

**BULETINUL ASOCIAȚIEI
BALINT DIN ROMÂNIA**

Martie 2008, Volumul 10, Nr. 37.

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 – Örs Sulyok

Coperta – Botond Miklós FORRÓ

Comitetul de redacție:

Tünde BAKA, Dan Lucian DUMITRAȘCU, Evelyn
FARKAS, Iosif GABOS GRECU, Cristian KERNETZKY
(Germania), Holger Ortwin LUX, Csilla MOLDOVAN,
Iuliu OLTEAN, Gheorghe PAINA, Ovidiu POPA-VELEA,
Traian STRÂMBU, Almoș Bela TRIF (USA),
Ionel ȚUBUCANU, Éva VERESS, Nicolae VLAD,
Róbert ZIELINSKI.

Adresa redacției:

530.111 – MIERCUREA CIUC, Str. Gábor Áron 10.

tel./fax 0266-371.136

0744-812.900, (Dr. Veress)

E-mail: albert.veress@yahoo.com, alveress@clicknet.ro,

www.balint.xhost.ro

Adresa lectorului:

E-mail: abtrif@yahoo.com

Editat de Asociația Balint din România

Tipărit la Tipografia Alutus, Miercurea-Ciuc

**Manuscrisele sunt supuse lecturii unui comitet de
referenți, care primește manuscrisele cu parolă, fără să
cunoască numele autorilor și propune eventualele
modificări care sunt apoi transmise autorului prin
intermediul redacției.**

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

Buletinul este expediat de către secretariatul Asociației

Balint fiecărui membru cu cotizația achitată la zi.

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

sau **25.11.01.03.19.19** (depunere în numerar)

Prețul unui număr la vânzare liberă este de **2 EURO/număr**
la cursul BNR din ziua respectivă.

Abonamentele pentru țările occidentale costă **50 EURO/an**,
incluzând taxele poștale și comisionul de ridicare
a sumei din bancă.

*INDEX: ISSN - 1454-6051***CUPRINS**

Almos Bela Trif FALS ESEU DESPRE BURNOUT-UL PROFESORULUI UNIVERSITAR	3
Georgian Tiberiu Mustăță CHALLENGING BURNOUT: JOIN, ADD PERSONAL EXPERIENCE, AND STIR	7
Voichița Dumitru, B. Nemeș, Doina Cozman DE LA STRES LA BURNOUT. STUDIUL PILOT ASUPRA ASISTENTULUI MEDICAL DE PSIHIATRIE	9
Adrian Lala SINDROMUL BURNOUT – ASPECTE SPECIFICE ÎN PRACTICA MEDICINEI DE URGENȚĂ	13
dr. Mioara Tovârnac MEDICINA ESTE ȘI ARTĂ?	17
Don Bryant “A BALINT-GROUP IS NOT JUST FOR DOCTORS”	18
Laura Poantă, Dan L. Dumitrașcu DIRECȚII DE CERCETARE ACTUALE ÎN MEDICINA PSIHOSOMATICĂ	23
Marie-Anne Puel SCRISOARE DESCHISĂ CĂTRE ROGER VAN LAETHEM	27
NECROLOG – DR. MARC ZSUZSANNA	28
ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI	28

*Dorim să stabilim schimburi cu alte publicații.**On désiré établir l'échange avec d'autres
publications.**We wish to establish exchange with other
publications.**Wir wünschen mit anderen Herausgaben den
Austausch einzurichten.**Desideriamo stabilire cambio con alte
pubblicazioni.**Déseamos establecer intercambio con otras
publicaciones.*



Prezentarea

ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA

Data înființării: 25 iulie 1993

Michael BALINT: Psihanalist englez de origine maghiară

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

Activitatea Asociației:

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

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

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

BIROUL ASOCIAȚIEI:

Președinte: Albert VERESS;

Vicepreședinte: Tünde BAKA;

Secretar: Éva VERESS;

Trezorier: Rita-Lenke FERENCZ;

Membri: Csilla HEGYI, Csilla MOLDOVAN, Attila MUNZLINGER, Ovidiu POPA-VELEA, István VÁRADI

Cotizația se achită până la **31 martie a.c.** Cvantumul ei se hotărăște anual de către Biroul Asociației. În cazul când ambii soți dintr-o familie sunt membrii Asociației, unul din ei poate cere scutirea de la plata abonamentului la Buletinul Informativ, al cărui cost se stabilește anual.

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 penalizați cu o majorare de 50%! Cei cu o restanță de doi ani vor fi excluși disciplinar din Asociație.

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

Cotizația pentru anul 2008 este de **10 EURO** (la cursul oficial BNR din ziua în care se face plata), în care se include și abonamentul la Buletin.

Taxa de înscriere în Asociație este de **20 EURO** (nu se fac reduceri studenților!). **Abonamentul** costă **4 EURO**.

CĂTRE AUTORI

Se primesc articole cu tematică legată de activitatea grupurilor Balint din România și din străinătate, de orice fel de terapie de grup, de psihoterapie, de psihologie aplicată și de alte abordări de ordin psihologic al relației medic-pacient (medicină socială, responsabilitate medicală, bioetică, psihosomatică, tanatologie). Materialele scrise la solicitarea redacției vor fi remunerate.

Buletinul este creditat de către CMR ca prestator de EMC, deci orice articol publicat se creditează cu 15 credite EMC. Abonamentul la Buletin se creditează cu 5 credite.

Redactorul șef și / sau lectorul își iau libertatea de a face cuvenitele corecturi de formă, iar în cazul neconcordanțelor de fond vor retrimite articolele autorilor cu sugestiile pentru corectare.

Deoarece revista se difuzează și în alte țări, articolele care nu se limitează la descriere de evenimente, adică – eseurile, expunerile teoretice, experiențele clinice – trebuie să aibă un rezumat în limba română și engleză, de maximum 10 rânduri dactilografiate. Lectorul își asumă responsabilitatea de a face corectura rezumatului.

Pentru rigoarea științifică apreciem menționarea **bibliografiei** cât mai complet și mai corect, conform normelor **Vancouver**, atât pentru articolele din periodice cât și pentru monografiile (**citarea în text se notează cu cifre în**

paranteză, iar în bibliografie se enumeră autorii în ordinea citării nu cea alfabetică).

Recenziile cărților trebuie să cuprindă datele de identificare a cărții în cauză – autorii, titlul și toate subtitlurile, anul apariției, editura și orașul de proveniență, numărul de pagini și ISBN-ul. Pentru cei care au posibilitatea, se poate trimite pe fișier separat imaginea scanată a primei coperti.

Se primesc doar materiale trimise pe diskete floppy de 3,5", CD sau prin e-mail ca fișier atașat (attach file). Este inutil să expediați materiale pe altă cale (foi scrise de mână, dactilografiate, fax sau altfel). Se vor folosi numai caracterele **românești** din fontul Times New Roman, culese la mărimea 12 pentru aprecierea convențională a numărului de pagini, în WORD 6.0 sau 7.0 din WINDOWS.

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

Articolele trimise vor fi însoțite de numele autorului, cu precizarea gradului științific, a funcției și a adresei de contact, pentru a li se putea solicita copii în extras de către cei care doresc. Autorii vor scana o **fotografie tip pașaport** sau **eseu** pe care o vor trimite ca fișier atașat sau pe o disketă la adresa redacției.

ANUNȚURI ÎMPORANTE

ACEST NUMĂR ESTE UNUL TEMATIC AXAT PE SINDROMUL BURNOUT

Asociația Balint are un site. Adresa: www.balint.xhost.ro

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

COLEGII SUNT RUGAȚI SĂ OFERE 2 % DIN IMPOZITUL PE 2007 PENTRU ASOCIAȚIA BALINT. ROG SĂ COMPLETAȚI FORMULARUL DE OFERTĂ CU CONTUL, CODUL FISCAL (DIN CASETA BULETINULUI) ȘI NUMELE ASOCIAȚIEI, APOI DEPUNEȚI DECLARAȚIA LA ADMINISTRAȚIA FINANCIARĂ

FALS ESEU DESPRE BURNOUT-UL PROFESORULUI UNIVERSITAR

Almos Bela Trif, M.D., Sc.D., J.D., M.A.,
Pathology Department College of Medical Sciences, NOVA SOUTHEASTERN University, U.S.A



Abstract: Using a literature review and his personal expertise as a university professor the author, with a 26 year medical practice behind, writes a pseudo-essay about some of the causes and symptoms of the burnout syndrome apparent at some university professors. At the end he makes two suggestions aimed to avoid future cases of burnout in academia.

Desigur că v-ați dat seama că titlul este inspirat de superba lucrare a lui Alexandru Odobescu, „Fals tratat de vânătoare – *Pseudokinegetikos*”. De ce mi-am intitulat eu așa rezultatul muncii mele? Mai întâi, textul pe care îl citiți nu e un articol științific, căci nu e rezultatul unei cercetări, iar de aceea nu veți găsi în el de loc Cronbach alfa și alte elemente de validitate statistică, care să-i dea credibilitate în lumea științifică. Mai apoi nu poate fi nici măcar vorba de un adevărat eseu, deoarece textul conține câteva referințe bibliografice riguroase. Forma asta hibridă mă va salva de situația nefericită, când cineva ar vrea să mă tragă la răspundere pentru ceea ce am scris, iar atunci eu ar trebui să pretind că am creat de fapt un pamflet, care nu poate aduce niște consecințe neplăcute pentru mine ca autor.

Ce veți citi este rezultatul unor amănunțite observații făcute timp de câțiva ani buni de un om avizat. La urma urmei observația empirică este o metodă științifică rudimentară, dar de neînlocuit, iar cei mai bătrâni stiu că „un om avizat face cât doi”.

Pe când studiam la Biblioteca Bodley din Oxford în 1993, pentru finalizarea doctoratului meu despre „Responsabilitatea medicală”, mi-a căzut din întâmplare în mână o publicație din 1983 de la „The Tavistock Institute”. În ea am găsit un articol care mi-a făcut cunoștință pentru prima oară cu noțiunea de burnout și care conținea următoarea definiție:

Burnout is defined as a state in which individuals expect little reward and considerable punishment from work because of a lack of valued reinforcement, controllable outcomes, or personal competence (1).

La vremea aceea Internetul era încă în fașă, iar eu îmi copiam cu mâna referințele bibliografice, deoarece nu voiam să dau 10 pennys pe o pagină de xerox. Mai târziu am redescoperit cu mare plăcere aceeași lucrare undeva pe web.

Ceea ce mi s-a părut atunci extrem de interesant era maniera rezervată în care autorul aborda cercetarea despre burnout, iar citarea extensivă în original care urmează poate fi percepută și ca un fel de scuză pentru faptul că eu personal nu am fost în stare încă să conduc o cercetare adevărată.

The burnout phenomenon, while widely acknowledged as an important issue among people-helping professionals, has to date been treated chiefly in anecdotal or descriptive reports that lack both precise theoretical foundations and substantial empirical support (1). Vă rog să notați următoarea idee ce se desprinde din textul citat, anume că „*cei care lucrează în profesiuni unde ajută pe alți oameni, pot suferi de fenomenul de burnout*”.

Când am publicat în anul 2000 în Buletinul Informativ Balint din România primul articol despre „Sindromul de secătuire”, consultasem ceva bibliografie care vorbea despre apariția sindromul burnout numai la medici. De aceea tot conținutul articolului se referă exclusiv la experiența mea de muncă și la colegii mei din vremea aceea (2). Să nu uităm că pe atunci Google făcea primii pași, jurnalele medicale nu aveau încă versiunea online, iar procurarea articolelor științifice era ceva mai anevoioasă decât azi.

Situația e diferită astăzi când mi-am tipărit pentru uz personal „**Inventarul Maslach de Burnout**” sau cum l-aș denumi eu „*Decalogul original al sindromului de secătuire*”. Am găsit versiunea a treia a acestui faimos instrument, care teoretic s-ar putea administra oricui în aproximativ 15 minute, într-un capitol al unei cărțuții disponibile online. Capitolul e semnat chiar de Cristina Maslach, autoarea care a definit și a redefinit burnout-ul începând cu 1976 (3). Desigur că asta mi-a adus aminte de un grupaj de întrebări alcătuit de mine însumi în românește, dar care nu au vazut lumina tiparului încă.

Încă din 1981 Maslach și Jackson au sugerat publicului o definiție extrem de simplificată pentru „secătuire”:

„Burnout has been defined as both a psychological and physical response to workplace stress”, dar detaliază folosirea termenului pentru a descrie un „**sindrom de epuizare emoțională și cinism, care apare ca răspuns la factorii de stress și la tensiunile vieții profesionale**”. (4).

Pentru prima oară termenul de „**burn-out**” (sic, cu linioara de despărțire) fusese folosit în 1974 de Freud-



berger într-un articol intitulat „Staff Burn-Out” pentru a denumi o „condiție psihologică specială în care personalul suferă de epuizare (secătuire), simte lipsa împlinirii profesionale și tinde să îi vadă pe alții altfel decât ca pe niște persoane” (*a specific psychological condition in which people suffer emotional exhaustion, experience a lack of personal accomplishment, and tend to depersonalize others*)(5). E interesant de semnalat că temenul de „depersonalizare” fusese folosit în literatura sociologică-politică de către Karl Marx, pentru a descrie modul cum era văzut proletariatul în secolul XIX. Acum nu mă voi strădui să caut referința bibliografică, căci suntem doar în limitele unui fals eseu, iar la urma urmei eu știu că dumneavoastră ați dezvoltat o aprehensiune pentru citatele din traducerile românești ale lucrărilor de marxism-leninism.

Tot Maslach și Jackson descriu în 1986 trei componente diferite ale sindromului de secătuire:

- a) *o epuizare emoțională, constând în sentimentul că el-subiectul este suprasolicitat și nu mai are resurse emoționale pentru a duce la bun sfârșit ceea ce ce i se cere;*
- b) *o depersonalizare, exprimată printr-o lipsă de sentimente în interacțiunile cu subiecții cu care lucrează;*
- c) *o senzație de neîmplinire personală, ca rezultat al pierderii eficienței personale* (6).

Deja într-o carte publicată cu alți co-autori în 1993, Maslach utilizează termenul de „**profesional burnout**” și reiterează cele trei componente:

„Burnout as a syndrome includes three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and reduced feelings of personal accomplishment”(7).

În prefața la ediția a treia a Inventarului, publicată în 1996, se enunță definiția modernizată a burnout-ului – **“a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who work with people in some capacity”(8).**

Mie mi se pare destul de clar că în această definiție se vorbește despre depersonalizarea însăși a subiectului care suferă de acest sindrom, și nu de modul în care subiectul îi percepe pe cei din jur, cum era cazul în definiția primordială din lucrarea lui Freudenberger (5).

Tot în introducerea din 1996, cei trei autori subliniază că „*pentru trei decade cercetătorii au studiat burnoutul la diverse populații din S.U.A., inclusiv la lucrătorii sociali, educatori (termenul include și profesorii universitari), lucrători în domeniul sănătății publice și a sănătății mintale, lucrători de la serviciile de protecție a copiilor, ofițeri de poliție, avocați și reprezentanți ai protecției consumatorilor*” (8).

Probabil că între timp existaseră ceva nelămuriri cu privire la definirea componentului de epuizare emoțională, căci în aceeași ediție a treia se menționează:

“Emotional exhaustion can occur when, a worker's resources are depleted and they feel that they are no longer able to give themselves at a psychological level. Individuals suffering from burnout experience a depletion

of physical and emotional resources, develop cynical attitudes, and feel a loss of professional self-efficacy.” (8).

În alt studiu intitulat “Adevărul despre burnout” apărut doar cu un an mai târziu, Cristina Malach dezvoltă o schemă teoretică a sindromului de secătuire ce cuprinde 6 elemente:

- 1) **workload;**
- 2) **lack of control over establishing and following day-to-day priorities;**
- 3) **insufficient reward and the accompanying feelings of continually having to do more for less;**
- 4) **the feeling of community in which relationships become impersonal and teamwork is undermined;**
- 5) **the absence of fairness, in which trust, openness, and respect are not present; and**
- 6) **conflicting values, in which choices that are made by management often conflict with their mission and core values.** (9)

Se poate vedea cu ușurință că cele 6 elemente sunt ușor de întâlnit în activitatea oricăruia care lucrează „cu persoane”, și nu numai în munca de zi cu zi a medicilor sau a surorilor.

Mai apoi se poate înțelege că oricare dintre elementele detaliate pot determina apariția sindromului de secătuire profesională, chiar în absența celorlalte.

E probabil de asemenea adevărat că acumularea a trei sau mai multe din aceste elemente pot duce la o apariție precipitată a sindromului de secătuire.

Mai recent, în 2003, Cristina Maslach actualizează definiția sindromului de secătuire subliniind că este legat **exclusiv de munca de la locul de muncă** și că provine dintr-un **“prolonged response to chronic emotional and interpersonal stressors on the job”(10).**

Standardizarea permanentă a instrumentului de cercetare a dus la apariția celei mai moderne forme numită „**The Maslach Burnout Inventory Human Services questionnaire**”.

Un remarcabil studiu început în 2002 și publicat în 2004 a folosit acest ultra-cizelat instrument pentru a diagnostica sindromul de secătuire la rezidenții în obstetrică și ginecologie din statul Texas, S.U.A. Un număr de 368 medici rezidenți au primit chestionarele, dar în ciuda tuturor asigurărilor teoretice și a măsurilor practice menite să asigure anonimitatea, numai 136 din ei le-au completat și le-au returnat investigatorilor, reprezentând un procent de 36%.

Rezultatele au arătat că 38,2% dintre aceștia se plângeau de înaltă epuizare emoțională, 47,1% se simțeau depersonalizați, iar 19,1% au raportat diminuarea împlinirii personale.

