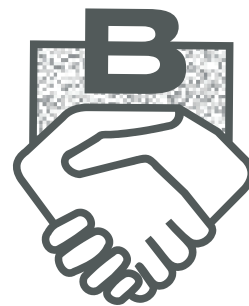


Buletinul Asociației **Balint**

Periodic trimestrial. Volumul XXV. Nr. 97 - 98



Ianuarie - Iunie 2023

DE LA PACIENȚII BOLNAVI LA PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI

Prof. dr. Ábrám Zoltán

METODA BALINT ÎN GRUP INSTITUȚIONAL - DIFICULTĂȚI ȘI AVANTAJE

Dr. Mihai Adriana

ASPECTE SPECIFICE ALE GRUPURILOR BALINT

Butyka Enikő-Éva

GRUPURILE BALINT, GRUPURI DE ÎMPĂRTĂȘIRE

Georgescu Ioana

INCURSIUNE ÎN COMUNICAREA MEDIC-PACIENT

Dr. Oană Sever Cristian

PARTICULARITĂȚI ALE CALITĂȚII VIEȚII LA PACIENTELE CU CANCER MAMAR

Botnaru-Dub Natalia, Calancea Veronica

INCURSIUNI LITERARE



| CUPRINS

PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA	2
BIROUL ASOCIAȚIEI	3
DE LA PACIENȚII BOLNAVI LA PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI	4
METODA BALINT ÎN GRUP INSTITUȚIONAL - DIFICULTĂȚI ȘI AVANTAJE	9
ASPECTE SPECIFICE ALE GRUPURILOR BALINT	13
GRUPURILE BALINT, GRUPURI DE ÎMPĂRȚĂȘIRE	15
INCURSIUNE ÎN COMUNICAREA MEDIC-PACIENT	17
PARTICULARITĂȚI ALE CALITĂȚII VIEȚII LA PACIENTELE CU CANCER MAMAR	28
INCURSIUNI LITERARE	35
CARTEA TRĂIRILOR UNUI PURTĂTOR DE TORTĂ...	37
ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI - PLANURI DE VIITOR	39

MOTTOURI CU MINCIUNI:

„Cine se laudă că nu este mincinos trebuie să fie crezut numai pe jumătate” (*Proverb românesc*)

„Minciunile sunt ca gândacii de bucătărie, pentru fiecare pe care îl descoperi sunt mulți alții ascunși” (*Gary Hopkins*)

„Minciunile sunt o soluție temporară la o problemă permanentă” (*Anonim*)

Ianuarie - Iunie, 2023, Volumul XXV, Nr. 97-98 ■ Periodic trimestrial, apare în ultima decadă a lunii a treia din trimestru. ■
Fondat: 1999 ■ Redactor șef: Albert VERESS M.D. Sc.D. ■ Lector: Almoș Bela TRIF M.D., Sc.D., J.D., M.A ■ Tehnoredactor/
Design: Botond Miklós FORRÓ ■ Editat de: Asociația Balint din România ■ Tipărit la tipografia: Pro-Print, Miercurea-Ciuc ■
Adresa redacției: 530 111 - MIERCUREA CIUC, str. Gábor Áron nr. 10, tel. 0744 812 900, E-mail: veressalbert02@gmail.com

COMITETUL DE REDACȚIE:

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



PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA



Michael Balint: Psihanalist englez de origine maghiară

DATA ÎNFIINȚĂRII: 25 iulie 1993

GRUPUL BALINT:

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

SPECIFICUL ASOCIAȚIEI:

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

OBIECTIVE:

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

ACTIVITATEA ASOCIAȚIEI:

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

REGULI PRIVIND ÎNSCRIEREA ȘI PLATA COTIZAȚIEI:

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

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

Cotizația **pentru anul 2023 rămâne 25 EURO** (la cursul oficial BNR din ziua în care se face plata), sumă în care se include și abonamentul la Buletin.

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

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

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



BIROUL ASOCIAȚIEI



PREȘEDINTE:

Ilona GÖRÖG

abr.presedinte@gmail.com



VICEPREȘEDINTE:

Alma LÁSZLÓ

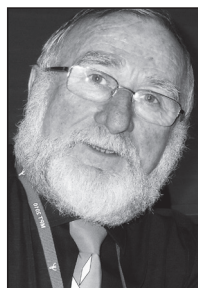
laszlo.alma@gmail.com



SECRETAR:

Maria-Mihaela PAP

abr.secretariat@gmail.com



TREZORIER:

Albert VERESS

veressalbert02@gmail.com



MEMBRU:

Mihai Adriana

CĂTRE AUTORI

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

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

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

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

Se trimite în fișier separat imaginea scanată a copertei.

Se primesc doar materiale trimise pe memory-stick sau

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

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

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

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

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

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

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



DE LA PACIENȚII BOLNAVI LA PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI*

■ Prof. dr. Ábrám Zoltán, Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade” din Târgu Mureș, Disciplina Igienă

Rezumat: Autorul pornește de la definiția sănătății și bolii, prezintă tranziția sănătate-boală din punctul de vedere al sociologiei, analizează stadiile de evaluare a bolii. În a doua parte se trece de la pacienții bolnavi la persoanele cu dizabilități, persoane cu handicap cu diferite dezavantaje, de multe ori cumulativ.

Organizația Mondială a Sănătății definește sănătatea ca o stare de bine fizic, psihic, mental și social, care nu se reduce la absența bolii sau infirmității. Mai recent, cercetătorii au definit sănătatea drept capacitatea de adaptare a organismului la noile amenințări și infirmități. Din punct de vedere **social**, sănătatea este starea organismului în care capacitățile individuale sunt optime pentru ca persoana să-și îndeplinească în mod optim rolurile sociale. Medicul are sarcina să pună diagnosticul bolii prin care contribuie la scutirea de la unele roluri.

În această prezentare dorim să conștientizăm faptul că persoanele cu dizabilități reprezintă 3% din populația României. Folosirea denumirilor corecte pentru diferitele infirmități, contribuția la schimbarea mentalității pentru a evita atitudinea de excludere, discriminarea pozitivă și aprecierea realizărilor din partea persoanelor cu dizabilități sunt provocări pentru viitor.

Cuvinte-cheie: pacient, bolnav, persoane cu dizabilități

Abstract: From sick patients to people with disabilities.

The author presents some aspects of the role of doctor and the role of patient. Regarding the definition of health and disease, the health-illness transition is presented from the point of view of sociology, and the stages of disease evaluation are analyzed. In the second part, we move from sick patients to disabled people, with different disadvantages, often cumulatively. The World Health Organization defines health as a state of physical, mental and social well-being, which is not limited to the absence of disease or infirmity. More recently, researchers have defined health as the body's ability to adapt to new threats and infirmities. From a social point of view, health is the state of the organism in which individual capacities are optimal for the person to optimally fulfill his social roles. The doctor has the task of making the diagnosis of the disease by which he contributes to the exemption from some roles.

In this presentation, we want to make people aware of the fact that persons with disabilities represent 3% of Romania's population. Using the correct names for the different disabilities, contributing to changing the mentality to avoid exclusionary attitudes, positive discrimination and appreciation of the achievements of people with disabilities are challenges for the future.

Key words: patient, sick, people with disabilities.



În acest articol se pornește de la definiția sănătății și bolii, se enumerează diferiți factori și indicatori care stau la baza sănătății și bolii, se analizează stadiile de evaluare a bolii, apoi se trece de la pacienții bolnavi la persoanele cu dizabilități.

1. Sănătate

Părerile și conceptele despre sănătate sunt foarte diverse. Există mai multe definiții, diverse abordări care se aplică conceptului de sănătate înțeles mai restrâns sau mai larg. Percepția asupra sănătății a suferit modificări odată cu dezvoltarea umanității și a medicinei, precum și datorită influențelor sociale. Situația socială a populației (sex, ocupație, apartenență socială etc.) are o influență asupra ideilor formate despre sănătate.



Grup Balint, Costanța, 11. 03. 2023 - Pauză

Conform dicționarului interpretativ: „sănătate = funcționarea netulburată a vieții, sau starea fără boală a organelor”. Sinonimele cuvântului sănătos sunt: se simte impecabil, trăiește în confort, nevătămat. Sănătatea poate fi înțeleasă ca o stare care permite unei persoane să trăiască la maximum cu posibilitățile pe care le are (Ábrám 2006).

Din cele de mai sus reiese că există două abordări ale sănătății în interpretarea de zi cu zi. Prima abordare reflectă o percepție pozitivă, iar cealaltă o percepție negativă. Conform definiției negative, sănătatea înseamnă absența bolii sau a infirmității. Mergând mai departe, această viziune este în mod necesar dezvoltată de abordarea pozitivă, conform căreia sănătatea nu este o stare pasivă, ci o stare activă. Pe lângă absența bolii sau a semnelor de boală, sănătatea se referă la o stare de bine cu funcționarea normală a organismului. Starea de bunăstare, corespunzătoare termenului well-being folosit în limba engleză, nu este identică cu bunăstarea care se referă în primul rând la o situație financiară optimă (Ábrám -Ferencz-Nădășan 2016).

Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății, „sănătatea este o bunăstare completă fizică, mentală și socială, și nu doar absența bolii sau a infirmității”. Mai târziu a fost inclusă în această definiție și „capacitatea de a duce o viață productivă social și economic”. Sănătatea ideală este o stare ideală, în timp ce sănătatea reală se referă la o stare

reală. Următoarea definiție oarecum filosofică (publicată mai târziu) vine tot de la Organizația Mondială a Sănătății: „Sănătatea înseamnă măsura în care un individ sau un grup este capabil să-și realizeze aspirațiile și să-și satisfacă nevoile, precum și modul în care se poate adapta la mediul în care se află. Prin urmare, sănătatea poate fi înțeleasă ca o resursă necesară pentru viața de zi cu zi, mai degrabă decât ca un scop de viață; sănătatea este un concept pozitiv care pune accent pe condițiile individuale și sociale de existență, precum și pe performanța fizică.” (Bucur -Popescu 1999; Cayce 2014).

De asemenea, din definiția sănătății reiese clar că sănătatea are mai multe dimensiuni. Sănătatea fizică înseamnă abilități fizice, sănătatea mentală înseamnă echilibru psihologic și armonie, în timp ce sănătatea mentală (intelectuală) înseamnă gândire clară și consecventă și abilități de luare a deciziilor. Prin sănătate emoțională înțelegem că individul este conștient de emoțiile sale, pe care le poate exprima în mod corespunzător. Sănătatea sexuală presupune capacitatea de a exprima și experimenta propria sexualitate. Sănătatea socială se referă la faptul că persoana are relații sociale adecvate și se integrează fără probleme în societate. O dimensiune mai largă care influențează sănătatea individului este comunitatea, societatea, deoarece este bine cunoscut faptul că există o legătură strânsă între sănăta-



tea individului și sistemul social. Impactul mediului asupra sănătății se manifestă prin factorii de mediu care înconjoară o persoană (Goraș -Bodrug-Buruian-Moroz 2019).

2. Boală

Conceptele de stare de rău, sănătate afectată și boală sunt adesea confuze și schimbate. Sentimentul de boală este o stare de pierdere a sănătății trăită subiectiv, care se manifestă prin anumite simptome sau este asociată cu pierderea anumitor abilități. Boala, pe de altă parte, este starea obiectivă de afectare a sănătății care poate fi justificată pe baza unor dovezi specifice acceptate de alții. Boala înseamnă deci existența unor abateri sau tulburări demonstrabile și verificabile. Conceptul de sănătate afectată (slăbită) este utilizat atunci când sentimentul de boală și boala coincid. Cu toate acestea, cele două concepte nu se suprapun întotdeauna. Pe de o parte, experiența subiectivă a stării de rău nu înseamnă întotdeauna o anumită boală, iar pe de altă parte, se întâmplă că, deși simptomele care prevăd o boală nu apar, o afecțiune patologică este dezvoltată în timpul testului de screening.

La fel ca și în formularea sănătății, trebuie să trecem și dincolo de limitele interpretării restrânse atunci când definim boala. Boala nu este rezultatul unei simple cauze și efect; nu este doar o schimbare patologică a unuia dintre organele noastre, ci își reflectă întreaga viață a persoanei, istoricul medical, mediul, obiceiurile, situația socială și chiar strămoșii împovărați de boli (Ábrám 2006; Cayce 2014).

3. Sănătate și boală

Pe baza unei perspective noi, oamenii de știință din domeniul social cred că atât sănătatea, cât și boala sunt fenomene sociale. Medicina avansată și asistența medicală de astăzi recunoaște importanța factorilor sociali în menținerea sănătății și apariția bolilor și afirmă că nu boala trebuie tratată, ci persoana ca persoană cu boala.

Alți oameni de știință cred că sănătatea înseamnă autonomie (independență individuală), totuși, autonomia, adică sănătatea, poate fi perturbată de medicalizarea excesivă a vieții. Critica sugerează că medicina a dobândit puteri care depășesc funcția sa juridică. Un exemplu în acest sens este că prin medicalizare, deciziile medicale și tehnicile de vindecare intervin excesiv în situații de viață de zi cu zi precum nașterea sau moartea. Sănătatea este sarcina personală a unei persoane, pe care trebuie să o realizeze în mod liber și independent. Medicii și lucrătorii din domeniul sănătății joacă un rol doar în restabilirea sănătății zdruncinate (Ember -Kiss-Cseh 2013).

Sănătatea este un concept dependent de vârstă și stil de viață. Rezultatele observațiilor și cercetărilor au evidențiat inegalități în starea de sănătate a persoanelor individuale și a grupurilor de oameni, care, pe lângă tendințele moștenite, pot fi urmărite în primul rând din factorii sociali și de mediu: gen, etnie, educație și angajare, venit, condițiile de locuit și condițiile de muncă. Factorii implicați în deteriorarea sănătății sunt: sărăcia, șomajul, condițiile precare de locuit, condițiile de muncă stresante și periculoase, sistemul de sprijin social insuficient, poluarea aerului și apei etc. La acestea se adaugă și factorii de risc ai unui stil de viață nesănătos, deseori întărindu-se reciproc: consumul de droguri stimulente, alimentație nesănătoasă, lipsa exercițiilor fizice și viață sedentară, stil de muncă suprasolicitat, stresant. Asistența medicală de înaltă calitate contribuie, de asemenea, la menținerea sănătății. În spiritul celor de mai sus, școala naturistă face sănătatea dependentă în primul rând de adaptarea la mediu, în timp ce abordarea normativistă pune accent pe rolul normelor sociale (Ábrám -Ferencz-Nădășan 2016; Spira 2018).

Este binecunoscut faptul că situația dezavantajată social (statut financiar scăzut, cunoștințe incomplete prin lipsa culturii sanitare adecvate, stil de viață nesănătos) poate influența în mare măsură starea de sănătate, iar membrii acestui grup sunt mai expuși riscului decât media în ceea ce privește dezvoltarea. Cele mai dezavantajate grupuri sociale includ șomerii, persoanele fără adăpost și refugiații (Spira 2018).

Situația de sănătate a unei țări sau regiuni este direct proporțională cu dezvoltarea societății, dar este influențată semnificativ și de stilul de viață specific și de obiceiuri. La evaluarea stării de sănătate a populației, speranța de viață la naștere, diverse statistici de mortalitate și morbiditate, diferiți indicatori de asistență medicală (de exemplu, numărul de medici, numărul de paturi de spital) și chiar nivelul culturii de sănătate a individului și comunității sunt indicatori foarte importanți. Acești indicatori sunt urmăriți în diferite studii în care se apreciază starea de sănătate (United Nation's Global Health Observatory 2018).

4. Etapele tranziției de la sănătate la boală

Din punct de vedere social, sănătatea este starea organismului în care capacitățile individuale sunt optime pentru ca persoana să-și îndeplinească în mod optim rolurile sociale. Medicul are sarcina să pună diagnosticul bolii prin care contribuie la scutirea de la unele roluri. În continuare se prezintă tranziția sănătate-boală din punctul de vedere al sociologiei, se analizează stadiile de evaluare a bolii (Ábrám 2006).



Starea de bine, bunăstarea presupune funcționarea optimă a organismului, absența simptomelor, senzație de confort. Următoarea etapă este senzația (starea) de discomfort cu apariția unor simptome care nu limitează semnificativ îndeplinirea rolurilor sociale, dar presupune necesitatea analizei simptomelor și apare gândul de a se apela la ajutor medical. Starea de capacitate redusă este caracterizată de apariția simptomelor și semnelor, luarea în considerare a ajutorului medical pentru reducerea simptomelor, consultarea unui medic și legitimarea bolii prin punerea diagnosticului bolii. În această fază pacientul bolnav își îndeplinește în continuare rolurile de bază, dar activitățile sale sociale sunt reduse (Gáspárik 2020).

Dacă boala se evaluează, dacă nu se revine în etapele anterioare, în continuare se poate constata lipsa unor capacități, accentuarea limitării îndeplinirii rolurilor sociale. Bolnavul nu își poate îndeplini principalele roluri sociale și familiale, primește scutire medicală (concediu medical), stă acasă, dar încă are capacitatea fizică de mișcare. În această etapă bolnavul își îndeplinește în continuare rolurile de bază, dar activitățile sale sociale sunt reduse.

Dacă apar probleme privind îndeplinirea rolurilor de bază, dacă se constată limitarea îndeplinirii funcțiilor fiziologice, se indică și se justifică internarea la spital. Această stare de izolare necesită ajutor din partea serviciilor medicale spitalicești, asistența medicală secundară, iar după caz asistență de îngrijire la domiciliu.

Dacă bolnavul ajunge în această etapă avansată a desfășurării bolii, există mai multe posibilități de evaluare. Etapa de reabilitare, evaluarea spre o stare de bine este rezultatul tratamentului medical, reabilitarea poate fi integrală sau parțială. Starea de boală poate să fie permanentă și stabilă, pacientul bolnav trebuie să trăiască cu boală, cu diferite boli la anumite stadii de evaluare, cu reducerea capacităților de funcționare a organismului, cu reducerea rolurilor sociale. Dacă starea se agravează, se poate constata apropierea de moarte, apoi starea de moarte cu abilitatea funcțională complet eliminată (Ábrám 2006).

5. Persoanele cu dizabilități

Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății, sănătatea ideală este o stare ideală, mesajul pentru o persoană sănătoasă este să nu fie niciodată mulțumit că nu este bolnav sau cu dizabilități, ci să se străduiască pentru o stare de sănătate mai bună și mai activă, ducând un stil de viață sănătos. În același timp, definiția sănătății are o semnificație importantă pentru pacienți, precum și în special pentru persoanele cu dizabilități și infirmi. Le spune

celor dezavantajați din punct de vedere al sănătății că își pot compensa dezavantajele în altă parte, în alte domenii, și astfel pot atenua și reduce consecințele discriminării lor. Se poate spune: dizabilitatea nu exclude sănătatea. Și dacă din definiția sănătății reiese clar că sănătatea are mai multe dimensiuni, atunci o persoană bolnavă sau cu diferite dizabilități se poate ridica peste o persoană considerată sănătoasă în anumite dimensiuni (Ábrám-Ferencz-Nădășan 2016; Poganu 2021).

Dintre factorii de risc ai unui stil de viață nesănătos se menționează de obicei următorii: consumul de substanțe euforizante, alimentația insuficientă și nesănătoasă, lipsa exercițiilor fizice, suprasolicitarea, stilul de muncă stresant. A urma un stil de viață sănătos, adaptat propriilor talente și posibilităților individuale, este în egală măsură o provocare atât pentru o persoană sănătoasă, cât și pentru persoana cu handicap fizic sau psihic. Nu există nici o dovadă că o persoană sănătoasă trăiește sănătos, în timp ce o persoană bolnavă sau cu dizabilități trăiește nesănătos (Ábrám-Ferencz-Nădășan 2016).

În ultimele decenii, numărul și proporția persoanelor cu diverse dizabilități a crescut la nivel mondial. Această creștere este influențată de mulți factori, în special demografici, de sănătate, juridici, de securitate socială și de dezvoltare științifică și tehnologică. Trebuie să recunoaștem că persoanele cu dizabilități sunt printre cele mai dezavantajate grupuri din societatea actuală. În anul 1975 Organizația Națiunilor Unite (ONU) a declarat dreptul persoanelor cu dizabilități la securitate economică și socială, un nivel de trai adecvat, angajare, viață de familie, participare la viața socială și activități de agrement (Agenția pentru Drepturi Fundamentale a Uniunii Europene 2011).

Potrivit statisticilor, 5-6 la sută din populație are dizabilități. În ordinea frecvenței, tipurile de dizabilități sunt: handicap fizic, deficiențe de vedere, dizabilități intelectuale, deficiențe de auz, alte dizabilități (vorbire, autism etc.). Fiecare a șasea sau a șaptea persoană dintre persoanele cu diverse dizabilități are mai mult de o dizabilitate. Există zeci de mii de cupluri căsătorite cu infirmități. 2-3 la sută din familii au un copil cu dizabilități (United Nation's Global Health Observatory 2018; Institutul Național de Statistică 2020).

