riguroși, exhaustivi, corecți, perfecți. Deși analitici și raționali, implicându-se într-o muncă de calitate în activitatea lor, am observat că uneori lunecau în anxietate și deprimare, întrucât se simțeau copleșiți. Așa cum sublinia Taibi Kahler, aceste tipologii nu separă oamenii în categorii diferite. În realitate, ființele umane sunt structuri complexe, asemenea unui condominiu care are toate cele șase componente. Aceste aspecte pot avea o pondere diferită în structura de personalitate, sau le putem utiliza preferențial, în funcție de situație și nevoi. Astfel, uneori simțim nevoia să fim analitici, alteori să vorbim din inimă. Cu siguranță toți am avut momente în care ne-am poziționat, în funcție de credințele și valorile noastre. Uneori simțim nevoia să fim reflexivi, alteori ne orientăm spre acțiune, spre „a face”, dorind să încetăm orice analiză.

Cunoașterea acestor tipuri de personalitate este utilă în afaceri, educație, comunicare, dar și în terapie, deoarece deschide accesul spre o bună relaționare și înțelegere

Referințe

1. Taibi Kahler, Ph.D., *The Process Therapy Model – The Six Personality Types With Adaptations*, Taibi Kahler Associates, Inc., Little Rock, Arkansas, 2008, p. 4.





SINDROMUL POST-COVID: REGĂSIREA ECHILIBRULUI PERSONAL ȘI PROFESIONAL

■ Calancea Veronica, Psiholog clinician IMSP SCR „Timofei Moșneaga”, Doctor în psihologie, Lector universitar USM, Președinte Asociația Balint din Moldova, Chișinău

Rezumat: Impactul emoțional al incapacității de a respira este incomparabil cu orice altceva poate un om experimenta, și este amplificat de faptul că persoana nu știe ce să facă pentru a putea respira normal din nou. Experiența personală de splitare din pricina factorilor situaționali amenințători provoacă sentimente profunde de neputință, teamă, vulnerabilitate și pot duce la o deteriorare de lungă durată a capacităților de autoreglare.

Cuvinte cheie: emoții, frică, reziliență, stres, traumă, tulburări.

Abstract: The emotional impact of the inability to breathe is incomparable with anything else a man can experience, and is amplified by the fact that the person does not know what to do to be able to breathe normally again. Personal experience of splitting due to threatening situational factors causes deep feelings of helplessness, fear, vulnerability and can lead to a long-lasting deterioration of self-regulation capabilities.

Keywords: emotions, fear, resilience, stress, trauma, disorders.

IMPACTUL EMOȚIONAL AL BOLILOR RESPIRATORII

Incapacitatea de a respira are un impact emoțional incomparabil cu orice altceva poate un om experimenta. Acest impact este amplificat de faptul că persoana nu știe ce să facă pentru a putea respira normal din nou: mulți dintre pacienți dezvoltă tulburări de anxietate, în special atac de panică ca urmare a hiperventilației și scăderii cantității de CO² în sânge; o altă parte dintre pacienți dezvoltă depresie clinică și mult mai mulți, forme subclinice de depresie; în cele mai grave situații pacienții dezvoltă un episod psihotic...

SOLICITAREA UNUI PSIHOLOG – CEL MAI IMPORTANT PAS

Cei mai mulți pacienți nu sunt receptivi, deoarece interpretează acest lucru ca un mesaj că ei sunt slabi, incapabili, cu probleme psihice sau că medicul crede că ei mimează simptomele sau că sunt „un caz pierdut” și medicul nu îi mai poate ajuta.

Din acest motiv este important:

- pregătirea pacientului pentru solicitarea unui psiholog.

- recunoașterea de către medic a efectelor devastatoare ale bolii cronice.
- prezentarea psihologului ca parte din echipa terapeutică - specializat să ajute persoanele să facă față limitărilor și dificultăților datorate bolii.
- asigurarea pacientului că medicul sprijină pacientul legat de aspectele medicale ale bolii, în continuare.
- se recomandă ca medicul și psihologul să se cunoască, să aibă așteptări și solicitări clare unul de la celălalt, astfel încât să se evite insatisfacția și dificultățile în colaborarea pentru reabilitarea pacientului.



Este important de cunoscut: pacientul însuși are un rol esențial în managementul bolii sale... De ținut minte! pentru pacient (indiferent de domeniul profesional) diagnosticul reprezintă o schimbare majoră de viață, confruntându-se brusc cu :

-diverse interdicții (regim alimentar, renunțare la fumat /activități, etc.);



-posibile dificultăți financiare datorită costurilor tratamentului;

-impactul asupra familiei și prietenilor (se impune renunțarea la animalul de casă, la hobby, sunt afectate relațiile conjugale și/sau cu copiii.);

-autopercepția – este unul dintre cei mai importanți factori afectați de patologia cronică, care poate să inducă un nivel de stres ridicat.

Un rol important îl au și tipurile de temperament.

Coleric: activism, investiție de energie, dar și prin impulsivitate, uneori agresivitate.

Flegmatic: lipsa de precipitare, cumpănire în ceea ce întreprinde, dar devine supărător prin lentoare, apatie.

Melanolic: sensibil, capabil de trăiri afective profunde, dar în situații dificile se închide în sine, devine anxios, se „decompensează” ușor.

Sanguinic: dinamism, reacții rapide, adaptabilitate maximă, dar impresionează neplăcut prin înclinarea spre dispersiune, plătitudinea trăirilor afective, lipsa de aprofundare.

POTENȚIAL TRAUMATIC RELAȚIONAL

Experiența personală de splitare din pricina factorilor situaționali amenințatori care copleșesc posibilitățile personale de auto-reglare, provoacă sentimente profunde de neputință, teamă, vulnerabilitate fără protecție care pot duce la o deteriorare de lungă durată a vitalității, identității și capacităților de autoreglare (D.Vasile, 2015)

Evenimentele traumatice sunt definite de DSM-V ca evenimente care se află în afara orizontului normal de așteptare și astfel reprezintă pentru aproape toți oamenii un stres sever.

Ce este un proces traumatic?