Numărul de rezidenți care prezentau întreaga simptomatologie a sindromului de secătuire, cuprinzând cele trei elemente (high emotional exhaustion, high depersonalization, and low personal accomplishment) a fost de 24 adică 17,6% (11).

Aparent sunt destul de puține studii despre burnout-ul profesorului universitar, dar un studiu serios și bine documentat a fost făcut de doi cercetători de la Eastern Illinois



University și University of Southern Indiana asupra instructorilor care țin lecții on-line (12).

La câțiva ani după lucrarea publicată în anul 2000 despre sindromul de secătuire încercat de medicii practicieni din România, caracterul activității mele profesionale s-a schimbat fundamental, deoarece eu am devenit profesor la o facultate de medicină particulară. Trebuie să spun cu claritate aici: eu nu sufăr de burnout, dar o treime din colegii mei suferă și deși ei o spun pe șleau în timpul mesei de prânz, de minimum trei ori pe săptămână, nu ar completa un chestionar de tipul „Maslach Burnout Inventory Human Services Questionary”, nici chiar dacă i-ai pica cu ceară sau nici dacă ar avea vreun stimulent bănesc.

De unde știu eu asta? Pentru simplul motiv că în anul 2007 fiecare salariat a completat un așa numit „Gallup employee questionnaire” care a fost obligatoriu. Spre surpriza tuturor nu a fost nici o garanție de anonimitate, deoarece formularul se completa on-line pe adresa personală de e-mail de la universitate. Pe de altă parte, din punct de vedere al acurateții cercetării, întrebările conțineau prin formularea lor intrinsecă un mare grad de eroare. Ca exemplu una din întrebări era „Nu-i așa că administrația vă protejează la locul de muncă?” Nu îmi închipui câți au îndrăznit să răspundă NU. De aceea completarea chestionarelor a fost făcută de toată lumea în același spirit în care au fost create întrebările.

Tocmai pentru că sunt un om avizat și încerc să înțeleg cât mai mult din ceea ce văd îmi este imposibil să conduc o cercetare științifică pe această temă la locul meu de muncă, fără a da de necaz, cum se spune pe aici. Să nu mai spun că banii pentru cercetare se dau cu mare greutate, iar chiar dacă nu ceri bani, acest tip de cercetare e greu de aprobat, căci sunt două comisii prin care proiectul trebuie să treacă, deoarece e considerat „research with human subjects”.

Cu toate acestea, la o întâlnire de etică medicală locală am prezentat o lucrare intitulată „The ethics of teaching medicine before residency”, ca o consecință a experienței mele nemijlocite ca profesor. Prezentarea mea a fost emfatică și tumultuoasă, iar unii dintre colegii prezenți s-au simțit obligați să adauge la urmă unele lucruri, ce susțineau ideile prezentate de mine. Cu tot succesul aparent, doi colegi m-au avizat pe rând și independent unul de altul, că nu ar fi bine ca vreun text conținând ideile mele să ajungă la cunoștința celor din administrație. Ca o consecință m-am abținut să mai scriu în limba engleză, așa cum o fac și acum, iar din prezentarea PowerPoint am încropit un mic eseu care a fost publicat în Buletinul Balint din România. Pentru cei ce nu au parcurs încă textul original, voi cita copios din acel text:

„Sunt recrutați studenți dintre candidații cu rezultate mai puțin bune la examenele pregătitoare, la colegiu sau la liceu, deoarece este nevoie de clienți. Unii studenți abia ieșiți din colegii, își permit să afișeze mai în tot locul atitudinea de „clienți care plătesc”.

Mulți dintre studenți au o abordare minimalistă a studiului în general: adică vor să li se dea cu lingurița ca să poate digera totul, chipurile! Dacă s-ar putea, ei ar dori să li se reducă cât mai mult din materia pentru examen, căci lor nu le pasă că au de dat examene de „capacitate - boards”, dacă acelea sunt mai târziu cu câteva luni. Eu tot încerc să

le spun: „*Non scuole, sed vitae discimus*”, le traduc vorba, adică „nu învățăm pentru școală, ci pentru viață”, dar ei, deși se întâmplă ca ei să zică da-da așa-i!, după aceea, tot pe a lor o țin, că mai au timp să învețe și altă dată!

Trebuie să știți că dacă vrea, orice student te poate face albie de porci la evaluările profesorilor care sunt anonime, prin regulament. Un tânăr medic-profesor care lucrează cu studenții la “primul lor contact clinic cu pacienții” ne-a povestit cum într-un singur semestru el a avut lucrări practice cu două grupuri succesive de studenți, iar primii i-au scris niște evaluări elogioase, în timp ce al doilea grup l-au mătrășit cu vorbe grosolane, sugerându-i să se lase de meseria de profesor.

Un alt coleg ce predă Fiziologie la anul întâi (materia considerată foarte dificilă de studenți) ne-a atras atenția că, mai nou, prin prisma exagerării „nevoii de corectitudine politică”, profesorii sunt admonestați de administrație dacă pun întrebări unor studenți de față cu colegii acestora. Adică se stipulează că nu este corect să îl pui pe student într-o situație jenantă, dacă el nu știe să răspundă. Reciproca la această situație e și mai non-etică însă! Când studentul întreabă ceva în timpul cursului, oricât de tâmpită ar fi întrebarea pusă de el, tu ca profesor trebuie să spui neapărat „*Ce întrebare bună!*”, că altfel îți pui poziția în primejdie! (sic)

O altă profesoară a subliniat că unii dintre colegii ei cadre didactice sunt reticenți chiar și la ideea de a rezista cererilor studențești, oricât de aberante ar fi.

Eu le-am tot pomenit celor de la adunarea unde am făcut prezentarea, de niște Doctori în Educație care vin la noi la Universitate să ne învețe cum să predăm, adică cum să ne comportăm cu studenții cu scopul de “*a primi evaluări mai bune*” (sic, chiar așa). După ce am asistat la prezentările lor, eu le-am spus franc în față acestora, că ei pleacă de la niște premise false, adică încercau să sugereze că toți studenții sunt mediocri, iar toate subiectele de predare sunt de dificultate mijlocie, dar în realitate e altfel: noi predăm la studenți buni, mediocri și proști, iar topicile sunt dificile, medii și ușoare”. (12)

Combinând gândurile mele din 2000 cu cele de azi, voi spicui câteva idei din articolul meu publicat atunci, unde voi încerca să înlocuiesc cuvântul „doctor (medic)” cu cuvântul „profesor”, iar cuvântul „pacient” cu cuvântul „student”. Ia să vedem ce poate ieși:

„Cheia psihologică a manifestărilor în sindromul de secătuire este dată aproape în permanență de modul cum se obține răspunsul la celebra întrebare: “*Cui prodest?*”, sensul exact fiind “Cui folosește? Cui servește”, dar noi vom folosi varianta “*Cui bono?*”, tradusă cu “**La ce bun?**”. Când profesorul nu mai găsește răspunsul la această întrebare, dacă l-a avut vreodată, apare pericolul instalării sindromului de secătuire”.

În articol urma o listare quasi cronologică a simptomelor de burnout la medici, dar care poate fi aplicată foarte bine și la alte profesii, bineînțeles și la profesorul universitar:

- Profesorul își pierde interesul pentru studenții așa-zis mediocri, acordând atenție numai celor care sunt foarte buni;



- Profesorul manifestă o “cumsecădenie” exagerată față de oricare student și nu refuză nimic din ceea ce acesta îi propune sau cere;
- Profesorul manifestă interes doar pentru consemnarea unei activități, chiar dacă ea e minimă, și nu pentru activitatea însăși;
- Profesorul manifestă interes exagerat pentru imaginea sa în fața oricui – “*Oricum ar fi – să iasă bine la calificativ*”, chiar dacă nu face nimic pentru asta;
- Profesorul practică “atitudinea defensivă”, acordând atenție abuzivă unui singur student, de obicei cel mai rău de gură, care poate să influențeze opinia altor studenți;
- Profesorul își pierde interesul pentru cazurile așazise de studenți dificili;
- Profesorul are “frică de studenți”, iar de aceea trimite la Șeful de Catedră pe studentul care solicită o consultație, fără să afle măcar ceea ce dorește studentul;
- Profesorul manifestă un autoritarism exagerat cu tendința de a călca în picioare orice umbră de autonomie a studentului;
- Profesorul își pierde interesul pentru opiniile profesionale ale celorlalți colegi;
- Profesorul își pierde interesul pentru imaginea sa în fața colegilor;
- Profesorul își pierde interesul pentru imaginea sa în fața superiorilor;
- Profesorul își pierde interesul pentru imaginea sa în fața studenților;
- Profesorul își pierde interesul pentru imaginea sa în fața oricui;
- Profesorul își pierde interesul față de actul de predare în general;
- Profesorul își pierde respectul față de sine;
- Profesorul renunță la profesiune.

Am folosit aici în această listă aceeași ordine de apariție a semnelor de burnout pe care o imaginam în anul 2000 pentru burnout-ul în relația medic-pacient (2).

O întrebare justificată la acest moment ar fi: *Ce e de făcut?*

Înainte de a face orice altă sugestie tehnică, eu aș cere în primul rând să se recruteze studenții pe criterii mai riguroase, apoi să se renunțe la satisfacerea cererilor exagerate din sub-cultura studenților, numai de dragul de a fi „politically correct”, iar la urmă, dar nu în ultimul rând să se renunțe la termenul de „instructor”, provenit de la școlile tehnice și folosit abuziv pentru a denumi pe profesorii universitari.

Bibliografie:

1. Scott T. Meier, Toward a Theory of Burnout, Human Relations, Vol. 36, No. 10, 899-910 (1983)
2. Trif, A. B. (2000): Sindromul de secăuire (The burnout syndrome), *Buletinul informativ al Asociației Balint din România*, nr. 5, March 2000, p.11-12.
3. Christina Maslach, University of California at Berkeley; Susan E. Jackson, New York University; Michael P. Leiter, Acadia University, Maslach Burnout Inventory, *Third Edition*, in *Evaluating Stress - A Book of Resources edited by Carlos P Zalaquett and Richard J. Wood*, The Scarecrow Press, Inc. Lanham, Md., & London 1997, pp. 191-218
4. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(1), 99113.
5. Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159165.
6. Maslach, C., & Jackson, S. (1986). Maslach burnout inventory manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
7. W. B. Schaufeli, D. Maslach, & T. Marek (Eds.) (1993). *Professional burnout: Research developments in theory and research*. Washington, D.C.: Taylor & Francis.
8. Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. (3rd Ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
9. Maslach, C., & Leiter, M. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
10. Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189192.
11. Garza, Joseph A. MD; Schneider, Karen M. MD; Promecene, Pamela MD; Monga, Manju MD (2004). Burnout in Residency: A Statewide Study, *Southern Medical Journal*. 97(12):1171-1173, December.
12. R.L. Hogan, M.A. McKnight (2007). Exploring burnout among university online instructors: An initial investigation; *Internet and Higher Education* 10 117-124
13. Trif, A. B. (2006): The ethics of teaching medicine before residency – American and Romanian features, *Buletinul Asociației Balint din România*, vol. VIII, nr.30, June 2006, p. 14-18.



CHALLENGING BURNOUT: JOIN, ADD PERSONAL EXPERIENCE, AND STIR

Georgian Tiberiu Mustăță, MD

Senior psychiatry resident at SUNY Upstate Medical University in Syracuse, New York

Rezumat: *Surmenajul produce un colaps al spațiului reflexiv limitând astfel semnificativ capacitatea psihiatrilor de a fi terapeutici cu pacienții lor. Reconstrucția acestui spațiu este posibilă fie prin psihoterapie personală, fie prin prezentarea cazurilor dificile emoțional în cadrul unor grupuri de supervizare precum cele de tip Balint. Acest scurt eseu prezintă experiența autorului cu o variantă de grup derivată nu din psihanaliză, ci din terapia simbolic-experiențială. Sunt prezentate câteva diferențe specifice între cele două tipuri de grup, o imagine generală asupra interacțiunilor de tip simbolic-experiențial și o serie de reflecții despre eul terapeutic și vicisitudinile lui în medicina de tip corporatist. Autorul sugerează deasemenea că surmenajul poate reprezenta o oportunitate de dezvoltare a eului terapeutic ca subsistem al eului profesional.*

Abstract: *Burnout leads to a collapse of the internal reflective space, thus dwarfing the capacity of the psychiatrist to act therapeutically. Revamping this space is possible through individual therapy and through participation to supervision gatherings such as Balint groups. This short essay presents the experience of its author with a group of which philosophy is not derived from psychoanalysis but from symbolic-experiential therapy.*

Several specific differences between the two kinds of groups are presented along with a flavor of symbolic experiential therapy, and a few reflections about the venture of the therapeutic self in the land of corporatist medicine. A few remarks about the counterintuitive value of burnout are thrown in for the final taste.

“I don’t want that to happen to me again!” I told Robert Gregory during my usual Monday morning supervision. “I got so burnt out: down, worn out, my internal reflective space collapsed. I even got pneumonia from exhaustion!” There was intensity in my voice as if I was coming alive by recounting my experience for him. Bob looked at me half smiling. “But burn out was also good for you!” he replied. “You learnt a lot about yourself and about therapy from it! It proved your dedication, too!” His answer baffled me. I could not see anything good about this exhausting and depressing experience up to that point. I loved what I was doing but by the end of my first year in the clinic I came to doubt my ability to carry it on. Yet Bob thought otherwise. Maybe he caught the glimpse of pride in my account, maybe he fell back on his favorite theoretical grounds, maybe both. Nevertheless, his sly remark turned my experience on its head and broke the sense of certainty I held. It was one of those therapeutic moments that changed the color of an experience by bringing into awareness a

part of it not accounted for. I have not been able to look at my burnout the same old way since.

In our society there is an implicit belief that doctors should selflessly devote themselves to the good of their patients while taking care of themselves is just a private business. Reality challenges this belief. At least in psychiatry, the care for the provider is or should be part and parcel of the patient care. Financial incentives are not enough and at times, in the contemporary *bussinessization*¹ of medicine, may contribute to the problem by pushing providers to earn more at the expense of the time for reflection. In addition to the aforementioned belief and its consequences, in our age bureaucracy and control are on the rise and professional interactions in medicine and psychiatry are becoming progressively scripted. The corporate environment with its rules and style brings a sense of the impersonal to daily work experience which further isolates the therapist (the term therapist reflects here the function and not the background of the provider) who already works in a space closed by the condition of confidentiality. In such a context, the need to bring therapists together by recasting the communication between them seems in itself a therapeutic act that should suffer no delay.

Unfortunately, as psychiatry goes more biological and psychotherapy more manually done and prescriptive, the focus falls off the internal experience of the provider and the place for such encounters narrows down. Thus, the challenges that we need to overcome in order to successfully fight burnout in our profession are multiple and multiplying.

There are a few solutions available. The first I can think of on which usefulness those who have tried it commonly agree is personal therapy. There is enough supporting literature available and the few psychoanalysts who visited our department and with whom I opened conversations all stressed this point. For instance, I remember Fred Griffin from New Orleans Institute of Psychoanalysis saying to me: “I highly recommend it if you want to become a therapist. Otherwise, I don’t see how you can continue to do it without burnout. I am happy about my therapy, but my wife is even happier”.

My own experience of therapy - 15 months at the time this text was written - confirms his opinion: my awareness increased, I am less avoidant of painful reactions, fewer enactments go unchecked, and even when I feel like a hopeless therapist, I am no longer too afraid to feel so.

However, in spite of its obvious usefulness, personal psychotherapy is rare game among psychiatrists and therapists these days. None of my fellow residents is

¹ The word was introduced in my text by David Keith, adept of James Joyce’s language games. Such neologisms push the creative function of language across a barrier making it more suitable to therapy. Business mindset usually stiffens language in order to conform to its unambiguous purposes.



involved in one and faculty members are ambivalent about reinforcing it in training. Many of the latter were never in therapy before so that their attitude is barely surprising.

The financial aspect of personal therapy is likely part of the problem, but I suspect that the mentality of quick fix and the preference for 'objective knowledge' to the detriment of self-knowledge which is epidemic in our culture is a better explanation for its seldom use. Finally, one argument about personal therapy that demotes its position of the most preferred answer for burnout is that it almost never addresses the hurdles we face with our patients. While our personal issues predispose us for burnout and working them through helps prevent it, it is the interaction with patients that many times tips the balance unfavorably. Stated differently, burnout is primarily an illness of the professional self that extends to our whole personality. Treating it, we may very well want to start with the trigger. If this approach is addressing the cause or the effect sounds like a theoretical problem and good clinicians are known for being irreverent at theories.

The original part of this communication comes from my experience with two groups: The 'shrink (w)rap group' and the 'Cult With No Name' the first one joining psychiatry residents at Upstate Medical University in Syracuse, and the second gathering established community therapists in the Syracuse area. The resident group meets every other week for one and a half hours while the therapists meet monthly for two hours. Both groups are lead by David Keith, a known figure of symbolic-experiential family therapy and a mentor for this writer. The playful names of the groups are revealing of their spirit: *where play starts, there therapy begins*. The approach brings a family systems orientation to Balint-style group work. Here discussions are not focused exclusively on the therapist-patient dyad but include family members as an actual and ghostly influence in patient's life and the frame is more symbolic-experiential than psychoanalytic.

In this respect, the leader does not maintain a neutral stance, behaves more like a peer than like a supervisor (Keith says: "I am taking out of this as much as anyone else!"), and refrains from providing authoritative interpretations. He shares clinical "war stories" and invites other members to do the same. "This story reminds me of..." and "while you were speaking I had a thought." are frequent openers to associative material. The group may enter in a primary process mode thus expanding meanings and exploring feelings elicited by a therapeutic conundrum. In this sense, some degree of disclosure takes place at the boundary of the personal and the professional self, yet this boundary is not crossed towards what would become personal therapy of the group members. The symbolic-experiential group is meant to help members develop their professional self by internalizing the comments of the others. 'This way' – says David Keith – 'next time you meet your patients you will have the entire group with you!' The encounters are never scripted i.e., they do not follow any kind of protocol and are open to experiments.