Dizabilitatea este o deficiență fizică, intelectuală, psihosocială sau senzorială pe termen lung care, împreună cu multe alte obstacole, poate limita participarea socială deplină, eficientă și egală a unei anumite persoane. Nu există o definiție a conceptului de dizabilitate care să fie acceptată în toate țările lumii, definiția lor și rolul lor în societate sunt create și modelate în comun de legislația și recoman-



dările internaționale, precum și de legislația țării respective. Legislația noastră consideră că o persoană cu dizabilități este o persoană care are o dizabilitate fizică sau psihică sau senzorială permanentă care îi afectează restul întregii vieți și care o împiedică să practice modul de viață normal, obișnuit și așteptat în mod tradițional. Deci, el este inapt să desfășoare un anumit tip sau o anumită cantitate de activitate (Agenția pentru Drepturi Fundamentale a Uniunii Europene 2011).

Din nefericire nu este cea mai norocoasă denumirea, termenul de handicap, folosit uneori. Potrivit acestuia, unul dintre cei mai mari compozitori ai lumii, marea figură a muzicii clasice vineze, deficientul de auz Ludwig van Beethoven a fost handicapat. De asemenea orbul Homer, sau regele IV. George al Marii Britanii având deficiențe de vorbire, președintele american Roosevelt în scaun cu rotile, Stevie Wonder cu o voce minunată, pianistul și cântărețul Ray Charles, savantul renumit Stephen Hawking, etc. Sau Nick Vujicic, un predicator și vorbitor de renume internațională, care a devenit celebru ca un bărbat născut fără brațe și picioare. Astăzi în cadrul spectacolelor sale din întreaga lume Nick vorbește despre speranță și credință creștină. Cu un total de două degete nedezvoltate de la picioare îi încurajează pe cei fără scop, pe cei fără speranță, pe „necredincioși” să fie recunoscători pentru viața lor prin propriul exemplu de viață.

Deci, persoanele cu dizabilități își pot compensa dezavantajele în altă parte, și astfel pot atenua și reduce consecințele discriminării lor.

6. Concluzii

Deși conceptul de sănătate evoluează odată cu dezvoltarea societății, și poate să fie înțeles diferit, scopul comun este menținerea sănătății și reducerea dezavantajelor cauzate de infirmități.

Medicul are un rol foarte important să pună diagnosticul bolii, iar prin legitimarea stării de boală contribuie la scutirea de la unele roluri și activități sociale.

O persoană bolnavă sau cu handicap se poate ridica peste o persoană considerată sănătoasă în anumite dimensiuni.

În această prezentare dorim să conștientizăm folosirea corectă a denumirilor pentru diferitele infirmități, să contribuim la schimbarea mentalității pentru a evita atitudinea de excludere, discriminarea pozitivă și aprecierea realizărilor din partea persoanelor cu dizabilități sunt provocări pentru viitor.

* Lucrare prezentată la al XXX-lea Conferință Națională Aniversară Balint

Bibliografie

1. Agenția pentru drepturi fundamentale a uniunii europene, 2011. *Principalele drepturi ale persoanelor cu dizabilități*. EURights Agency, Viena
2. ÁBRÁM Zoltán, 2006. *Társadalom-egészségtan [Sănătate socială]*. University Press, Tîrgu Mureș
3. ÁBRÁM Zoltán – FERENCZ Loránd – NÁDÁȘAN Valentin, 2016. *Az egészségmegőrzés és az egészségnevelés alapjai [Bazele menținerii sănătății și educației pentru sănătate]*. University Press, Tîrgu Mureș
4. BUCUR George – POPESCU Ovidiu, 1999. *Educația pentru sănătate în școli*. Editura Fiat Lux, București
5. CAYCE Edgar, 2014. *Despre sănătate și boală*. Editura Deceneu, București
6. EMBER István – KISS István – CSEH Károly, 2013. *Népegészségügyi orvostan. Pécsi Tudományegyetem, Pécs*
7. GÁSPÁRIK Andrea Ildikó, 2020. *Aspecte teoretice ale comunicării medic-pacient*. University Press, Tîrgu Mureș
8. GORAȘ Mariana – BODRUG-LUNGU Valentina – BURUIAN Eugenia – MOROZ Svetlana, 2019. *Educație pentru sănătate*. Ministerului Educației, Culturii și Cercetării, Chișinău
9. INSTITUTUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ, 2020. *Anuar Statistic 2018*, București
10. POGANU Nicoleta, 2021. *Persoane cu dizabilități într-o societate cu handicap?! Asociația Charcot, Reșița*
11. SPIRA Michael, 2018. *Minighid de sănătate*. Didactica Publishing House, București
12. UNITED NATIONS GLOBAL HEALTH OBSERVATORY, 2018. *Country Statistics*, World Health Organization



Diplomă de merit pentru Görög Ilona



METODA BALINT ÎN GRUP INSTITUȚIONAL - DIFICULTĂȚI ȘI AVANTAJE*

■ Cond. Univ. Dr. Mihai Adriana, Târgu-Mureș

Rezumat: Impactul benefic pe care îl poate avea metoda Balint în rândul cadrelor medicale (medici, asistente și psihologi) este bine cunoscut. Dar impactul pe care îl poate avea această mișcare în grupuri instituționale mi-a fost prezentată pentru prima dată de către colegii moldoveni la Conferința Balint din Chișinău și mi-a întărit dorința de a organiza grupuri Balint în instituțiile medicale din România. Tema prezentată va sublinia câteva aspecte referitoare la grupul Balintian instituțional. Voi prezenta riscurile dar și avantajele organizării grupului cu membrii aceleiași instituții. În buna desfășurare a grupului organizarea cadrului și stabilirea regulilor grupului a avut un rol important. Constanța ca timp, locație și membri participanți a ajutat la crearea unui pattern de desfășurare. Prezența unui co-lider experimentat este esențială. Cazurile prezentate erau toate cazuri personale ale participanților legate de relația medic/asistent/psiholog-pacient. Prezentatorul de caz aduce cazul fără să fie întrerupt și prezintă cazul spontan, fără notițe prealabile. Cazul ales trebuia să fie unul axat pe probleme legate de relație și nu de tratament, diagnostic clinic, etică, regulamente, etc.

În grupul Balint, ca și în fața sentimentelor, toți oamenii sunt egali, indiferent de funcțiile și rolurile lor din cadrul instituției. Este important ca în grupul instituțional să se creeze această atmosferă de lucru, dizolvând ierarhiile și alte relații profesionale anterioare. Pe durata grupului toți suntem egali și ne focalizăm pe cazul adus. Impactul grupului instituțional în funcționarea ulterioară a colectivului este deosebit de benefic. Se va utiliza diagrama SWOT pentru compararea grupului Balint clasic și cel instituțional.

Abstract: The Balint method in an institutional group – advantages and disadvantages

The beneficial impact of the Balint method among medical professionals (doctors, nurses and psychologists) is well known. However, the impact of this method applied in an institutional group was presented to me for the first time by my moldavian colleagues at the Balint Conference in Chisinau and this strengthened my desire to organise Balint groups in medical institutions in Romania. The theme presented will highlight some aspects related to the institutional Balint group. I will present the risks but also the advantages of organising the group with the members of the same institution. In the smooth running of the group, the organisation of the framework and the establishment of the group's rules had an important role. The consistency of time, location and participating members managed to create a pattern of deployment. The presence of an experienced co-leader is essential. The cases presented were all personal cases of the participants on the subject of doctor/nurse/psychologist-patient relationship. The case presenter brings the case without interruption and presents the case spontaneously without prior notes. The chosen case has to be one focused on problems related to the relationship and not on treatment, clinical diagnosis, ethics, regulations etc. In the Balint group and in dealing with emotions, all people are equal, regardless of their functions and roles within the institution. It is important to create this working atmosphere in the institutional group, dissolving hierarchies and other previous professional relationships. During the group we are all equal and we focus on the case brought. The impact of the institutional group in the further functioning of the collective is particularly beneficial. The SWOT diagram will be used to compare the Balint classic group with the institutional group.

Metoda Balint se adresează unei categorii de oameni care au, poate, cea mai mare nevoie de empatie, sprijin, suport, cei care ajută pe cei aflați în nevoie. Grupurile Balint oferă posibilitatea de a discuta într-un cadru sigur pentru discutarea acestor nevoi în care să fie validate.

Opinia publică a convertit lucrătorii în domeniul sănătății în luptători cu boala, fără a lăsa loc de slăbiciune, de îndoieli sau de alte sentimente mai puțin pozitive din spectrul uman, fiind veșnic disponibili și gata de a sări în ajutor. Acesta este și motivul pentru care pacienții au uneori



dificultăți de relaționare cu cadrele medicale văzute într-o lumină idealizată. Medicii, asistenții, psihologii, asistenții sociali sunt și ei oameni cu emoții și sentimente, probleme și dificultăți, care au limite în timp și disponibilitate, dar care își doresc să se formeze în scopul ajutorării celorlalți.

De aceea, este de o importanță majoră pentru viitorul acestei meserii să readucem la lumină umanitatea din practicarea medicinei, lucru care are ca prim pas conștientizarea emoțiilor medicilor, confruntarea cu acestea și primirea sprijinului din partea colegilor.

Bazele teoretice ale metodei Balint au fost puse de Bálint Mihály Móric (Michael Balint) în lucrarea *“Medicul, pacientul său și boala”*, apărută în 1957, iar conceptul teoretic care stă la baza acestei metode reprezintă un liant între psihanaliza clasică și psihoterapia comportamentală modernă.

Grupurile Balint își propun crearea unui cadru în care medicii/terapeuții au ocazia să exploreze lumea lor interioară, cu scopul de a îmbunătăți relația medic-pacient și exprimarea empatiei, au ocazia să discute cazurile dificile sau problematice împreună cu colegii, putând astfel să exploreze perspective alternative și, nu în ultimul rând, au ocazia de a primi sprijin în momentele dificile sau în momentele de răscruce, care țin de trecerea într-o altă etapă în viața profesională. Metoda implică întâlniri regulate de grup în

prezența a unul sau doi lideri calificați în conducerea grupurilor Balint. Discuțiile medicale sau tehnice vor fi evitate, focalizarea fiind pe emoțiile trăite de participanți, cu scopul de a facilita noi perspective de înțelegere a relației medic-pacient.

O dată cu apariția pandemiei și a confruntării cu stresul intens legat de riscul de infectare și moarte atât a îngrijitorului cât și a pacientului, riscul de burnout a fost evident, numeroase cadre medicale fiind afectate psihic de efortul făcut la locul de muncă. Necesitatea unor grupuri de suport în instituții medicale a fost evidentă. Grupul Balint este una din variantele care nu numai susțin pe cei ce ajută pe alții dar și au rolul de a înțelege și rezolva conflictele interne apărute în relația medic-pacient.

Grupul Balint instituțional este un instrument de înțelegere și rezolvare a problemelor apărute în relația îngrijitor (medic, asistent, psiholog) pacient, cu participanți din aceeași unitate medicală. Descrieri ale acestui tip de grup datează încă de pe vremea inițiatorului acestei metode. Utilitatea grupului instituțional este subliniată și de Drees (1980) în prezentarea unor grupuri de medici din secțiile de dializă. Grupul instituțional este o variantă a grupurilor Balint, în care participanții aparțin aceleiași unități medico-sociale.

Nevoia de revigorare și promovare a acestei metode se evidențiază nu numai la noi în țară dar și în alte regiuni ale globului, precum Australasia. (Lustig, 2016) în România, Asociația Balint promovează de 30 de ani grupurile Balint, efectuând numeroase grupuri în cadrul conferințelor sau



Grup Balint, 04.V. 2023



workshopurilor de formare organizate. În timpul pandemiei membrii acestei asociații au dat dovada de inițiativă și flexibilitate adaptându-se noilor condiții și organizând grupuri online organizate. Nu în ultimul rând au asigurat supervizarea grupurilor organizate pentru rezidenți în medicină în diferite instituții medicale. Rolul grupului Balint ca instrument de instruire în cadrul formării în psihiatrie a fost subliniat și în articolul lui McKensy et al, 2016. Participanții au raportat unanim o experiență utilă și cu efect pozitiv în managementul stresului și a anxietății, oferind totodată și o cunoaștere de sine mai bună.

Aceste grupuri pot fi utilizate ca mijloace de instruire și prevenire a burnoutului încă de la primele contacte cu pacientul, încă de pe băncile școlii de medicină. Există numeroase studii care relevă eficacitatea grupului Balint pentru studenții la medicină. (Parker et Leggett, 2014)

Libertatea de mobilitate dintr-o organizație în alta s-a limitat mult în timpul pandemiei COVID, cu scopul limitării riscului de infecție cu virusul SARS-COV2, ceea ce m-a dus cu gândul la necesitatea organizării unui grup instituțional în cadrul unității în care profesăm.

Grupul constant oferă coeziune grupului și un cadru în care participanții se simt în siguranță să și descrie cele mai profunde sentimente relevate de prezentarea unui caz de problemă în relația medic-pacient. (McKensy et al, 2016)

Nu în ultimul rând nevoia de suport și înțelegere apare la asistentele medicale care sunt în prima linie în relația cu pacientul și aparținătorii acestuia. Grupurile Balint organizate cu asistente medicale au subliniat interesul deosebit al acestora și efectul benefic în prelucrarea emoțiilor intense apărute în relația asistentă/pacient sau asistentă/aparținător în timpul procesului de îngrijire. (Rabinowitz et al, 1996; Lu D et al, 2020)

Caracteristicile grupului Balint instituțional, îl diferențiază de grupul Balint clasic prin anumite particularități care pot reprezenta avantaje dar și unele aspecte care ridică probleme de abordare și procedură pentru a respecta principiile grupului Balint.

Avantajele metodei Balint în grup instituțional în primul rând pot fi definite ca și constantă și coeziune. Deoarece acest grup cuprinde membrii aceleași instituții medicale, acesta este mai ușor de organizat. De obicei se alege un interval de timp de la schimbul turelor pentru a oferi posibilitatea participării atât a celor care se pregăteau de plecare cât și a celor care sosesc la locul de muncă. Fiind organizat la nivel instituțional și aprobat de managerul unității intervalul orar poate fi ales chiar în timpul programului de lucru, considerându-se ca această tehnică va îmbunătăți

performanțele participanților și va prevenii riscul de burnout. Constantă în timp și locație creează ușor un pattern de funcționare care este ulterior asimilat de grupul de lucru. Faptul că membrii grupului sunt aceiași în majoritatea ședințelor aceasta face ca în acest grup constant relațiile membrilor de grup să poate fi mai bine evidențiate și de asemenea evoluția acestora în timp, oferind coeziune grupului. Coeziunea grupului poate îmbunătăți funcționarea în instituție.

Literatura de specialitate (Kjeldman, 2010); pune în evidență trei tipuri de dificultăți în desfășurarea grupurilor Balint care pot apărea și în grupurile instituționale, dificultăți asociate cu aducătorul de caz, dificultăți asociate grupului și a cadrului.

Una dintre problemele care pot apărea datorită participanților este cea în care unul sau mai mulți participanți nu sunt de acord cu metoda de funcționare a grupului. Regulile grupului trebuie enunțate la începutul fiecărui grup în primele luni și liderul de grup este responsabil de respectarea acestora pe toata durata desfășurării grupului. Unii participanți au reclamat ritmul lent de desfășurare a grupului și caracterul oarecum vag al descrierii metodei acestuia. De aceea în grupul instituțional încrederea în conducătorul de grup și răbdarea de a înțelege metoda și funcționarea grupului necesită un număr minim de participări, la care participanții s-au angajat odată cu înscrierea în grup. A fost un singur membru care a renunțat la participarea la grup după doua participări, restul membrilor au continuat lunar timp de doi ani.

O altă dificultate a fost acceptarea de noi membri după ce coeziunea grupului s-a format, a existat o oarecare rezistență la propunerea de includere a unui nou membru care nu avea deloc experiență în grupul Balint. Aceasta a fost combătută cu argumente legate de plusul pe care poate să îl aducă orice nouă perspectivă, la protestul ca noul coleg este rigid și arogant, s-a subliniat rolul și puterea grupului în a oferi alte exemple de reacție și interacțiune care pot contribui la dezvoltarea personală a fiecărui participant. Ulterior acesta s-a integrat în grup și efectul în instituție s-a observat prin buna funcționare între diferitele departamente.

Cazul ales pentru prezentare trebuie să fie unul axat pe probleme legate de relație și nu de tratament, diagnostic clinic, etică, regulamente etc. și orice derapaj spre aceste perspective trebuie ghidat spre emoțiile resimțite și nu pe judecarea comportamentelor sau sugestii de rezolvare. Prezentatorul de caz aduce cazul fără să fie întrerupt și prezintă cazul spontan, fără notițe prelabile. Nu se va cauta un caz spectaculos sau impresionant pentru auditoriu ci un caz care creează probleme emoționale aducătorului de caz, probleme



me determinate de relația îngrijitor/pacient. Întotdeauna se vor prezenta cazuri personale ale participanților legate de relația medic/ asistent/ psiholog-pacient și nu cazuri auzite sau povestite de alții, deoarece autenticitatea emoțiilor poate să lipsească în cazurile repovestite.

Liderul are rolul de a opri întrebările când acestea sunt prea intruzive protejând participanții la grup, de asemenea se va preocupa de păstrarea confidențialității discuțiilor din cadrul grupului. Păstrarea cadrului și respectarea regulii de egalitate în grup este uneori dificilă în grupurile instituționale datorite prezenței ierarhiilor instituționale. În grupul instituțional, ca și în alte grupuri Balint, participanții își lasă funcția la ușă, înainte de intrarea în grup, acolo sunt

doar oameni egali, indiferent de vârstă, profesie și grad ierarhic. Cadrul de siguranță pentru a putea oferi condițiile necesare acestui demers este asigurat de către lider.

Ca un concept cheie, în grupul Balint, ca și în fața sentimentelor, toți oamenii sunt egali, indiferent de funcțiile și rolurile lor din cadrul instituției. Este important ca în grupul instituțional să se creeze această atmosferă de lucru, dizolvând ierarhiile și alte relații profesionale anterioare. Pe durata grupului, toți membrii sunt egali și se focalizează pe cazul adus.

Am realizat o analiza SWOT a metodei Balint în grup instituțional în tabelul de mai jos:

	UTIL PENTRU GRUP	DĂUNATOR PENTRU GRUP
ATRIBUITE ORGANIZAȚIEI	PUNCTE FORTE constantă în timp și locație grup constant, îmbunătățirea funcționării instituționale, creșterea coeziunii echipei terapeutice prevenirea burnout-ului empatie, toleranță și acceptare	PUNCTE SLABE păstrarea ierarhiilor, membru expert risc de caz axat pe tratament, etică, regulamente, risc de caz pregătit, impersonal frustrare, conflicte, nesiguranță lipsa altei perspective din afara instituției
ATRIBUITE MEDIULUI	OPORTUNITĂȚI participarea la conferințe și workshopuri participarea în timpul formării	AMENINȚĂRI Schisme ierarhice, competitivitate Minimizare importanță, neimplicare fiind considerată sarcină de servicii

În urma utilizării metodei Balint într-un grup instituțional, am putut observa faptul că, pe parcursul celor doi ani de grupuri lunare, s-a încheiat colectivul instituției. Chiar dacă, ulterior, o parte dintre participanți au schimbat locul de muncă, fie din motive profesionale, fie personale, noii angajați au fost incluși cu ușurință, empatie, suport și înțelegere.

Aplicarea acestei metode a ajutat instituția să funcționeze și în condiții deosebite cu risc crescut de burnout (în timpul pandemiei COVID19) prin sentimentul de solidaritate, înțelegere și empatie. Mai mult, o atmosferă de empatie, înțelegere și respect a omului din noi care se implică în înțelegerea celorlalți face ca activitatea și discuțiile să se poată realiza într-o manieră mai eficientă, dar și mai agreabilă, crescând încrederea în sine a personalului implicat.

* Lucrare prezentată la al XXX-lea Conferință Națională Aniversară Balint

Referinte

1. Drees A. *Balint-Gruppen in Institutionen [Balint groups in institutions]*. *Fortschr Med*. 1980 Oct 23;98(40):1554-8. German. PMID: 7461552.
2. Lustig M. *Balint groups: an Australasian perspective for*

3. *psychiatrists. Australas Psychiatry*. 2016 Feb; 24(1): 30-3. doi: 10.1177/1039856215615013. Epub 2015 Nov 4. PMID: 26537873.
3. McKenney A, Sullivan L. *Balint groups - helping trainee psychiatrists make even better use of themselves. Australas Psychiatry*. 2016 Feb;24(1):84-7. doi: 10.1177/1039856215598870. Epub 2015 Aug 7. PMID: 26253524.
4. Parker SD, Leggett A. *Reflecting on our practice: an evaluation of Balint groups for medical students in psychiatry. Australas Psychiatry*. 2014 Apr;22(2):190-4. doi: 10.1177/1039856213517946. Epub 2014 Jan 21. PMID: 24449530.
5. Lu D, Lan M, Zhang N. *[Intervention of Balint group on the emotional labor and job burnout of nurses in cardiology]. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2020 Mar 20;38(3):203-206. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn121094-20190403-00132. PMID: 32306694.
6. Rabinowitz S, Kushnir T, Ribak J. *Preventing burnout: increasing professional self efficacy in primary care nurses in a Balint Group. AAOHN J*. 1996 Jan;44(1):28-32. PMID: 8694971.
7. Kjeldmand D, Holmström I. *Difficulties in Balint groups: a qualitative study of leaders' experiences. Br J Gen Pract*. 2010 Nov;60(580):808-14. doi: 10.3399/bjgp10X532585. PMID: 21062547; PMCID: PMC2965965.