-Expunerea repetată sau extremă, ca parte a rolului profesional, sau în familie, la detalii ale unor evenimente traumatice (de exemplu, personalul medical, personalul din descarcerări, militarii, ofițerii de poliție sau avocați care sunt expuși repetat la detalii ale abuzului, violenței, crimei etc.) sau în familiile cu abuz și violență de ani de zile.

-Traumatizarea cumulativă, definită de Masud Khan (1963), se referă la o succesiune în timp de evenimente traumatice ale căror consecințe rămân la un nivel profund, inconștient, slăbind forțele de recuperare ale eului [1].

-Este foarte dificil de identificat momentul în care ia sfârșit o situație traumatică...

Obiectiv vorbind, ea se termină când dispare amenințarea reală, dar subiectiv, ea durează mult mai mult (în minte sunt stocate amintirile negative). Trauma întâi se trăiește, apoi se gândește! [1].

REAȚII LA SITUAȚII ȘI PROCESE TRAUMATICE

-Nivelul de funcționare (pe plan fizic, psihic, social, spiritual);

-Viața afectivă (de cuplu, de familie);

-Imaginea de sine (demoni interiori, relația mea cu mine);

-Viziunea asupra viitorului (anxietate, depresie, etc.);

-Sentimentul de împlinire (mulțumire, fericire).

Prof. Dr. Francis Macnab (2000) afirmă că fiecare persoană traumatizată prezintă, de multe ori, mai multe tipuri de traume. De aceea, este important să fie stabilită așa-numita *traumă centrală*.

Trauma centrală este acea traumă care afectează cel mai puternic persoana, deci rana psihologică cea mai adâncă și mai perturbatoare. O dată ce trauma centrală a fost identificată, toate celelalte traume pot fi percepute și tratate efectiv ca fiind secundare, deoarece un eveniment traumatizant poate atrage după sine mai multe traume [1].

„Stresul cronic, poate de asemenea să activeze răspunsul celui la pericol, producând inflamație cronică și crescând riscul multor boli (așa zisa somatizare)” [1].

Situațiile de stres activează mecanismele de apărare. Noi știm să ne apărăm de un „pericol exterior” (prin imunitate), dar nu și de cel „interior” (mecanismul bolii autoimune).

Ce e de făcut ? Avem nevoie de o performanță reziliență, un ansamblu de trăsături individuale, abilități și capacități personale, ce se constituie în factori protectivi pentru diminuarea nivelului de anxietate / depresie și implicit, a reducerii efectelor și consecințelor asociate, cu scopul unei mai bune funcționalități și stări de bine personale [1].

Factori ai rezilienței:

- Stilul atribuțional (doar eu /doar alții);
- Sentiment de control al vieții proprii;
- Creativitate / flexibilitate în roluri multiple;
- Validare / recunoaștere, dar și auto-validare / auto-recunoaștere;
- IQ (de a fi utilizat, nu de a fi posesor);
- Stima de sine;
- Rețeaua interumană / familie / societate;
- Umor;
- Speranță / optimism realist.

Doar conștientizând trăsăturile individuale care ne formează reziliența proprie vom face față emoțiilor și provocărilor din exterior. *Nu ne vom ilumina gândindu-ne la lumină, ci conștientizând întunericul!* (C.G.Jung)

Caracteristicile comune ale emoțiilor:

-răspuns multifacetat într-o situație relevantă;



- conduc la schimbări ale expresivității, experienței subiective, comportamentului și statusului fiziologic;
- ne fac că simțim ceva, sau ca și cum am face ceva;
- sunt maleabile, putând fi întrerupte, modificate, amplificate, deturnate, etc.
- sunt conștientizabile;
- sunt comunicabile.

Cum se definește reglarea emoțională?

-Thompson (1994): „procese intrinseci și extrinseci responsabile de monitorizarea, evaluarea și modificarea reacțiilor emoționale, în special intensitatea și durata lor, prin care un individ caută să-și împlinească scopul său” [2].

-Mauss și colab. (2007): „încercarea deliberată sau automată a unui individ de a influența ce emoții să aibă, când și cum să le aibă și cum să le exprime”.

Foarte mulți autori consideră reglarea emoțională ca făcând parte din conceptul umbrelă de auto-reglare individuală, concept prin care se înțelege capacitatea înăscută prin care oamenii își controlează stările, procesele și răspunsurile generate de ambianță [2].

-Baumaister (1999): „Oamenii sunt capabili de a rezista propriilor impulsuri, de a-și adapta comportamentul la o varietate largă de standarde și de a-și schimba comportamentul curent în vederea atingerii scopurilor lor distale” [2].

Reglarea emoțională se bazează pe următoarele abilități (Gatz și Roemer, 2004):

Abilitatea de a:

- fi conștient de prezența emoțiilor și de a le înțelege;
- a accepta emoțiile;
- controla comportamentele impulsive;
- se comporta în conformitate cu scopurile setate chiar atunci când se experimentează emoții negative;
- utiliza strategii flexibile de reglare emoțională cu scopul modulării răspunsului emoțional în concordanță cu scopurile individului în situația respectivă [3].

REGLAREA EMOȚIONALĂ ȘI PSIHPATOLOGIA.

Reglarea emoțională este asociată cu o mare varietate de condiții psihopatologice, putându-se considera ca un factor relevant pentru apariția, dezvoltarea, menținerea acestora cât și pentru tratamentul lor.

Bradley și colab (2012) au estimat că, problemele de reglare a emoțiilor se exprimă când sunt:

- internalizate sub formă de ruminație, panică, auto-critică excesivă, inhibiție socială, retragere interpersonală, dificultăți de atenție și concentrare,
- externalizate, sub forma de agresivitate, consum abu-

ziv de alcool/droguri, tulburări de alimentație, comportament auto-distructiv și ideeație suicidară [4].

DEREGLAREA EMOȚIONALĂ ȘI TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP BORDERLINE.

Lipsa controlului emoțional: lipsa conștientizării și a clarității emoțiilor, inabilitatea de a tolera distressul și tendința de a acționa conform emoțiilor negative, creșterea comportamentului auto-dăunător, deficitul în abilitatea de a utiliza strategii cognitive de modelare a emoțiilor, de a reinterpretă emoțiile și situațiile generatoare [4].