The resident group works within an open frame. Participants are invited to make best use of the time by bringing in cases they have trouble with as well as reflections or concerns that might interest the other members. As participation is fully voluntary, there is no need of reinforcements. Sometimes the group stays focused on a single case, some other times it tests the waters of several topics before taking off. There are also moments when it goes more experiential than usual. For instance, once we decided to enact Ionesco's play "The bald soprano" for the sake of entering into a primary process mode. The exercise ended with the residents spontaneously continuing to exchange non-sequiturs and absurd lines ten minutes after the play was over, thereby becoming authors of an unexpected sequel. In such a transformed mindset defenses fly low and a sense of playfulness makes room for an expansion of the therapeutic self. Without a process that sometimes rolls at the edge of chaos it is difficult for residents to learn the language of ambiguity. Yet, this is the language of therapy and it differs greatly from the certainty-loving medical language currently so all pervasive in psychiatry.

Not knowing, not making sense, and not doing are essential ingredients of a therapeutic mindset. Learning them is counterintuitive and countercultural. Some residents have difficulties grasping how such mindset can be useful. A number of them never attended the group. Others came for the first six sessions set as a condition for commitment and did not return afterwards. Those who remained consider the group a gathering of peers where they can explore issues unconstrained by professional language and norms. A transitional space between their social self and the full professional role opens and invites play to rule its game.

My opinion is that burnout is the consequence of the absence or the collapse of such a transitional space. The role of the group is to keep this space open and creative. The symbolic experiential mindset agrees with Winnicott's ideas about play. If patients do not know how to play, then it is the therapist's job to teach them. In the same vein, if therapists forgot how to play they should be reminded. If medical school taught students how to erase uncertainties, a therapeutic mindset should restore and value them.

Burnout might appear the same when you look around and see people complaining, yet its meaning is idiosyncratic and the road to the roots of it seems never linear or complete. Wondering how to better fight it is a legitimate question and this short essay attempts an answer. Fighting it might not be the only way to deal with burnout though. I would also say that questioning how far should one go with this fight is worth considering. Burnout is an experience that one can hardly enjoy. Yet, making use of it is a gesture that might flip its course.

For more about Symbolic-Experiential Therapy visit www.therapeusis.com.

The site is in construction but there are a few useful materials available.

DE LA STRES LA BURNOUT. STUDIUL PILOT ASUPRA ASISTENTULUI MEDICAL DE PSIHIATRIE.

Voichița Dumitru*, B. Nemeș**, Doina Cozman**

*Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj – Clinica Psihiatrie III

**U.M.F. "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, Catedra de Psihologie și Sănătate mintală

INTRODUCERE

Termenul de *burnout* definește sindromul stresului cronic la locul de muncă. Inițial a fost descris de Freudenberg (1), ca un sindrom de epuizare rezultat în urma solicitărilor excesive de energie, putere sau resurse.

O prezentare mai tehnică a fost făcută de Maslach și Jackson (2;3), care au definit burnout-ul ca un sindrom de epuizare emoțională, depersonalizare și reducere a realizărilor personale, în rândul indivizilor care muncesc cu oamenii.

Burnout-ul este definit așadar ca un concept tridimensional care include următoarele componente (4):

1. *Epuizarea emoțională* – în cele mai multe cazuri când se vorbește de burnout se face de fapt referire la epuizarea emoțională, cauzată de cerințele psihologice excesive ale sarcinilor de lucru. Persoana se simte golită de resursele emoționale personale și devine foarte vulnerabilă la stresori. În acest context, epuizarea emoțională este cea mai răspândită caracteristică a persoanelor care ocupă posturi ce presupun contactul direct cu oamenii.

2. *Depersonalizarea* – persoana se detașează de ceilalți, pe care începe să-i vadă impersonal. Apare tendința de a trata persoanele cu care intră în contact ca pe niște obiecte. Aceste aspecte se reflectă în limbaj, prin utilizarea unor etichete pentru descrierea persoanei sau bolii acestuia (de exemplu "ulcerul din salonul 2")

3. *Sentimentul de realizare personală redusă* – acesta este cea de-a treia componentă definitorie a burnout-ului, caracterizată prin tendință de autoevaluare negativă și prin experiența unui declin în ceea ce privește competența la locul de muncă și succesul personal profesional.

Inițial burnout-ul a fost investigat la profesioniștii din domeniul sănătății (5;6;7). Se argumentează că relațiile personale cu pacienții sunt foarte solicitante, necesită empatie și implicare emoțională (8,9).

Implicarea emoțională este de obicei asociată cu un nivel ridicat de aspirație de a dezvolta relații personale și de a evita tratarea oamenilor ca niște obiecte. În profesiile medicale managementul emoțiilor este considerat o parte centrală a muncii. Burnout-ul semnalează faptul că profesionistul nu mai este capabil să își gestioneze emoțiile în interacțiunea cu pacienții.

Pe termen lung, burnout-ul conduce la acuze somatice, oboseală cronică, reacție de mânie (explozie) pentru cauze aparent minore – cerințe ale pacienților sau ale slujbei, negativism, iritabilitate, pierdere sau câștig în greutate, insomnie, stare depresivă, sentimente de neajutoare, migrene și tulburări gastrointestinale (5).

Analiza recentă a literaturii de specialitate a identificat stresul ca fiind un predictor important al burnout-ului (10). Expunerea la stresul profesional este o cauză importantă în apariția sindromului de burnout.

Specialiștii în studierea burnout-ului la asistentele medicale, medici, stomatologi, au ajuns la concluzia că, etiologia burnout-ului se află în nevoia oamenilor de a crede că viețile noastre sunt pline de sens și că toate lucrurile pe care le facem sunt utile, importante, chiar eroice (11). Atunci când ei cred că au eșuat apare burnout-ul (12). Acest lucru se întâmplă la persoanele care și-au ales meseria pentru că au considerat că au vocație pentru așa ceva și mult mai rar la persoanele care intră în câmpul muncii foarte motivați, dar realiști. Acest lucru duce la diferențierea dintre burnout și stres (13).

Asistentele medicale din secțiile de psihiatrie se confruntă zilnic cu pacienți lipsiți de ajutor, agitați și fără discernământ, trebuie să liniștească pacienții supradotați, trebuie să consoleze rudele pacienților. Neîntrerupt, asistenta trebuie să facă față acestor stimuli, cu toate conflictele și stresul pe care le generează.

OBIECTIVELE CERCETĂRII

Asistentul medical este supus riscului de a ajunge la limita puterii și rezistenței, atât din punct de vedere emoțional, cât și din punct de vedere fizic. Noaptea nedormite pe care le petrec încercând să „minimalizeze” boala pacienților, puținul timp liber pe care îl au la dispoziție, precum și necesitatea de a reacționa prompt la solicitări, duc de multe ori, la epuizare, stres și în cele din urmă la burnout.

Obiectivele cercetării noastre sunt identificarea nivelului de stres la asistenții medicali din secția de psihiatrie și analiza relației dintre stres și variabilele clasificatorii vârstă, sex și vechimea în munca actuală.

MATERIAL, METODĂ

Colectivul supus cercetării, este format din 33 asistenți medicali cu studii de specialitate de cel puțin 3 ani și experiență minimă de 15 luni. Programul de lucru se desfășoară în 3 ture a câte 8 ore, iar în week-end în 2 ture de 12 ore. Asistenții sunt atât femei cât și bărbați (12 bărbați și 21 femei).

Fiecărui asistent medical i s-au administrat 2 teste: Un test de percepție a stresului "*Cât sunteți de stresat?*" (T. Hindle 2001) care conține un număr de 32 itemi, iar răspunsurile se pot da pe o scală de la 1 la 4. Cifrele obținute prin sumarea rezultatelor de la itemi relevă nivelul stresului, astfel:

- între 23-46 puncte – persoana își domină foarte bine stresul și realizează un echilibru optim între stresul negativ și cel pozitiv.
- Între 47-67 puncte apare un nivel acceptabil de stres, dar anumite aspecte trebuie îmbunătățite.
- între 68-92 puncte, nivelul de stres este foarte ridicat și trebuie găsite metode pentru a-l reduce.



Al doilea test administrat a fost "Scala de simptome psihologice" (V. Birkhenbil, 2000) – cuprinde 29 itemi, care sunt de fapt simptome ce apar:

- deseori,
- cu regularitate, sau
- în permanență, în cazul unei persoane stresate.

Totalizând numărul simptomelor obținute rezultă trei nivele de interpretare :

- < 3 simptome- persoana nu este afectată de stres ;
- între 3-6 simptome – nivel scăzut de stres ;
- > 6 simptome- nivel crescut de stres.

INTERPRETAREA REZULTATELOR

1. Descrierea datelor

În ce privește componența lotului studiat, se constată o predominanță a persoanelor de sex feminin (63,6%), față de persoanele de sex masculin (36,4%).

Figura 1 redă grafic distribuția pe sexe în lotul studiat.

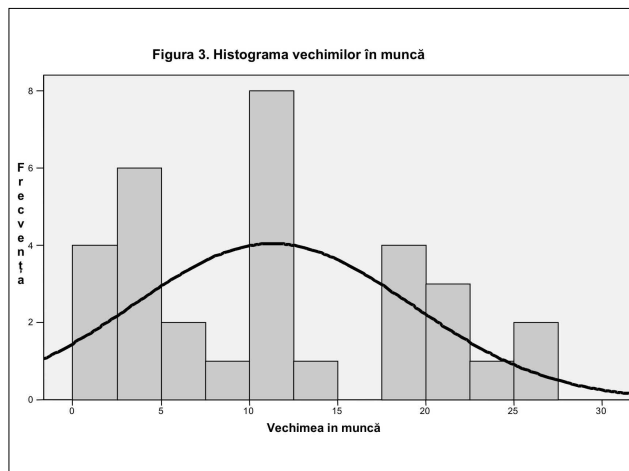
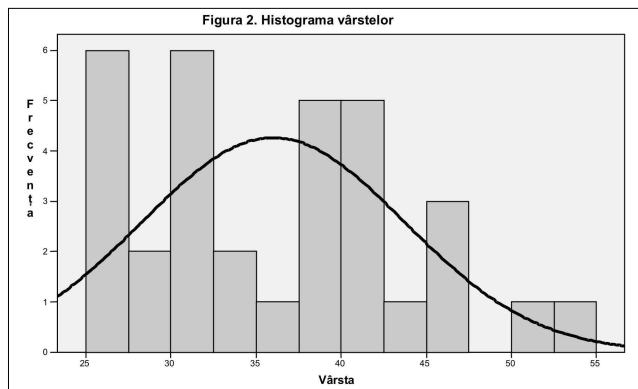


În continuare s-a efectuat analiza statistică a variabilelor: vârstă, vechime în munca actuală, nivel de stres și rezultate la scala de simptome psihologice.

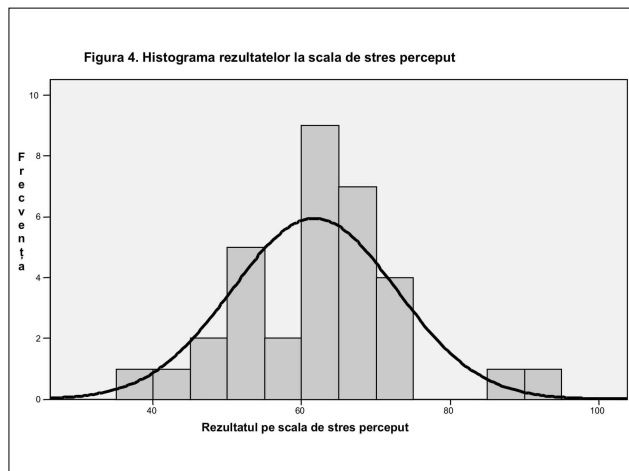
Prelucrările statistice (tabelul 1) relevă faptul că vârsta medie a grupului este de 36,2 ani și coroborând acest aspect cu histograma vârstelor (fig.2) putem aprecia că avem în studiu un colectiv tânăr.

Tabel 1. Parametrii de centralitate a loturilor luate în studiu

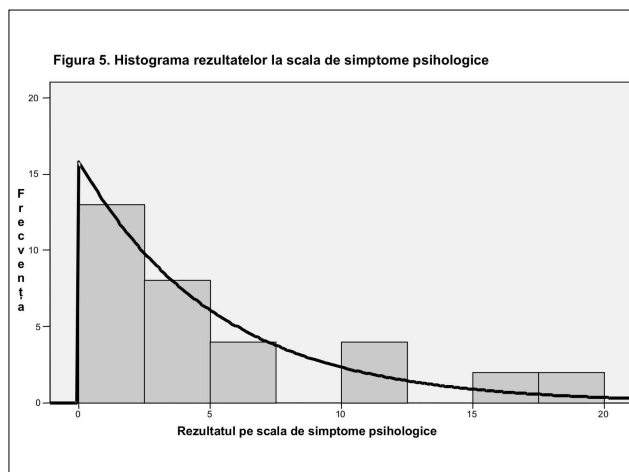
Variabila	Total	
	Media	Deviația standard
Vârsta	36,22	7,725
Vechimea în muncă	11,31	7,896
Rezultatul la scala de stres perceput	61,47	11,164
Rezultatul la scala de simptome psihologice	5,38	5,339



În ceea ce privește stresul perceput de asistenții medicali de psihiatrie, putem constata că media grupului este 61,47, adică avem de-a face cu un colectiv care controlează stresul , însă trebuie remarcat faptul că există și extreme, persoane cu un nivel crescut al stresului, care necesită o analiză mai profundă (fig. 4).



Datele obținute din prelucrarea rezultatelor la Scala de stres confirmă rezultatele anterioare, și anume: grupul are un nivel mediu de stres (5,38) cu existența unor extreme pozitive și negative (fig. 5)



REFERATE

2. Corelații

Tabel 2. Corelația între rezultatul pe scala de stres perceput și vârstă

		Vârsta	Rezultatul pe scala de stres perceput
Spearman's rho	Vârsta	Coeficientul de corelație	1,000
		Sig. (2-tailed)	,417(*)
	Rezultatul pe scala de stres perceput	Coeficientul de corelație	,417(*)
		Sig. (2-tailed)	,016
		N	33

Corelație semnificativă statistic - $p < 0.05$ (2-tailed).

Pentru a putea aprecia mai corect influențele stresului în grupul asistenților medicali s-au efectuat studii de corelație. Astfel cu ajutorul indicelui Spearman s-a stabilit că există o corelație puternic semnificativă între vârstă și nivelul de stres perceput ($p=0,016 < 0.05$), ceea ce arată ca stresul perceput de un asistent medical crește în intensitate odată cu vârsta.

Tabel 3. Corelația între scorul pe scala de simptome psihologice și vârstă

		Vârsta	Rezultatul pe scala de stres perceput
Spearman's rho	Vârsta	Coeficientul de corelație	1,000
		Sig. (2-tailed)	,358(*)
	Rezultatul pe scala de stres perceput	Coeficientul de corelație	,358(*)
		Sig. (2-tailed)	,041
		N	33

Corelație semnificativă statistic - $p < 0.05$ (2-tailed).

Același calcul de corelație demonstrează că și simptomele psihologice consecutive stresului cresc ca și număr odată cu vârsta ($P=0,041 < 0,05$ – corelație semnificativă).

Tabel 4. Corelația între rezultatul pe scala de stres perceput și vechimea în muncă

		Vârsta	Rezultatul pe scala de stres perceput
Spearman's rho	Vârsta	Coeficientul de corelație	1,000
		Sig. (2-tailed)	,338
	Rezultatul pe scala de stres perceput	Coeficientul de corelație	,338
		Sig. (2-tailed)	,048
		N	32

Tabel 5. Corelația între rezultatele pe scala de simptome psihologice și vechimea în muncă

		Vârsta	Rezultatul pe scala de stres perceput
Spearman's rho	Vârsta	Coeficientul de corelație	1,000
		Sig. (2-tailed)	,224
	Rezultatul pe scala de stres perceput	Coeficientul de corelație	,224
		Sig. (2-tailed)	,046
		N	32

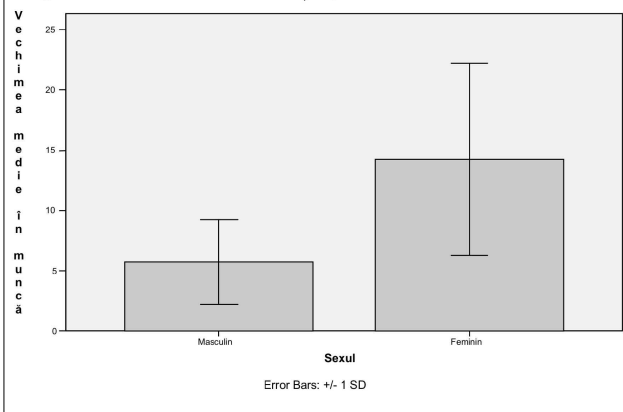
Corelațiile efectuate între vechimea în muncă și nivelul de stres, precum și cele între scala de simptome psihologice și vechimea în muncă sunt și ele semnificative ($p=048$, respectiv $p=046$), însă într-o măsură mai mică.