ASPECTE SPECIFICE ALE GRUPURILOR BALINT*

■ Butyka Enikő-Éva, Cluj-Napoca, psiholog, psihoterapeut, lider acreditat grup Balint

Rezumat: Scopul principal al grupului Balint este adâncirea înțelegerii relației medic-pacient. Încercăm realizarea medicației allocentrice, în centru aflându-se nevoile afective ale pacientului. În acest grup, medicul învață să întregască simptomatologia somatică cu importanța acordată trăirilor psihice ale pacientului. Pot fi aduse la suprafață procese încă neconștientizate privind relația sa cu pacientul și în urma prelucrării lor, modul său de relaționare afectivă se poate îmbogăți. **Cuvinte-cheie:** medicație allocentrică, nevoi afective, conexiuni emoționale, psihodinamica grupului.

Abstract: The main purpose of the Balint group is to add depth to our understanding of the relationship between doctors and patients. By using allocentric medication we put front and center the patient's emotional needs. In this group, the doctor learns how to merge the patient's somatic symptoms with his mental experiences. Subconscious processes regarding his relationship with the patient can be brought up, and after analyzing them, their emotional connection can be improved.

Keywords: allocentric medication, affective needs, emotional connection, psychodynamics of the groups.

I./ FACTORI DE DINAMICĂ DE GRUP (2.)

Procesul dinamicii de grup constă în funcționarea, dezvoltarea grupului ca întreg. Unii factori, care nu pot fi surprinși din perspectiva persoanei, ci a grupului, sunt: *rolurile, normele, interacțiunile*.

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

Funcțiile liderului de grup:

- modalitate de funcționare optimă în grup
- formarea și susținerea grupului: responsabilitate asumată
- formarea culturii de grup: să nu fie prea asertiv, cu prea multe intervenții, să-și exprime sentimentele, să fie spontan, natural, personal, înțelegător, activ; are rol triplu: direcționează, dezvoltă și oferă model
- clarificarea procesului de grup (ce și cum se întâmplă în grup)

Stiluri de conducere (C. ROGERS, 1969):

Să fie capabil să creeze sentimentul de siguranță în grup, să accepte dorințele, tempo-ul grupului, empatic, să comunice sentimente (pozitive/negative), să ofere feedback, să fie confrontativ, să aducă în grup și probleme personale (credibilitatea crește)

Tipuri de comportament (intervenții posibile), (LIEBERMAN,

YALOM, MILES, 1973)

- *stimularea* afectivă: confruntare, atitudini, exprimarea sentimentelor, carismă, impulsivitate, încredere în sine
- *are grijă:* ocrotește, ajută, îmbărbătează, acceptă, este deschis, empatic, cald, sincer
- *ajută înțelegerea:* cum să înțelegem, cum să dezvoltăm, cum să clarificăm
- *organizatoric:* reguli, limite, norme, tempo



Cel mai eficient:	Cel mai puțin eficient :
1. moderată	foarte înaltă sau foarte scăzută
2. înaltă	scăzută
3. mult	puțin
4. moderat	prea puțin sau prea mult

Stilurile depind de personalitatea autonomă, de carisma liderului.

Co - terapeutul (3.)

AVANTAJE

Cei doi terapeuți se întrajutorează, se întregesc, asigură un câmp de observare cognitiv mai vast. Prin prezența lui, poate dizolva anxietatea incipientă (întâmplările pot fi înțelese mai obiectiv); după încheiere ei discută, prelucrează relația, își pot oferi feedback despre comportamentul celuilalt. Stima fiind reciprocă, diferendele pot fi discutate



RISCURI

Dacă există o relație problematică între terapeuți, ei nu pot fi destul de deschiși. Competitivitatea, rivalizarea pot deranja grupul. Nefolosirea aceluiași limbaj profesional poate cauza înțelegere greșită.

“*Diada optimă*”: discută atât înainte, cât și după ședințe.

E ideal să se “*asemene*”, dar cu caracteristici personale diferite (complementaritatea îmbogățește relația).

Normele sunt reguli, formează cultura grupului

Interacțiunile, fiind schimbări de mesaje (verbale/non-verbale), pot apărea ca reacții pozitive, negative, încercări de rezolvare a problemelor, întrebări. Acest proces conține schimbări, trăiri, gânduri, impulsuri.

II./ ASPECTE SPECIFICE ALE GRUPURILOR BALINT

A/ SCOPUL MUNCII BALINT (1.)

Înțelegerea esenței personalității pacientului: bolnavul nu este doar purtătorul unei boli (încercăm extinderea, îmbogățirea perspectivei noastre asupra pacientului)

sensibilizarea noastră asupra factorilor, care duc la îmbolnăvire, pentru a deveni apți să reacționăm la esență (în loc de simptom), să înțelegem esența (să ne putem relaționa pe gândirea și sentimentele pacientului)

Realizarea medicației allocentrice:

- în centru se află nevoile afective ale pacientului, precum și creionarea întregii situații de viață a acestuia
- apar puncte de vedere noi: medicul prezintă sentimentele sale legate de pacient
- pot fi aduse la suprafață procese încă neconștientizate privind relația medic-pacient și în urma prelucrării lor, orientarea afectivă a medicului se poate schimba, îmbogăți.

Adâncirea înțelegerii relației medic-pacient: medicul învață să coroboreze simptomatologia somatică și trăirile psihice ale pacientului

a/ înțelegerea mesajelor mascate ale pacientului: mesaje privind simptomatologia și mesajele inconștiente (verbale și nonverbale)

b/ observarea reacțiilor medicului (asupra pacientului): mesaje mascate ale pacientului induc reacțiile afective ale medicului (devine sensibil față de protagonist)

c/ “*diagnosticarea*” relației medic-pacient: (reacțiile, care apar față de pacient)

d/ relația poate deveni terapeutic eficientă: “*medicul -medicament*”

B/ PSIHODINAMICA GRUPULUI BALINT (1.)

Perceperea îmbogățită de diversele puncte de vedere ale membrilor de grup oferă o convergență spre o

înțelegere mai adâncă, mai amplă a situației prezentate. Noi nu percepem pacientul, ci **prezentarea** acestuia de către medic, așa cum o trăiește în sinea lui. Imaginea este **analizată** în cadrul grupului.

În câmpul de forță psihic al relației medic-pacient caracteristic este, că în modul prezentării apar și sentimentele sale, comportamentul său; membrii de grup “*preiau*” acestea, sunt afectați, astfel, câmpul de forță emoțional adus de medic “*se multiplică*”, mărindu-se, apărând în câmpul de forță al grupului. Personalitatea pacientului apare în această **imagine panoramică**.

Ne apare tot ce afectează medicul: putem simți ceea ce simte medicul, dar încă nu a putut conștientiza.

Grupul **reflectă** această relaționare (reflectă nevoile pacientului, cerințele sale față de medic).

Grupul **rezonează** asupra cazului: medicul, care prezintă problema **nerezolvată** a pacientului repetă “*comportamentul neînțeles*” al acestuia

CONCLUZII

- extinderea deprinderilor medicului la un nivel înalt al relaționării, prin activizarea: “*medicul ca medicament*”
- medicul își clarifică problemele cu ajutorul întrebărilor, fanteziilor, asocierilor
- ne apare istoricul bolii, personalitatea pacientului, situația sa actuală
- medicul poate înțelege problemele apărute în relaționarea sa cu pacientul
- focalizându-ne atenția asupra personalității pacientului, vom putea înțelege proveniența reală a problemei sale
- terapia allocentrică: pacientul ne ajută în identificarea factorilor, care cauzează boala

* Lucrare prezentată la al XXX-lea Conferință Națională Aniversară Balint

BIBLIOGRAFIE

1. Császár, Gy.: “A Bálint-csoportmódszer egyes kérdései” în “A Bálint-csoportok elméleti és gyakorlati kérdései” szerk. B. Luban-Plozza, H.H. Dickhaut Animula, Bp., 1998, (pag.156-168)
2. Rudas, J.: “Csoportdinamikai elemek” in: Delfi örökösei. Önismereti csoportok. Elmélet, módszer, gyakorlatok, Ed. Gondolat, Bp., 1990
3. Yalom, I.: “A koterapeuta” A csoportpszichoterápia elmélete es gyakorlata. Sorozat a csoportról-4, Ed. Animula, Bp., 2008 (pag.331-334)
4. * Lucrare prezentată la CONFERINȚA ANIVERSARĂ BALINT, ȘUMULEU-CIUC, 4-7 mai 2023



GRUPURILE BALINT, GRUPURI DE ÎMPĂRTĂȘIRE*

■ Psiholog Georgescu Ioana, Constanța

Motto: "Distincția între suflet și corp este doar una de cuvinte, nu de esență. Corpul și sufletul sunt ceva comun".

Georg Groddeck, citat de Olivier Bonnard

Rezumat: Prin această lucrare propunem înlocuirea titlaturii „Grupuri Balint” cu aceea de „Grupuri de împărtășire Balint”. Vom susține această propunere considerând că psihosomatica este genul proxim, iar, medicina psihosomatică, grupurile Balint și abordarea psihosomatică-psihoanalitică se situează față de aceasta în raport de diferență specifică. Diferența o vom face luând în considerare obiectul de studiu și modalitatea de apropiere a celor trei.

Cuvinte cheie: împărtășire, medicină psihosomatică, abordare psihosomatică-psihoanalitică.

Abstract: The current paper proposes replacing the naming of “Balint Groups” with “Balint sharing Groups”

This will be sustained whilst considering psychosomatics as a proximate genus and psychosomatic medicine, the psychosomatic psychoanalytic approach and Balint groups as the specific differences.

These differences will be revealed by considering each of their fields of study and their way of appropriation.

Key words: sharing, psychosomatic medicine, psychosomatic psychoanalytic approach, Balint Group.

Facem această propunere, urmare a faptului că resimțim o extindere, care uneori poate duce la confuzie, în utilizarea termenului „**psihosomatică**”. Ca atare, credem că a sosit momentul să facem diferențe specifice în genul proxim „psihosomatică”.

Toți oamenii sunt ființe psihosomatice, adică răspund concomitent afectiv și corporal la evenimentele din viața lor și, ca atare, orice scriere care se preocupă de om, poate fi considerată o știință psihosomatică. Aș cita inclusiv „*Critica rațiunii pure*” scriere filozofică în care preocuparea pentru suflet și corp este prezentă, în pofida titlului.

În 1960, la primul Congres internațional de psihosomatică - S.Nacht și R.Held i-au denumit pe toți ca fiind psihosomatici, rejectând în felul acesta însăși ideea de boală psihosomatică (relatat de M.Sapir, în “*Nous sommes tous des psychosomatiques*”).

Vom face așadar diferența specifică, luând în considerare **obiectul de studiu și modalitatea de apropiere.**

Din punctul de vedere al **obiectului de studiu:**

Medicina psihosomatică (sau somatopsihică) studiază relația dintre corp, suferință corporală și psihic (subliniez că, psihicul nu poate fi separat de social, ele sunt un tot unitar, ca atare vorbim despre toți factorii ambientali).

Grupurile Balint au ca obiect de studiu relația biunivocă dintre îngrijitor și cel îngrijit, abordând această relație din punctul de vedere al reacției psihice a fiecăruia dintre cei

doi actori față de celălalt. Acest mod de reacție (conștientă sau nu) configurează relația dintre îngrijitor și îngrijit, atât la nivel afectiv cât și la nivel corporal (pentru a nu da ca exemplu decât durerile de cap apărute în timpul unor consultații cu acei îngrijiți care nu îi plac îngrijitorului).

Psihosomatica psihoanalitică are ca obiect de studiu structura aparatului psihic, modul în care s-a structurat acesta în cazul unui bolnav somatic și căile psihoanalitice prin care pacientul ar putea fi ajutat. Principala întrebare este cum și cât a fost ajutat pacientul de către persoanele de îngrijire primară să mentalizeze realitatea.

Este folosită în cadrul acestei abordări ideea de regresie în slujba vindecării, pusă în discuție cam în același timp (anii 50) și de Michael Balint, fondatorul grupurilor Balint.

Din punctul de vedere al **modului de apropiere** al acestor domenii ale psihosomaticii, putem observa următoarele:

-**medicina psihosomatică** (sau somatopsihică) poate fi învățată din manuale, cursuri, din practică la patul bolnavului și din experiența colegilor înaintași.

-**Grupurile Balint** nu necesită nici un fel de pregătire teoretică specială, poate participa la ele orice persoană care îngrijește pacienți. Modul de apropiere este **infiltrarea** unor concluzii în sufletul și mintea îngrijitorului, ca urmare a **împărtășirii** cu un grup de colegi a sentimentelor, atitudinilor, acțiunilor stârnite în îngrijitor de către cel îngrijit, împărtășirea, care provoacă efectul “aha!” este



singurul mod de apropiere a metodei.

Partea teoretică revine celor care doresc să devină lideri de grup, care adică, doresc să învețe cum să conducă astfel de grupuri.

-**Abordarea psihosomatică psihanalitică**, necesită, pe lângă studii primare de specialitate medicală sau psihologică, o analiză personală îndelungată, studiul din manuale, pe parcursul câtorva ani de institut de psihanaliză, minim două psihanalize de minim doi ani conduse sub supervizare și, în cele din urmă, formarea în psihosomatică psihanalitică (din nou studiul din manual în IPSO și discuții de caz în grup, supervizări individuale, intervizări).

Am simțit necesar să propun denumirea de **“Grupuri de împărtășire Balint”** observând că aria psihosomaticii se extinde și conceptul este folosit în contexte din ce în ce mai diferite și pentru a preciza atât activitatea de psihanalist a lui Michael Balint, cât și pe cea de creator al grupurilor care îi poartă numele și care orientează psihanaliza spre o nouă direcție, deosebit de importantă în îngrijirea oamenilor.

Un alt scop a fost acela de a sublinia cât de primitoare sunt aceste grupuri și cum pot funcționa ca suport pentru

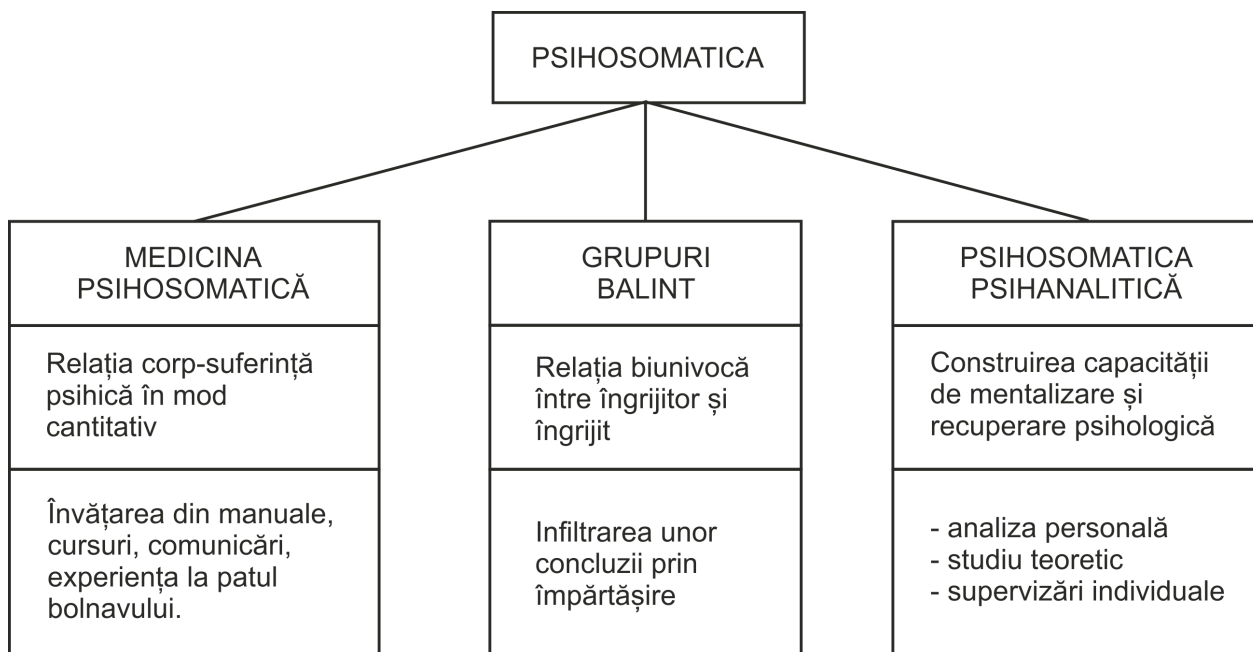
participanți, fiindcă acest cuvânt, **“împărtășire”** în opinia mea, tocmai aceste sentimente le stârnește. Este nevoie să aducem în conștiința semenilor că toți suntem, ca oameni, din același aluat: psihosomatic.

Am dorit de asemenea să semnaliez că prin **împărtășire**, adică prin grupuri Balint, putem obține rezultate maxime de îmbunătățire a relației îngrijitor-îngrijit, cu investiții mici. Și putem duce mai departe, în alt mediu profesional, aceeași investiție minimă cu profit mare: în grupurile de profesori-student (în ceea ce-l privește pe student există chiar un studiu privind aplicarea metodei grupurilor Balint).

**Lucrare prezentată la a XXX-a Conferință națională Balint, 4-7 mai, 2023, Miercurea Ciuc*

Referiri la Bibliografie

1. *Bonnard, Olivier, “Les avocats du Ca. Un journal d’analiste et son viatique metapsychologique” Raport la Congresul CPLF din 2023, p.11*
2. *Michel Sapir, “Nous sommes tous des psychosomatiques” Bordas, Paris, 1986*





INCURSIUNE ÎN COMUNICAREA MEDIC-PACIENT

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

Abstract: *Includem în mai multe părți, pe paginile Buletinului Balint un material publicat, preluat din volumul autorului, apărut la editura All. Am solicitat și primit acceptul editurii pentru republicarea textului în variantă redactată, având în vedere importanța pe care-l poate avea pentru colegii noștri din Asociația Balint. Și nu numai!.*

MODELE DE CONSULTAȚIE

1. Premise

Această comunicare cu totul specială se stabilește în cadrul consultației. După cum o definea J. Spence încă din 1960, „unitatea esențială a practicii medicale este ocazia în care, în intimitatea unui cabinet, o persoană care este sau se crede bolnavă, cere sfatul unui medic în care are încredere.

Aceasta este consultația și tot restul practicii medicale derivă din ea”. În acest caz, comunicarea are scopul precis de a cunoaște bolnavul și problemele sale. Această cunoaștere prin comunicare poate fi abordată pe baza schemei numită „fereastra lui Johary”. Cercetătorii americani Joseph Luft și Harry Jugham au pornit de la ideea că în fiecare dintre noi există o zonă supusă controlului conștient și o zonă de umbră, la care nu avem acces direct, dar despre care putem afla ceva cu ajutorul semenilor noștri, în măsura în care reușim să comunicăm eficient cu aceștia. „Fereastra lui Johary” ne caracterizează atât pe noi, cât și relația noastră cu interlocutorul, într-o anumită etapă a raporturilor reciproce. Am putea spune că fiecare individ posedă tot atâtea „ferestre” câte legături comunicaționale întreține cu alți oameni și că aspectul acestora suferă schimbări după fiecare interacțiune (consultație, dialog).

Comunicatorul

Zona deschisă

- ✓ Cunoscută sieși
- ✓ Cunoscută celuiilalt

Zona oarbă

- ✓ Necunoscută sieși
- ✓ Cunoscută celuiilalt

Zona ascunsă

- ✓ Cunoscută sieși
- ✓ Necunoscută celuiilalt

Zona necunoscută

- ✓ Necunoscută sieși
- ✓ Necunoscută celuiilalt

Fiecare dintre panourile „ferestrei” corespunde unei mulțimi de informații privitoare la comunicatorul C., la care aceasta se referă.

O bună consultație presupune lărgirea cât mai mult cu putință a „zonei deschise” în detrimentul celorlalte. Zona oarbă este de interes pentru medic, dar poate să nu fie oportun să fie dezvăluită în totalitate pacientului. Cel mai interesant este procesul prin care datele înmagazinate în zona ascunsă sunt transferate zonei deschise. Acest proces se numește autodezvăluire (self disclosure) și presupune multă abilitate din partea medicului și multă încredere din partea bolnavului. Tehnicile psihanalitice tocmai asta urmăresc, să arunce o lumină în zona ascunsă dar și în zona necunoscută.