Trăsăturile ilustrative ale acestui haos emoțional includ instabilitatea afectivă, sentimente cronice de gol interior, furie intensă și necontrolabilă, impulsivitate, emoții negative persistente, crize emoționale perpetue, instabilitate în relațiile cu alții, tendința de auto-vătămare și suicid [4].

Pentru Linehan (1993) există două mari caracteristici ale TPB [4]:

-hiper-intensitatea/reactivitatea emoțională, care conduce la emoții foarte puternice și la apariția acestora consecutiv unor stimuli de mică importanță,

-proasta reglare emoțională cu deficit de control și/sau modulare a răspunsului emoțional odată ce s-a declanșat.

DEREGLAREA EMOȚIONALĂ ȘI TULBURĂRILE DEPRESIVE

Indivizii depresivi raportează frecvent greutăți în identificarea emoțiilor, de tolerare a emoțiilor negative și de găsimire a strategiilor adecvate de control a emoțiilor (Kring și Werner, 2004);

Ei prezintă un afect negativ ce exprima tendința lor de a avea stări disforice, anxioase, ostilitate, pierderea speranței și negarea emoțiilor pozitive;

Holtzheimer și Mayberg (2011) conceptualizează tulburarea depresivă ca o deficiență în reglarea emoțională mai curând, decât ca o tulburare a dispoziției, și din această perspectivă ei explică rezultatul doar temporar al tratamentului depresiei prin faptul că nu se adresează cu adevărat nucleului tulburării, adică dereglării emoționale [4].

DEREGLAREA EMOȚIONALĂ ȘI TULBURĂRILE ANXIOASE

Anxioșii prezintă:

-inabilitatea de a identifica emoțiile, reactivitate crescută la emoțiile negative, intoleranța distressului, tulburări în rememorarea experiențelor emoționale, ineficiența re-



evaluării cognitive ca o strategie de reglare emoțională, ineficiența copingului față de sentimentele de frică (Berking și Wupperman, 2012) [5];

- incapacitate de inhibiție comportamentală;
- dificultăți în a lăsa emoțiile să se exteriorizeze;
- utilizează strategii defectuoase de reglare emoțională: vigilență-evitare, bias cognitiv în reamintirea și interpretarea evenimentelor anxiogene, sentiment de eșec sau auto-evaluare negativă, catastrofizare, frica de pierdere a controlului, etc.

DE-REGLAREA EMOȚIONALĂ ÎN TULBURAREA DE ATENȚIE CU HIPERACTIVITATE

-Barkley (2010): face o analiză a simptomelor acestei entități și constată că dereglarea emoțională face parte din nucleul simptomatologic alături de problemele de atenție și hiperactivitate-impulsivitate. Astfel, persoanele cu această afecțiune prezintă un prag scăzut la frustrare, nerăbdare, mânie, ca rezultat al deficitului cognitiv de control al emoțiilor [4];

Impulsivitatea este expresia lipsei procesului de inhibiție și se referă la viteza cu care aceștia reacționează la emoțiile negative;

- dificultăți de modelare a reacției emoționale.

DEREGLAREA EMOȚIONALĂ ȘI TULBURAREA DISPOZIȚIEI (DSM-5)

Aceste persoane se recunosc prin faptul că au tendințe de exces comportamental, răspuns impulsiv, prag scăzut de frustrare și control inhibitoriu foarte scăzut.

Manifestă deficiențe cognitive de auto-control, precum inabilitate de a amâna gratificarea și de luare a deciziilor, tulburări de atenție și concentrare, sau de respectare a normelor și angajamentelor, conflictualitate cu autoritatea.

În conformitate cu teoriile expuse de Radu Vraști, deosebim tulburări internalizate și externalizate [6].

Spectrul tulburărilor internalizate:

- indivizi cronic susceptibili de o largă varietate de emoții negative, incluzând depresia, anxietatea, vinovăția și jena;
- tind să fie:
- autocritici și să se simtă inadecvați;
- inhibați și retractați și să aiba dificultăți în a-și exprima dorințele și impulsurile;
- pasivi și retrași, neajutorați și slabi, ori să se lase purtați de forțe din afara controlului lor;
- rușinoși și pot evita situațiile sociale de frica jenei și stânjenelii; se simt mereu în urma altora și pot avea un nu-

măr mic de prieteni sau cunoscuți.

- tind să rumineze asupra problemelor lor;
- au probleme în a recunoaște sau exprima mânia, furia sau supărarea și în locul acestora devin triști, auto-critici și cu tendința de a se auto-pedepsi (întorc mânia asupra lor înșiși);
- au frica de a fi rejectați sau abandonati și pot avea un sentiment penibil de gol interior;

Spectrul tulburărilor externalizate:

- indivizi cu tendința de a fi mâniași, ostili, indiferent dacă exprimă agresivitate deschisă, episoade de furie sau un comportament opozițional;
- tind să fie suspicioși, să aiba conflicte cu autoritatea și sunt înclinați să intre în conflicte pentru putere;
- tind să mențină animozitatea, resentimentul și să reacționeze la stimuli insignifianți cu mânie și jigniri;
- au lipsă de empatie față de nevoile și sentimentele altora, se consideră privilegiați și îndreptățiți;
- tind să aiba un sens exagerat al importanței proprii, să blameze pe alții sau să caute circumstanțe pentru greșelile lor;
- au capacitate redusă de a se vedea pe ei înșiși, de a fi conștienți de motivele și comportamentele lor;
- tind să se simtă tratați prost sau să se victimizeze, mai curând decât să recunoască cum comportamentul și atitudinile lor au afectat pe alții;
- tind să genereze animozitate și rejecție și au puțini prieteni sau apropiați.

STRATEGII DE SUPRAVIEȚUIRE ÎN CRIZA EMOȚIONALĂ

1. Tolerarea distress-ului:

- distragerea atenției (prin activități, contribuții, comparații, emoții, gânduri, senzații);
- auto-calmare (folosind propriile simțuri);
- îmbunătățirea momentului (prin imagerie, înțelesuri, rugăciune, relaxare, doar un lucru odată);
- observația respirației proprii,;
- afișează doar jumătate de zâmbet pe față.