3. Testarea diferențelor pe sexe

Tabel 6. Diferențe între sexe în lotul studiat

Variabila	Bărbați		Femei	
	Media	Deviația standard	Media	Deviația standard
Vârsta	30,45	5,241	39,24	7,169
Vechimea în muncă	5,73	3,552	14,24	8,012
Rezultatul pe scala de stres perceput	55,55	6,948	64,57	11,818
Rezultatul pe scala de simptome psihologice	2,18	2,089	7,05	5,783

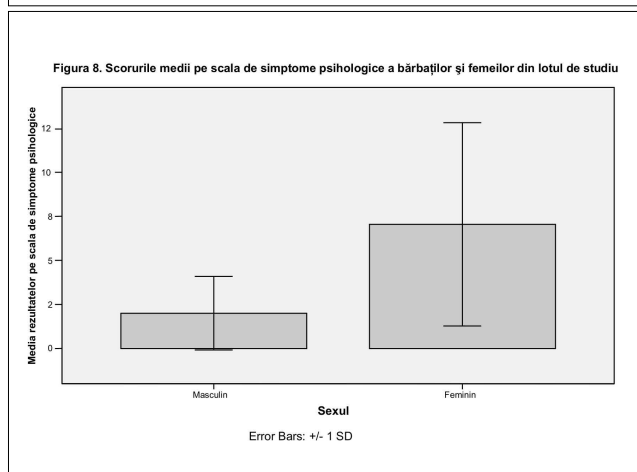
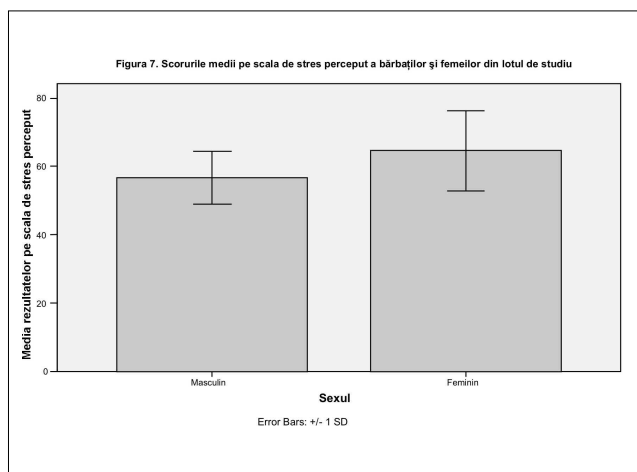
Figura 6. Vechimea medie în muncă a bărbaților și femeilor din lotul de studiu



Analiza pe sexe a grupului din prisma variabilelor studiate-vârstă, vechime în muncă, stres perceput, simptome psihologice relevă două aspecte: în primul rând că asistenții de sex masculin percep un nivel de stres mai scăzut și de asemenea au un număr mai scăzut de simptome psihologice decât cadrele medii de sex feminin (tabel 6, figura 7 și 8), însă aceste diferențe este necesar să fie apreciate și prin prisma diferențelor de vârstă și de vechime în muncă între componentii celor două grupe (tabel 6, fig. 6).



În urma calculării diferențelor dintre medii putem avansa afirmația că nivelul de stress la asistente medicale este semnificativ crescut față de asistenții medicali.



Concluzii :

Pe baza rezultatelor concluzionăm următoarele:

- Testarea asistenților medicali cu două instrumente psihologice relevă un nivel de stres acceptabil, controlabil al personalului mediu care își desfășoară activitatea în Clinica de Psihiatrie, dar există și persoane cu nivele ridicate de stres.
- Trei aspecte importante trebuie menționate:
 - nivelul de percepere al stresului și simptomele psihologice ale acestuia se accentuează cu vârsta, datorită evenimentelor de viață și creșterii responsabilităților din viața personală.
 - sexul feminin este mai afectat de stres, mecanismele de coping având un rol deosebit în diferențele dintre cele 2 sexe.
 - vechimea în muncă reprezintă de asemenea un factor care duce la creșterea nivelului de stress al asistentului medical de psihiatrie, insatisfacția profesională, rutina, solicitările crescute fiind o sursă majoră de stres.
- Ca o concluzie generală putem spune că vârsta și numărul de ani lucrați în domeniu dar și sexul feminin al personalului medical mediu din psihiatrie, reprezintă buni predictori ai declanșării sindromului

de burnout. Apariția sindromului poate fi constatată de semne ca: moral scăzut, întârzieri, absenteism, descreșterea progresivă a șederii la locul de muncă, performanțe scăzute, atitudini negative față de colegi, oboseală cronică, accentuarea unor tulburări preexistente, creșterea consumului de alcool, țigări, etc.

Prezentul studiu nu are pretenția de a oferi o privire de ansamblu asupra fenomenului de burnout, ci este o încercare de sensibilizare a factorilor responsabili asupra fenomenului de burnout în rândul asistenților medicali de psihiatrie din România și totodată dorim să fie începutul studierii aprofundate a acestui complex fenomen.

Bibliografie:

- Freudenberger, H. J. (1974), "Staff burnout.", *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). *The Maslach Burnout Inventory* (Research edition). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Baba, V. V., Jamal., Tourigny, L., (1998). Work and mental health. A decade in Canadian research. *Canadian Psychology*. Vol.39, No. 1-2, pp. 94-107.
- Best, R. G., Stapleton, L. M., & Downey, R. G. (in press 2005). *Core self-evaluations and job burnout: The test of alternative models*. *Journal of Occupational Health Psychology*.
- Ayala Malach-Pines, Haim Levy, Agnes Utasi, T. L. Hill (2005), "Entrepreneurs as cultural heroes: A cross-cultural, interdisciplinary perspective", *Journal of Managerial Psychology*, Vol. 20, No. 6,
- S. Rabin, A. Matalon, B. Maoz, A. Shiber Keeping doctors healthy: A salutogenic perspective. *Families, Systems and Health*. 23: 94-102, 2005
- Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (Eds.). (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). An analysis of the relationship between job satisfaction and job stress in correctional nurses. *Research in Nursing & Health*, 25, 282-294.
- Shirey MR "Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice". *American Journal of Critical Care* May 2006. Vol. 15, Iss. 3; p. 256
- Becker, Ernest. *The Denial of Death*. New York: Free Press, 1973.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout*. (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.

SINDROMUL BURNOUT – ASPECTE SPECIFICE ÎN PRACTICA MEDICINEI DE URGENȚĂ

Adrian Lala, student în anul al doilea, UMF “Carol Davila”, București

Sumar: Acest articol face parte dintr-o lucrare mult mai vastă pe tema aspectelor psihosociale ale medicinei de urgență, dar reprezintă un punct cheie al acestei teme prin importanța ce trebuie acordată cunoașterii situațiilor cu potențial stressor sau chiar psihotraumatizant ce pot apărea în medicina de urgență. Acesta încearcă punerea în prim plan a principalelor influențe ale stresului profesional asupra lucrătorilor din serviciile de urgențe medicale (medici, paramedici, asistenți medicali de urgență) punându-se accent pe specificitatea proceselor de rustout și burnout în această specializare medicală.

Sunt dezvoltate problemele precum influența transferului negativ, complianța terapeutică, tipuri dificile de pacienți (GOMER, tulburări de personalitate) sau protocolurile medicale dificil de pus în practică. De asemenea sunt prezentate principalele componente ale burnoutului conform clasificării clasice a lui Maslach, dar și o abordare relativ nouă bazată pe teoriile lui Adler și Mosak. Sunt precizate anumite tipuri de personalitate care pot prezenta un risc crescut pentru un burnout mai intens, dar și unele pe care studiile le-au evidențiat ca fiind imunogene în acest sens.

În final, articolul trece în revistă principalele forme de coping din acest mediu, semnalând potențialul lor malign prin generalizarea și influența lor asupra tuturor aspectelor vieții medicului.

Abstract: This article is part of a much wider study work regarding the psycho-social aspects of emergency medicine, but represents a central part of this theme because of the importance that should be awarded to the details of different situations with either distressing or even psycho-traumatizing situations encountered in the emergency room. It tries to lay out the main influences of professional stress on the workers in the emergency department (medics, paramedics and ER nurses) with a strong accent on the process of rustout and burnout in this medical field.

The issues at hand are negative transfers, patient compliance and adherence to treatment, difficult patients such as GOMERs or patients with personality disorders or medical protocols that put the medic in difficult and stressful positions. An entry has been made on the specificity of the Maslach Burnout Scale in emergency medicine, but a relatively new approach based on the theories of Adler and later Mosak has also been put into view. These studies present different types of personality that might hold a high risk for a more intense burnout, but also some that have shown to be slightly immune to this process.

Finally, the article presents the main forms of coping adopted in this field, signaling their malignant potential because of the tendency of the medic to generalize them in all aspects of his life.

Introducere

Urgențele medicale și cadrul de desfășurare al acestora au fost întotdeauna unul dintre obiectele de studiu al psihologiei datorită impactului pe care l-ar putea avea în aceeași măsură asupra pacientului cât și asupra medicului curant. S-au făcut numeroase studii pentru a determina și a

teoretiza asemănările și caracteristicile experiențelor trăite de cei care iau parte la actul medical de urgență, astfel încât, în prezent, personalul medical din acest departament este supus unui control psihologic riguros.

În SUA și alte state ale lumii, personalul medical de urgență și paramedical este testat la termene precise pentru stabilirea unor parametri care includ stresul profesional, nivelul de rustout sau burnout, capacitatea de concentrare, perspectivele profesionale și motivația. De asemenea, numeroase programe de consiliere psihologică au fost implementate, însă cu toate aceste eforturi, studiile arată că durata medie a vieții profesionale a unui paramedic este de cca. 4 ani, similară cu cea de stabilitate a locului de muncă pentru medicii urgențiști.

Caracteristic acestei ramuri a medicinei este epuizarea fizică a personalului. S-a constatat că nivelul de solicitare fizică este cel mai crescut dintre toate specializările, atât datorită aflului de pacienți dar și datorită condițiilor în care unii medici sunt nevoiți să-și desfășoare activitatea. În cadrul UPU, medicii sunt nevoiți să consulte mai mulți pacienți într-o perioadă foarte scurtă de timp, păstrându-și atenția și un nivel acceptabil al concentrării astfel încât să pună diagnosticul corect pentru fiecare dintre ei și să prescrie tratamentul corect pentru a fi acordat. De asemenea, trebuie luat în considerație faptul că numeroase manevre comune în medicina de urgență necesită un efort fizic maxim din partea echipei medicale (compresiile toracice în SCR, intubația oro-traheală de urgență, manevre medicale efectuate în timpul transportului interspitalicesc, etc.), repetitivitatea lor fiind un puternic factor care contribuie la epuizarea fizică a medicului. În acest sens s-au stabilit limite mai restrânse ale duratei maxime a gărzilor în MU de 12 ore față de 24 în celelalte specializări.

Specificitatea actului medical de urgență se manifesta foarte puternic prin prisma unei serii de factori psihotraumatizanti augmentati atât de starea de vulnerabilitate în care se găsește pacientul, cât și de caracterul lor paroxistic. În cazul unităților de terapie intensivă mobilă (TIM), medicul trebuie să acorde o atenție sporită atât pacientului cât și membrilor familiei care pot suferi tulburări de panică severe cauzate de situația de criză experimentată și care nu trebuie alimentate prin manifestarea unei autorități profesionale excesive din partea medicului.

Condiția socială a pacientului

Interacțiunea cu o condiție socială precară a pacientului (specifică medicului de pe ambulanță) – familie disfuncțională, stare materială precară, cazuri extreme, poate influența capacitatea sa de comunicare și, în acest fel, interferă în procesul de luare a unei decizii optime în legătură cu tratamentul ce trebuie acordat pacientului pe termen lung (considerând faptul că în acest caz este foarte posibil ca o altă înfățișare la un medic este puțin probabilă după depășirea situației de criză acută în care se află pacientul). Astfel, în asemenea cazuri în care medicul se simte influențat negativ de comportamentele și modul de viață ale pacientului, este recomandată o anamneză tehnicistă cu scopul de a releva rapid simptomele specifice unei eventuale boli somatice



care trebuie completată de observațiile circumstanțiale obiective ale medicului pentru a se putea forma o imagine globală coerentă asupra situației de abordat. Autoritatea profesională care apare aici ca un element de statut legat de specificitatea funcțională are un rol fundamental în desfășurarea actului medical, iar nerespectarea ei poate duce la încetarea relației interpersonale medic-pacient, însă reluarea acesteia este obligatorie după finalizarea actului medical sau, după caz, odată cu încetarea situației de criză.

Transfer - Contratransfer

O caracteristică permanentă a actului medical de urgență este transferul negativ la care este supus specialistul care are, de obicei 3 surse primare:

- bolnavi psihici agresivi și fără discernământ (unde trebuie luată în considerație sedarea acestora spre protejarea colectivității și chiar a medicului, cu prețul unei anamneze care devine imposibil de realizat);
- bolnavi somatici cu discernământ (care, din diferite considerente, fie refuză să comunice, fie au un transfer verbal negativ);
- aparținători agresivi sau cu transfer negativ continuu manifestat în special în situația neînțelegerii unor procedee medicale de urgență (intubația oro-traheală, defibrilarea, etc.) aceștia necesită o atenție sporită, deoarece stressul psihic la care sunt supuși cauzat de situația de criză îi poate împinge spre gesturi violente.

Un contratransfer negativ trebuie evitat în toate manifestările sale deoarece acesta va avea ca efect un răspuns negativ din partea pacientului prin alimentarea unei atitudini de ostilitate sau chiar prin creșterea agresivității față de medic. Neutralitatea afectivă este canonică în aceste cazuri, deoarece pacientul și aparținătorii, în ciuda sentimentelor negative pe care le manifestă față de medic, au ca așteptare primară ameliorarea condiției patologice. În acest sens este delimitată clar limita atitudinii paternaliste a medicului, deoarece medicul nu are niciun prerogativ spre a judeca sau de a condamna ori pedepsi pacientul pentru actele sale în măsura în care acestea nu intervin în terapia simptomatice acute. Accesele de furie sau agresivitate trebuie controlate în limita menținerii unui proces terapeutic eficient.

Compliance terapeutică

Problema consimțământului informat în medicina de urgență este una controversată. În țări precum SUA, Marea Britanie sau Israel, cu un sistem medical de urgență foarte bine dezvoltat s-au implementat sisteme de tip „checking chart” care oferă pacientului posibilitatea de a se informa foarte rapid în legătură cu procedeele medicale la care va fi expus și de a-și manifesta sau nu consimțământul, limitând astfel problema compliancei terapeutice acute. De asemenea, trebuie luată în discuție problema consimțământului indirect, adică cel oferit de aparținători (membri ai familiei, tutore legal, etc.) deoarece, în unele situații, este necesară o importantă putere de convingere care să contracareze efectele induse de tulburările de panică sau de neînțelegerea gravității crizei în care se află pacientul. Au fost înregistrate cazuri în care aparținătorii au refuzat ca pacienții să fie intubați și ventilați sau și-au exprimat dezacordul în privința administrării de epinefrină bazându-se pe informații eronate dobândite din media.

Abordarea variabilității cazurilor

Un alt factor care poate cauza un distress cronic specialistului este variabilitatea excesivă a cazurilor ce necesită un autocontrol afectiv avansat și de asemenea, o empatie neselectivă. Este foarte întâlnită situația în care, într-o unitate de primire a urgențelor să existe cazuri din domenii foarte diferite (geriatrie, pediatrie, paleative, traumatologie, etc.) care să necesite o stabilizare prealabilă referirii lor spre secțiile de specialitate. Astfel, sunt necesare cunoștințe avansate și o capacitate empatică foarte bine dezvoltată care să permită specialistului o abordare psihologică optimă pentru fiecare dintre pacienții săi, fapt care, alături de presiunea timpului foarte scurt acordat schimbării sensului empatic, contribuie decisiv la acumularea cronică de stress. În completare, cursul normal al abordării unui pacient în medicina de urgență presupune referirea acestuia către secția medicală corespunzătoare patologiei sale într-un timp cât mai scurt după stabilizare. În aceste condiții, orice formă de atașament a medicului față de pacient va deveni o sursă de stress cauzat fie de dorința (frecvență) a medicului de a trata pacientul până la vindecarea completă a suferinței sale, fie prin apariția sentimentului de nesiguranță și neîncredere în echipa medicală ce preia pacientul. Repetiția acestor scene pe parcursul practicii medicale în unitățile de primire a urgențelor poate duce, în timp, la alterarea procesului decizional al specialistului și la apariția sentimentului de uselessness cauzat de faptul că medicul urgentist nu are posibilitatea de a vedea, ci poate doar intui starea finală, vindecată a pacienților săi.

Protocolul DNR

Poate printre cele mai complicate situații întâlnite în practica medicală este aceea a abordării pacienților care nu au o indicație de resuscitare în cazul survenirii stopului cardio-respirator, această decizie este una care ține exclusiv de atitudinea medicului. Aceste atitudini sunt rareori controlate de protocoale clare care să protejeze medicul din punctul de vedere al disculpabilității personale (unele state din SUA, Canada), în cele mai multe cazuri fiind acceptată doar în cazul bolnavilor incurabili în faza terminală a bolii, iar în altele fiind considerată culpă medicală. O situație caracteristică unităților TIM este aceea a familiilor pacienților de acest tip care indiferent dacă sunt familiarizați sau nu cu protocolul în cauză, solicită echipei medicale sau paramedicale să înceapă manevrele de resuscitare cardio-pulmonară împotriva voinței preexprimate a bolnavului sau a protocoalelor medicale existente sau nu în țara respectivă. Astfel medicina de urgență devine una dintre specializările în care atitudinea DNR este destul de greu acceptat și de adoptat din cauza paroxismului și gravității situațiilor, dar și din cauza cadrului de desfășurare a actului medical, în cazul unităților mobile. Chiar și așa, letalitatea în cadrul MU este printre cele mai crescute, fiind devansată doar de practicile medicale paleative și de ATI.