Metodele de consultație se definesc în funcție de accentul care se pune pe doctor sau pe pacient, sau de atenția acordată sarcinii (instrumentală) sau comportamentului (afectivă). Indiferent de modelul adoptat, toate tehnicile consultației urmăresc în final lărgirea zonei deschise.

2. Modelul medical

Modelul medical, încă prevalent, consideră consultația un simplu decor în care doctorul își desfășoară munca de diagnostic și tratament. Noul val, care tinde să schimbe paradigme, ține cont din ce în ce mai mult de faptul că pacientul nu funcționează ca o mașină ci are sentimente, iar doctorul nu este o mașină de pus diagnostice și are la rândul lui sentimente. Astăzi acordăm o atenție din ce în ce mai mare la ceea ce se întâmplă dincolo de aspectul pur clinic al consultației. Una din primele teorii care descrie cel mai bine modelul medical actual este *teoria rolurilor*, care descrie așteptările pe care fiecare le are de la rolul de pacient, respectiv de doctor, și de regulile după care se desfășoară interacțiunea dintre cei doi. În mod tradițional, când pacientul intră în rolul de bolnav el renunță temporar la o parte din responsabilitatea sa asupra propriei bunăstări, și acceptă unele restricții asupra capacității sale de liberă alegere în probleme de sănătate, acordând medicu-



lui puteri de judecător. Pacientul trebuie să-și recunoască vulnerabilitatea, dar și autoritatea medicului, și adoptând rolul bolnavului, poate ieși din alte roluri, de exemplu cel de susținător al familiei, care îi legitimează un comportament pasiv, dependent (stă la pat, este servit etc.). Totuși, acest rol implică și obligația pacientului de a căuta să se vindece, lucru pe care dacă nu-l face își pierde avantajele. Fiecare societate acordă anumitor indivizi responsabilitatea de a ușura suferința fizică și spirituală, endemică în omenire. În acest sens, societatea creează doctori pe care îi înzestreaază cu putere și autoritate pentru a ușura sau, cel puțin, a izola suferința (Michael Foucault). În schimbul stimei sociale, doctorul este dator să-și dedice competența și atenția oricăror probleme prezentate de pacient și să acționeze în interesul pacientului și uneori în interesul societății.

Accesul la medic implică executarea unor ritualuri:

- umilința pacientului care trebuie să-și afirme neajutorarea; etalarea suferinței într-un mod standardizat, sub formă de simptome;
- programarea la consultație sau înscrierea pe o listă de așteptare;
- îmblânzirea spiriduşilor care îl înconjoară pe doctor (asistente, infirmiere, secretare, portari);
- trebuie să-și sacrifice părți din corpul său ca să câștige atenția medicului: sânge, urină, țesuturi pentru analize;
- doctorul este îmbrăcat într-o uniformă simbolică, întronat în spatele unui birou și tăcut ca un sfînx;
- pacientul, din contră, stă gol pe un scaun sau pe o canapea, corpul și spiritul lui fiind accesibile doctorului;
- mormăielile doctorului, ca și prezicerile Pythiei la Oracolul din Delphi, sunt ambigue și, de obicei, într-o limbă inaccesibilă pacientului.

Acest model de consultație, tradițional și comod pentru doctor, este tot mai puternic contestat. Pe creasta noului val plutesc concepte noi: „holistic”, „deprofesionalizarea medicinei”, „medicalizarea excesivă a vieții”, „drepturile pacientului” etc. Spre onoarea profesiei, valul schimbării este condus de medici care au renunțat la pedestal și se îndepărtează de stereotipul autocratic. Accentul se deplasează de pe doctor pe pacient și de pe sarcină pe comportament. Modelele curente de consultație pot fi astfel clasificate după două axe de coordonate: axa centrată pe doctor sau pe pacient și axa orientată spre sarcină sau

comportament. Indiferent de modelul de consultație adoptat, comunicarea medic-pacient este esențială și nelipsită, iar diferențele dintre modele sunt date mai degrabă de raportul de putere și de calitatea comunicărilor, decât de absența sau prezența ei.

O primă axă de clasificare a modelelor de consultație este dată de gradul în care agenda consultației, procesul propriu-zis și rezultatul sunt hotărâte de medic sau de pacient.

1. modelele centrate pe medic, cum este teoria rolurilor în forma clasică, descriu scopurile și comportamentul medicului;
2. modelele centrate pe pacient descriu scopurile și comportamentul pacientului.

O a doua axă de clasificare este în funcție de gradul concentrării pe sarcina ce trebuie îndeplinită sau pe metodele comportamentale folosite în consultație.

Distingem conținutul de proces sau, parafrazând Axioma a II-a a comunicării, „consultația se desfășoară la două niveluri: informațional și relațional, cel de-al doilea oferind indicații de interpretare a celui dintâi”.

- 2.1. Model orientat spre sarcină
- 2.2. Modelul bio-psiho-social STOTT și DAVIES
- 2.3. Modelul concepției despre sănătate HELMAN
- 2.4. Centrat pe doctor
- 2.5. Centrat pe pacient
- 2.6. Analiza tranzacțională BERNE
- 2.7. Consilierea BENDIX
- 2.8. Centrare pe pacient. Orientat spre comportament. Folosirea cunoștințelor și experienței pacientului
- 2.9. Centrare pe doctor. Folosirea cunoștințelor și abilităților doctorului

Doctor: „absent”, Tăcere. Ascultare. Reflectare. Clarificare și interpretare. Analizare și explorare. Culegere de informații

Pacient: „absent”. Plictiseală. Indiferență. Nu ascultă. Nu este atent. Este confuz.

Folosirea tăcerii de către medic: Aflarea ideilor pacientului. Folosește ideile pacientului. Încurajează. Arată înțelegere. Clarifică. Reflexiv. Oferă observații/observația. Rezumare și deschidere. Repetă pentru confirmare. Află ideile pacientului. Ordonează evenimente. Provoacă întrebări deschise și întrebări capcană. Întrebări directe și colaterale. Ordonează evenimente. Sugerează.



Oferă sentimente. Explorează. Pune întrebări deschise pe care le repetă pentru confirmare, dar pune și întrebări directe, închise, colaterale. Altele cu răspuns inclus. Sugează, ordonează evenimente. Redă încrederea. Se autojustifică. Corectează și disciplinează, apoi, rezumă pentru a închide discuția. Discuția se poate finaliza cu respingerea ofertei sau ideilor pacientului. Ori, evită întrebarea, pacientului, sau sufocă discursul cu el, autojustificându-se. Dar poate rămâne și confuz cu răspunsul final.

2.1. Modele orientate spre sarcină

În aceste modele, consultația este considerată un amalgam de sarcini separate și bine definite, o listă de probleme care trebuie rezolvate. Mâna care ține lista poate să fie sau a doctorului (primele patru modele), sau a pacientului (ultimele două modele prezentate). În toate aceste modele, metodele folosite pentru rezolvarea problemelor sunt lăsate la nivelul inspirației sau experienței doctorului.

Modelul bio-psiho-social, teoretizat de Engel (și Brânzei – nora red.) în urmă cu aproape jumătate de secol, pornește de la premisa că comportamentul unei persoane ca și starea ei de sănătate fizică și psihică pot fi înțelese numai cunoscând mediul social, cultural și fizic al persoanei respective. Acest model, fiind un amalgam conceptual, nu a reușit să pună la punct o metodologie proprie de cercetare. Scott și Davis descriu patru arii care pot fi sistematic explorate la fiecare consultație:

- ✓ rezolvarea problemei curente;
- ✓ modificarea comportamentului pacientului în ceea ce privește solicitarea serviciilor medicale, de exemplu prin educarea pacientului în privința istoriei naturale a bolii, tratamentul pentru suferințele minore etc.;
- ✓ revederea problemelor cronice ale pacientului, de exemplu măsurarea tensiunii, discutarea obiceiurilor alimentare etc.;
- ✓ ocazia de a lua măsuri de promovare a sănătății, cum ar fi vaccinarea, sfaturi privind renunțarea la fumat sau alimentația sănătoasă.

În 1976, Patrick Byrne și Barrie Long au publicat „*Doctors Talking to Patients*“. Ei au analizat mai mult de 2000 de înregistrări audio ale consultațiilor a 100 de doctori și au pus la punct secvența evenimentelor din cursul consultațiilor. Byrne și Long au descris șase faze care formează structura logică a consultației. (Ei admit că „*forma logică rar apare în practică și trebuie văzută ca un ideal*“.) Acestea sunt:

Faza I: Doctorul stabilește o relație cu pacientul.

Faza II: Doctorul încearcă sau chiar descoperă motivul vizitei pacientului.

Faza III: Doctorul întreprinde o examinare fizică sau verbală, sau pe ambele.

Faza IV: Doctorul, sau doctorul împreună cu pacientul său, sau pacientul (în această ordine a probabilității) analizează situația.

Faza V: Doctorul și, uneori, pacientul, precizează tratamentul și investigațiile ulterioare.

Faza VI: Consultației i se pune capăt, de obicei de către doctor. Utilitatea acestui model simplu s-a văzut când s-au analizat consultațiile „*disfuncționale*“, unde evident ceva nu a mers și a dus la confuzie sau frustrare. Consultația merge întotdeauna prost dacă se greșește în faza II sau în faza IV, ori în ambele. Dacă motivul vizitei pacientului este incomplet lămurit.

Relația medic-pacient în practica medicală pentru doctor, el se găsește într-un „*fund de sac*“ sau, dacă trebuie să facă față unor remarci de genul „*apropo*“ sau „*fiindcă tot sunt aici*“, care remarci duc la scăderea concentrației și a bunăvoinței medicului. Dacă doctorul nu analizează pe larg problema pacientului (Faza IV), pacientul se va simți neînțeles, va fi nemulțumit și va avea o complianță scăzută la tratament. Pendleton, Schofield, Tate și Havelock, în „*The Consultation – An approach to Learning and Teaching*“, au definit șapte sarcini care luate împreună formează un obiectiv comprehensiv și coerent pentru orice consultație. Primele cinci sarcini sunt de fapt obiective diferite pe care medicul trebuie să le atingă, iar ultimele două se referă la utilizarea timpului și resurselor, ca și la stabilirea unei relații medic-pacient eficiente. Aceste sarcini pot fi realizate în numeroase moduri diferite, folosind diverse tehnici și talente și, deși sunt ordonate într-o secvență logică, în practică nu sunt de fapt realizate în această ordine:

1. Să definești motivul vizitei pacientului, incluzând:
 - natura și istoricul problemei;
 - etiologia;
 - ideile, preocupările și așteptările pacientului;
 - efectul problemelor.
2. Să iei în considerare și alte probleme:
 - probleme cronice;
 - factorii de risc.
3. Împreună cu pacientul, să alegi modul cel mai adecvat de acțiune pentru fiecare problemă.
4. Să ajungi, împreună cu pacientul, la o înțelegere comună a problemei.
5. Să implici pacientul în procesul de îngrijire și să-l



- încurajezi să accepte o responsabilitate adecvată.
6. Să folosești timpul și resursele adecvat:
 - pe timpul consultației;
 - pe termen lung.
 7. Să stabilești și să menții o relație cu pacientul, care să te ajute la realizarea și altor sarcini.

Modelul laic (neprofesional) al lui Helman (1985) și modelul concepției despre sănătate, deși tot orientate spre sarcină, văd consultația predominant prin ochii pacientului.

C. Helman este antropolog și a avut multe contribuții fertile în ceea ce privește rolul factorilor culturali în sănătate, ca și în boală. El sugerează că pacientul cu probleme vine la doctor ca să găsească răspuns la șase întrebări:

1. Ce s-a întâmplat?
2. De ce s-a întâmplat?
3. De ce mie?
4. De ce acum?
5. Ce s-ar întâmpla dacă n-aș face nimic?
6. Ce să fac ca să rezolv problema, sau pe cine să consult pentru ajutor în continuare?

Modelul concepției despre sănătate susține că decizia pacienților de a accepta sau a respinge ajutorul medical depinde de mulți factori care nu sunt sub controlul medicului.

Credințele și motivațiile cu care pacienții vin la consultație guvernează înțelegerea și intențiile pe care ei le rețin din consultație. Becher și Maiman au sintetizat un

număr de credințe și atitudini într-un „*model al concepției despre sănătate*“:

- ✓ Interesul general al individului în probleme de sănătate, care se corelează cu personalitatea, clasa socială și grupul etnic;
- ✓ Cât de vulnerabil se crede pacientul față de o boală și cât de amenințat se crede de ea;
- ✓ Estimarea de către pacient a beneficiilor tratamentului, comparate cu costurile și riscurile;
- ✓ Factorii care-l determină pe pacient să acționeze: apariția simptomelor alarmante, sfaturile familiei și prietenilor, articolele sau emisiunile din mass-media și social media.

Din punctul de vedere al medicului, un „*aide-memoire*“ util ar fi: idei, preocupări, așteptări.

4.4. Modele orientate spre comportament

Aceste modele privesc mai puțin sarcina care trebuie realizată în timpul consultației și mai mult gama de comportamente la care se apelează în timpul ei. Cele centrate mai mult pe pacient se ocupă de stilul de comportament al doctorului, care stimulează capacitatea bolnavului de a-și rezolva problemele cu o intervenție cât mai redusă din partea doctorului. Modelele centrate preponderent pe doctor se ocupă de extinderea repertoriului de comportamente de consultație al doctorului, care să le folosească în interesul bolnavului, așa cum crede el.

Tabelul nr. 1

Folosirea cunoștințelor și experienței pacientului		
CENTRARE PE PACIENT		
Doctor "Absent"	Tăcere Ascultare Reflectare	Clarificare și Interpretare
<ul style="list-style-type: none"> • Plictiseală • Indiferență • Nu ascultă • Nu este atent • Confuz 	<ul style="list-style-type: none"> • Folosirea tăcerii • Aflarea ideilor pacientului • Folosește ideile pacientului • Încurajează • Arată înțelegere • Clarifică • Reflexiv • Oferă observații 	<ul style="list-style-type: none"> • Oferă observația • Rezumare și deschidere • Repetă pentru confirmare • Află ideile pacientului • Ordonează evenimente • Provoacă • Întrebări deschise • Întrebări capcană



Byrne și Long, care au descris cele șase faze ale consultației, s-au ocupat și de gama comportamentelor verbale ale doctorilor, la care aceștia apelează în timp ce comunică cu pacienții.

Relația medic-pacient în practica medicală practic exclusă, până la monologul virtual al pacientului, neîntrerupt cu nimic de către doctor. Între aceste extreme există o gradare a stilurilor, de la adunarea strânsă a informațiilor până la consilierea non-directivă, depinzând de interesul doctorului de a-și compune linia lui de gândire, sau a pacientului. O sinteză a acestor comportamente convenționale se prezintă în **Tabelul nr. 1**

Byrne și Long au folosit acest model pentru a defini stilul de comunicare al doctorilor după frecvența cu care folosesc diversele tipuri de comportament. Concluzia este deprimantă: „cercetările ne-au dus la concluzia că doctorii și-au stabilit un set de rutine pentru a comunica cu pacienții și puțini dintre ei au demonstrat capacitatea de a-și modifica stilul pentru a aborda problemele pacienților care nu se încadrează în modelul unei boli organice” Concluzia care poate fi desprinsă din cercetările lui Byrne și Long nu este că doctorii nu se pot schimba, ci că ei au nevoie de ajutor și nu numai să se privească în oglindă. Psihologul John Heron a pus la punct un model comprehensiv și totuși simplu al gamei de intervenții pe care medicul (terapeutul sau consilierul) le poate folosi cu pacientul (clientul). În

total sunt șase categorii de intervenții:

1. prescriptivă – oferă sfaturi, instrucțiuni, este critic sau îndrumător
2. informativă – împărtășește cunoștințe noi, instruește sau interpretează
3. de confruntare – contestă o atitudine sau comportament neadecvat oferind răspunsuri într-un context de îngrijire
4. cathartică – încearcă să elibereze emoțiile sub formă de plâns, râs, furie, etc.
5. catalitică – încurajează pacientul să-și descopere și să-și exploreze gândurile și sentimentele latente
6. suportivă – oferă pacientului mângâiere, aprobare, afirmând valoarea intrinsecă a pacientului Fiecare categorie are o funcție clară în cadrul consultației, chiar dacă ele sunt integrate în secvențe de mare complexitate.

Consilierea este un model extrem de comportament centrat pe pacient. Esența acestei abordări este de a permite pacientului să-și exploreze în ritmul și în felul său originile, implicațiile și soluțiile propriilor probleme. Această tehnică pretinde ca doctorul să se abțină de la a-și afirma opiniile și sugestiile și în schimb prin reflectare, interpretare și tăcere să-l aducă pe pacient la o înțelegere care este a lui proprie. Psihoterapeutul olandez Torben Bendix a reușit prin distilarea ingredientelor consilierii să

Folosirea cunoștințelor și abilităților doctorului

CENTRARE PE DOCTOR

Analizare și Explorare

- Întrebări directe
- Întrebări colaterale
- Ordonează evenimente
- Sugerează
- Oferă sentimente
- Explorează
- Întrebări deschise
- Repetă pentru confirmare

Culegere de informații

- Întrebări directe
- Întrebări închise
- Întrebări colaterale
- Întrebări cu răspuns inclus
- Sugerează
- Ordonează evenimente
- Repetă pentru confirmare
- Redă încrederea
- Se autojustifică
- Corectează și disciplinează
- Rezumă pentru a închide

Pacient “Absent”

- Respingerea ofertei pacientului
- Respingerea ideilor pacientului
- Evită întrebarea pacientului
- Sufocă discursul pacientului
- Se autojustifică
- Confuz



elaboreze un set de reguli în esență asemănătoare celor descrise de Byrne și Long privitoare la comportamentul comunicațional al doctorilor.

Expunerea pe scurt a acestor teorii implicite în comunicarea medic-pacient a fost absolut necesară, deoarece alegerea instrumentului de observație depinde de teoria de la care pleacă. Mult prea des alegerea instrumentului de observație se face deoarece, pur și simplu, se află la îndemână și este de încredere. Foarte multe studii asupra comunicării medic-pacient au fost ghidate mai degrabă de metodele disponibile decât de o perspectivă teoretică. Problema este că alegerea instrumentului de observare are o influență esențială asupra măsurătorilor specifice, asupra planului de analiză și în final asupra rezultatelor.

Consultația instrumentală și cea afectivă au instrumente de observație diferite, deoarece cura și compasiunea sunt esențialmente diferite. Pe versantul instrumental îl găsim pe Bales cu a sa „*Analiză a procesului de interacțiune*“, care i-a inspirat pe majoritatea cercetătorilor din domeniul comunicării medic-pacient. Bales a avertizat că instrumentul de observație în el însuși nu este decât un set de ipoteze despre structura interacțiunii. Bales și-a pus la punct un sistem de observare pentru a studia procesul de rezolvare a problemelor în grupuri mici. El presupune că întregul comportament este orientat în principal în scopul rezolvării problemei, este deci legat de sarcină, dar este de asemenea un proces social.

În consecință accentul se pune pe schimbul de informații. Baza teoretică a analizei în procesul de interacțiune este constituită din teorii ale informației și ale comunicării. El a elaborat noțiunea despre influența rolului, statusului și resurselor disponibile și asupra procesului de schimb de informații. El spune că uneori comportamentul preponderent expresiv (sau afectiv) este folosit numai ca să mențină sau să refacă relațiile interpersonale necesare pentru a facilita procesul de rezolvare a problemelor. După Bales, comportamentul expresiv nu are un scop propriu.

Categoriile lui Bales pentru analiza procesului de interacțiune:

1. arată solidaritate
2. arată eliberarea tensiunii (încordării)
3. este de acord
4. dă sugestii
5. dă opinii

6. dă orientare
7. cere orientare
8. cere opinii
9. cere sugestii
10. nu este de acord
11. arată încordare (tensiune)
12. arată antagonism

Numerele 4-9 clasifică comportamentul instrumental, iar numerele 1-3 și 10-12 clasifică comportamentul expresiv pozitiv și respectiv negativ. Aceste categorii sunt deci croite pentru a măsura concepte socio-emoționale, cum sunt gradul de conflict sau de consens (esențiale pentru rezolvarea problemelor), dar ele nu pot măsura concepte terapeutice precum empatia sau căldura necesare.

Relația medic-pacient în practica medicală pentru a înțelege reducerea anxietății. Astfel încât cercetători care folosesc numai sisteme de observație de tip Bales nu vor fi niciodată în stare să evalueze comportamentul compasionat. Chiar mai mult, nu vor fi în stare nici să estimeze relevanța acestui comportament pentru comunicarea medic-pacient. Dacă singura ta unealtă este un ciocan ai tendința să vezi orice problemă ca pe un cui.