2. Gândește pro și contra, în procente sau în nuanțe de gri;

3. Acceptă realitatea așa cum e:

- stai în prezent (cu corpul, cu ambianța, cu activitățile);
- oprește de a-ți spune lucruri fără sens, pericole inventate sau false interpretări, oprește comportamentul tău care te auto-sabotează, emoțiile nu sunt fapte. Nu mai asculta mintea ta tiranică. Decuplează-te de pe pilot automat...;
- fii disponibil să răspunzi la fiecare situație, cu nevoile tale pentru fiecare situație, fără să le judeci, ascultă-ți



mintea inteligentă (o balanță între mintea emoțională și cea rațională).

4. Acceptarea radicală: „*all is as it should be*”. Deschide-te față de context, acceptă disstresul ca un rezultat și nu ca o problemă ce trebuie rezolvată, nu sări impulsiv să reduci necazul, acceptă realitatea fără să o judeci și abandonează atașamentele care împiedică curgerea evenimentelor. Acceptați că puteți face față sentimentelor negative. Se poate întâmpla să nu putem schimba o situație, dar putem să schimbăm felul în care o privim.

De multe ori, când întâmpinăm o situație negativă avem gânduri precum: „*De ce a trebuit să mi se întâmple asta tocmai mie*”, sau „*Nu e corect*”. Sau am putea gândi: „*Bine că încă trăiesc*”, „*Putea fi și mai rău. Viața este minunată*”, adică, putem înlocui gândurile de mânie cu cele de acceptare și recunoștință pentru lucrurile pozitive din acea situație. Să nu uităm că „*gândurile sunt un tip de energie. Negarea sau ignorarea sentimentelor negative le perpetuează*.”

Alegând să cultivăm gânduri pozitive, va apărea relaxarea mentală, și schimbându-ne modul de a vorbi cu noi înșine, vor apărea sentimente pozitive care vor atrage după sine, situații pozitive în viața noastră.

5. Contemplația Zen: acceptă, validează și tolerează în loc să vrei să schimbi, intră în realitate așa cum e în fiecare moment, accept-o fără să-i faci o evaluare și fără să încerci să o schimbi...

6. Mindfulness: este un mod de a fi prezent, cu ochii deschiși, trăiește experiența și nu o evita sau suprima. Practica Mindfulness este un proces intențional de observare, descriere și participare la realitate, fără judecată, moment de moment, cu eficacitate, în care mintea este adusă în mod activ mereu în prezent.

7. Excluzeteți negativismul. Principiul excluderii negativismului se referă la adoptarea atitudinii potrivite față de situațiile negative pe care le întâlnim în viață. Întrucât oricum avem parte de lucruri negative, este important să învățăm cum să le facem față.

„*Dacă afirmi într-una că lucrurile vor merge rău, ai toate șansele să fii profet*.” (Isaac Singer). Acest principiu ne provoacă să echilibrăm gândirea critică cu atitudinea pozitivă.

8. Zona de rezonanță – rezonați activ. Spiritul de echipă este critic pentru crearea unor relații interumane bogate și pentru obținerea succesului autentic, durabil. Cum spunea George Bernard Shaw: „*Pe tonul potrivit se poate spune orice. Pe un ton nepotrivit nu se poate spune nimic; singura parte mai delicată este găsirea tonului*”

INTEGRAȚI ECHILIBRAT TOTUL ÎN VIAȚĂ

Viețile noastre sunt atât de pline și totuși ne simțim atât de neîmpliniți. Ar trebui să prețuim fiecare zi și să ne trăim viața din plin. Pentru aceasta, avem nevoie să găsim echilibrul în ceea ce facem și să ne integrăm și ordonăm ceea ce distingem a fi priorități de viață sau de etapă.

„*Dă-mi forța de a mă lupta împotriva a ceea ce poate fi schimbat, înțelepciunea de a accepta ce nu poate suferi vreo schimbare și inteligența de a ști să fac diferența dintre cele două!*” (Dr. Ron Jonson).

Bibliografie

1. Vasile D. (2012): *Trauma familială și resursele compensatorii*. Editura: SPER, p. 230.
2. Thompson R.A. (1994): *Emotional regulation: A theme in search of definition*, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (Serial No. 240): pp.25–52.
3. Gratz K.L, Roemer L. (2004): *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale*, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (1): pp.41-54.
4. Westen D., Shedler J., Bradley B., DeFife J.A. (2012): *An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: Bridging science and practice in conceptualizing personality*, *American Journal of Psychiatry*, 169: pp.273-284
5. Berking M., Wupperman P. (2012): *Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions*, *Behavioural Medicine*, 25(2): pp.128-134.
6. Vraști R. (2015): *Reglarea emoțională și importanța ei clinică*. București: Editura ALL, p. 140.



BALINT ÎN PANDEMIE

FURTUNA PANDEMICĂ ȘI IMPACTUL SĂU ÎN MAREA FAMILIE A ASOCIAȚIEI BALINT

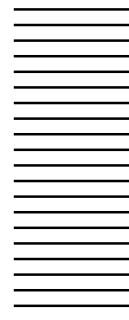
■ Psiholog Ramona Baghiu, Bacău

Pandemia de coronavirus din 2019 (COVID - 19) a determinat guvernele din întreaga lume să adopte reguli severe care au limitat libertatea individuală și care a impus distanțarea socială - spre exemplu, închiderea școlilor, carantina obligatorie, restricționarea activităților distractive, sportive sau culturale, toate acestea fiind pentru a preveni colapsul sistemelor naționale de sănătate. Pe lângă obiectivul de reducere a pandemiei de COVID -19, această schimbare de paradigmă aduce o alocare diferită a resurselor în cadrul unor grupuri, inclusiv în grupurile Balint. Acest subiect ar putea fi unul inepuizabil, dat fiind faptul că această coronaviroză și-a croit o "rochie" de gală și nu doar că e prezentă la orice eveniment impozant, ci defilează cu aroganță în toate ungherele vieților noastre.