Pacienți de tip GOMER

Acest tip de pacient a fost descris pentru prima dată de Samule Shem în 1978, sub numele de GOMER (abreviere de la Get Out Of My Emergency Room) ca și „oameni care și-au pierdut tot ce este uman”, și se referă la acei pacienți, de obicei foarte bătrâni, care se prezintă în unitățile de primire urgențe cu patologii multiple de tipul demențelor sau cu forme decompensate ale unor patologii care nu pot fi tratate medical într-o asemenea unitate. Problema acestor



pacienți a fost evidențiată în multiple jurnale datorită multitudinii aspectelor negative pe care le prezintă. Acești pacienți sunt unul dintre factorii principali ai aglomerării unităților, se prezintă în mod repetat la spitale fiind considerați “clienți fideli” ai unei anumite camere de gardă și reprezintă un factor stressor important atât pentru medic cât și pentru ceilalți pacienți datorită manifestărilor lor fiind atractori de contratransfer negativ.

Trebuie consemnat, însă, că poziția oficială față de acest aspect rămâne aceea că nu se poate refuza tratamentul unui pacient într-o unitate de urgență bazându-ne pe criteriile enumerate mai sus, deoarece acest lucru este considerat lipsit de etică medicală și se opune atât valorilor Hipocrațiene cât și credințelor publicului larg.

Stressul Profesional

Există numeroase studii recente care fac o legătură clară între nivelul de stress al medicului și calitatea actului medical, majoritatea având o referire specială la medicina de urgență. S-a constatat de-a lungul timpului că procentajul persoanelor care lucrează în domeniul medical și arată un nivel de stress peste normal a rămas în jurul a 28%, față de media populației muncitoare care este de 18%. Ceea ce s-a schimbat în ultimii ani este deschiderea medicilor spre a discuta această problemă și de a recunoaște existența ei în fața colegilor, dar și față de sine. La nivel internațional s-a constatat că personalul medical „obosit și stresat” nu furnizează servicii medicale de calitate ceea ce este în special adevărat pentru serviciile medicale de urgență.

Unul dintre factorii cu cea mai puternică influență este lipsa somnului. Recent s-a remarcat o atenție mai mare acordată acestui aspect atât de către societățile academice cât și de către cele în măsură să ia atitudini în acest sens. În SUA și în alte state s-a redus numărul maxim de ore de lucru pentru un medic din cadrul serviciului de urgență la maxim 12 ore fără pauză, adică jumătate din numărul orelor admise pentru orice altă specializare, recunoscându-se astfel nivelul mai ridicat de solicitare fizică și psihică prezente în acest domeniu. Cu toate acestea, legislația nu prevede nicăieri limitarea locurilor de muncă sau alternarea gărziilor din serviciu public cu cel privat, ceea ce duce la o ineficiență pronunțată a sa. Cu toate acestea există controverse cu privire la eficiența exactă a acestor măsuri.

Atât studiile clasice (McHenry – 1989) cât și cele mai recente demonstrează riscul crescut pentru simptomele de rustout și burnout la care sunt expuși lucrătorii din sistemul medical de urgență. Paramedicii și medicii din terapia intensivă mobilă au fost catalogați ca având cel mai mare factor de risc pentru aceste sindroame. Principalul factor ce influențează acest aspect este acumularea treptată de stress ceea ce duce la o scădere considerabilă a calității actului medical. Manifestările acestui sindrom în cazul MU sunt reprezentate în principal de absentism, moral scăzut și calitate slabă a actului medical.

Clasificarea după Maslach

Conform lui Maslach burnout-ul are trei componente principale, fiecare fiind un factor alterant atât al relației medic-pacient cât și al calității actului medical.

Prima componentă este reprezentată de sentimentele accentuate de epuizare emoțională – fiind caracteristică pentru paramedici și urgențiști. Aceasta duce la dezvoltarea unor trăiri negative manifestate printr-un contratransfer dăunător

pacientului, în plus, s-a făcut legătura între aceste situații și o creștere a riscului stabilirii de diagnostice medicale eronate. Rădăcina acestui factor se află în cerințele psihologice care solicită excesiv specialistul din punct de vedere emoțional. De asemenea, serviciile din exteriorul spitalului (TIM) se desfășoară foarte des în condiții nefaste precum întunericul, fenomene meteorologice incomodante, violența verbală a trecătorilor, factori de risc fizic și chimic (incendii,

Tablel *1

Clasificarea conceptuală a indivizilor conform unor teme centrale ale personalității cu referire la caracteristicile prezente la specialiștii în medicină de urgență și lucrătorii paramedicali.

După Adler și Mosak

Axați pe control	<ul style="list-style-type: none"> • Își inhibă sentimentele și spontaneitatea pentru a evita să devină vulnerabili • Adepți ai ordinii, intelectualizării, consecvenței și atenției la detalii • Perfecționiști; îi depreciază pe alții în comparație cu sine
Axați pe a conduce	<ul style="list-style-type: none"> • Activi, agresivi, energici • Simt nevoia de a fi în centrul atenției și de a-i conduce pe ceilalți • Sunt ambițioși și acceptă foarte greu criticile și contraargumentele celorlalți • Simt nevoia de a mulțumi pe toată lumea în scopul aprecierii • Se dedică în mod absolut scopului propus și dau dovadă de o conștiințiozitate excesivă
Axați pe a mulțumi	<ul style="list-style-type: none"> • Simt nevoia de a mulțumi pe toată lumea în orice moment și de a fi apreciați pozitiv • Sunt extrem de sensibili la critici venite din exterior, se simt devastați emoțional când nu reușesc să mulțumească în mod constant și absolut persoanele din jur • Analizează oamenii din jur pentru a identifica ce anume îi mulțumește și își schimbă atitudinea în funcție de aceste evaluări • Se apreciază pe sine în funcție de părerile exprimate ale anturajului.
Axați pe acaparare	<ul style="list-style-type: none"> • Consideră că viața este necinstită cu ei pentru că le refuză ceea ce ei consideră că merită • Exploatează și manipulează anturajul, recurg la intimidare, șarm personal sau orice altă metodă pentru a obține ceea ce doresc • Sunt instabili în dorințe și manifestă această caracteristică în toate aspectele vieții (profesional, social, afectiv, etc.)
Victimizanți /Martiri	<ul style="list-style-type: none"> • Autocompătitori, resemnați, predispuși la accidente • Se dedică absolut scopului pe care și-l propun și îl centrează în toate aspectele vieții • Se laudă și se mândresc cu suferința lor se consideră dezavantajați și subapreciați
Opozanți	<ul style="list-style-type: none"> • Contrazic orice argument și cred în ceea ce argumentează • Nu sunt susținători a niciunei cauze și sunt întotdeauna gata să o contracareze • Sunt pasivi la cererile și părerile altora, sunt extrem de pesimiști și găsesc soluții unice și independente oricărei probleme cu care se confruntă
Axați pe rațiune	<ul style="list-style-type: none"> • Evită sentimentele, cred că rațiunea poate rezolva orice problemă indiferent de natura sa • Sunt foarte calculați, se tem de propria spontaneitate și și-o remit pe cât posibil • Nu se simt confortabil în mediul social dar vânează bunele aprecieri ale anturajului
“Vânătorii de acțiune”	<ul style="list-style-type: none"> • Urâsc rutina și repetitivitatea acțiunilor, sunt foarte sensibili la plictiseală și monotonie • Caută anturaje diferite în care să le fie satisfăcute nevoile de acțiune și provocări



accidente biologice), situații critice (bătăi de stradă, atacuri armate) care măresc factorii traumatizanți ai acestei practici medicale. Cea de-a doua componentă este tendința de a dezindividualiza pacientul cu scopul de a minimaliza implicarea psihafectivă care ar putea afecta calitatea ajutorului acordat, iar cea de-a treia caracteristică identificată este tendința către autoevaluare negativă în momentele rememorării și documentării cazurilor medicale abordate.

Abordarea Adleriană

Teoriile lui Adler completate mai târziu de Mosack definesc anumite tipologii care sunt folosite ca suport conceptual pentru a evidenția similitudinile dintre indivizi în ceea ce privește modalitățile de coping cele mai probabile și riscul de a fi afectați de un burnout acut. Acești autori categorisesc indivizii conform unor teme centrale ale personalității astfel: axați pe a conduce, axați pe control, axați pe acaparare, axați pe a mulțumi, victimizanți/martiri, opozanți, axați pe rațiune, “vânători de acțiune” (conform tabelului *1).

Studiile au arătat că această teoretizare poate fi utilă în stabilirea dinamicii personale a specialiștilor din urgențele medicale stabilind că există tipologii cu factor de risc crescut pentru burnout, dar evidențiază și anumite tipologii cu caracter imunogen. Astfel cei axați pe control, datorită caracterului spontan și inconstant al actului medical de urgență, pot fi susceptibili unui burn-out mai acut, la fel ca și cei axați pe a mulțumi, din cauza ratei mari a mortalității din această specializare. De asemenea, se evidențiază un risc la fel de crescut pentru personalitățile de tip opozant și cei axați pe rațiune datorită contrastului dintre nevoile personale ale acestora și natura actului medical de urgență. Tipurile de personalitate axate pe acaparare, pe a conduce și “vânătorii de acțiune” sunt considerate a fi imunogene în acest caz datorită ambiției și spontaneității acestora.

Specificitatea Copingului

Fiind confrunțați constant cu situațiile enumerate mai sus, specialiștii din medicina de urgență atât mobilă cât și spitalicească tind să adopte o abordare distantă și autoconservatoare a pacienților. Conform lui C. E. Palmer, această abordare se manifestă sub forma unor tehnici de coping folosite de ei pentru a-și ameliora percepțiile în privința situațiilor medicale critice cu aspect și potențial psihotraumatizant. Printre acestea vom enumera desensibilizarea educațională, umorul și ironizarea, alterarea limbajului uzual, fragmentarea, atitudinea de workoholic și raționalizarea (tabelul *2).

Considerând lipsa totală de educație profesională în ceea ce privește abordarea situațiilor conflictuale cu pacienții, personalul medical, oficialități sau cu persoanele care asistă pasiv la scenele din spațiul public în TIM, s-a observat faptul că medicii adoptă mecanisme defensive în funcție de temperamentul și personalitatea fiecăruia, contribuind astfel la acumularea de stress psihic. Aceste mecanisme îi ajută pe specialiști să se poată concentra mai bine în timpul serviciului medical însă cronicizarea lor devine cu atât mai dăunătoare cu cât acestea devin constante și influențează toate aspectele vieții medicului.

Bibliografie:

1. Binder DS, Sklar DP, *Ann Emerg Med.* 2007 Nov 12, Department of Emergency Medicine, University of New Mexico, Albuquerque, NM
2. INFORMED CONSENT IN EMERGENCY MEDICINE

Tabelul *2

Principalele mecanisme defensive și de coping manifestate de către personalul medical lucrător în Medicina de Urgență.

După C.E. Palmer

Desensibilizarea educațională	<ul style="list-style-type: none"> • Proces conștient • Consideră experiențele prin care trec ca scuză pentru a neglija procesul de educație medicală continuă • Refuză să documenteze diferite cazuri după tratarea pacienților pentru a evita confruntarea cu o situație traumatizantă <p>Notă: la nivel mondial se observă participarea redusă la congresele și conferințele de MU față de alte specializări în condițiile unui număr redus de astfel de manifestări.</p>
Umore și ironizarea	<ul style="list-style-type: none"> • Proces conștient • Ironizează pacienții și problemele lor de sănătate în discuțiile cu colegii • Tratează cu superficialitate componentele suferințelor pacientului
Alterarea limbajului	<ul style="list-style-type: none"> • Proces conștient • Folosesc un limbaj dur și direct, cu invective și expresii jignitoare, chiar fără a avea un scop anume. • Adoptă atitudini distante și inferiorizante față de pacienți, exprimate atât prin limbaj cât și prin alte manifestări (evită a privi în ochi pacientul, păstrează o distanță constantă, în mod vădit crescută, între sine și pacient în afara consultației)
Atitudinea de workoholic	<ul style="list-style-type: none"> • Proces inconștient • Își programează cât mai multe ture. • Consideră că este indispensabil sistemului și se simte vinovat dacă nu muncește. • Evită viața socială folosindu-și timpul liber în special pentru a-și perfecționa tehnicile și pentru a se pregăti pentru o altă gardă medicală.
Fragmentarea științifică	<ul style="list-style-type: none"> • Proces conștient • Medicul fragmentează situația pacientului în mai multe părți (patologie – manifestări simptomatice – percepția pacientului asupra bolii) evitând confruntarea cu acelea care nu pun în pericol acut viața pacientului. • Evită să conștientizeze situația generală a pacientului concentrându-se doar pe tratarea urgenței medicale reprezentată de patologia acută • Evită să comunice cu pacientul
Raționalizarea	<ul style="list-style-type: none"> • Proces inconștient • Medicul își privește pacienții ca și “cazuri medicale”, nu ca oameni. • Amplifică partea rațional-tehnicistă evitând să empatizeze în orice fel cu suferința pacientului

Ethics Under Fire. Emergency Medicine Clinics of North America, Volume 14, Issue, Pages 245-254 J. THEWES

3. Luban-Plozza, Iamandescu – “Dimensiunea psihosocială a practicii medicale” *InfoMed*, 2002; V, 134-135
4. Parsons T. – “Sistemul social” Editura pedagogică, 1969; III, 45-46
5. Popa-Velea, O. – (1996) “Problemele psihologice ale asistenței muribundului”, în I.B.Iamandescu – “Psihologie medicală”, Ed. Infomedica, București
6. Shem, Samuel, *House Of God*, New York – Marek publication, 1978
7. *American Journal of Public Health*, 74 – 494, 1994
8. Winnebago & Co., *Mercy Medical Center*, 906 2.d, 198, 201; 1973
9. Firth-Cozens J. *The psychological problems of doctors. In: Firth-Cozens J, Payne R, eds. Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions. London: Wiley, 1999.*
10. Firth-Cozens J. *Interventions to improve physicians' wellbeing and patient care. Soc Sci Med* 2001; 52: 215-222
11. *Patient and Physician Safety and Protection Act of 2001, HR 3236, 107th Cong (2001).*
12. Grigsby, D. W., & McKnew, M. A. (1988). *Work stress burnout among paramedics. Psychological Reports*, 63, 55-64.



13. Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 8(1), 10-70
14. Hammer, J. S., Mathews, J. J., Lyons, J. S., & Johnson, N. J. (1986). Occupational stress within the paramedic profession: An initial report of stress levels compared to hospital employees. *Annals of Emergency Medicine*, 15, 535-539.
15. Miller, L. (1995). Tough guys: Psychotherapeutic strategies with law enforcement and emergency services personnel. *Psychotherapy*, 32(4), 592-600. Mitchell, J. T. (1984). The 600-run limit. *Journal of Emergency Medical Services*, 9(1), 52-54.
16. Adler, A. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler* (H. L. Ansbacher & R. R. Ansbacher, Eds.). New York: Harper Torchbooks via Kosinski, Frederick A. Jr., *Journal of Employment Counseling*, Friday, December 1 2000
17. Mosak, H. H. (1968). The interrelatedness of the neuroses through central themes. *Journal of Individual Psychology*, 24, 67-70 via
18. Kosinski, Frederick A. Jr., *Journal of Employment Counseling*, Friday, December 1 2000
19. *Journal of American Psychiatric Association* 1994
20. Dernocoeur, K. (1989). Total self-care: Basic stress management and more. *Emergency Medical Services*, 18(2), 29-38.
21. Palmer, R. G., & Spaid, W. M. (1996). Authoritarianism, inner/other directedness, and sensation seeking in firefighter/paramedics: Their relationship with burnout. *Prehospital and Disaster Medicine*, 11(1), 11-15.
22. Graham, N. K. (1981). Done in, fed up, burned out: Too much attrition in EMS. *Journal of Emergency Medical Services*, 6(1), 24-29

MEDICINA ESTE ȘI ARTĂ?

Dr. Mioara Tovârnic, Iași



Abstract: in our days, from different causes, Burnout Syndrome is common in Medical World. I allow myself to show you which would be one of these causes: the establishment of a diagnostic differential between a fake organic affection and a real organic affection.

Key words: Stress, malady, diagnostic differential.

De multe ori mi-am pus această întrebare și, după atâția ani de experiență clinică, răspunsul cred, că nu poate fi, decât individual.

Am constatat în ultimul timp, mai ales după 1990 și din ce în ce mai frecvent, un nou tip de pacient/pacientă cu un sindrom la început pare definit, plurisimptomatologic, dar care, prin evoluție, pune în evidență o nouă maladie.

De obicei este vorba despre o persoană adultă, cu predominanța sexului feminin, cu vârsta cuprinsă între 40-60 ani, din mediul urban, având pregătire profesională, medie sau înaltă, tipul de ipohondru, cu preocupare excesivă asupra propriei sănătăți, cu o cultură medicală culeasă din diferite medii, împrejurări sau cărți. Au antecedente personale, bogate în afecțiuni psihosomatice (dischinezii biliare, colite mixte, sindrom de colon iritabil, cardiopatie ischemică, gastrită, hipertensiune arterială, obezitate sau sindrom hiponabolic, etc.) toate, pe fond de ușoară instabilitate psihică, de multe ori determinate de traume personale, familiale (divorț, decese), sociale (conflicte la locul de muncă, pensioană medicală) și nu în ultimul rând, cu probleme privind viața sexuală. Sunt consumatori moderați de băuturi alcoolice și în general nefumători.

Până aici nimic nou. Ceea ce am constatat în ultimul timp, particular la acești pacienți este intensitatea în avalanșă privind evoluția simptomelor pe care le acuză, legate curios nu în paralel cu evoluția dovezilor clinice și paraclinice ci de numărul investigațiilor paraclinice, cu cât mai sofisticate cu atât mai insistent cerute.

De obicei, asemenea pacienți, vin la o primă consultație cu simptome atenuate privind funcționalitatea unui organ.