Pe versantul comportamentului afectiv se află psihologii Carl Rogers și Michael Balint. Ei au inspirat instrumentele de observație ale cercetătorilor interesați de comportamentul afectiv, cu conceptele lor despre empatie, respect, căldură, sinceritate, naturalețe, devoțiune și o abordare pozitivă necondiționată.

Aceste cercetări sunt ferm înrădăcinate în tradiția psiho-terapeutică. Se presupune că abordarea pozitivă necondiționată a doctorului ajută la crearea unei relații terapeutice în care pacientul să primească destulă căldură și siguranță pentru a-și explora problemele și să încerce să-și schimbe comportamentul.

Este în esență o abordare non-directivă. Doctorul se află acolo pentru a-l ajuta pe pacient. Dar și în acest caz avem problema ciocanului și a cuiului: cercetătorii de pe acest versant nu sunt decât vag conștienți de calitățile terapeutice ale relației medic-pacient și nu au ochi pentru aspectele legate de rezolvarea problemelor și de nevoia pacienților de informație clară și corectă.

Deci cele două fațete ale medicinei au dat naștere la două tradiții de cercetare separate cu un fundament teoretic diferit. Ambele au puncte forte și puncte slabe, după cum se vede în schema următoare:



CURĂ (cure)
 Rezolvarea problemelor
 SCOP
 ÎNGRIJIRE (care)
 Crearea unei relații de ajutorare Legat de sarcină/
 instrumental
 COMPORTAMENT Socio-afectiv
 METODE
 Audio
 Comportament verbal
 Comprehensiv
 Video
 Comportament verbal și non-verbal
 Detaliat
 Numărare
 Fidelitate mare
 Validitate moderată
 Selectiv (părțile importante)
 Global
 Estimare/unele măsurători
 Fidelitate moderată
 Validitate mare

Sistemul de observație de tip Bales deoarece a fost conceput să măsoare comportamentul de rezolvare a problemelor folosește înregistrări audio și codifică numai comportamentul verbal. Sistemele de observație orientate spre comportamentul afectiv folosesc înregistrări video sau observații directe. Se măsoară astfel comportamentul verbal și non-verbal.

Metode diferite. Rezultate diferite. Exemplele sunt ușor de găsit. Tăcerea este un mijloc terapeutic foarte puternic, ca și ascultarea. Aceste comportamente pasive sunt de natură non-verbală. Mehrabian, revăzând literatura din domeniu a ajuns la concluzia că numai 7% din comunicarea emoțională este transmisă prin comportament verbal, doar 22% prin tonul vocii, iar 55% prin indicii sau semnale vizuale (contactul privirilor, poziția corpului și altele).

Friedman a atras atenția că pacienții sunt foarte atenți și sensibili la comunicarea non-verbală a doctorilor, dintr-un număr de motive. În primul rând boala provoacă teamă, anxietate și nesiguranță emoțională. În aceste condiții mulți pacienți caută indicii subtile despre cum și ce ar trebui să simtă. În al doilea rând, este probabil că mulți pacienți caută informații despre natura bolii, severitatea ei, evoluția și prognosticul. S-a demonstrat că un comportament non-verbal lasă „să se scurgă” mesaje care nu trebuiau dezvăluite. Pacienții sunt foarte sensibili la aceste mesaje.

De asemenea, ei sunt foarte sensibili și la discrepanțele dintre comportamentul verbal și cel non-verbal. Școala lui Carl Rogers le consideră lipsă de autenticitate și sinceritate, concepte care sunt de bază pentru „privirea necondiționat pozitivă”. Pe baza dovezilor enumerate putem trage concluzia că comunicarea emoțională nu poate fi măsurată eficient printr-un sistem care codifică numai comportamentul verbal, ca sistemul de observare Bales. Dacă totuși acest lucru se face, nu trebuie să ne mire rezultatele contradictorii.

O altă problemă legată de sistemul Bales este modul de codificare a comportamentului. În sistemele de tip Bales, fiecare unitate de comportament este numărată, atât cele importante, cât și cele mai puțin importante, cu o pondere egală în analiză. Această procedură îi dă o mare fidelitate, dar o validitate moderată în cel mai bun caz. În plus analiza este corelată cu premisa (rareori explicită) că „mai mult” înseamnă „mai bine”. Este imposibil de apreciat acea remarcă importantă care l-a determinat pe pacient să vorbească. De asemenea, nu există obiceiul de a căuta optimul în comportamentul medicului. Frecvențele sunt uneori înlocuite prin proporții, dar probabil mai mult pe temeuri empirice decât teoretice. Și nu există nici un mod de a aprecia forma comportamentului, comparativ cu conținutul mesajului. De exemplu, un doctor poate pune următoarele întrebări: „unde doare?”, „când a început?”, „ce agravează sau ameliorează durerea?” sau poate pune alte întrebări: „ce vă preocupă mai mult?”, „cum vă afectează această problemă viața?”, „cum credeți că vă pot ajuta?”. Acestea toate sunt întrebări și sunt codificate ca atare în sistemele de observare Bales.

Dar primul grup de întrebări se referă la comportamentul instrumental, iar al doilea la cel afectiv. Cercetătorii orientați spre comportament afectiv au propriile lor probleme. Studiile din acest domeniu sunt deseori criticate pentru slăbiciunile metodologice. În timp ce cercetătorii de orientare Bales sunt criticați pentru atenția exagerată acordată aspectelor tehnice ale cercetării, cei din acest grup par atât de implicați în conținutul cercetării încât publicațiile lor sunt simpliste, lipsite de o metodologie sofisticată. Practica pare să fie mai importantă decât evaluarea ei științifică (și desigur, într-un anumit sens, așa și este!).

Formatul uzual al scorurilor pentru comportamentul afectiv (scalele de estimare) a fost serios criticat din cauza fidelității scăzute. Acest lucru este adevărat, dar nu este cel mai important, deoarece majoritatea au o fidelitate acceptabilă (> 0,70). O problemă a scalelor globale de



estimare, care este mult mai greu de rezolvat, este legată de efectul de halou: comportamentul empatic este deseori perceput ca un gestalt, iar corelațiile dintre componente sunt foarte strânse.

În timp ce comportamentul empatic este ușor de recunoscut, descompunerea în anumite comportamente numărabile este foarte dificilă. Măsurarea părții de „artă” din medicină este o artă în ea însăși și mai puțin o strădanie științifică.

Probabil, însă, că cea mai importantă problemă în cercetările orientate spre comportamentul afectiv este că nu pot cuprinde comportamentul orientat spre sarcină. Empatia nu este suficientă în consultația medicală. Cercetătorii orientați spre empatie se trezesc cu mâna goală când trebuie să măsoare versantul orientat spre problemă al medicinei. Hornsby a propus un model în trei faze pentru consiliere în medicină. În acest model este indicat un comportament mai activ, când fazele inițiale de creare a unei bune relații și de exprimare a pacientului au fost depășite. Comportamentul empatic este o condiție sine qua non, dar nu și suficientă. Aceasta poate fi suficientă în consultațiile unde problema psihologică este foarte importantă sau unde se urmărește schimbarea comportamentului (medicina preventivă). Uneori însă, pacientul vrea pur și simplu să știe ce boală are și cum să se vindece mai repede. În acest caz, abordarea instrumentală este adecvată. Discrepanțele între ponderea comportamentului afectiv față de cel instrumental în evaluarea pacienților provin și din selectarea lotului. Hell și Roter au exclus din eșantionul lor vizitele preventive și problemele psihologice sau au folosit falși pacienți (voluntari care, normal, nu erau anxioși), ceea ce a dus la preponderența constantă de comportament instrumental. Ben Sira, pe de altă parte, a folosit un eșantion reprezentativ cu toată gama de probleme și a descoperit că aceștia au în primul rând nevoie de abordare afectivă. El a confirmat datele lui Carmichael din urmă cu 50 de ani.

5. Factori cognitivi și afectivi în relația medic – pacient

5.1. Premise

Unitatea esențială a practicii medicale este ocazia în care, în intimitatea unui cabinet, o persoană care este sau care se crede bolnavă cere sfatului unui medic în care are încredere. Aceasta este consultația și tot restul practicii medicale derivă din ea. Această definiție a consultației, dată de Spence în 1960, rămâne cea mai bună și în ziua de azi, mai ales prin consecințele ei.

Ea pune accentul pe relația de încredere dintre medic

și pacient. Dacă medicul este deficitar la competențele de bază ale consultației, toate celelalte calități și competențe ale sale devin practic irelevante.

Două sunt competențele fundamentale cerute medicului în procesul consultației: comportamentul instrumental și comportamentul afectiv. Nu este o coincidență faptul că această divizare caracterizează însăși divizarea medicinei în: medicină biologică (sau științifică) și medicină psihosocială sau umanistă, numită uneori și arta medicală. Ambele tipuri de comportament, instrumental și afectiv, sunt necesare pentru îndeplinirea sarcinilor medicinei: dacă medicul nu pune întrebările adecvate (comportament instrumental) nu va obține informații relevante despre viața pacientului (medicina umanistă); când medicul nu este empatic și preocupat de condiția bolnavului (comportament afectiv) este sigur că pacientul nu va fi compliant la tratament și nu se va vindeca (medicina biologică). Similară dualismului istoric minte-corp este dihotomia între cogniție și emoție. Comportamentul instrumental (ca și medicina biologică) aparține domeniului cognitiv, pe când comportamentul afectiv (ca și medicina umanistă) aparține domeniului emoțional. Trebuie însă să menționăm de la bun început că ambele domenii sunt esențiale pentru medicină chiar dacă în cazuri particulare domină unul sau altul dintre cele două comportamente.

5.2. Comportamentul instrumental

Dimensiunea instrumentală se referă la acele aspecte ale prestației, care furnizează un mijloc pentru a atinge niște scopuri. În consultația medicală scopul ultim este rezolvarea problemei de sănătate a pacientului. Schimbul de informații este considerat ca fiind cel mai important mijloc pentru atingerea acestui scop. Schimbul de informații (căutarea informației și oferirea informației) este necesar în mai multe etape ale procesului de rezolvare a problemei și are deci mai multe obiective intermediare și secundare de atins.

Cea mai mare atenție s-a acordat în mod tradițional obținerii istoricului bolii, deoarece aceasta este cea mai importantă etapă în procesul stabilirii diagnosticului. Stoeckle demonstrează că în literatura de specialitate se acordă mult mai multă atenție tehnicilor de obținere a informației de la pacienți decât modalităților de comunicare a medicului cu pacienții. Putem ajunge la concluzia că 56-85% din diagnostice pot fi stabilite numai pe baza istoricului.

Important este să pui suficiente întrebări, să pui întrebările adecvate, să pui întrebări despre stilul de viață și problemele psihosociale pe lângă cele strict biomedicale,



să pui întrebări deschise ca și întrebări închise și să păstrezi un echilibru adecvat între aceste tipuri de întrebări. În afară de obținerea istoricului este importantă și furnizarea de informații pentru pacient. Schimbul de informații nu este lipsit de probleme. Waitzkin (1985) a criticat faptul că medicii subestimează sistematic dorința pacienților de a fi informați: pacienții doresc cât mai multă informație posibilă, iar doctorii nu-și dau seama de această dorință. Doctorii percep corect dorința pacienților de a fi informați în mai puțin de o treime din consultații; în 6% o supraestimează, iar în 65% din cazuri sub-estimează dorința pacienților de a fi informați. Pe de o parte doctorii își supraestimează comportamentul lor de furnizori de informație: în medie, doctorii și-au supraestimat de nouă ori timpul destinat furnizării de informații pacientului. În consecință, pacienții sunt nemulțumiți de informațiile pe care le primesc și caută surse alternative, cel mai adesea nevalidate științific. Pe de altă parte mulți pacienți sunt destul de pasivi când este vorba să solicite informații.

O altă problemă majoră de comunicare în practica medicală este că pacienții nu înțeleg întotdeauna ce spune medicul sau nu-și amintesc după consultație.

Trecând în revistă literatura de specialitate, Lay a descoperit că 7-53% dintre pacienți nu înțeleg ce li s-a spus, iar de uitat, uită între 28-71% din ce li s-a spus. O a treia problemă menționată de Waitzkin este manipularea practică de medic în procesul oferirii informației. Medicul poate să manipuleze informația cu scopul de a nu pierde controlul asupra consultației și a pacientului sau pentru a evita problemele ne-medicale (Davis). Medicul este cel care decide ce să spună și cât să nu spună, iar deciziile lui nu corespund întotdeauna dorințelor pacientului. În cercetările privind comunicarea medic-pacient furnizarea de informații este elementul de comportament instrumental cel mai studiat.

Recent a intrat în atenția cercetătorilor un alt obiectiv parțial al consultației, și anume cel pedagogic. Creșterea importanței aspectului pedagogic se datorează schimbării morbidității. Bolile cronice și problemele de sănătate care își au originea în stilul de viață sau comportamentul uman au devenit prevalente în lumea civilizată și reclamă o abordare preventivă, activă din partea medicului. Stott (1990) a arătat că această idee este acceptată de o majoritate substanțială a pacienților englezi care se așteaptă ca medicul lor de familie să se arate interesat de stilul lor de viață și să le ofere sfaturi în acest sens. Pentru ca intervenția medicului să aibă succes, trebuie ca pacientul, în primul rând, să înțeleagă ce-i spune doctorul,

în al doilea rând să-și amintească și în al treilea rând să se conformeze instrucțiunilor primite. Înțelegere, memorare și complianță sunt criterii importante în evaluarea eficacității consultației. Lay a rezumat concluziile acestor cercetări într-un set de recomandări pentru medici (sub ce formă trebuie oferită informația și în ce momente ale consultației). Rost a observat că întrebările închise și oferirea de informații duc la niveluri mai ridicate de rememorare din partea pacienților. Roter (1987) a descoperit la rândul său că furnizarea de informații și consilierea au fost cei mai buni predictorii ai rememorării și a satisfacției pacientului. Cercetările care s-au axat pe aspectul pedagogic al interacțiunii medic-pacient demonstrează că medicii care reușesc să prezinte recomandările terapeutice clar și specific pacienților obțin rate mari de complianță și de satisfacție din partea pacienților. Furnizarea de informații și explicații (inclusiv instrucțiuni clare) și consilierea și persuasiunea (inclusiv motivarea pacienților) sunt considerate elemente extrem de relevante ale consultației.

Pe lângă schimbul de informații, un alt tip de comportament instrumental al comunicării medic-pacient este structurarea consultației într-un mod sistematic. Colegiul Regal Olandez al Medicilor Generaliști a pus la punct o abordare metodică a consultației încă de acum 50 de ani. Metoda este derivată din cazuistica lucrătorilor sociali tocmai pentru a completa deficiențele și insuficiențele modelului biomedical. Elementele principale sunt:

- ✓ clarificarea motivelor vizitei (consultației), ca mod specific de căutare a informației;
- ✓ structurarea consultației;
- ✓ evaluarea procesului de îngrijire;
- ✓ stabilirea unei relații deschise și clare cu pacientul în cadrul căreia acesta să aibă libertatea de a alege.

Abordarea sistematică orientată spre scop duce la un tratament adecvat atât a problemelor medicale, cât și a celor psihosociale. Mult mai multe probleme psihosociale au apărut în consultațiile în care medicul a clarificat motivele vizitei, ceea ce poate fi considerată o măsură a gradului în care medicul permite pacientului să vorbească despre emoțiile și interpretările sale. Acest lucru confirmă faptul că acei medici care acordă o mare importanță factorilor psihosociale au și obiceiul de a clarifica motivele vizitei pacientului. Cei care ignoră motivele psihosociale nici nu bănuiesc că motivele vizitei ar putea fi altele decât cele biomedicale.

Clarificarea motivelor vizitei este un element important al punerii de acord a așteptărilor mutuale. Sunt tot mai multe dovezi că nămplinirea așteptărilor pacientului este unul



din cele mai importante motive ale insatisfacției pacientului. Korsch și Francis, în cercetări făcute în departamentul de pediatrie, au găsit că mamele erau cel mai nemulțumite de vizită când nu li se explicau cauzele suferințelor copiilor lor. Wolley a arătat că dintre pacienții ale căror așteptări nu au fost împlinite, 35% au fost nemulțumiți de rezultatul consultației, față de numai 2% nemulțumiți dintre pacienții a căror așteptări au fost satisfăcute.

Punerea de acord a așteptărilor reciproce este cu atât mai importantă cu cât medicul și pacientul au sisteme de referință diferite, care duc la neînțelegeri și confuzii. În sistemul de referință al pacientului, factorii psihosociali sunt mult mai importanți decât în cel al medicului. Bain (1979) sugerează că tendința și strădania principală a activității medicului este colectarea faptelor, interpretarea semnelor și simptomelor, stabilirea etichetelor diagnostice în timp ce pacientul este preocupat de consecințele sociale și familiale ale bolii sale. Este de aceea important să se țină cont de cadrul de referință al bolnavului când se iau decizii medicale.

Acordul mutual între medic și pacient asupra definirii problemelor, priorităților, mijloacelor de investigație și deciziilor terapeutice și așteptărilor în privința rezultatelor, este considerat o componentă esențială a relației medic-pacient. Compatibilitatea așteptărilor medicului și pacientului este crucială pentru urmărirea evoluției pacientului și a îndrumărilor ce i se dau.

Svarstad a arătat că congruența dintre percepția doctorului și a pacientului asupra a ceea ce trebuie făcut este cel mai bun predictor al complianței la tratament. Strafield a găsit că problemele asupra cărora medicii și pacienții au căzut de acord era mai probabil să fie ameliorate indiferent de gradul severității.

McWhinney a raportat un studiu în care factorul cel mai puternic asociat cu recuperarea la o lună era acordul complet al pacientului cu opinia medicului. Clarificarea motivului vizitei și explicarea detaliată a bolii și tratamentului sunt elemente importante ale versantului instrumental al consultației.

5.3. Comportamentul afectiv

Dimensiunea afectivă sau expresivă a consultației se referă la acele aspecte ale serviciului prestat pe care consumatorul le consideră scopuri în sine, de exemplu, o bună relație interpersonală. O'Connor consideră dimensiunea instrumentală drept o calitate a serviciului producătoare de insatisfacție, iar dimensiunea afectivă drept o calitate a serviciului aducătoare de satisfacție.

Fără îndoială, comportamentul afectiv al medicului joacă un rol proeminent în satisfacția pacientului. Deoarece scopul principal al comportamentului afectiv este de a construi și menține o bună relație interpersonală, nu este de mirare că mulți cercetători au ales continuitatea relației medic-pacient drept criteriu important de evaluare. S-au făcut multe cercetări asupra relației dintre comportamentul afectiv și respectarea programărilor la consultație. DiMatteo a găsit că cel mai important aspect al comportamentului predictiv al medicului pentru dorința pacientului de a reveni la medic se referă la sentimentul pacientului că medicului îi pasă de el, că îi acordă timp, îl ascultă și îi explică și este accesibil la nevoie. El a mai descoperit și că talentul medicului de a interpreta limbajul non-verbal explică complianța pacientului la vizitele programate. Îngrijirea psihosocială bună încurajează utilizarea serviciilor medicului. Medicii care au relații deschise cu pacienții, care-i ascultă și sunt sensibili la problemele psihologice și sociale ale clienților sunt căutați și apeleți de pacienții lor. Medicii care sunt insensibili, cărora nu le pasă și sunt autocrați descurajează folosirea serviciului medical. Cel mai frecvent motiv pentru care pacienții întrerup relația cu un medic este sentimentul că medicului nu-i pasă de ei. Pacienții care apreciază legătura interpersonală cu medicul lor apelează în principal la el în caz de urgență față de ceilalți care preferă Spitalul de urgență (Ware).

Scopul comportamentului afectiv este să creeze o bună relație între medic și pacient. Totuși, în ce constă o bună relație medic-pacient? Unii autori (mai cu seamă psihosociologi) se referă la relația interpersonală medic-pacient în primul rând ca o relație socială cu elemente de „*bune maniere*” sau „*etichete de bază*”. În lucrările sale, Potter consideră că un medic are un comportament socio-emoțional când face remarci personale la adresa pacientului, creează o atmosferă relaxată, glumind sau râzând și face complimente pacientului.

Conceptul de „*amenințări sociale*” împreună cu remarcile cu caracter personal ale lui Roter s-au dovedit extrem de utile ca factori de analiză în sisteme de analiză combinată. Alt concept important este cel de „*abordabilitate*” cu următoarele elemente: salutarea pacientului, să răspunzi la primele întrebări ale pacientului și să solicite noi întrebări, să zâmbești, să râzi, să te abții de la a te uita la ceas, să nu mormăi sau să-ți întrerupi pacientul. Garrity concluzionează că deci conceptul de comportament afectiv este similar cu ceea ce alții numesc „*suport social*”. Psihologii clinicieni și psihiatrii nu vor fi de acord cu această afirmație.