Nu sunt supărată! Sunt furibundă de-a dreptul și neputința asta îmi pune la încercare fiecare celulă din mine provocându-mi stări pe care uneori le detest. Dacă ar fi să evaluez pagubele produse de această pandemie aș fi nevoită cred să îmi angajez un contabil care să mă ajute să fac un inventar amănunțit al pierderilor. Dar nu voi face asta, voi lăsa ca timpul să anestezieze furia și s-o transforme în acceptare și un soi de toleranță a faptului că în final lucrurile se vor așeza într-o ordine perfectă. Nu știu cum au simțit alții, și pentru că sunt o fană e exprimării la persoana I. singular, voi vorbi despre mine și despre cum mi-a fost în această perioadă fără Balint. Și voi începe cu ultima întâlnire a balintienilor la care am luat parte, cea care s-a desfășurat la Dărmănești în județul Bacău și care mi-a lăsat o amprentă care, iată, și acum îmi hrănește sufletul. Pentru mine au fost 3 zile pe care le-aș numi „iubire, bibelou de porțelan” - toate prezentările care s-au desfășurat fiind de o greutate profesională spectaculară, grupurile de lucru, revelionul nostru cu tot ce a venit el la pachet, comuniunea dintre noi și mai presus de toate "spiritul familiei Balint" s-a simțit ca un duh al iubirii și nevoii de noi pentru noi!

Acum am sentimentul că mă apropiu de finalul unui maraton și ceea ce mă frappează este faptul că nici nu-mi doresc

să câștig; îmi doresc să mă așez de-a curmezișul liniei de sosire fără să o depășesc și să aștept... să aștept ca timpul să reintre pe făgașul firesc a tot ceea ce stăpânește, să dea tonul normalității la maxim, iar noi să putem respira din nou aer. Spun asta pentru că până acum, s-a respirat...! Ce? Habar nu am. Voi face o cercetare amănunțită cât de curând posibil și voi afla.



Oh, da! Știu...Vorbesc mult în metafore. O fi poate un defect profesional al terapeuților. Eu îl numesc însă "codul morse al inimii". Tot preambulul de mai sus este doar o expresie a emoției ce poartă numele de dor, zugrăvită în cuvinte și care așteaptă să fie privită exact așa cum este. Nu să fie interpretată și analizată pentru că, eu, chiar îmi doresc ca fiecare bucătică din puzzle-ul Balint, să fie pusă la locul său, iar noi să începem să ne revedem fizic. Din nou! Nu știu sigur dacă îmi e îngăduit să spun / scriu, darămite nu îmi place online. Nu mi-a plăcut nimic online. Niciun curs, ori grup de suport sau terapie pe care a trebuit să le susțin. Cu iertare să-mi fie... Nu am nimic cu era digitală, ba uneori sunt fascinată de câte pot rezolva pe această cale. Dar nu Balint, nu terapie, nu consiliere și nu discuții cu suflete și despre suflet. Cred cu tărie că suntem în pericol! Umanitatea este în pericol de a se descompune și a deveni particule într-un mediu cibernetic. Ne vom rătăci unii dintre noi, iar alții se vor abate cu "bărbăție" de la drumul corect pe care eram până mai ieri.

Sunt deasemeni conștientă că lumea se confruntă cu o situație fără precedent, dar într-o oarecare manieră, tocmai această ipoteză mă face să-mi doresc apropiere și nu distanțare. Avem nevoie de noi și oarecum, cineva, ceva ne destramă. Îmi vine să citez din Indreptar: "Grupurile Balint ne ajută la scăderea reticenței față de participări la grupuri de esență psihoterapeutică - psihanalistă, crește interesul față de autocunoșterea introspectivă colectivă, la expri-



marea sinceră a caracterului și a personalității (pag.17). Ce frumos mod de a expune importanța grupurilor noastre, a întâlnirilor fizice de care sunt absolut convinsă că ne este dor tuturor. Este adevărat că multe întâlniri au avut loc online. Și nu am reușit să particip. Nu că nu mi-aș fi dorit, dar diverse contexte mi-au creat absențe nemotivate. Ceea ce rămâne de o importanță majoră este aspectul critic al sistemului nostru de îngrijire a sănătății, care este deosebit de vulnerabilă în aceste timpuri și în care accentul sistemului de asistență medicală se mută către gestionarea

acută a unui val de pacienți bolnavi acut, dar și emoțional.

Impactul pandemiei va dura mult dincolo de răspunsurile imediate de urgență. Pregătirea noastră, uniunea în grupurile Balint vor fi probabil de o importanță majoră care ne vor sprijini și orienta în domeniile fiecăuia dintre noi. În speranța revederii, mă înclin în fața dumneavoastră, dorindu-vă toate cele bune și aș dori să vă dedic un poem.

*Cu nobil respect,
a voastră balintiană, Ramona Baghiu*

ZVONUL

am auzit un zvon
cum că
oamenii s-au micșorat
și s-au ascuns după munți desenați
de unii care se credeau pictori.
am auzit un zvon
că unii au orbit
și nu mai văd aproape nimic
că simt gunoaie printre gene
și ceața lăcrimează pe ochii lor.
am auzit un zvon
că unii au sufletul în flăcări mistuitoare de viață
și că mulți
vor rămâne fără nicio urmă
de încredere în ei înșiși,
că se vor pierde în psihoze
și că vor rămâne goi
într-o lume haină plină de haine de firmă;
că pașii îi vor purta
spre porți cu lacăte fără chei
în spatele cărora
vor fi alți oameni slușiți de absurd.
.....
și pe când
toate astea mă îngenuncheaseră
am auzit alt zvon,
că marea are ochi albaștri
și că Sfânta Treime
se oglindește în ei,
așteptând în taină
să ne spălăm păcatele.



GRUPUL BALINT VIRTUAL - O NECESITATE ÎN PANDEMIE, O OPORTUNITATE PENTRU VIITOR

■ Alma László, MD, Arad, România

Rezumat: Autoarea prezintă, pornind de la experiența personală a inițierii în metoda Balint pe perioada pandemiei, rapoartă din literatura de specialitate asupra experienței grupurilor Balint inițiate sau transferate în mediul online, cât și posibile aplicații pe viitor.