Ca medic internist după consultație și investigații paraclinice, comunic pacientului că totul este în ordine, ceea ce îl nemulțumește profund și prin autoîntreținere psihică, simptomele se accentuează, devin alarmante (se sufocă, vede moartea cu ochii, dureri groaznice).

Își administrează o medicație recomandată de diverse per-

soane care își dau cu presupusul, consultă diverși paramedici, execută diverse proceduri (acupunctură, fitoterapie, etc.).

Mai nou și la modă, își face un bilanț bioenergetic. Iată de exemplu rezultatul unei astfel de investigații și diagnosticul stabilit prin această metodă: neurastenii, anemie feriprivă și pernicioasă, dischinezie biliară, duodenită cronică interstițială, gastrită atrofică, helminti, lambliază, enterită, glutenopatie, diabet în dezvoltare, pancreatită cronică, deficiență enzimatică, colelitiță acută calculoasă, laringotraheită, sinuzită maxilară, T.B.C. pulmonar în dezvoltare?, hipotiroidie (tiroidită autoimună în evoluție), hidronefroză, oxalurie-pielonefrită spre colecție?, polip uterin: tumoră benignă a mușchiului uterin, papiloma virus, mastopatie bilaterală-stafilococ?, lipom mamar stâng, hipotensiune, miocardodistrofie, angină pectorală spre evoluție, nevroză obsesivofobică, dereglare convulsivă (cognitivă), A.T.S. incipientă, osteoporoză la nivelul coloanei cervicale, radiculită la nivelul articulațiilor, sclerodermie generalizată, infecție sistemică cu Enterococ, Stafilococ, Streptococ betahemolitic, Streptococ Viridans, tulburare afectivă depresivă recurentă-episod actual major cu ideeație autolitică persistentă, cervicatroză, tahicardie sinusală, tetanie cronică, sindrom dislipidemic, discopatie L5/S1, chist ovarian drept operat.

Acestei paciente i s-a depistat și o alergie la penicilină, efedrină, cistină și peroxid de magneziu, recomandându-se un tratament homeopatic, cu metaterapie la nivelul pulmonilor, traheei, bronșiilor, ficatului, splinei, pancreasului și vezicii biliare.

E drept că o asemenea listă de afecțiuni ar pune pe gânduri și pe cea mai optimistă și tonică persoană.

Ceea ce am constatat este că afecțiunile legate de starea psihică sunt cu evoluție ciclică, că aceste simptome cresc în intensitate ajungându-se la o preocupare obsesivofobică, cu un punct culminant necontrolat de administrarea medicației sedative sau antifobice și că recomandarea uneori fortuită a unor investigații de înaltă specializare medicală, deseori dificile (R.M.N., C.T., endoscopii etc.), fac ca imediat după aceea pacientul să se simtă bine și să nu-l mai doară nimic o perioadă de timp.

Când acumulările de stress depășesc un anumit prag, persoana respectivă, de obicei își găsește o altă afecțiune care urmează aceeași evoluție ca și precedenta. Pacientul



este iar în căutarea unui medic “bun”, care să știe ce are și, mai ales, să-i recomande investigații cât mai complicate.

Problema medicului consultant (și aici intervine pregătirea profesională, experiență și artă) este aceea că de multe ori, limita între răspunsul organic al unei depresii psihice și o boală organică propriu-zisă este foarte restrânsă.

De aceea, relația medic-pacient, în aceste cazuri trebuie să fie una specială, conlucrarea cu medicul psihiatru și psiholog să fie perfectă pentru a stopa efectul de “avalanșă” al simptomelor.

Sunt pacienți foarte dificili în care răbdarea de a stabili un diagnostic cât mai precis de a urmări evoluția simptomelor și uneori curajul de a o lua de la capăt, constituie o adevărată artă medicală, ceea ce vroiam să spun de la început. Sau, pentru medicul respectiv, încă o cauză pentru declanșarea unui sindrom Burnout.

*Dr. Țovârnac Mioara, Medic Primar Boli Infecțioase
și Epidemiologie. Clinica de Boli Infecțioase Iași,
mioara_iasi@yahoo.com*

“A BALINT-GROUP IS NOT JUST FOR DOCTORS”

Don Bryant, London, United Kingdom

Abstract: *This paper traces the development of the group training method – originally designed for GPs and fully described by Balint (1) – into ‘an eminently practical experience for allied professional groups’ (2). Particular applications of ‘Balint-like’ training groups are exemplified by: hospital and other social institution leaders (3,4); health-care professionals (5); and supervision groups for counsellors and psychotherapists (6). A more detailed account is provided by the Southwark Diocesan Group Scheme for clergy and pastoral workers (7-16). This account illustrates important parallels with Balint work for GPs and other healthcare professionals, and addresses very similar problems in relation to future directions (17). In pursuing the question “What future for Balint work?”, this paper will speculate on the potential for adapting the classic Balint model to serve the needs of two new ‘client-groups’ which appear to be gaining prominence in the world in which we live today – the “Expert Patient” (18) and the “Volunteer Carer” (19).*

Introduction

“Nothing ever stays the same...” “Just because it was good once, doesn’t mean to say we’ve got to go on doing the same old thing...” “The only thing that’s really certain about an uncertain future is that it will certainly be very different from how things are now...” “The only constant thing in our universe is change...”

These and other similar aphorisms have become almost axiomatic in the social and behavioural sciences. They are, arguably, even more apt when applied to the developments that have taken place in that body of specialised – and, at the time, rather speculative – group work originally designed over fifty years ago for the training of family doctors over. When, in 1957, Michael Balint published his seminal work (1) on the group method for the training and professional development of general practitioners, it seemed like a breath of fresh air blowing through the conventional and often stereotyped teaching of the practice of family medicine. Over and above the highly ‘scientific and evidence-based’ collection of textbook techniques for dealing with the human condition, there were now strong resonances from the field of psychoanalysis heralding the impact of the Unconscious on the ways in which doctors experienced their patients. Although challenged by the leaders of the more orthodox schools of medical education, the group ‘learning and experiential’ method – soon to be more widely known as the ‘Balint-group’ method – rapidly became seen as an essential part of the modern young doctor’s toolkit of

diagnosis and evaluation. Before long, local groups were springing up all over the UK, shortly to be followed by overseas groups and the setting up of the Balint Society as a focus for regular dissemination, discussion and publication of ideas and case studies.

Case discussion groups were, however, nothing new. What was different about Balint groups was the absence of didactic teaching: they were quite deliberately **not** intended to be groups whose members were pupils to be instructed by a teacher. Neither, however, were they intended to be psychotherapeutic groups whose members are helped by an ‘expert’ to understand and to address their own emotional problems. The focus was on the process of the doctor’s interaction with the patient, and on the counter-transference as a source of information. Balint’s aim was to get away from the heavy reliance on theoretical knowledge and to help doctors develop a new skill – listening. Listening to their patients: not only to their spoken words but also to the unspoken. Listening also to their own responses and feelings. Evidence-based medicine was now to be more evenly balanced with empathy and experience in order to take on a human face.

A parallel development in the field of community mental health was the recognition by Sutherland and his colleagues at the Tavistock Clinic of the Balint method as ‘an eminently practical experience for allied professional groups’ (2). These ‘allied professionals’ included hospital physicians, practice nurses, social workers, family therapists and the clergy. Group work, although firmly based on the Balint method originally designed for family doctors was now freely adapted to meet the needs of ‘allied professionals’ who were clearly not doctors in the strict medical sense (an early indication that “Balint-groups were just not for doctors”). Perhaps more accurately described as ‘Balint-like’ groups, this form of group work was not, however, to be regarded as a kind of “poor man’s psychoanalysis” (any more than were the original Balint groups for family doctors); it had a validity and value of its own.

Alongside this development of group work in community mental health was the overspill into applications of the ‘group relations’ movement into specialised conference groups, such as T-groups, encounter groups, and training laboratories (especially those pioneered by the National Training Laboratories at Bethel in the USA from 1947 onwards).

The first group relations conference in the UK was mounted by the Tavistock Institute of Human Relations in 1957 at Leicester University. The ‘Leicester’ conference soon became an annual two-weekly residential event with an international membership drawn from mental health



professionals such as psychoanalysts and psychiatric social workers as well as leaders from industry, government, hospitals and other social institutions (3). This particular strand was heavily influenced by a concentration on the unconscious 'basic assumptions' that, according to Bion (4), were always present as obstacles to the 'W' – the explicit primary task of the organisation or work group

The tensions between 'basic assumption' phenomena and primary task were creatively pursued by the work of Harold Bridger and his colleagues at the Tavistock, culminating in the concept of the 'Double Task' (5). This made a deliberate effort to secure a working balance between, on the one hand, the demands of everyday problem identification and resolution in the workplace and, on the other hand, the influences of unconscious processes in the group.

The insights and experiences from these post-Balint influences led to further modifications of the group learning experience and its application to the supervision of counsellors and psychotherapists (6). A major pragmatic distinction (between counselling and psychotherapy) with implications for the group supervision of 'allied professionals' was the emphasis on work with non-patient groups (i.e. with *practitioner* groups) with little explicit use of the transference and with a greater degree of task orientation.

Eleven factors identified by Yalom in his magisterial work (6) provide a background to the principles and assumptions guiding most forms of group work: (i) installation of hope; (ii) universality; (iii) imparting of information; (iv) altruism; (v) the corrective recapitulation of the primary family group; (vi) development of socialising techniques; (vii) imitative behaviour; (viii) interpersonal learning; (ix) group cohesiveness; (x) catharsis; and (xi) existential factors. Among these eleven factors listed above as curative in most (if not all) forms of group work is the installation of hope, central to all forms of psychological therapy and to medicine and to religion.

One of the great functions of religion in the past was to affirm the sense of self in times of crisis – sickness or death, birth and marriage. Changes in society, along with the development of scientific knowledge in medicine has led to a recession in the use of churches and of the role of clergy. The need to care, however, is in no way diminished and the fall in church attendance has been paralleled by a rise in the size of the caring professions. The clergy, along with social workers and counsellors and many others, are examples of the 'allied professionals' who, with Balint's original GP groups, have been helped by institutions like the Tavistock Clinic over many years to develop their skills of listening and self-reflection and, as those skills have developed, these 'allied professionals' have become more "professional". But, despite the many successes, there have also been setbacks and disappointments. There now follows a more detailed account of group work with clergy. This account illustrates important parallels with Balint work for GPs and addresses similar problems about the future.

The Southwark Group Scheme for Clergy

Schemes involving 'Balint-like' groups were pioneered in several dioceses of the Church of England as one way of providing adequate and regular pastoral support for clergy, a structure within the Church for 'caring for the carers'. The first scheme was launched in Southwark in 1970. It was co-ordinated by a whole-time Director of Pastoral Care and

Counselling, with the full backing of the then Diocesan Bishop (Dr Mervyn Stockwood) and used group leaders who already had relevant training in group work. Other dioceses followed; some schemes were officially sponsored and accountable to diocesan structures (for example London Diocese set up a scheme in 1977 with features that included secondment of experienced psychotherapists conducting training groups for potential group leaders, an accreditation process and continuing supervision for trained leaders); other schemes were more informal in response to local needs.

These group schemes aimed for a balance of clergy and accredited lay pastoral workers, and of men and women, with an average complement of eight members plus two leaders. Many groups continued for several years meeting weekly or fortnightly; other members joining by agreement to fill leavers' places. Their tasks were to explore issues arising at work, to look at the way these were handled and to help in the search for better ways. Members were encouraged to assist each other to understand their own blind spots and how these affected their work. The 'here and now' of the group's involvement was found to reflect the relationship problems at work or in the parish.

Typically one or two current 'cases' (pastoral situations giving cause for thought, not necessarily 'problems') were presented by group members in a session, the leaders usually opening the session by asking "who has got a case?" Everything shared in the group was counted as confidential and not discussed outside the group. In order to give a flavour of the kind of cases presented at the clergy group sessions, two examples, based on material discussed at supervision sessions (with some changes of detail to preserve anonymity) have been selected.

CASE "A"

Andrew, the vicar of a large mixed working and middle class parish on the outskirts of South London, tells the group about his latest attempt to provide a better service of pastoral care. He has put a notice in the parish magazine offering to hold evening 'surgery' in the church hall between 6 to 8pm every Tuesday. The notice was addressed to "all those feeling lonely, stressed, or just in need of a friendly chat or a listening ear". Andrew explains that his idea of a 'surgery' is deliberately open ended as regards session length, being modelled on the 'old style' local GP surgery where patients could just drop in and wait to be seen on a first-come, first-served basis. Andrew then adds that nobody came the first week. During the second week the only taker was an elderly man he had never seen before with arm in a makeshift sling, demanding treatment. Andrew's attempt to explain that it's not that kind of surgery falls on deaf ears, and the old man goes off complaining about the church being "all promise, no delivery".

Andrew goes on to relate how he was awakened very early the following morning by a 'phone call from Mr A (a regular parishioner) who, claiming that he had turned up at the surgery before 8pm last night only to find it already closed, asked to be seen immediately as "a very urgent and sensitive pastoral matter has arisen". Confessing to a moment of weakness, compounded by past frustrations, when he very nearly agrees to Mr A's request to be seen immediately, Andrew sticks to his guns however, and reaffirms the original offer: "come next week to evening surgery and I'll see you then". Mr A replies that next week will be too late and slams the 'phone down.



The following week Andrew reports to the group that neither Mr A nor anyone else has come to evening surgery. Nothing more is ever heard about Mr A's "very urgent and sensitive pastoral matter" nor, indeed from Mr A himself who appears to have disappeared without trace from the parish. In answer to the question "how does that make you feel?" put by his fellow group members, Andrew replies "you can't win".

(Several sessions later Andrew announces to the group that the evening surgery experiment has been "put on hold").

CASE "D"

David, a newly ordained young priest has been asked by his Rector, John, to call on Mrs D. She is a lady in her early 50s whose husband had died suddenly eight weeks previously. At first Mrs D seemed bright and cheerful and asked David about his new ministry and future plans. Nothing is said about her husband's death until David asks her how things had been with her lately. Mrs D breaks down and cries for several minutes. Not knowing what to say, David just sits there, feeling helpless while she weeps. Eventually, he asks if he might say a prayer before leaving, to which Mrs D replies "if you like". David feels that his visit has gone badly wrong and invites the group to explore with him his anxieties before the visit, his feelings of helplessness during the visit, and the reasons he offered to say a prayer.

After asking David a few more factual questions about Mrs D's situation prior to her husband's death, and about his own training and expectations, various member of the group speculate on what was happening both to David and to Mrs D during the visit. Group members are thus able to make an imaginative leap into David's shoes and to imagine his feelings as well as those of Mrs D as she opens the door to this well-meaning and caring, but obviously inexperienced, young man. She takes care of him. By helping him to recall both what he has done and is planning to do, she enables David to broach the subject he has come about. Thus encouraged, Mrs D breaks through her distress and shares it with David by doing what she needs to do – to cry – for several minutes and to have David take upon himself some of the weight of her sense of helplessness. Sensing that the prayer is more for him than for her, she encourages him to go ahead if that is what he wants. He lets her cry, and she lets him pray; each shares and so bears some of the anxiety of the other.

Very little of this imaginative interpretation of the situation is available to David until he is able to retell it step by step to a group prepared to listen and speculate in a non-judgmental and supportive atmosphere. Without such a setting David's experience might otherwise have been discarded as a failure. The group process has helped David understand some things, not only about himself as a person, but also about the practitioner-client relationship.

Despite the initial success of the clergy groups and their burgeoning during the 1980s, there were, by the mid 1990s, reports of their "running out of steam". In response to these reports a detailed review of the Southwark scheme was undertaken in 1995.

The analysis of results of this review (7) largely confirmed the beliefs that led the founding fathers of the support group network in Southwark (8,9) to set up the scheme in the first place. These beliefs stem from Moltmann's vision (10) of grass-roots communities where clergy and laity learn together to help themselves.

As beliefs they incorporate several assumptions: that group members can learn ways of distinguishing between their own personal anxieties and those of the people for whom they have pastoral care; that their understanding is deepened through sharing the resources of others who may have faced, and sometimes resolved, similar problems; that in learning through observation and participation about what happens in groups they will come in time to recognise the many human needs that can enhance the effectiveness of the many groups in which they are involved in everyday life.

All of these beliefs appeared to be well vindicated by the experiences of past and present group members. But there were a few blind spots, in Egan's sense (11). Notably they included: the "tyranny of the group"; the lack of clear expectations on joining; mismatch between expectations and experience; uncertainty over whether support also implies a measure of therapy; the competence, training and theoretical orientation of leaders and supervisors; the extent to which the theological component in group work is crucial or optional (or sometimes, indeed, even relevant.)

Some of these blind spots were worked on in the course of group work. As regards the point about theological commitment, Leech (12) has complained about the reduction of pastoral ministry to a secular counselling model but, as Rhymes (13) has pointed out, it is precisely because the church has failed to exercise a ministry of the whole community that the type of social service/clinical ministry, of which Leech is rightly suspicious, has developed. Blows (14) puts it in a different way by asserting that, while the role and task of the pastor are unique among the helping professions, and need to be strengthened, the pastor cannot work in a disciplinary vacuum.

Issues about leadership, authority, dependence, pairing, aggression, absence and mourning in group life have been well described by Bion (4). The clergy groups, although never intended to function like Bion's Basic Assumption groups, will doubtless encounter behaviours that are dysfunctional as well as helpful to the primary task of the group. It was Bion's particular contribution to recognise that emotional and irrational feelings in the group profoundly affect their rational workings and that the full potential of the group can only be realised when this is acknowledged and dealt with by the group.

It is Bion's view that the group only develops when it learns by experience, gaining greater contact with reality. Learning by experience was very much a feature of the clergy groups, but it is to the work of Balint (1), rather than Bion that they appeared to owe their theoretical basis.