Autorii cu înclinații psihoterapeutice susțin că „*medicina clinică este în primul rând comunicare între doi oameni, este despre comunicare între doi oameni și este despre stabilirea unei relații afective de lucru în care există încredere reciprocă*” (Irwin). Această afirmație se referă la conduitele de bază ale relației de ajutorare (helping), care este sine qua non al relației medic-pacient. Primul care a făcut explicite aceste condiții de bază a fost Carl Rogers, cel mai citat autor dintre cercetătorii orientați spre psihoterapie în comunicarea medic-pacient. El a descris câteva condiții de bază, un „*nucleu*” care este esențial în relația terapeutică: empatie, respect, autenticitate, acceptare necondiționată, căldură. Carkhuff a fost primul care a recunoscut că aceste condiții de bază nu sunt importante doar în relația psihoterapeutică, ci în tot felul de relații de ajutorare profesională sau neprofesională. Balint a fost primul care a implementat aceste idei în practica medicală, cu celebra de acum expresie „*medicul este medicamentul*”.

Condițiile de bază au fost considerate de Carkhuff „*factori nespecifici*”. El susține că eficiența celui ce ajută este dependentă în mare parte, indiferent de orientarea și tehnica sa, de nivelul condițiilor de bază pe care le oferă. El estimează că până la 60% din eficiența procesului terapeutic se datorează factorilor nespecifici de relație.

Mai mulți autori au menționat mai multe elemente drept condiții de bază ale relației terapeutice. Hornsby (1979) a menționat empatia, respectul, căldura, drept condiții de bază pentru prima etapă a procesului de ajutorare, care constă în comportamentul facilitator. Empatia a fost definită ca abilitatea medicului de a-i arăta pacientului că îi înțelege problemele. Respectul a fost definit ca abilitatea medicului de a-și accepta pacienții așa cum sunt, cu propriul lor set de valori, iar căldura a fost definită ca gradul în care medicul comunică că îi pasă de pacient. Fine menționează empatia, respectul și autenticitatea, Dryden empatia, acceptarea necondiționată și autenticitatea, Rudne empatia, căldura și autenticitatea. Toți autorii cad de acord că totuși empatia trebuie considerată cel mai important factor. „*Empatia este probabil cea mai importantă dintre dimensiunile ajutorării. Fără empatie nu există bază pentru ajutorare. Din ea decurge folosirea adecvată și semnificativă a tuturor celorlalte dimensiuni și în ultimă instanță rezolvarea problemei*” (Carkhuff). În România studiile lui Stroinel Marcus și ale colaboratorilor au explorat complex legătura empatiei cu alte variabile de personalitate, precum și rolul empatiei în activitatea didactică și artistică. Rolul empatiei în consultația medicală a fost analizat în lucrările lui V. Enătescu, S. C. Oană, Melinda Boroș și într-un studiu

al Andrei Marcus-Bolohan. Interpretarea terapeutică a relației medic-pacient, spre deosebire de cea socială, pune accentul pe alte tipuri de comportament: evidențierea sentimentelor, parafraze și reflecții, întrebări deschise, tăceri, ascultarea a ceea ce spune dar și a ceea ce pacientul nu poate spune (anxietate, nesiguranță, problema din spatele problemei), încurajări verbale. Cred că acest lucru a vrut să spună și M. Balint când a spus: „*când pui întrebări nu primești decât răspunsuri*”.

În plus, comportamentul non-verbal este considerat foarte relevant în această abordare, mai ales contactul vizual, expresia feței, poziția corpului.

Alți autori au ajuns la același timp de comportament relevant, însă pe o altă linie de cercetare. Premisa de la care au plecat este situația încărcată de stres din îngrijirea medicală. Pentru mulți pacienți, suferința și boala este în primul rând o problemă emoțională. Pacienții trăiesc anxietatea și nesiguranța.

Apelând la doctor, pacientul urmărește două scopuri: rezolvarea bolii și rezolvarea anxietății. Dar și mersul la doctor este o afacere emoțională. Apelând la doctor, pacientul își pierde independența și capacitatea normală de a-și soluționa problemele. În consecință, el trăiește două tipuri de anxietate: pe de o parte, se teme de boala pe care o are (dacă moare sau dacă rămâne invalid), pe de altă parte se teme că de fapt nu este nimic grav, că nu o să fie luat în serios de către doctor, ba chiar va fi considerat un „*chiulangiu*”. Aceste anxietăți îmbinate pot fi ușor demolate de un medic empatic care pur și simplu își liniștește pacientul.

În România persistă o prejudecată care ține de zorii modernismului în medicină. Descoperirea etiologiei microbiene a bolilor a dus la concluzia că practic eliminarea germenului duce la dispariția bolii. Prejudecata constă în credința că rezolvarea bolii duce la dispariția anxietății. Din nefericire pentru medici și pacienți, rezolvarea bolii nu duce în mod necesar la dispariția anxietății. Ben-Sira (1982) s-a ocupat în detaliu de acest complex de relație stres-boală-vizită. Concluzia lui este că comportamentul afectiv este cel mai important factor care contribuie la satisfacerea nevoilor pacientului; interesul, devoțiunea și timpul sunt elemente relevante pentru acest timp de comportament.

Va urma în numărul următor



PARTICULARITĂȚI ALE CALITĂȚII VIEȚII LA PACIENTELE CU CANCER MAMAR

- Botnaru-Dub Natalia, oncolog medical, master Psihologie Clinică
Calancea Veronica, Dr. psiholog clinician

Rezumat: Cancerul, precum și terapiile sale medicale, cauzează o gamă largă de probleme fizice și psihosociale. Durerea fizică, epuizarea și pierderea autonomiei, precum și anxietatea, disperarea și presiunea asupra relațiilor personale, toate au o influență semnificativă asupra calității vieții. De aceea, pacienții în timpul diagnosticării și al tratamentului trăiesc diverse răspunsuri emoționale, dat fiind faptul că distresul poate fluctua în timp. Ca urmare, în ultimele decenii, nevoia de terapii psihosociale pentru a trata și sprijini pacienții cu neoplasm a crescut vertiginos, astfel încât, acești pacienți au nevoie de ajutor, de acceptare a bolii și de o atitudine pozitivă față de tratament.

Abstract: Cancer, as well as its medical therapies, causes a wide range of physical and psychosocial problems. Physical pain, exhaustion and loss of autonomy, as well as anxiety, despair and strain on personal relationships all have a significant influence on quality of life. That is why patients experience various emotional responses during diagnosis and treatment, given the fact that distress can fluctuate over time. As a result, in the last decades, the need for psychosocial therapies to treat and support cancer patients has grown exponentially, so that these patients need help, acceptance of the disease and a positive attitude towards treatment.

INTRODUCERE

Cancerul de sân, cel mai răspândit în rândul femeilor și a doua cauză principală de deces prin cancer la nivel global, odată diagnosticat, impune o presiune psihologică grea. Până la 50% dintre femeile cu cancer de sân experimentează depresie, anxietate sau ambele. Potrivit anumitor cercetări, ratele depresiei severe și anxietății ajung până la 45%, ceea ce are un impact negativ asupra răspunsului la tratament și a ratelor de supraviețuire [1].

Preocupările cu privire la răspândirea cancerului în alte părți ale corpului - metastazarea, scepticismul cu privire la viitor, anxietatea și melancolia, furia, dezamăgirea, frustrarea, durerea, auto-vătămarea cu alterarea sinelui, teama de a pierde feminitatea și scăderea încrederii în sine sunt toate comune în diagnosticul și tratamentul neoplaziei mamare [6, 22].

Din punct de vedere biologic, psihosocial, spiritual și existențial, recunoașterea și acceptarea unui diagnostic oncologic creează o **situație de criză**. Iar orice expunere care poate influența un rezultat al sănătății fizice printr-un mecanism psihologic este denumit ca **factor psihosocial**, din care fac parte anxietatea, depresia și alte dificultăți emoționale, precum trăsăturile psihologice și tulburările

sociale [8]. O criză este definită ca o schimbare rapidă a stării funcționale a unui subiect care are loc într-un context atipic pentru persoana care o experimentează și se manifestă emoțional sau comportamental. Se manifestă ca un răspuns subiectiv, emoțional la incidentul declanșator, care pune în pericol capacitatea persoanei de a gestiona și de a opera. Cele mai tipice cauze ale circumstanțelor de criză sunt evenimentele psihosociale, iar trauma care se întâmplă, perturbă ancorele psihologice care țin individul în siguranță. Evenimentele traumatice au toate un lucru în comun: fac individul să se simtă îngrozit, neajutorat, scăpat de sub control și amenințat cu dispariția.

Din multe perspective, experiența neplăcută este exacerbată de imprevizibilitatea circumstanței, întrucât 76% dintre persoanele în cauză sunt forțate să accepte brusc un diagnostic de cancer. Șocul și frica sunt cele mai tipice reacții afectiv-emoționale, care ar putea fi intensificate de o istorie de evenimente proaste din viață sau de trăsături de caracter premorbid. Stabilirea unei stări de șoc emoțional este comparabilă cu un proces de golire, golire corporală, emoțională, cognitiv-motivațională și/sau pierdere a controlului; această perioadă va fi mai lungă cu cât șocul este mai neașteptat [9, 24].



În ipoteză am presupus că pacientele cu cancer de sân experimentează o serie de dificultăți emoționale ce interferează cu acceptarea necondiționată de sine și calitatea vieții.

Pentru a verifica ipoteza și a confirma datele din literatură, am invitat să participe 30 paciente cu patologie oncologică mamară, internate în secția mamologie, fiind după tratament specific neoadjuvant sau post-chirurgical, la completarea câtorva chestionare. Pentru screeningul depresiei și anxietății, am folosit. Scala Hamilton de evaluare a anxietății (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS) și Scala Zung de autoevaluare a depresiei (Zung Self-Rating Depression Scale – SDS). Pe lângă acestea, am utilizat și Chestionarul de acceptare necondiționată a propriei persoane (Unconditional Self-Acceptance Questionnaire - USAQ) și Inventarul de simptome Rotterdam (Rotterdam Symptoms Check List - RSCL).

EXPERIMENT DE CONSTATARE

De-a lungul parcursului tratamentului anticanceros, un procent semnificativ de pacienți cu cancer de sân raportează mai multe simptome psihologice concomitente, inclusiv suferință, anxietate, disperare, afectare cognitivă și imagine corporală/disfuncție sexuală.

Ratele de anxietate la pacienții cu cancer de sân variază de la 10% la 30%, ceea ce îl face unul dintre cele mai răspândite simptome psihologice. Cauza apariției se datorează de incertitudinea față de viitor și probabilitatea unor rezultate nefavorabile, inclusiv și îngrijorările legate de recidivă și efectele secundare terapeutice, atât în timpul cât și după tratamente. Spre deosebire de ceea ce s-a afirmat anterior, datele recente indică faptul că anxietatea poate fi mai frecventă decât depresia [2].

În urma aplicării chestionarelor HARS și SDS, cu rezultatele obținute (Tabelul 1. și Figura 1.), putem observa că cele mai multe femei au manifestat o anxietate psihică moderată, determinată de incertitudinea față de boală, tratamentul ce va urma și prognostic. Pe lângă acestea, dificultățile de comunicare, fricile, tristețea, furia, dezamăgirea, frustrarea au un efect cumulativ, alterând starea de bine și declanșând sentimente variate, unele pe termen lung.

Durerea cauzată de însăși procesul primar sau în urma intervenției chirurgicale, care este percepută ca mutilantă, conduc la apariția altor simptome, care alterează calitatea vieții, cum ar fi insomnia, tensiune musculară, tahicardie, simptome gastrointestinale și genitourinare, tremor, transpirații, dispnee, creșterea tensiunii arteriale și nu

în ultimul rând, apariția limfedemului, ca consecință a volumului operator radical.

Tabelul 1. Valorile chestionarului HARS și SDS,

Valori	HARS. Anxietate psihică		HARS. Anxietate somatică		Depresie (Zung)	
	Număr de cazuri	Nr. abs (%)	Număr de cazuri	Nr. abs (%)	Număr de cazuri	Nr. abs (%)
Normală	5	16,7	5	16,0	1	3,3
Ușoară	7	23,3	9	30,0	3	10,0
Moderată	11	36,7	8	27,0	12	40,0
Severă	7	23,3	8	27,0	14	46,7

Simptomele sunt alimentate de temeri legate de recurența și răspândirea secundară a cancerului, de radicalitatea tratamentului, de pierderea controlului asupra viitoarelor decizii de viață, schimbarea relațiilor cu familia și prietenii, dar și teama de moarte, care reprezintă trigger-ul anxietății.

De asemeni, majoritatea pacientelor au experimentat anxietate somatică, cu o diferență nesemnificativă între numărul pacientelor care au avut valori ușoare, moderate și severe. Această diferență a fost dependentă și de perioada după intervenție, astfel încât, pacientele prima zi postoperator, au perceput această anxietate cu valori majorate, iar femeile în perioada preoperatorie au relatat valori mai scăzute, fapt observat în urma interviului semistrukturat.

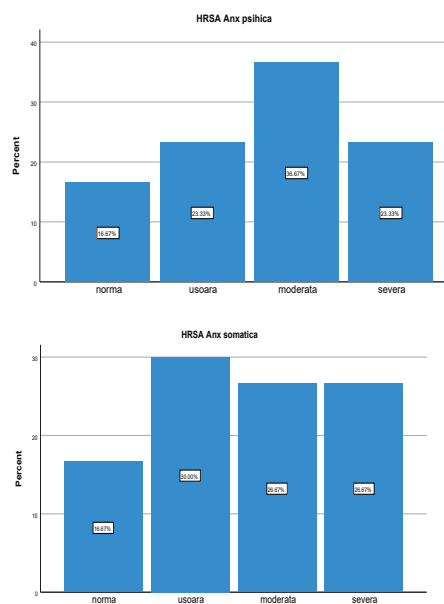


Figura 1. Valorile chestionarului HARS.



Literatura de specialitate, confirmă faptul că anxietatea psihică are o strânsă legătură cu anxietatea somatică și depresia, fiind interdependente și influențându-se reciproc.

Odată diagnosticat cancerul, împreună cu efectele adverse ale tratamentelor și simptomelor, pot masca deseori depresia, aceasta din urmă, în multe cazuri fiind ignorată de personalul medical sau persoanele apropiate pacientei. Cert este, că depresia poate interfera tratamentul, fiind un factor de risc în progresul cancerului. Această *“deconectare de la viață”* produsă de depresie, neputința de a aprecia lucrurile, lipsa speranței, poate fi temporară sau de lungă durată, ușoară sau severă, la fel ea poate fi restantă în urma unor evenimente chiar înaintea cancerului, fiind un substrat de dezvoltare pentru acesta, conform unor studii, ca ulterior să se reanimeze.

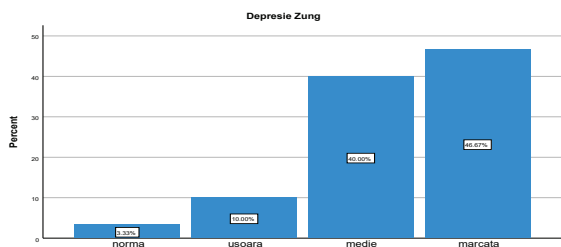


Figura 2. Valorile chestionarii pentru depresie după Zung.

Deoarece speranța de viață pentru cancerul de sân este una dintre cele mai mari din domeniul medical, la aproximativ 23 de ani, calitatea vieții este o problemă majoră care ar trebui abordată încă de la prima întâlnire clinică și de management. Mai mult, imaginea corporală a pacienților cu cancer de sân diferă de cea a pacienților cu alte afecțiuni maligne prin aceea că efectele secundare ale tratamentului, cum ar fi intervenția chirurgicală, chimioterapia, terapia hormonală, radioterapia sau o combinație de terapii, pot interfera direct cu viața de zi cu zi și cu funcțiile sociale. Operația la sân are cele mai multe consecințe psihologice și sociale pentru femei [25, 7].

Tabelul 2. Valorile chestionarii USAQ și Inventarului de simptome Rotterdam.

Valori	USAQ		Valori	Rotterdam. Suferința cauzată de simptome		Rotterdam. Suferința psihică		Rotterdam. Nivel de activitate	
	Număr de cazuri	Nr. abs (%)		Număr de cazuri	Nr. abs (%)	Număr de cazuri	Nr. abs (%)	Număr de cazuri	Nr. abs (%)
Foarte scăzută	3	10,0	Minim	9	30,0	4	13,3	10	33,33
Scăzută	17	56,7	Mediu	14	46,7	9	30,0	20	66,7
Medie	9	30,0	Moderat	3	10,0	8	26,7	-	-
Înaltă	1	3,3	Maxim	4	13,3	9	30,0	-	-

Conform tabelului 2 și Figurei 3, se observă la un număr mare de femei, o acceptare necondiționată a propriei persoane scăzută.

Absența tendinței de a-și evalua global valoarea de sine, în același timp, menținând o atitudine critică față de anumite comportamente adaptative sau dezadaptative, reprezintă acceptarea necondiționată a propriei persoane. Acesta corelează cu numeroși indicatori de sănătate mintală dintre care afectivitatea pozitivă sau negativă, bunăstarea subiectivă, anxietatea și depresia. Unele surse din literatură susțin că autoacceptarea necondiționată este un moderator în relația dintre convingerile iraționale și suferința psihologică [17, 20, 21].

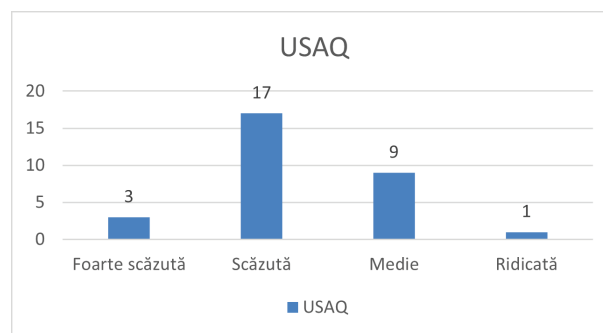


Figura 3. Valorile chestionarii USAQ

Simptomele ce provoacă suferința la această categoria de pacienți, sunt caracterizate de durerea nespecifică sau localizată, care generează un nivel înalt de suferință, fiind simptomatizată al depresiei, cât și al bolii canceroase; insomnia, tulburări de atenție și memorie, oboseala cronică, tulburări cardiovasculare, genitourinare, gastrointestinale și altele. Astfel, conform Inventarului de simptome Rotterdam (tabelul 2 și Figura 4), se observă valori medii a suferinței cauzate de simptome, iar suferința psihică, se determină cu rezultate destul de îngrijorătoare, paciențele semnalând valori medii, moderate și maxime, din cauza incapacității de a gestiona sau a controla schimbările cauzate de cancer sau de activitățile normale ale vieții. Scala pentru nivelul de activitate, a fost îndeplinită cu dificultate, deoarece, paciențele cu greu se orientau cum își vor gestiona și cum vor fi activitățile cotidiene postintervenție, răspunsurile

fiind dependente de durerea pe care o experimentau și anticiparea lucrurilor.

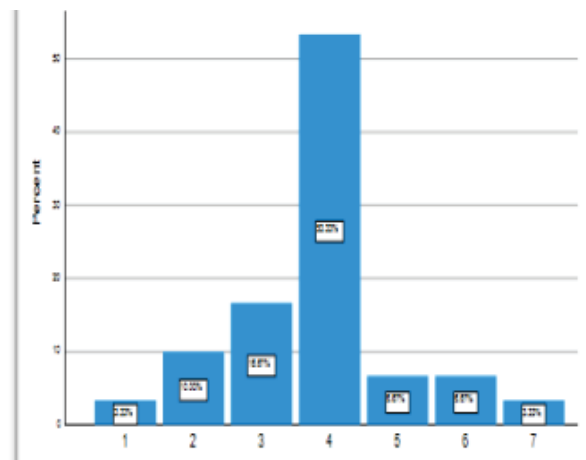
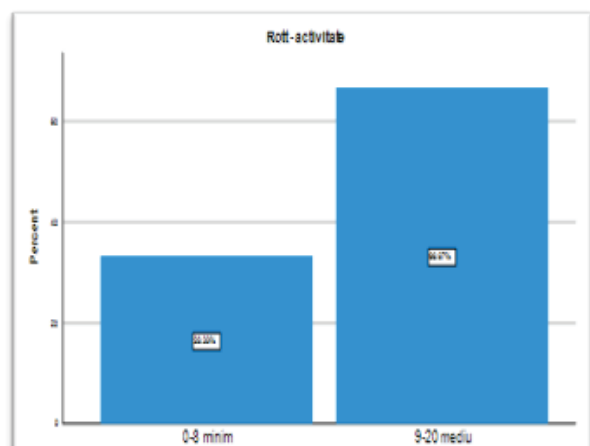
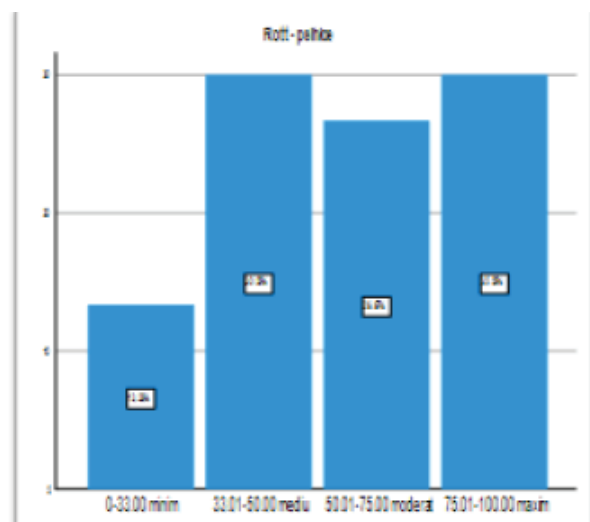
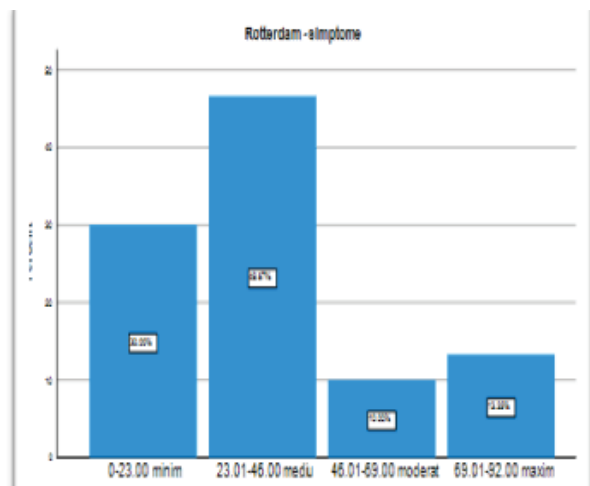


Figura 4. Valorile Inventarului de simptome Rotterdam, conform sceler respective.