Cuvinte cheie: grup Balint, mediu virtual, online, oportunități, pandemie.

Abstract: Virtual Balint group - a necessity during the pandemic, an opportunity for the future

The author presents, starting from the personal experience of being initiated in the Balint methods during the pandemic, reports for the scientific literature about the experience of starting or transferring to virtual space, as well as some future applications.

Key words: Balint group, online, opportunity, pandemic, virtual space.



Am descoperit conceptul grupului Balint în perioada facultății. Mi-a trezit interesul, dar nu mi s-a părut accesibil în momentul respectiv. Știam de existența Asociației Balint din România, dar nu am avut contact direct cu ea până la începutul anului 2021. Datorită pandemiei, am avut ocazia să particip

la primul meu grup Balint deschis în mediul online și am devenit un membru recurent în această perioadă. Aceste prime experiențe m-au ajutat să înțeleg metoda în practică, în ciuda limitărilor mediului virtual.

Datorită pandemiei COVID-19, evenimentele de formare și de educație medicală continuă au fost transferate în mediul online. Acest lucru a ridicat întrebarea dacă același rezultat calitativ poate fi obținut cu acest tip de eveniment, ca în cazul evenimentelor față în față. Această întrebare este valabil mai ales pentru grupurile Balint, unde joacă un rol important gradul ridicat de interacțiune și comunicarea non-verbală între participanții grupului (1).

Grupurile Balint ca evenimente față în față ar fi prezentat un risc crescut de infectare pentru participanți, de aceea la nivel internațional s-a preferat tranziția la grupuri virtuale. Formatul online poate ajunge chiar și la cei care în mod normal nu ar fi în măsură să participe la un grup Balint,

acum profitând de această oportunitate de dezvoltare personală (1). Grupurile Balint pot fi, prin urmare, un sprijin în activitatea personalului medical, în special în situații de volum mare de muncă, ca în cazul pandemiei actuale (2,3,4).

De la începutul pandemiei s-au publicat mai multe articole referitoare la eșantioane mici în care s-a adoptat grupul Balint în diferite contexte de necesitate, unele fiind inovative sau măcar ieșite din uzul comun al acestei tehnici. Metoda este răspândită la nivel internațional în special în cadrul medicilor de familie, specialiștilor din domeniul sănătății mintale și studenților de medicină, dar în această perioadă s-au realizat intervenții de tipul grupului Balint sau măcar inspirate din el pentru personalul medical din prima linie: unități de primire urgențe, terapie intensivă și secții specializate în tratamentul pacienților cu COVID-19 (2, 3, 4).

Aspectele pozitive la grupul Balint virtual sunt ușurința accesului, un grad mai mare de anonimitate, atenție la expresiile faciale și posibilitatea interacțiunii cu participanți din diferite părți ale țării. Dezavantajele sunt lipsa de socializare, diferența în dinamica de grup și provocările tehnice datorate mediului online (5). Studiile mici realizate în această perioadă sugerează că dezavantajele acestui format sunt în mod clar compensate de avantaje (1, 6).

Cu siguranță sunt diferențe între întâlnirile virtuale și cele fizice, dar beneficiile pentru participanți sunt foarte reale în ambele situații. S-au făcut și comparații între experiența



virtuală și fizică. Răspunsurile participanților și ale liderilor de grup indică faptul că grupurile Balint sunt benefice din punct de vedere profesional și clinic pentru diferite clase de personal medical și promovează bunăstarea clinicianului atât față în față cât și virtual în timpul restricțiilor legate de pandemie. Participanții din ambele tipuri de grup Balint susțin că li s-a oferit posibilitatea de a explora aspecte provocatoare ale activității clinice, s-au simțit sprijiniți și ulterior s-au simțit mai puțin stresați la locul de muncă. Liderii de grup au raportat experiențe similare în ceea ce privește conținutul grupurilor, cu focus pe interacțiuni dificile medic-pacient, discuții bogate și plăcute. Ei susțin că prezența virtuală a fost mai ușoară, dar mai epuizantă, cu aderență mai dificilă la regulile și limitele grupului Balint din partea participanților. Toți susțin că formatul virtual le-a făcut mai probabil participările la viitoarele grupuri. Provocările identificate în grupul virtual au fost mai multe distrageri ale atenției pentru participanți și dificultăți suplimentare în gestionarea dinamicii grupului pentru liderii de grup (6).

Există lucruri de îmbunătățit la întâlnirile online ca ele să devină mai apropiate de experiența întâlnirilor față în față, dar o parte din participanți și-a exprimat dorința de a continua în acest format și după sfârșitul pandemiei. Astfel este recomandat ca grupurile Balint online și evenimentele față în față să fie oferite în continuare simultan (5, 6). Concluzia mea personală fiind că această metodă merită să fie repopularizată în cadrul generațiilor noi, putând oferi un suport real pe perioada practicii clinice din facultate și ulterior în rezidențiat sau în supervizare.

Bibliografie

1. Scheib M, Adler S. Comparing Balint Groups as Face-to-face and as Online Events. *Science Journal of Education* [Internet]. 2021;9(2):69. <https://www.sciencepublishinggroup.com/journal/paperinfo?journalid=197&doi=10.11648/j.sjedu.20210902.18>
2. Pattni V, Phillips J, Saha R. Balint groups could be one way to prevent burnout during covid-19 - The BMJ [Internet]. The BMJ. 2020 [cited 11 November 2021]. <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/01/balint-groups-could-be-one-way-to-prevent-burnout-during-covid-19/>
3. Kiani Dehkordi M, Sakhi S, Gholamzad S, Azizpour M, Shahini N. Online Balint groups in healthcare workers caring for the COVID-19 patients in Iran. *Psychiatry Research* [Internet]. 2020;290:113034. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016517812030723X>
4. Self M, Mehrpooya N. Introduction of Balint support group to medical staff in emergency departments across Cwm Taf Morgannwg university health board post peak of covid-19 pandemic. *BMJ Leader* [Internet]. 2020;4:A56-A57. https://bmjleader.bmj.com/content/leader/4/Suppl_1/A56.3.full.pdf
5. Handa N, Garbutt R, Chudley S. Evaluating participant experience in Balint online sessions held during the COVID-19 pandemic – lessons learnt and moving forward. *BJPsych Open* [Internet]. 2021;7(S1):S253-S253. <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/evaluating-participant-experience-in-balint-online-sessions-held-during-the-covid19-pandemic-lessons-learnt-and-moving-forward/8E77B248BFCA03E44BA2C518CE7C57C4>
6. Samnani S, Awal M. Balint in the time of COVID-19: participant and facilitator experience of virtual Balint groups compared with in-person. *BJPsych Open* [Internet]. 2021;7(S1):S154-S155. <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/balint-in-the-time-of-covid19-participant-and-facilitator-experience-of-virtual-balint-groups-compared-with-inperson/501337FE98D597E98DAF11D126538233>