The stated purposes of the Southwark clergy group scheme were: to provide support and learning resources for clergy and lay persons with pastoral roles and tasks; and to help members in becoming more effective in their relationships with those they were pastoring. Originally set up as 'Basic Groups' in 1970, the Scheme was the responsibility of the Director (later Adviser) for Pastoral Care and Counselling, appointed by, and accountable to, the Bishop of Southwark. After the initial launch, and with the training and selection of supervisors and group leaders by outside professionals, the Scheme was reported as "spreading like wildfire". By 1981, 14 groups were operating in different areas of the diocese.

All groups were meeting, weekly for 90 minutes, ten sessions a term (30 in a year), some groups continuing (albeit



with changing membership) for several years. The average complement of eight group members, co-led by two group leaders, aimed for a balance of men and women, lay and ordained.

Leaders trained and experienced in group work, also met fortnightly in supervision groups co-led by two external supervisors. In addition, all group leaders and supervisors met once a term with the Director/Adviser to discuss business issues and common concerns (the content of individual group discussion material was however, held confidential).

In terms of financing, group members originally contributed a token amount towards administration; supervisors were paid honoraria, and leaders their travelling expenses, by the diocese. Eventually the principle was established that group members should not be charged, and the groups were funded from the diocesan budget but they had always cost more to run than allowed for in the budget.

The parallels between the workings of the basic groups for clergy and those of Balint groups for GPs were striking. Comparisons were made to identify what common features and what differences may be of value in providing insights leading to the improved effectiveness of the clergy groups and possibly those of other 'allied professionals'.

Ten General Principles for Clergy Groups

Comparison of the operation of the clergy groups with the essential characteristics of Balint groups for GPs as suggested by the Balint Society (15) provided the basis for some general principles which could be applied to both and, indeed, to other 'allied professionals':

- (a) Size: 6-12 (9 the optimum plus the 2 group leaders)
- (b) Group leaders (2) – 1 clergy who has had group training
1 counsellor or other professional
- (c) Group members in pastoral/counselling contact with parishioners/clients
- (d) Material based presentation of current cases that give group members cause for thought (not necessarily a problem) giving rise to: distress; puzzlement; difficulty; interest; surprise.
- (e) Discussion focuses on *relationship* between group member and parishioner/client, clearing up matters of 'fact' but only those bearing on that relationship.
- (f) Reliance on memory and not on 'case notes'
- (g) Sessions not for personal therapy of group members (discomfort in group members being worked through in the context of the client's needs rather than those of the group member).
- (h) Standard small group rules: (60 to 90 minutes) – one or two cases per session.
- (i) Purpose: to increase understandings of problems of the client, not to find solutions or give advice, but to speculate on 'what's going on?'
- (j) Group leaders responsible for keeping focus on task/problem rather than on personalities.

In comparing clergy groups with Balint groups for GPs, it is interesting to recall that what Balint thought was needed was: first, the acquisition not of theoretical knowledge but personal skill; and secondly, a limited, yet considerable, change in the personality of the practitioner. Just as Balint's emphasis was to focus on the very nature of general practice, so in the basic clergy groups was it the intention to focus on that of pastoral care. Here in pastoral care, no less than in general practice, were the personal skills and the personalities of its practitioners found to be crucial in pro-

viding continuing support and well-being for those in their charge. However, the nature of pastoral care is very different from that of general practice (for example, most interactions with clergy being brief encounters at the church door, in the street or supermarket, on the 'phone, etc.) and the analogy should not be pushed too far.

Towards the end of 2001, several changes in the administration and the structure of the diocese (including the appointment of a new Bishop followed by the resignation of the Adviser of Pastoral Care and Counselling) had occurred and the fortunes of the basic groups (now renamed Consultation and Support Groups) had declined. There were now only 36 group members within six groups, each with two co-leaders, meeting as two supervision groups, each comprising two supervisors and three pairs of co-leaders. Current costs of the scheme were dominated by 'professional' fees for a two weekly session for each of the four supervisors. Many other costs were 'hidden' (eg. room hire for the meetings, usually negotiated on a goodwill basis from local parishes) and there were also financial deficits carried forward and projected into future years. There was also the continuing absence of a full-time Adviser for Pastoral Care and Counselling or even someone with relevant skills and access to professional networks, who could represent the scheme to the Bishop and to the Board for Church in Society (the body responsible for mediating ever-declining resources to other deserving projects within the diocese.)

By the summer of 2004, work by an intermediate management group set up to develop proposals for future development was overtaken by events – namely the decision, reluctantly, to close down the groups (mainly because of the lack of new members coming forward to make the remaining (now only five) groups viable). A summary of working papers and ideas for any possible future development was put together under the title of "Chairs in a Circle" (16) and presented to a gathering to which all past and present members of the Southwark Diocese Group Scheme were invited. The benefits that the Scheme had brought to many people since it began in 1970 were celebrated and to mark its end now – some 34 years later – a founder member, Canon John Foskett, agreed to reflect on the value of the experience and others present were invited to join in this process. Once again the parallels between Balint work for GPs and that of the clergy groups were apparent. Two important questions, of equal pertinence to 'allied professionals', raised by Salinsky in his summaries (17) of current problems being experienced by GP groups, were: "can Balint (groups) continue to speak to new generations of doctors and health workers?"; and "if so, how can we preserve the best while being flexible enough to adapt to the world we live in today?"

What Future for Balint Work?

There is one additional aphorism to be considered along with those listed at the beginning of this paper: "On the other hand, don't throw the baby out with the bath water..." It is clear that, building on Balint's original ideas of fifty years ago, there have been many considerable developments and shifts of emphasis in response to changing social issues and values as well as modifications more suited to the particular needs of other 'allied professionals'. Yet in several fundamental aspects the Balint method remains



unchanged: the focus is on the relatedness of the individual to the group; the method relies basically on learning through experience in the 'here and now'; material for discussion is drawn from ongoing cases in the practitioner group's work situation; the stance is educational but not didactic; practitioners are encouraged to listen, but also to hear and to absorb, emotions expressed by their clients without themselves breaking down or acting negatively; there is a commitment to providing a safe environment where practitioners are able to talk in confidence about the feelings aroused in them by their clients, and also to developing an awareness of unconscious feelings projected by the client and resonating with those of the practitioner.

There are, however, many other features which are not immutable and would be suitable subjects for creative experimentation: frequency and duration of group sessions (the regular 90 minutes a week commitment, for example, is perhaps no longer a tenable option in today's busy world, and a series of concentrated sessions over a weekend, along the lines of the UK Balint Society's 'Oxford' conferences, may be not only more practicable but also more effective); the inclusion of small-group work in the curricula of vocational training of the 'allied professionals'; the expansion of the 'client group' base to include the growing body of newly emergent 'non-professional' providers of care in the community.

To speculate further on this last suggestion for creative experimentation, this paper proposes at least two new client groups that appear to be gaining prominence in the world in which we live today – 'The Expert Patient' and 'The Volunteer Carer'.

The 'Expert Patient Programme' was set up by the NHS to create a partnership between doctor and patients with chronic diseases and to give patients the skills to become equal partners and to take over some of the management of their own illness. Over time this programme is planned to be an integral part of the provision for the seventeen million people living with chronic conditions in Great Britain. 'Expert Patients' have been shown to make more effective, focused use of health and social services. The aim is to create a new generation of patients who are empowered to take action in partnership with health professionals caring for them. So far courses for patients have been run by partnerships between professionals and knowledgeable patients to provide structured training in self-management of specific chronic diseases. The potential now exists for small 'Balint-like' groups of 'Expert Patients' to develop their own skills of listening and reflecting, so as to empower them to deal with the non-specific aspects of their disabilities (eg. working well with their own doctor and other professionals, finding out and using community resources, communicating about their illness to family and friends, making wishes known and planning for the future). These possibilities formed part of the agenda of a one-day conference held in December 2006 (18) set up specifically to discuss the future of the 'Expert Patient' programme.

'The Volunteer Carer' refers to the emergence of a group of people, hitherto unacknowledged, who are growing in numbers in the so-called unproductive labour market. Statistical evidence from the UK Departments for Work and Pensions and of Health indicates that more and more people, untrained and unpaid, are becoming engaged in full-time caring for relatives (usually parents, but increasingly

spouses and sometimes siblings and offspring). Again as in the example of the 'Expert Patient' it is now recognised there is a need not only for specific training in the management of the long-term disabilities, but also for the training in the skills required in dealing with the non-specific aspects of their commitment as carers. A recent initiative (2006) by a local Mental Health Team (19) has begun to explore the possibility of setting up a 'Balint-like' group of full-time volunteer carers with the object of empowering them to develop the skills required to more effectively care for themselves as carers.

These potential developments are, at the present time, still highly speculative. There is, however, a spirit of willingness on the part of ordinary people – non-professionals in the sense of lacking any formal education or status – to engage with professionals who themselves are prepared to provide committed leadership in the exploration of new paradigms of partnerships and relationships that will facilitate a new level of collaborative thinking amongst all the relevant disciplines and their patients/clients and between them and society.

References:

1. Balint, M (1957) *The doctor, his patient, and the illness* (First edition, Pitman paperbacks. Second edition, 1964, Pitman paperbacks; reprinted 1995 New York, Churchill Livingstone)
2. Sutherland, J.D (1967) 'Psychotherapy in Community Mental Health' in: Scharff, J.S. (editor) *The Autonomous Self: the work of John D. Sutherland* (chap.16, esp. pp 226 – 230) Northvale, New Jersey: Jason Aronson, 1994
3. Rice, A.K (1965) *Learning for Leadership* London, Tavistock Publications (see also 'Selections from: Learning from Leadership' in: A.D. Colman and W. H. Bexton (eds.) *Group Relations Reader 1* A. K. Rice Institute Series, Washington DC, 1975)
4. Bion, W (1961) *Experiences in Groups, & other papers*. London, Tavistock Publications, Routledge.
5. Bridger, H (1990) 'Courses and working conferences as transitional learning institutions' in: E. L. Trist and H. Murray (eds.) *The Social Engagement of Social Science, volume 1: The Socio-Psychological Perspective*, London, Free Association Books.
6. Yalom, I. D. (1975) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, (second edition) 4th edition, 1995, New York, Basic Books.
7. Bryant, D. T. (1995) 'Issues in Pastoral Care and Counselling Groups' (unpublished dissertation for Roehampton Institute Project (CIPC) and for the Diocese of Southwark.
8. Blows, D. Private Communication, 1993.
9. Rhymes, D. (1993) *Time Past to Time Future DLT*.
10. Moltmann, J. (1989) *Creating a Just Future SCM*.
11. Egan, G. (1990) *The Skilled Helper* 4th edition (esp. pp 34-35) Pacific Grove, California, Brooks/ Cole Publishing Company.
12. Leech, K. (1990) *Care and Conflict* (p 111) DLT.
13. *Ibid.*
14. Blows, D. (1988) *Foreword to Helping the Helpers*, J. Foskett and D. Lyall, SPCK.
15. 'What is a Balint Group?' *Journal of the Balint Society* vol. 22 (pp 36-37) 1994.
16. Bryant, D. T. (2004) 'Chairs in a Circle' (A selection of papers in celebration of the Southwark Diocesan Group Scheme for Clergy and Pastoral Workers "The Scheme" 1970-2004)
17. Salinsky, J. (2004; 2006) *Journal of the Balint Society* 32; 34.
18. *East Surrey NHS PCT* (2006) 'Expert Patient Programme (...) – What is the Future?'
19. *Surrey and Borders NHS Mental Health Team* (2006) 'The Volunteer Carer'



DIRECȚII DE CERCETARE ACTUALE ÎN MEDICINA PSIHOSOMATICĂ

Laura Poantă, Dan L. Dumitrașcu, Clinica Medicală II, UMF Iuliu Hațieganu – Cluj-Napoca



Rezumat: *Medicina psihosomatică este o ramură interdisciplinară a medicinei care studiază patologia psihosomatică. Complexitatea ei constă în faptul că se acordă o atenție deosebită interacțiunii dintre minte, spirit și corp, dintre boală și comportament individual, pentru promovarea stării de bine a individului și pentru diagnosticarea și tratarea unor situații clinice complexe. Ea integrează o abordare multidisciplinară, care implică specialități diferite precum psihiatria, psihologia, neurologia, dar și dermatologia, pediatria, psihoneuroimunologia, pentru a numi doar câteva. În august 2007 a avut loc la Quebec, Canada, cel de-al Nouăsprezecelea Congres Mondial de Medicină Psihosomatică, unde au fost prezentate o serie de lucrări, în cadrul unor simpozioane, cât și la secțiunea poster, cu o tematică pe cât de diversă pe atât de incitantă și de actualitate. Prezentăm în acest articol temele principale abordate.*

Cuvinte cheie: *psihosomatică*

Abstract: *Psychosomatic medicine is an interdisciplinary medical field studying psychosomatic illness. The complexity of this specialty consists in the attention given to the connection between mind, spirit and body, between illness and personal behavior. The final goal is individual wellness and the diagnosis of complex clinical situations. Psychosomatic medicine integrates interdisciplinary evaluation and management involving diverse specialties, including but not limited to psychiatry, psychology, neurology, gynecology, pediatrics dermatology or psychoneuroimmunology. In August 2007 the 19th World Congress on Psychosomatic Medicine – Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives – took place in Quebec, Canada. There were presented a lot of interesting papers in oral or poster presentations, with various, innovative and intriguing subjects. We present here the major themes of this congress.*

Key word: *psychosomatic.*

Medicina psihosomatică este o ramură interdisciplinară a medicinei care studiază patologia denumită „psihosomatică”, sau psihofiziologică. Ea integrează o abordare multidisciplinară, care implică specialități diferite precum psihiatria, psihologia, neurologia, dar și dermatologia, pediatria, psihoneuroimunologia, pentru a numi doar câteva.

În perioada 26-31 august 2007 a avut loc la Quebec, Canada, cel de-al Nouăsprezecelea Congres Mondial de Medicină Psihosomatică, (19th World Congress on Psychosomatic Medicine) cu tema *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives (Medicina psihosomatică: progrese științifice și perspective culturale)*.

În deschiderea congresului, Tom Sensky, președintele ICPM (International College of Psychosomatic Medicine) și profesor de medicină psihologică la Colegiul Imperial din Londra, a subliniat din nou importanța Persoanei în medicina psihosomatică, respectiv înțelegerea individului și a personalității acestuia, pentru a putea fi tratat ca un întreg și nu doar ca o „boală” (1).

Unul dintre cei mai importanți mentori ai medicinei psihosomatică din ultimul secol a fost Zbigniew J. Lipowski (1924 – 1997), american de origine poloneză, și care a avut

contribuții de seamă prin publicații importante despre delir, schizofrenie, somatizare și aspectele sociale ale bolilor mintale, a fost pomenit prin cuvântul – omagiu al lui Don R Lipsitt (2). S-a pomenit și rolul geneticii în medicina psihosomatică, cu un potențial deosebit în dezvoltarea nu doar a medicinei psihosomtice în general, ci mai ales în psihofarmacologie (3).

Alexitimia este un cuvânt de origine greacă, și care înseamnă „fără cuvinte pentru emoții”. Cu toate că definiția alexitimiei a fost formulată cu mai bine de 30 de ani în urmă, rămân și astăzi unele controverse nerezolvate, mai ales legate de natura acestui concept.

Graeme Taylor a trecut în revistă datele existente în literatură de la prima descriere a conceptului (realizată de Nemiah și Sifneos), și până în prezent, subliniind faptul că majoritatea controverselor se cristalizează în jurul acestor probleme: dacă avem un concept unitar și dacă el reflectă mecanisme de apărare față de emoții negative sau deficite în procesele cognitive complexe ale emoțiilor. Argumentele teoretice sunt susținute de rezultatele mai multor studii care arată că alexitimia se asociază cu o simbolică deficitară a emoțiilor, stil de atașament nesigur și mecanisme de apărare imature (4).

Se subliniază faptul că existența unor variații în intensitatea diferitelor fațete ale conceptului de alexitimie, în special în ceea ce privește prezența sau absența unor experiențe emoționale, ar reflecta subtipuri ale stilului de atașament, și nu ale alexitimiei în sine.

James Parker, în cadrul aceluiași simpozion, au examinat structura latentă a alexitimiei printr-o analiză taxometrică (procedură statistică menită să demonstreze dacă un concept este mai bine conceptualizat ca și dimensiune continuă sau ca și categorie distinctă). Rezultatele mai multor studii empirice de acest fel nu oferă, se pare, suport ideii că alexitimia este un concept taxonomic (5).

Bagby RM se referă la cele două tipuri de alexitimie propuse în anul 1997 de Bermond: tipul I (primar) și tipul II (secundar). Autorii au analizat viabilitatea acestor două subtipuri, iar rezultatele au arătat că nici un calcul statistic folosit nu a putut să extragă două tipuri distincte ale conceptului, sau să confirme structura factorială a chestionarului utilizat (BVAQ – Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire) (6).

H. J. Grabe analizează corelația dintre alexitimie și patologia cardiovasculară, și discută mecanismele posibile implicate: alexitimia se corelează pozitiv cu disfuncția sistemului nervos autonom (7).

Aino Mattila și colaboratorii au abordat legătura dintre alexitimie și somatizare, concluzionând că alexitimia poate fi un factor predispozant pentru tendința la somatizare și interpretare greșită a simptomelor, în special la vârstnici (8).

O altă asociere interesantă a fost discutată de Verissimo: aceea dintre alexitimie și sindromul stresului posttraumatic, cu variații individuale considerate aici factori de risc pentru apariția acestuia (9).