În urma simptomelor, tristeții, deznădejdii, durerii fizice și psihice, pacientele de multe ori minimalizează viziunea globală asupra vieții, sau se plasează pe un loc neutru –“nici bine, nici rău”. Astfel, evaluarea globală a vieții a fost apreciată de la “excelentă” la “foarte proastă”, dintre care, majoritatea pacientelor au relatat, în 16 cazuri (53.3%) ca fiind mulțumitoare.

INTERVENȚII

„Ziua în care vă pierdeți speranța este ziua în care începeți să muriți”.

Această declarație ne îndeamnă să recunoaștem rolul substanțial pe care terapiile psihologice îl joacă în atenuarea simptomelor cancerului de sân și în îmbunătățirea calității vieții pacienților [5]. a demonstrat că sprijinul psihoeducațional reduce simptomele cancerului de sân și îmbunătățește bunăstarea emoțională, făcându-l o opțiune de tratament utilă. Dovezile sugerează o legătură între oboseala legată de cancer, tristețe, anxietate, durere, probleme cu somnul și exerciții fizice insuficiente [4]. Stresul provocat de un diagnostic medical și de terapia cancerului de sân poate fi diminuat cu ajutorul intervențiilor psihologice. Cu toate acestea, studiile care cercetează eficiența terapiilor psihologice utilizează o varietate de metode și tehnici (cum ar fi terapia de grup sau individuală) și se concentrează pe diferite aspecte ale tratamentului (îmbunătățirea bunăstării emoționale sau consolidarea abilităților personale). Prin reducerea suferinței personale și modificarea schemelor cognitive



disfuncționale, terapia cognitiv-comportamentală, spre deosebire de alte modalități psihologice, se concentrează pe îmbunătățirea stărilor afective, pentru a face față bolii. În aceste cazuri, se utilizează o varietate de strategii (cum ar fi exercițiile de relaxare), pentru reorganizarea schemelor cognitive automate negative și stimularea optimismului și a gândirii pozitive [3, 10, 11, 12].

De asemenea, sunt utilizate alte două tehnici psihologice convenționale: terapia suportiv-expresivă și psihoeducațională. Aceste terapii sunt de obicei definite prin intervenții de grup cu scopul de a spori bunăstarea personală prin promovarea unei afectivități pozitive și a unor stări emoționale [13, 14, 15, 16].

Conceput să investigheze probleme existențiale, să ofere sprijin social și să promoveze o expresie emoțională sporită, terapia de grup de susținere-expresivă este un tratament cognitiv care se concentrează pe emoții. Suferința emoțională adusă de cancerul de sân pare să fie diminuată, ca urmare.

Terapia psihoeducațională este o abordare multidisciplinară care include atât un program educațional (cum ar fi furnizarea de cunoștințe suficiente despre afecțiune și tratamentele acesteia), cât și o intervenție psihologică (cum ar fi furnizarea de abilități afective și cognitive pentru a lucra prin experiența bolii).

Numeroase cercetări au arătat cum terapia psihoeducațională eficientă poate consolida abilitățile de coping, poate crește bunăstarea generală și poate reduce simptomele psihopatologice (inclusiv depresia și anxietatea). În plus, ajută pacienții cu cancer de sân să se simtă mai siguri de sine și să își urmeze planurile de tratament.

Fiecare dintre aceste tehnici s-au dovedit a fi destul de eficiente în reducerea anxietății, depresiei și a îmbunătățirii calității vieții [3, 13, 14, 15, 16].

DISCUȚII

Cancerul de sân are o rată de comorbiditate ridicată, iar reacțiile comune la diagnosticarea și tratamentul cancerului de sân includ angoasa mentală, anxietatea și tulburările afective, depresia și oboseala cronică, precum și diminuarea legăturilor sociale. Cu toate acestea, femeile cu un diagnostic primar de cancer de sân sunt încă expuse riscului de tulburări psihologice mulți ani de la primirea acestuia, subliniind efectele negative semnificative ale acestei boli asupra calității vieții pacienților [3].

Apariția simptomelor psihologice la pacienții cu cancer este o stare suficient de comună pentru a considera

depresia și anxietatea drept complicații neglijate ale cancerului (Lu și colab., 2020; Mitchell și colab., 2012). Pitman și colab. (2018) raportează că prevalența depresiei majore, a depresiei minore și a anxietății, așa cum este definită de Manualul de diagnostic și statistic al tulburărilor psihiatrice (DSM-5) este de 14,9%, 19,2% și, respectiv, 10%, pe baza datelor din oncologie. Aceste procente sunt semnificativ mai mari decât media populației, care este de doar 2% pentru depresia majoră, 5% pentru depresia moderată și 7% pentru anxietate (Pitman et al., 2018).

După estimările relatate de Tsaras et al. (2018), aproximativ 38,2% și, respectiv, 32,2% dintre pacienții cu cancer de sân experimentează depresie și anxietate la un moment dat în traiectoria cancerului, în ciuda estimărilor care variază foarte mult în funcție de tipul și stadiul cancerului, prognostic, percepția imaginii corporale post-tratament și efectele secundare neuropsihiatrice ale medicamentelor (Chang et al., 2015). Conform Manualului de Diagnostică și Statistică al Tulburărilor Mintale (DSM-5), prevalența depresiei minore și a anxietății este de 14,9%, 19,2% și, respectiv, 10% [1].

Suferința este o noțiune largă care include o varietate de emoții legate de semne de adaptare, depresie și probleme de anxietate. Deși prognosticul este în general pozitiv, un diagnostic de cancer mamar este alarmant și prezintă provocări suplimentare pentru femei, cum ar fi nevoia de tratament și orice reacții adverse asociate.

Imaginea corpului este privită ca un construct sofisticat care poate fi definit ca „*reprezentarea mentală a corpului, a gândurilor și a sentimentelor cu privire la aspectul fizic, atractivitatea și competența cuiva, precum și starea percepută de sănătate generală, funcționare și completitudine, sexualitate.*” Pierderea unui sân este strâns legat de sexualitatea femeilor, de sentimentul de sine și de identitatea de gen. Aproximativ o treime dintre supraviețuitoarii cancerului de sân, în special femeile mai tinere, raportează disconfort legat de perturbarea imaginii corporale după finalizarea cu succes a tratamentului pentru cancer [2].

Importanța sânelui unei femei are un impact dramatic asupra imaginii corpului ei și, în funcție de femeie, pierderea unui sân prin mastectomie va avea mai multe semnificații și poate declanșa emoții conflictuale. Astfel, amploarea reacției psihologice la îndepărtarea unui sân este strâns legată de importanța emoțională pe care femeia o acordă sânilor. În consecință, în funcție de schimbarea negativă a corpului unei femei, orice pierdere percepută și bineînțeles, așa-numitul „*complex de jumătate de femeie*” poate duce la



diferite probleme psihosociale. Ori, perspectiva propriului corp și stima de sine se schimbă după o mastectomie și include nemulțumirea față de aspect, pierderea percepută a feminității și a integrității corporale, reticența de a se privi gol, sentimentul mai puțin atractiv din punct de vedere sexual, conștiința de sine în ceea ce privește aspectul și nemulțumirea cu cicatricile chirurgicale, în urma cărora, femeile se simt inferioare, incomplete și cu o teamă de a reveni la viața normală. Mulți alți autori au documentat în mod similar o scădere a stimei de sine la pacienții care urmează tratament pentru cancerul de sân. Mulți academicieni subliniază, de asemenea, că stima de sine este un rol semnificativ în recuperarea pacienților cu cancer și revenirea la nivelurile de activitate pre-diagnostic, deoarece atât intervenția chirurgicală pentru conservarea sânilor, cât și amputația, au un impact asupra funcționării pacientului, nu doar fizic, ci și psihosocial, emoțional și sexual [18, 19, 23].

Când vorbim despre pacienții cu cancer de sân, deprimarea, pesimismul și lipsa sau pierderea speranței sunt toți factori importanți de luat în considerare, deoarece „însoțesc ca o coloană sonoră, cinematograful bolii tumorale”. Cel mai important factor psihologic și neurologic în debutul și progresia disperării este modul în care este evaluată situația. Diagnosticul de cancer creează adesea un scenariu de viață prost, iar majoritatea persoanelor angajate preferă să-l catalogheze drept o situație fără speranță, sumbră, incontrollabilă, cel puțin pentru moment. Inerția și mecanismele de disperare învățate preiau controlul dacă neputința și sentimentul de a scăpa totul de sub control continuă, iar deznădejdea accelerează progresia cancerului, crește probabilitatea de recidivă și crește rata mortalității prin cancer [9].

CONCLUZII

Diagnosticul de cancer mamar, la cel puțin o treime din femei, este asociat cu efecte psihologice, cum ar fi anxietatea, depresia, teama de recidivă și grijile legate de familia și viitorul lor. Literatura de specialitate, menționează că cele mai frecvente preocupări ale femeilor cu cancer de sân sunt îngrijorările legate de starea lor de sănătate, calitatea de femeie și sexualitatea, situația profesională, rolurile lor generale în familie, viața cu incertitudine și probabilitatea de deces.

În urma evaluării, s-au identificat stări afective de ordin negativ produse de impactul pierderii unui sân sau ambilor, care refractează valorile majorate ale anxietății psihice, somatice, ale depresiei și a suferinței produsă de patologia de bază, ceea ce a condus la o acceptare necondiționată a

propriei persoane cu valori scăzute.

Acestor paciente, este necesar de a acorda ajutor terapeutic psihosocial prioritar, ca să poată face față diagnosticului de cancer. Psihoterapia presupune un proces complex și de durată, terapia fiind bazată pe aspectul emoțional, dar și practic, în sensul rezolvării problemelor cu stabilirea planurilor de viitor.

BIBLIOGRAFIE

1. Hadi Zamanian, Mohammadali Amini-Tehrani, Zahra Jalali, Mona Daryaafzoon, Sara Ala, Samira Tabrizian, Sahar Foroozanfar. Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation model. *European Journal of Oncology Nursing*. Volume 50, 2021, 101892, ISSN 1462-3889, <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101892>.
2. Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B. et al. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Curr Oncol Rep* 23, 38 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01049-3>
3. Guarino A, Polini C, Forte G, Favieri F, Boncompagni I, Casagrande M. The Effectiveness of Psychological Treatments in Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*. 2020; 9(1):209. <https://doi.org/10.3390/jcm9010209>.
4. Mokhtari-Hessari, P., Montazeri, A. Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. *Health Qual Life Outcomes* 18, 338 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01591-x>.
5. Ginter AC. “The day you lose your hope is the day you start to die”: quality of life measured by young women with metastatic breast cancer. *J Psychosoc Oncol*. 2020;18:1–17.
6. Bronner MB, Nguyen MH, Smets EMA, van de Ven AWH, van Weert JCM. Anxiety during cancer diagnosis: Examining the influence of monitoring coping style and treatment plan. *Psychooncology*. 2018 Feb;27(2):661-667. doi: 10.1002/pon.4560. Epub 2017 Oct 26. PMID: 28976610.
7. Bulotienė, G., Ostapenko, V., & Vesėliūnas, J. Psychological adaptation of breast cancer patients. *Acta Medica Lituanica*, 2006, 13(2), 92-96. ISSN 1392-0138.
8. Culbertson, M.G., Bennett, K., Kelly, C.M. et al. The psychosocial determinants of quality of life in breast cancer survivors: a scoping review. *BMC Cancer* 20, 948 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07389-w>
9. DÉGI L. CSABA. Aspecte psihosociale ale bolilor tumorale. *Evaluare și intervenție. Presa Universitară Clujeană*, 2015. ISBN 978-973-595-896-1.
10. Cobeanu, O., David, D. *Alleviation of Side Effects and Distress in*



- Breast Cancer Patients by Cognitive-Behavioral Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. J Clin Psychol Med Settings* 25, 335–355 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9526-7>
11. Ye, M.; Du, K.; Zhou, J.; Zhou, Q.; Shou, M.; Hu, B.; Jiang, P.; Dong, N.; He, L.; Liang, S.; et al. A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients. *Psycho-Oncology* 2018, 27, 1695–1703.
 12. Lantheaume, S.; Montagne, M.; Shankland, R. Intervention focused on resources to reduce anxiety and depression disorders în cancer patients: A pilot study. *L'Encephale* 2019
 13. Ochoa, C.; Casellas-Grau, A.; Vives, J.; Font, A.; Borràs, J.M. Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *Int. J. Clin. Health Psychol.* 2017, 17, 28–37.
 14. Wu, P.H.; Chen, S.W.; Huang, W.T.; Chang, S.C.; Hsu, M.C. Effects of a Psychoeducational Intervention în Patients with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy. *Nurs. Res.* 2018, 20, 266–279.
 15. Ho, R.T.; Fong, T.C.; Lo, P.H.; Ho, S.M.; Lee, P.W.; Leung, P.P.; Chan, C.L. Randomized controlled trial of supportive-expressive group therapy and body-mind-spirit intervention for Chinese non-metastatic breast cancer patients. *Support. Care Cancer* 2016, 24, 4929–4937.
 16. Cipolletta S, Simonato C, Faccio E. The Effectiveness of Psychoeducational Support Groups for Women With Breast Cancer and Their Caregivers: A Mixed Methods Study. *Front Psychol.* 2019 Feb 18;10:288. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00288. PMID: 30833920; PMCID: PMC6387958.
 17. Jibeon T. Unconditional Self Acceptance and Self Esteem în Relation to Frustration Intolerance Beliefs and Psychological Distress. *J Ration Emot Cogn Behav Ther.* 2017; 35: 207-221.
 18. Koçan S, Gürsoy A. Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *J Breast Health.* 2016 Oct 1;12(4):145-150. doi: 10.5152/tjbh.2016.2913. PMID: 28331752; PMCID: PMC5351438.
 19. Kołodziejczyk A, Pawłowski T. Negative body image în breast cancer patients. *Adv Clin Exp Med.* 2019 Aug;28(8):1137-1142. doi: 10.17219/acem/103626. PMID: 30817097. 47, Nacu, A. ș. a. Tulburările de anxietate. Protocol clinic national. PCN-278. Chișinău. 2017. 77 P.
 20. Oltean H-R, David DO. A meta-analysis of the relationship between rational beliefs and psychological distress. *J Clin Psychol.* 2018; 74: 883-895.
 21. Popov S. When is Unconditional Self-Acceptance a Better Predictor of Mental Health than Self-Esteem? *J Ration Emot Cogn Behav Ther.* 2018; 37: 251-261.
 22. Sehati Shafae F, Mirghafourvand M, Harischi S, Esfahani A, Amirzehni J. Self-Confidence and Quality of Life în Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018 Mar 27;19(3):733-740. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.3.733. PMID: 29582628; PMCID: PMC5980849.
 23. Tarkowska M, Głowacka-Mrotek I, Nowikiewicz T, Monastyrska-Waszak E, Gastecka A, Goch A, Zegarski W. Sexual functioning and self-esteem în women after mastectomy - a single-centre, non-randomised, cross-sectional study. *Contemp Oncol (Pozn).* 2020;24(2):106-111. doi: 10.5114/wo.2020.95876. Epub 2020 Jun 18. PMID: 32774135; PMCID: PMC7403762.
 24. Vrasti, R. Ghid Practic de Interventie în Criza. 2012. 468 P. Disponibil la: <http://www.vrasti.org/Ghid%20Practic%20de%20Interventie%20in%20Criza.pdf>
 25. Wu TY, Chang TW, Chang SM, Lin YY, Wang JD, Kuo YL. Dynamic Changes Of Body Image And Quality Of Life în Breast Cancer Patients. *Cancer Manag Res.* 2019 Dec 17;11:10563-10571. doi: 10.2147/CMAR.S223314. PMID: 31908528; PMCID: PMC6925559.



Cu noii unși, 2023



INCURSIUNI LITERARE

E-mailul mi-a afișat deunăzi pe ecranul computerului meu un volum-manuscris redactat de Emilian Adrian Sârbu. Cunoscându-l ca un erudit al temelor de care se ocupă, m-am năpustit asupra paginilor, devorându-le cu pasiune. Mai ales pentru faptul că nici eu nu am rămas neinfecat de microbul studierii fenomenului suicidal, susținându-mi chiar teza de doctorat în acest domeniu. Nu vă mirați deci, că le-am parcurs cât ai clipi. În paginile volumului „*Capăt de linie. Studiu privind sinuciderile și tentativele de suicid din rețeaua metroului bucureștean (2008 – 2021)*” al autorilor Emanuel Adrian Sârbu (coord.), Bogdan Căpruci, Cristinel Fierbințeanu și Florin Avădăni, am reușit să deslușesc evenimente și date în mare parte necunoscute nouă al unui fenomen, devenit aproape cotidian zilelor bucureștene.

M-a frapat rezistența conducerii Metrorex în „*deconspirarea*” datelor solicitate de autori, date, care nu ar trebui să fie secretizate. Doar, ele sunt întâmplări reale, publicarea cărora ar putea duce la luarea unor decizii – chiar costisitoare! – care să prevină pierderea altor vieți. Decizii, care în unele state mai dezvoltate au fost puse deja în practică, dovedându-și eficiența. Iar dacă sintagma „*nimic nu e mai*

valoros decât viața omului!”, este validă costurile măsurilor care țintesc prevenirea sinuciderilor la metrou (dar nu numai!) nu ar trebui să primeze în defavoarea vieților pierdute prin autosuprimarea lor. Idee care ar trebui să devină una călăuzitoare pentru guverne, persoane aflate la cârma instituțiilor și întreprinderilor.

Cunoștințele afișate în cele șase capitole ale cărții ar trebui să devină un felinar pentru aceste foruri, personae, care să le arate drumul spre lumina din capătul tunelului. Spre izbânda vieții asupra morții de sine provocate.

Noi, medici, personal cu pregătire medie într-ale păstrării sănătății mentale, cadre pedagogice, preoți, dar și laicii diferitelor tagme profesionale, chiar neprofesionale, să punem acest volum sub căpătâiul nostru, ca, răsfoindu-l din când în când, să ne aducem aminte, că fieș-care dintre noi, putem pune o pietricică la zidul stăvilirii acestei metehne, care duce anual în cimitire oamenii comunităților de mărimea unei comune mai mari.

Veress Albert, M.D., Sc. D. 2022.XI.17

CÂTEVA GÂNDURI PE AMPRENTELE PELERINULUI

Mi-a fost dată ocazia, bucuria, împlinirea citirii unei cărți de pomină. Una, care oglindea urmele pașilor unui autor cu o vastă cultură generală, un adevărat spirit sintetic, cu o observare profundă a realităților artistice și al lăuntricelor umane ale celor despre care ne etalează critici și recenzii literare, artistice. Mă roade o adevărată invidie, dar mă încercă și o deosebită admirație față de un contemporan de-al meu: cum de a reușit să acumuleze în brazdele creierului atâtea cunoștințe, în suflet un tumult de adânci trăiri fremătânde. Un boier al artei cuvintelor, cum îl citează pe Irinel Popa, care îi pune acest epitet lui Mihail Diaconescu.

Câte și câte am reușit să aflu despre semenii mei, concetățeni de mai aproape sau din depărtări! Despe oameni pe lângă care treceam până acum, fără să bănuiesc măcar ce valori artistice și ce hram poartă.