ASOCIAȚIA BALINT PRIN OCHII UNUI STUDENT

■ Cîrlănaru Claudia, Brașov

În viața unui student la medicină suntem învățați timp de șase ani lungi tot ceea ce trebuie să știm ca o bază a medicinei în tratarea pacientului. Învățăm în primul rând despre cum funcționează organismul uman, iar apoi învățăm multiplele posibilități, prin care organismul uman se poate îmbolnăvi. Suntem învățați cum să ne comportăm cu pacientul, cum să îl abordăm și cum să îi vorbim, având în vedere și diferențele dintre sexe, vârste și etnii. Suntem atât de focusați asupra îngrijirii pacientului, și învățăm despre toate nevoile acestuia, încât un aspect foarte important ne scapă din vedere, sau mai bine spus, nu ne trece vreodată prin gând în acea perioadă: „*Cum avem grijă de noi?*” sau „*Dar de noi cine are grijă?*”.

Aceasta este o întrebare a cărei tematică am auzit-o fiind discutată pentru prima dată în cercul unei întâlniri Balint. Această temă, alături de multe altele, mi-a atras atenția pentru prima oară asupra poverii pe care o poartă un medic în decursul vieții sale, cât și sentimentul de singurătate care poate apărea în momentul în care nimeni nu-ți pune întrebările tipice de început ale unei anamneze „*Ce te supără?*” sau „*Cu ce te pot ajuta astăzi?*”.

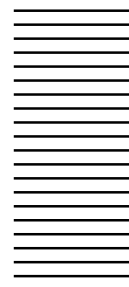
Felul în care am ajuns să fiu membră a Asociației Balint din România în ultimul meu an de studenție, și să particip la prima mea întâlnire în luna noiembrie a anului trecut, a fost o pură coincidență, o serie de întâmplări, care m-au adus în contact cu o persoană foarte drăguță, care cunoscându-mi pasiunea pentru psihosomatică și psihiatrie m-a invitat să particip la una din discuțiile lunare ale asociației. Nu știam la ce să mă aștept, și fiind din cauza pandemiei imposibil să ne întâlnim fizic, am fost oarecum ușurată că îmi puteam ascunde timiditatea în spatele unui ecran al platformei Zoom. Însă toate grijile mele au dispărut în momentul în care am simțit (deși la distanță) bunătatea emanată de către membrii asociației și căldura cu care m-au primit în cercul lor. După prima întâlnire am fost foarte încântată și am decis că voi participa și la următoarea întâlnire, timp în care deja nu mă mai simțeam ca o străină și deja îmi era un mare număr al participanților cunoscut.

La început îmi aduc aminte foarte bine cum imaginea mea despre desfășurarea întâlnirilor Balint era total diferită comparativ cu adevăratul decurs. Îmi imaginam prin

prezentarea cazurilor de către un medic sau psiholog un aspect foarte impersonal al acestora, asemănător prezentărilor de caz pe care le-am întâlnit în timpul stagiilor studentești din spital. O prezentare obiectivă a pacientului, cu date importante ale acestuia, decursul și istoricul bolii, urmat de o schemă de tratament

și poate chiar un rezultat al acestuia. Însă am fost foarte surprinsă când am simțit pentru prima dată tenta personală adăugată de către persoana care a prezentat cazul primei întâlniri la care am luat parte, și propriile sentimente care au însoțit drumul pacientul. A fost ceva cu totul nou pentru mine și mi-a captat complet atenția. De data aceasta nu era ținută atenția primordial asupra pacientului, ci și asupra medicului. Următoarele două etape ale întâlnirii au avut o influență și mai personală, nu numai prezentatorul de caz fiind invitat să își exprime deschis sentimentele legate de situație, ci și restul grupului, fără nici o teamă de a fi judecat sau contrazis. Nu am simțit nici o diferență de ton sau drept asupra cuvântului între participanții medici sau psihologi, între pensionari cu zeci de ani de experiență în urma lor sau medici rezidenți (șau chiar în cazul meu, studentă la medicină în ultimul an). Nimeni nu mă mai întrebese înainte ce simt eu despre un anumit caz.

Revenind la întrebarea menționată la început: „*De personalul medical și psihologi, cine are grijă?*”. Problema aceasta parcă a început să își caute și mai mult răspunsul în decursul acestui an și jumătate trecut, sub influența puternică a pandemiei. Nevoia de susținere medicală și psihologică în populația generală a crescut, prin oamenii care s-au îmbolnăvit, dar și din cauza anxietății create de către acest inamic invizibil. Deși s-a încercat a se atrage atenția asupra personalului medical epuizat, prin clipuri, postere și știri, o mare parte a lumii nu a părut marcată de acest lucru. Astfel că, soluția în interiorul Asociației Balint a părut a fi „*Daca nimeni nu ne susține și ne ajută, atunci o să o facem noi înșine!*”. Ceea ce am și simțit frecvent, prin cazurile prezentate și problemele puse, cât și întrebările și răspun-





surile membrilor menite ca ajutor și alinare. De la începutul prezenței mele ca membru la ședințe, am auzit multe cazuri povestite din trecutul membrilor, unele care s-au petrecut în urmă cu ani buni, dar care încă măcinau povestitorul, altele recente, care în contextul epidemiologic actual deseori erau rezultatul pandemiei. Fiecare om privește și trăiește o situație în mod diferit, și poate fi afectat mai mult sau mai puțin comparativ cu altcineva. În timp ce unele persoane pot fi afectate puternic de către pierderea unui pacient, alte persoane s-au imunizat deja de pierderea lor frecvență. Dar acest lucru este complet înțeles de către membri, și din nou, nu am simțit niciodată cum cineva ar fi fost judecat sau condamnat pentru propriile gânduri și sentimente.