Câte și câte am reușit să învăț despre ai. Despre literatura română. Despre arta grafică, fotografică și a sculpturii.

Înfulecând într-o doară paginile volumului dădeam la

o oră târzie din noapte și de două recenzii ale încercărilor mele de condeier mai puțin avizat. Surprins am rămas de cea ce am aflat despre mine, despre valențele mele cu care Dânsul mi-a încununat fruncea, ca un fel de aureolă care plana deasupra-i.

M-a mirat lista operelor deja apărute și ale celor în pregătire numărând 18, respectiv 4 volume. Dedicăția înscrisă pe prima pagină este atât de gentilă, precum a fost și cea dată pe un alt volum oferit mie. Menită pentru păstrarea ei posterității, pentru puietii mei, care îmi vor pași pe urme, ca să se pună și ei pe citirea volumelor primite.

Paginile sunt cadrate de coperte frumos concepute și realizate. De parcă ar dori să ne insufle lăuntricul autorului. Sufletul lui, radiind o căldură și dragoste umană. Una profundă, altruistă.

Aș dori să trăiesc încă o sumedenie de ani, dacă nu pentru altceva, măcar pentru a avea ocazia degustării operelor ce vor mai ieși de sub condeiul Dânsului.

(Amprente pe pelerinului: Nicolae Bucur)

Dr. Veress Albert, Miercurea Ciuc, la 18.12.2020.



STIMATE D-LE DR. VERESS ALBERT

Am primit eleganta și atât de măgulitoare / alintătoare ...*"impresii"*...*"recenzie"*- mai mult decât atât ! Se vede că pasiunea dvs. pentru cartea citită pe îndelete nu-i numai a cititorului, ci și a profesiei acestui cititor. Vreau să cred că pentru un medic ca domnia voastră o carte este apreciată ca un prieten, un sfetnic, poate chiar un îndemn, un mijloc de a te cunoaște tu însuși, cititor, mai bine. Dumneavoastră d-le Berci Veress aveți în această „*postură*” acel avantaj că vedeți cartea, în dubla sa „*fațetă*”: de scriitor - autor și un deosebit și statornic cititor... Am primit și de la alte persoane, chiar distinse personalități, similare recenzii pozitive... și totuși scrierea dumată m-a flatat și mă simt deosebit de satisfăcut că am putut să fac din cartea mea acel „*instrument*” (nu-i cuvântul potrivit) de cultivare ... aducând acel spor de puteri spirituale, celui care o citește! Așa ceva mi-am propus! se vede că am atins ținta!

Autorul unei cărți trebuie să fie în stare să inspire o dragoste sau o pasiune. În zilele noastre e greu să mai găsești cititori ca domnia voastră, să zicem... s-a împușinat și intelectualitatea de altă dată! Cartea ar trebui să aibă de multe ori acea parte de necunoscut și de mister fără de care, cum spunea cândva un scriitor, mai în glumă și-n mai serios, nici dragostea pentru o femeie nu este cu puțință!!!... alte vremuri!!!

Vă mulțumesc mult pentru că mi-ați acordat acel timp de lectură și voi păstra în arhiva mea rezultatul „*exercițiului*” dvs. prin invocarea admirativă a rodului meu spiritual. Și de ce nu, îl voi valorifica, printr-o publicare, alături de alte „*reflecții*” - scrieri transmise și primite.

Să auzim numai de bine! Cu sinceră afecțiune și considerație,
Nicolae Bucur
2021.IX.21.

PREFAȚĂ METAMORFOZATĂ ÎN POSTFAȚĂ

la volumul distinsului coleg, literat și om de știință, ALIN LEȘ, CRIMINOLOGIE ȘI PSIHOLOGIE CRIMINOLOGICĂ. Devianță. Psihopatologie. Sexualitate. Ediția a 2-a adăugită și revizuită.

Inițial, la aflarea vestei înhamării autorului la reeditarea primului volum, gândit a fi mult mai lărgit și diversificat în conținut, propusesem autorului o prefațare al noului volum. Nu a fost să fie! Mi-au luat-o înaintea doi „*Sfinți sacri*” ai medicinei, Prof. Dr. Rodica Stănoiu și Prof. dr. Ticu Constantin, care au făcut acest demers într-un mod priceput și exhaustiv. Mult peste puterile mele, peste priceperea mea de prefațare. Dar, ca totuși, să nu rămân în pierdere, să mă țin de cuvântul dat, am decis, - deși nu se prea practică - ca măcar să postfațez volumul autorului. Nu vă panicați, o să fiu cât se poate de scurt și concis cu ale mele ditirambe.

Dacă aș fi printr-o întâmplare neașteptată (și nedorită?) ministrul educației (sau al sănătății?), aș introduce acest volum în programa analitică obligatorie a pregătirii studenților mediciști, al rezidenților în psihologie, psihiatrie, criminologie. Ar găsi din belșug pe cele 232 de pagini toate noțiunile, reperatele de care vor avea nevoie în

cariera lor stufoasă, pe parcursul căreia se vor lovi inevitabil de diverse probleme despre rezolvarea cărora autorul le oferă un fir călăuzitor, un fel de fir a lui Ariadne, spre ai ajuta să iasă la limanul capcanelor labirintelor în care - vrând, nevrând - le va fi imposibil să nu calce. Obligați fiind de „*riscurile*” profesiei alese.

Vor putea învăța dintr-un volum bine structurat, bogat în conținut, diversificat ca problematică, scris într-un stil de cărturar versat. Deloc plicticos.

Și ca un post-cuvânt la postfața mea: „*Dați bici cailor în continuare, domnule Leș Alin! Bucurați-ne cu alte delicatesuri științifico-literare!*”

Veress Albert, M.D., Sc.D.
2022.IV.10.



CARTEA TRĂIRILOR UNUI PURTĂTOR DE TORȚĂ...

„O casă fără cărți îmi pare un corp din care a plecat sufletul” (Cicero)

Personalitatea de care am fost invitat/rugat să-i fac recenzierea actualei cărți „**Așchii de viață. Din amintirile unui psihiatru**” nu are nevoie de o prezentare anume pentru că îl cunoaște, așa zice, o „*lume*” întreagă. Am început să-l cunosc, mai deaproape, destul de târziu. Ne-am făcut schimb de cărți, cu dedicații. Nu-i imposibil să vorbești despre Domnia Sa și mai ales despre cărțile sale. La modul realist mi-a fost mai greu să-i fac cronică cărții „**Fărtatul diavolului**” (2013), autori dr. Vadas Gyula, dr. Veress Albert.

A pătrunde în atmosfera conținutului aceluia tratat științific pe o tematică sinistă îți impune un impact senzorial aparte. Este o carte tristă, notam atunci, adânc omească, prin realitatea ei faptică și cuvântul cu neliniștile ce-l emană. Recenziile apărute în cotidienele din județele Harghita și Covasna, în *Buletinul Asociației Balint* precum și în revista *Viața medicală* din 16 iunie 2014, s-au bucurat de succes, la care adaug satisfacția autorilor, conform mărturisirii dl dr. Veress Albert, căruia îi mulțumesc și pe această cale.

E cu totul altceva această nouă carte, evident diferită privind conținutul și stilul redactării. Aveam să mă familiarizez cu ea acum trei ani, când a apărut în varianta originală, în limba maghiară și oferită de autor cu o frumoasă dedicație, fiind datată 03.03. 2014. Varianta în limba română mi-a fost dăruită la 20 mai 2017, deasemenea cu o măgulitoare dedicație. Pot spune că am lecturat-o în cele două limbi.

Îmi permit să remarc, de la început, că-i o carte de suflet, plină de trăiri, evenimente, mărturii ale unui **purtător de torță** cu o viață socială mereu în vervă. Dr. Veress Albert își iubește profesia și s-a ambiționat să și-o exercite fără cusur. Și a reușit pentru că-i specialistul de clasă înaltă crezând în rostul ce-l are încă în acest domeniu în cale afară de responsabil. Dr. Veress Albert, pentru amici Berci al II-lea, îndrăgit și stimat de mulți și-a dorit să fie *purtător de torță*, cum reiese din inscripția la fotografia făcută și postată pe ultima filă a cărții. (p.306). „*Purtătorul de torță*” este sinonim cu porunca strămoșilor de-a trăi... Probabil în subconștientul ființei autorului se făcuse o asociere de idei în lumea cărora spațiul geografic și oamenii locului cobitau într-o îngemănare logică. Îndrăznesc să cred, că ideea acestei cărți a avut-o în adolescență.

Să nu uităm că *torța* a fost simbolul artelor și științelor oculte, al dogmelor prin „*Lumina*” cărora „*Adevărul*” devine vizibil. Când a rostit aceste vorbe „*Totdeauna așa fi vrut să fiu un purtător de torță*” dr. Veress Albert a gândit mult mai departe, și anume că „*...O torță aprinsă este simbolul vieții... O torță reprezintă adevărul, purificarea și dragostea. Și de ce nu torța este lumina sau flacăra rațiunii!*”

Un emblematic savant al secolului trecut, Mircea Malița, autorul, printre altele, al celor trei volume ale *Aurului cenușiu* (1971,1972 și1973) vorbește despre infinita răbdare pe care trebuie s-o aibă un intelectual, mă gândesc aici la dascălul de la catedră și evident la medicul de la patul bolnavului. Apelez la acest citat: „*Cea mai mare energie cerebrală este cheltuită (după îndelungi studii) în relația om-om și mai ales în tentativa de a-l convinge pe interlocutor...*”, tentativă, am adăuga, care stă la baza învățământului, medicinei și nu numai.

Printre calitățile de căpătâi ale distinsului medic trebuie socotită capacitatea de a întreține relații personale cu diferite personalități, dar și cu oamenii de rând, așa cum reiese din filele acestei cărți, cum mai spuneam, bogată în fapte, întâmplări, confesiuni. Atunci, când mereu ai de-a face cu oameni, ca și dascălul de la catedră, zicem noi, medicul, ne atenționează autorul cărții, trebuie să petreacă multe ore la cabinetul medical, în acel dialog *maieutic* – precum în filozofia socratică, adică arta de a descoperi la un *interlocutor/pacient*, prin discuții, adevărul pe care îl poartă în sine, dar de care nu este conștient.

„**Așchii de viață. Din amintirile unui psihiatru**” citită cu atenție și plăcere devine atractivă și poate „*răscoli*” stările afective ale cititorului. Sentimentul frumosului și al demnității umane se împărtășesc într-un act vertical, ca o invocare sau o rugăciune, îndreptată către spațiul celest și cel terestru. Autorul într-un limbaj elegant și duos, uneori patetic, emoționant, reușește să comunice informații clare, veridice, ordonatoare și formative prin autoritatea intrinsecă a argumentelor lor. Așa cum a reieșit din atâtea lucrări publicate, vocația de mânăitor a cuvântului se schițează și aici cu acel har de inteligență. O astfel de carte este implicit un model de memorialistică, întâlnind aici consemnări și mărturisiri ale unei personalități cu vastă experiență de viață, diversă și detaliată în amintiri personale, familiale, relații cu prietenii, anii studenției, aventurile montane, impresii din călătoriile întreprinse, inclusiv cele cu învățăminte.



Cel care a fost călăuzit de dictonul latin „*Timpurile se schimbă și ne schimbăm și noi odată cu ele*” ne poartă în sfera delicată a branșei sale. Aflăm, spre exemplu, de zilele și nopțile din Secția de psihiatrie... unde medicul încerca să-i convingă pe bolnavi că „*tratamentul psihiatric nu este un sprint de o sută de metri, ci o cursă maraton*”. Nu odată își dă seama că sunt cuvinte rostite în van, dar nu cedează, perseverează pentru că „*fără clarificări și strategii de lungă durată*” nu se poate progresa în psihiatrie. În aceeași ardoare a proiectelor și înfăptuirilor îl întâlnim pe „*Omul care sfințește locul*” care-și va metamorfoza apartamentul blocului familiei sale pentru a deveni sediul *Asociației Balint din România*, numărul membrilor fondatori fiind atunci de 29. Evenimentul se întâmplă pe 25 iulie 1993.

Nu pot trece cu vederea pentru a nu lămuri, în acest context, cititorilor neavizați, cine sunt de fapt membrii *Asociației Balint din România*. Apelez, așa cum a făcut-o și autorul cărții, la un citat al cunoscutului publicist și scriitor Cseke Gábor, care semnează și ca lector această carte, iar varianta în limba maghiară ca redactor. „*Balintienii nu sunt medicii în sensul obișnuit al cuvântului, care își risipesc puținul timp liber în lupte pentru putere și prestanță, ci vindecătorii care încearcă să obțină unul de la celălalt sprijin moral și putere pentru succesul misiunii lor*” (p. 226).

Experiența de dascăl, prin prisma acestei cărți, îmi oferă posibilitatea să afirm că pedagogia și munca la catedră trebuie făcută cu tact, răbdare și plăcere. Acest lucru se petrece și în medicină precum se desprinde din cele 22 capitolele ale cărții „*Așchii de viață...*”, cu precădere în cap. *Secția de psihiatrie mă așteaptă cu brațele deschise* (p. 141) și *Viață în stil Perpetuum Mobile* (p. 219). Cu alte cuvinte mă rezum la această sintagmă: O disciplină poate fi îndrăgită și prin prisma profesorului, cum o boală a unui pacient poate fi tratată de un medic/ psihiatru și prin niște cuvinte rostite din suflet. Distinșii noștri intelectuali, precum dr. Veress Albert, un adevărat model, în acest sens, pentru generația sa și a celei tinere, pășește și azi, conform sloganului, că adevărul vieții este totdeauna prezent, dar numai cel/ cei care își pune/ pun întrebări primesc răspunsuri și descoperă acest adevăr. Autorul a chibzuit și cugetat la numeroase lucruri și fenomene, dar în mod deosebit la faptul că viața fiecăruia reflectă ceea ce există în interiorul tău. Iar această realitate launtrică depinde în întregime de tine.

Cartea de față nu-i numai a prezentului, a cititorilor de astăzi, ea are un mesaj profund pentru generațiile care ne vor urma. De aceea nu întâmplător Domnul Veress Albert al II-lea, soț, tată, bunic o dedică, citez: *Nepoților mei Hanga, Zsombor-Örs, Berci al -IV-lea, Gergő*.

Iată cum *excursul* nostru ar putea continua spre a pomeni că și cititorul tânăr s-ar putea lamenta, dar și amuza de primele capitole ale cărții: *Povestea nașterii mele, Lumea copilăriei mele, Lecții timpurii de viață, Aventurile mele montane, Ne-am pus paltoane lungi, Vremea iubirilor din liceu, În straie soldățești* ș.a. Câteva pilde și amintiri ar putea deveni sfaturi de învățătură tinerei generații și nu numai. Vom afla de la autor că șotiile și năzdrăvăniile din copilărie nu i-au servit drept învățătură! Ne copleșesc însă aducerile aminte despre muntele cu tainele sale, care devenise acea atracție magică pentru tânărul, apoi maturul „*personaj*”. Tânărul Berci devine atât de sincer și nostalgic când relatează cum asculta cu plăcere poveștile bătrânilor cu vechi istorii haiducești și cu soldați dezertori, pe care muntele, pădurile îi ocroteau. Avea o atracție și admirație aparte privind ospitalitatea bacilor de la stâne. Recunoaște cu deosebită mândrie că printre acei oameni, muncitori montani, a învățat să prețuiască munca fizică. Din respect pentru oamenii simpli de la țară, de la munte, care „*Lucrau cât ziua de lungă. Mocănește, tăcuți, suportând multe*”, ne permitem această sensibilă și înduioșătoare constatare: „*Pentru ei, și printre ei, mâncatul era sărbătoare, cinsteau merindele lor sărăcăcioase. Ne era rușine să ne milogim în fața lor pentru hrana sfârșitului de săptămână, dar o făceam la porunca foamei, [cucoană mare]*”... Elevii zilelor noastre au ce reflecta despre școlarul Berci „*devoratorul*” cărților din biblioteca școlii, care ne lasă rânduri semnificative despre aceste „*delicatețuri spirituale*”: „*Citeam enorm. Fără alege-re, fără sfaturi înțelepte, tot ceea ce îmi cădea în mâini... Mi-am îndesat dulapul de la cămin cu cărți cumpărate de la anticariat, cu banii pentru cornul de la gustare...*” Persoana/ personajul cărții, însăși autorul, o fire mereu pusă pe șagă, amintește și de anii de armată. „*Am reușit să supraviețuiesc mai ușor celor 16 luni de cătănie numai datorită firii mele jucăușe!*” zice „*un adolescent întârziat la 18 ani, care se juca cu copiii de pe stradă, chiar și când rudele petreceau la plecarea lui în armată*”. La facultatea de medicină „*acordurile*” sunau mai ferme la orele de anatomie – „*trebuie să înveți mult la medicină*”. Și aici, însă, utilul cu plăcutul erau într-o permanentă logodnă. Iată și destăinuirea: „*Am devenit un fotograf pe jumătate autorizat al anilor de studiu care au urmat. Zona preferată pentru fotografii era laboratorul de anatomie și sala de disecții...*”

Interesante și pline de sinceritate sunt paginile dedicate „*rezidențiatului*” din cap. *Anii de dospeală*, titlu simbolic, în care tânărul „*doftor*” sau „*medicul făcător de minuni*” narează aspecte ale stagiaturii de la Dispensarul din Botesti – Moldova, atașat de săteni și aceștia de dânsul. Să-i



ascultăm vorbele: „*M-am atașat de săteni. S-au atașat și dânsii de mine. M-au acceptat așa cum eram. Căci ei știau, vedeau, că oricând, în orice necaz al lor puteau conta pe mine. Și pe preot!*”

Aflăm de bogata corespondență pe care o poartă cu o serie de persoane din țară, care-i cereau ajutor sau sfaturi legate de problemele lor de sănătate. Este momentul să spunem că în gândirea medicului începe să se contureze acel tip de medic **balintian**, care tratează nu doar boala, ci omul bolnav în întregul lui. Adică, pacientul găsește în medicul de tip balintian un om sensibil și înțelegător. Iată și **mottoul** care-l va călăuzi de acum încolo pe medicul Veress Albert: „**Să privești omul ca un întreg, ca o unitate biologică, spirituală, psihologică și socială.**” Reținem și această reflecție a relației **medic-pacient**, pe care animatorul viitoarei **Asociații Balint** o va pune în practică. „*Numai acel medic poate să se apropie cu adevărată empatie și cu cuvinte de alinare de bolnavii săi, care a trăit pe propria-i piele rolul de om bolnav!*” (cap. *Mă ia valul*).

Cel care și-a așternut pe hârtie gândurile până în zilele noastre este ca drumețul ce a străbătut înaintea noastră căile frumoase și reale. O asemenea carte îți alină bătrânețea și singurătatea și ne întinde mâna chemându-ne lângă ea să ne simțim ca niște prieteni de nădejde.

Cărțile sunt ca niște corăbii încărcate călătorind pe vastul ocean al vremii. Cărțile ca și proverbele, dovedesc valoarea prin pecetea și starea timpurilor pe care le-au străbătut. Această carte nouă și originală ne trimite la acel adevăr că trebuie să prețuim și adevărurile vechi, adică cele peste care s-a așternut timpul.

Stimate D-le dr. Veress Albert, în finalul acestui expozeu, îmi permit să vă invit în realitatea zilelor noastre, fără a omite acele momente, deloc ușoare și nostalgice, unele chiar magice ale vremurilor trecute cu care este presărată cartea Domniei Voastre. După o activitate atât de rodnică, profesată cu atâta ardoare, Dvs. o știți prea bine, nu veți putea renunța atât de ușor la Cabinetul de psihiatrie și la pacienții Dvs. Veți activa și onora încă ani buni „*Primele pietre de hotar ale Balintului din România*”, iar „*cuibul*” acela de manuscrise și cărți vă va atrage mereu ca un magnet la alte și alte creații. Și mai credem, alături de cititorii Dvs., în darul aniversar promis - *Cartea memoriilor viitoare*.

Prof. Nicolae Bucur, prima apariție în Informația Harghitei, 12. I. 2022.

ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI - PLANURI DE VIITOR

13-15 Ianuarie, 2023: Curs pentru liderii de grup și cei care doresc să devină lideri acreditați, Praid

11 Martie, 2023: Curs Balint la Costanța

4-7 Mai, 2023: a XXX-a Conferință Națională Aniversară Balint la Șumuleu-Ciuc cu alegerea noului Birou al Asociației

9 Iunie, 2023: secțiune Balint cu grup demonstrativ în cadrul Conferinței Naționale de Psihiatrie (László Alma, Veress Albert)

PLANURI DE VIITOR

6-8 Octombrie 2023: Curs pentru liderii de grup și cei care doresc să devină lideri acreditați, Lunca de Sus, Valea Făgețel
Pregătirea ultimului număr tipărit al Buletinului Asociației Balint pentru decembrie 2023, **după care vom trece doar la viziunea electronică.**

Veress Albert



INDEX: ISSN - 1454-6051