Pandemia ne-a adus multe bariere în ziua de zi cu zi, și multe dificultăți. A trecut un an de la prima mea participare în grup, însă nu am cunoscut pe nimeni în mod personal până acum. Însă, din fericire, tehnologia modernă ne permite să ne întâlnim în fiecare lună, în aceeași încăpere (de Zoom), unde putem să discutăm împreună oameni din

orașe diferite, până și țări diferite! Și chiar dacă ne aflăm cu toții în spatele unui ecran, am simțit mereu căldura și voia bună a fiecărei întâlniri. Simt că orice student la medicină sau psihologie ar avea multe de învățat de la munca Balint, începând cu experiența și diferitele situații relatate prin intermediul prezentărilor de caz și discuțiilor legate de acesta, cât și despre sentimentul de grijă de sine și înțelegere din partea semenilor, la care noi nici nu apucăm încă să ne gândim.

În acest moment mă aflu doar la începutul drumului meu de medic, în urmă cu doar câteva săptămâni am absolvit facultatea de medicină și știu că în fața mea o să se afle multe clipe frumoase și să speram că și realizări, dar din păcate îmi dau seama că o să existe și provocări și frustrări. Mă simt însă mai ușurată știind că nu pornesc singură pe acest drum, că grijile mele nu trebuie să rămână nespuse și că voi găsi întotdeauna între balintieni un sfat bun și un umăr pe care să plâng!

| LIMBA NOASTRĂ ȘI BĂTAIA

■ (autor neidentificat)

În însăși limba noastră, în dulcele nostru grai, se ascunde un secret despre natura noastră românească. Noi suntem, prin excelență, niște bătauși. Ne place bătaia! O și cunoaștem bine, că am mai luat. **Păi ia fiți atenți aici:**

- Noi ne începem fiecare sărbătoare cu o bătaie, pentru că noi nu curățăm covoare, noi le batem (săracele!).
- Noi nu parcurgem un drum, noi îl batem (ce-om avea cu el?!)
- Chiar și când suntem gânditori, cu un început de intelectual, tot ne bate... un gând.
- Inima noastră de român pur sânge, nu pompează, nu ticăie, ca la orice muritor de rând, ci bate!
- Pantofii noștri nu ne rod, nu ne sunt mici sau mari, ci scurt - ne bat, mai ales dacă sunt românești.
- Nu mai poți să îi urezi, dom'le, de bine cuiva, că tot la violență ajungi: „*Bată-te norocul să te bată!*”, iar când te-ai săturat de el îi urezi: „*Cale bătută!*”.
- Unul dintre dansurile noastre tradiționale (din zona Moldovei, evident) este „*Bătuta*”.
- Laptele nostru nu-i fermentat, nuuuu... el e bătut.

- Noi nu ciocănim, noi batem la ușă. De ciocănit poate oricine, dar când vine rumănu', trebuie să simți!
 - Cândva, unele femei, câștigau un ban cinstit din bătaie - băteau la mașină, răilor, la ce v-ați gândit?!
 - Nu știm să avem o competiție sportivă loială nicăieri. Scopul nostru e să-l batem pe ăla.
 - ... la noi până si vântul bate, pe afară și prin buzunare (uneori) și-apoi îi mai dă și cu ploaie. Și atunci știi că ești bătut și de soartă, nu doar de consoartă.
 - Ai zice că „*a bate*” e unul dintre verbele preferate, cu litera „*B*”, ale românilor după „*a bea*” și deseori se petrec chiar în ordinea asta.
 - Să mă bată Dumnezeu dacă nu iubesc eu limba asta a noastră!
 - Eh... dar ce-mi bat eu gura aici..
 - Dar știți vorba aia: gura bate fundu' ... Asta nu e bătaie de joc!
 - Vezi că vă am în bătaia puștii!
- Iar acum te va bate gândul despre ziua în care îți va bate ceasul, bătaușule!



*Poezie dedicată domnului Octavian Taranov,
medic urolog din partea unei paciente:*

FELICITARE

"Aveți halate și berete albe,
Smolite fețe și rumeori obraji.
Mă-nchin în fața Dumneavoastră
Stimați medici, prieteni dragi.
Să ne trăiți voi, salvatori de vieți,
Străjeri ai buneii noastre sănătăți.
Să vă slăvească-n opere poeții-
În versurile cele mai de preț.
Fiindcă voi sunteți mereu la datorie –
Și-n zi senină, și pe furtuni, și ploi
În viața noastră fără doctorie –
E ca fără de cartușe în război.
Iar nouă să ne rădă în mustețe sănătatea
Și la horă chiar bătrâni să țopăim
Să nu ne-n bolnăvim în viață nici o dată,
Cu medicii la joc să ne-ntâlnim".

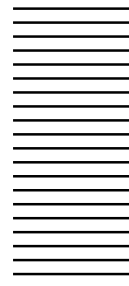
Bordian Anastasia

ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI

22 octombrie 2021: a XXVIII-a Conferință Națională on line
- Grup on line în prima zi de miercuri a lunii
19-20. XI. 2021: Conferința Națională a Asociației Maghiare
de Psihosomatică Balint, on line - Grup Balint pentru liderii de grup

PLANURI DE VIITOR

15. I. 2022: Weekend Național Balint de Iarnă. Dacă situația pandemiei ne va permite, plănuim o întâlnire față-n față. Dacă nu, rămânem în sistemul on line. **Vă vom anunța din timp.** În varianta on line taxa de participare va fi de 80 RON pentru membrii asociației cu cotizația plătită la zi, 100 RON pentru restanțieri și nemembri. În varianta față-n față taxa va fi de 45, respectiv 55 de euro, la cursul BNR al zilei în care se face plata.



Bera Veress

INDEX: ISSN - 1454-6051