Rose Geist și Michael Weinstein au vorbit despre introducerea conceptului de **simptom medical inexplicabil** în cazul tinerilor pacienți care pun medicilor multe probleme de diagnostic și tratament. Tipic, pacientul și familia aces-



tuia consideră că simptomul cronic, de cele mai multe ori *durerea*, este legat de o suferință organică și nu sunt complianți la evaluarea factorilor psihosociali ca determinanți ai apariției/persistenței simptomului respectiv. Se ajunge, astfel, la consultarea unui număr inutil de specialiști și la cheltuieli mult mai mari comparativ cu severitatea bolii. Autorii propun abordarea multidisciplinară a acestor cazuri, implicarea familiei și sensibilizarea medicilor și pacienților la rolul factorilor psihosomatici (10).

O altă temă de mare interes a fost cea a integrării **factorilor psihosomatici** în practica medicală prin ghiduri clinice utilizabile mai ales în patologia gastrointestinală și cea cardiovasculară. O problemă ar putea-o constitui lipsa evidențelor, dovedită prin faptul că există încă puține propuneri de terapie comportamentală în practica medicală curentă.

Gabriele Moser a vorbit despre bolile inflamatorii ale intestinului, respectiv boala Crohn și rectocolita ulcero-hemoragică (RUH), care au un impact deosebit asupra vieții pacientului, dar, cu toate acestea, cel mai adesea este neglijat aspectul psihosocial în ghidurile de tratament ale gastroenterologilor (11).

Dar acum, pentru prima dată, au fost incluse în ghidurile de tratament ale bolii Crohn, deja publicate în martie 2006 (12), elemente de psihosomatică, psihoterapie și psihofarmacoterapie. Se subliniază, însă, faptul că metodele de psihoterapie se aplică individual, de către specialiști, și doar dacă sunt dovedite simptomele de natură psihologică asociate bolii. Datele despre RUH sunt în curs de apariție.

În ceea ce privește bolile cardiovasculare, ultimele ghiduri clinice de prevenție au încorporat secțiuni cum ar fi factorii de risc psihosociali sau modalități de intervenție comportamentală (ca de exemplu pentru renunțarea la fumat). Acest subiect a fost analizat de Kristina Orth Gomer, care a precizat și faptul că National Institute of Health din Statele Unite a definit medicina psihosomatică drept o practică ce „se concentrează asupra individului ca întreg și este susținută științific de diferite nivele de evidență” (13, 14).

În ceea ce privește medicina de familie și medicina internă, Hans Christian Deter se referă la sistemul sanitar din Germania și necesitatea cunoașterii unor practici de terapie comportamentală care ar putea fi utile în schimbarea stilului de viață al pacienților, aspect atât de dificil de abordat de cele mai multe ori (15).

Societatea Americană de Diabet face și ea referire în cele mai recente ghiduri la „counseling” și terapie comportamentală pentru scăderea ponderală și combaterea sedentarismului (16).

Dan L. Dumitrașcu subliniază importanța comunicării dintre medic și pacient, ce poate duce la dezvoltarea unor probleme emoționale ce ar putea sta la apariția/întreținerea procesului patologic. Este din ce în ce mai cunoscut faptul că emoțiile negative duc la apariția unor procese patologice de tipul inflamației, iar mai departe la alte boli cronice, în timp ce emoțiile pozitive pot contracara acest fenomen. Medicului curant îi revine rolul de a ajuta pacientul să-și exprime emoțiile și să le proceseze, cu beneficii terapeutice evidente (17).

Un studiu asupra sindromului oboselii cronice (SOC) la adolescenți și prezența tulburărilor psihiatrice a relevat faptul că nu există diferențe semnificative în aspectele personalității adolescenților cu SOC, ci mai degrabă în stilul de atribuire. Tinerii fără probleme psihiatrice au mai degrabă un stil de atribuire somatic, în timp ce adolescenții cu probleme de natură psihiatrică asociate SOC au un stil de atribuire psihologic (18).

Insomniile la copii au fost abordate de un alt studiu, care a arătat că majoritatea tulburărilor de somn se asociază cu bolile cronice ale copilului și anxietatea mamei, iar metoda terapeutică cea mai eficientă este non-medicamentoasă, și anume cântecul de leagăn cântat cu glas monoton (așa numita metodă Mongoliană tradițională) (19).

În ceea ce privește **tulburările de alimentație**, s-au bucurat și ele de o atenție aparte, dată fiind dimensiunea actuală a fenomenului.

Secondo Fassino arată importanța analizării cu atenție a personalității fiecărui individ care suferă de suprapondere sau obezitate, fapt ce ar putea avea un rol crucial în succesul terapeutic ulterior, știut fiind faptul că și la ora actuală rezultatele curelor de slăbire, la nivel mondial, sunt extrem de modeste. Cunoscând personalitatea fiecăruia, tratamentele ar putea fi individualizate, nu atât pentru pierderea kilogramelor, cât pentru menținerea în timp a greutății corporale cât mai aproape de cea ideală (20).

Se subliniază, de asemenea, că terapiile secvențiale, asocierea farmacoterapiei cu dietele și psihoterapia, ar putea avea rezultate mai bune și susținute în timp (21).

Terapii speciale în boli organice: s-a luat în discuție, printre altele, fibromialgia, una dintre cele mai frecvent întâlnite boli din reumatologie. Autorii arată că, pe lângă terapia clasică medicamentoasă cu antidepresive triciclice, este importantă și abordarea psihologică, reducerea stresului, încurajarea activităților fizice de relaxare (22).

Artterapia prin colaj este o formă de psihoterapie abordabilă, ușor de aplicat și mult utilizată. Kawahara prezintă cazul unui pacient suferind de cancer în stadiu terminal care a beneficiat de acest tip de terapie, împreună cu familia sa, într-o situație dramatică din viața sa, în care comunicarea cu cei din jur părea imposibilă (23).

Fobia locului de muncă se referă mai ales la anxietatea apărută ca urmare a cerințelor crescute, a conflictelor cu colegii sau superiorii, ceea ce poate duce în final la lipsa cronică de acomodare la locul de muncă și un randament scăzut.

Problemele psihosomatice de la locul de muncă apar tot mai frecvent în lumea modernă. Se subliniază faptul că în detectarea precoce a acestor probleme și rezolvarea lor cât mai corectă și rapidă, un rol deosebit îl are medicul de medicină muncii, cel care este cel mai aproape de angajat, și la care acesta poate apela în orice moment (24).

Nu au fost omise nici problemele legate de convingerile religioase, care se pare că se corelează pozitiv cu valori mai mici ale tensiunii arteriale sistolice (25), nici prevalența stresului posttraumatic la cei aflați în zone de război (ex. Libanul de sud) (26), sau starea psihică a pacienților după transplantul cardiac (27).

O altă problemă interesantă a fost aceea a abuzului sexual raportat, acesta ajungând să fie considerat în ultimii ani un factor de risc pentru colonul iritabil, în Statele Unite și Europa de Vest; la noi în țară, această corelație nu a putut fi dovedită (28).

Elena Gayvoronskaya vorbește despre rolul abordării procesului de îmbătrânire prin prisma medicinei psihosomatice, cu diferențe notabile între femei și bărbați. Această abordare ar putea ajuta la perceperea diferită a procesului natural de îmbătrânire și la o mai bună integrare a vârstnicului în societate (29).

Se subliniază importanța îmbinării teoriei cu practica, deoarece doar interacțiunea lor constantă poate dezvolta în continuare această ramură unică a medicinei, medicina psi-



hosomatică, analiza minții și sufletului într-un tot unitar, fără a neglija diferențele culturale și pe cele individuale complexe, precum și rolul fundamental al comunicării medic-pacient (30).

Secțiunea poster a fost de asemenea bogată și variată, și aici abordându-se o serie de subiecte interesante și de actualitate.

Prezentări de caz:

Amintim cazul unei fete tinere diagnosticată cu diabet zaharat în contextul unor stresori externi, și care, ca urmare a diagnosticului, a dezvoltat un sindrom de stres posttraumatic. Toate simptomele au remis însă după dispariția factorilor stresori sociali (31). De asemenea, cazul unui pacient cu schizofrenie tratat cu clozapin, concomitent cu chimioterapia pentru neoplasm pulmonar, analizat din punctul de vedere al siguranței hematologice (neutropenie posibilă secundară asocierii) (32). Se subliniază faptul că în malarie pot să apară modificări ale apetitului, iritabilitate, apatie, depresie, cum este și cazul unui medic tânăr prezentat aici. Simptomele au dispărut complet o dată cu vindecarea bolii (33).

Intervenții terapeutice specifice medicinei psihosomatice în diverse patologii

În anxietatea generalizată, terapia comportamentală poate să aibă un rol deosebit de important (34). În sindromul metabolic, este posibil ca intervențiile psihoeducaționale pe durata unui week-end, în condiții de spitalizare, să fie mai eficiente în schimbarea stilului de viață (35).

Comparându-se efectul a două clase de antidepressive în tratamentul colonului iritabil, se arată că nu există diferențe semnificative între fluvoxamină și amitriptilină decât în ceea ce privește numărul reacțiilor adverse, în favoarea fluvoxaminei (36).

Terapiile comportamentale și cognitive sunt utile și în cazul pacienților cu atacuri de panică (37), iar la pacienții cu durere lombară cronică, terapiile comportamentale și cognitive pot juca un rol important în evoluția ulterioară sub tratament (38).

Tulburările de alimentație

Severitatea tulburărilor de alimentație (anorexie nervoasă) pare să depindă și de statutul social al pacienților, doar femeii în acest studiu (de exemplu de divorț, celibat) (39).

Vârsta mai mică în momentul internării și greutatea corporală mai mare sunt corelate cu rezultate terapeutice semnificativ mai bune în cazul anorexiei nervoase (40), iar transformarea acesteia în bulimie se corelează pozitiv cu criticismul crescut din partea părinților, dar și cu depresia pacienților urmăriți (41).

Rolul factorilor psihologici în unele boli organice cronice

Cercetătorii au studiat influența factorilor psihosociali asupra durerii la pacienții cu poliartrită reumatoidă. S-au găsit corelații pozitive ale depresiei cu numărul articulațiilor afectate, sindromul inflamator și intensitatea durerii (42).

Sindromul funcțional somatic are două subcategorii: una hiporeactivă și alta hiperreactivă. La grupul hiporeactiv, variabilitatea RR este mai redusă, oglindind flexibilitatea mai redusă a sistemului nervos autonom (43).

A fost prezentat un studiu longitudinal cu durata de 25 de ani, privitor la factorii de risc psihosociali în astmul bronșic (proiectul norvegian PRAD) (44). Ghidurile clinice pentru astmul bronșic ignoră în general factorii psihologici implicați atât în evoluția bolii (inclusiv mortalitate), cât și în

răspunsul la tratament. Proiectul norvegian arată importanța factorului psihologic atât la copii cât și la adulți.

Optimismul dispozițional ar putea fi un factor protector împotriva depresiei la pacienții cu hipertensiune pulmonară, independent de statusul lor funcțional (45).

Depresia minoră este un factor de risc potențial la pacienții post terapie de revascularizare, chiar și la 6-8 ani de urmărire. Evaluarea psihologică a acestor pacienți ar trebui să cuprindă atât metode clinice de clasificare, cât și scale subclinice (46).

Pacienții cu durere cronică, analizați cu ajutorul scalei Rorschach, au o auto-percepție negativă, o atenție exacerbată asupra lumii înconjurătoare, sunt mai instabili, mai predispuși să-și exprime emoțiile negative într-o manieră necontrolată (47).

Complexitatea acestei ramuri a medicinei constă în faptul că se acordă o atenție deosebită interacțiunii dintre minte, spirit și corp, dintre boală și comportament individual, pentru promovarea stării de bine a individului și pentru diagnosticarea și tratarea unor situații clinice complexe. Medicina psihosomatică, după cum reiese clar din această prezentare scurtă a unui congres extrem de complex, nu are o aplicabilitate limitată la un anumit domeniu de activitate medicală, ci este o metodă de abordare și înțelegere mai largă a etiologiei și terapiei multor boli, fără a neglija legătura emoțională dintre medic și pacient.

Bibliografie:

1. Sensky T. *Psychosomatic Medicine for the Person: the Importance of Personhood in Psychosomatic Medicine. Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 23.*
2. Lipsitt DR. *Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry: a Tribute to ZJ Lipowski. Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 23*
3. Singh A. *Genetics in Psychosomatic Medicine. Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 23*
4. Taylor GJ. *Theoretical and empirical approaches for exploring current alexithymia controversies. Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 24*
5. Parker J. *Alexithymia: a categorical or dimensional construct? Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 24*
6. Bagby RM. *Evaluating the validity of Type I and Type II alexithymia. Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 25*
7. Grabe HJ. *Alexithymia and cardiovascular diseases in the general population. Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 30*
8. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto AM, Mielonen RL, Joukamaa M. *Alexithymia, perceived health and somatization in general population. Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 31*



9. Verissimo RFB. Alexithymia and PTSD among traffic accident victims. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 31*
10. Geist R, Weinstein M. An Innovative Management Strategy for Unexplained Medical Symptoms in Young People on a General Pediatric Inpatient Unit. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 25*
11. Moser G. Integrating psychosomatics into the European Guidelines for Diagnosis and Treatment of Inflammatory Bowel Disease. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 26*
12. R Caprilli, M A Gassull, J C Escher, G Moser, P Munkholm, A Forbes, D W Hommes, H Lochs, E Angelucci, A Cocco, B Vucelic, H Hildebrand, S Kolacek, L Riis, M Lukas, R de Franchis, M Hamilton, G Jantschek, P Michetti, C O'Morain, M M Anwar, J L Freitas, I A Mouzas, F Baert, R Mitchell, C J Hawkey for the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. *Gut* 2006; 55: 36-58.
13. Gomer KO. Integrating psychosocial factors into the European Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 26*
14. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Fourth joint task force of the European Society of Cardiology. *Eur J Cardiac Prev and Rehab* 2007; 14 (2): 1-40.
15. Deter HC. Levels of psychosomatic basic care in family and internal medicine – what is a good clinical practice in Germany. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 26*
16. Schneiderman N. Behavioral and Psychosocial Factors in Practice and Prevention Guidelines for Type 2 Diabetes. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 27*
17. Dumitrascu DL, Sivik T, Finset A. The influence of medical communication on the expression of emotions in disease. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 27*
18. Dick H, Vanderfaellie J, Lampo A. Psychiatric disorders and specific personality aspects in adolescents with chronic fatigue syndrome. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 28*
19. Dorjbal D, Lkhagvaragchaa V, Enkhbayar T, Zulgerel D. Management sleeping disorders og infants. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 28*
20. Fassino S. Eating disorders: planning the treatment. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 32*
21. Fava GA. Innovations in treatment planning. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 32*
22. Murakami M, Matsuno T, Koike K, Kim W, Kawahara M, Imori H. Psychosomatic approach to fibromyalgia syndrome in Japan. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 33*
23. Kawahara R, Kim W, Murakami M. Application of collage therapy in terminal illness. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 33*
24. Linden M, Muschalla B. Work place phobia. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 47*
25. Baker B, Hunter K, Jesin M, Kiss A, Tobe S. The influence of religious belief on sustained blood pressure. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 65*
26. Farhood LF, Dimassi H. Symptom prevalence of PTSD, anxiety, depression, level of exposure and mediating factors on a population from Sothern Lebanon. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 61*
27. Wolfgang A, Gresch C, Hetzer R. Relationship between affective and psychosomatic syndromes with quality of life and the somatic status in patients surviving 15 to 22 years after heart transplantation. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 64*
28. Dumitrascu DL, Stanculete M, Costin S, Dumitrascu D. Geographical differences in the report of sexual abuse in females with irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 61*
29. Gayvoronskaya E. Aging process as a psychosomatic problem and the integrative psychosomatic approach to its solution. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 62*
30. Leydenbach T, Schuffel W, Wood B. Interaction of theory and clinical approach. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book Pp 63*
31. Andreica B. Diabetes mellitus is a chronic metabolic disorder caused by an absolute or relative deficiency of insulin. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book Pp 35.*
32. Goulet K, Grignon S. Ongoing clozapine treatment despite full-dose chemotherapy in a schizophrenic patient with metastatic lung cancer. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book Pp 37*
33. Chung C, Alao AO, Dewan M. Psychiatric complications of malaria: case report. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book Pp 38.*
34. Kawahara WR, Masato M, Toshino M. A case study on the effectiveness of cognitive behavioral intervention for patients with generalized anxiety disorder. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book Pp 34.*



35. Ando M, Ando S. A psychoeducational week-end inpatient intervention for patients with metabolic syndrome. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book Pp 34.*

36. Dumitrașcu D, David L, Dumitrașcu DL. SSRI vs ATC in the therapy of irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book Pp 41.*

37. Sakai Y. The availability of cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder. Pp 56.

38. Oosterwijk RFA, Apeldoorn A. Predicting treatment of psychologists in patients with chronic low back pain: a prospective cohort study. Pp 54.

39. Gagnon-Girouard MP, Cote M, Begin C. The relationship between dyadic issues and the severity of the eating symptoms among women suffering of an eating disorder. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book Pp 36.*

40. Amemiya N, Takii M, Morita C, Yamada Y, Gondoh M, Kubo C. The outcome of anorexia nervosa patients treated by „cognitive behavioral therapy with behavioral restriction”. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book Pp 41.*

41. Komaki G et al. The psychological characteristics of patients with anorexia nervosa restricting type who later develop bulimia nervosa. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book Pp 41.*

42. Kojima M et al. Psychological factors and disease status in rheumatoid arthritis patients. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on*

Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book Pp 39.

43. Kanbara K, Fukunaga M, Mitsuura H, Ban I. Psychophysiological stress response and heart rate variability in patients with functional somatic syndrome. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book Pp 40*

44. Faleide AO, Lilljeqvist AC. Results from 25 years longitudinal study: psychosocial risk factors for asthmatic/allergic development (the PRAD project). *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book Pp 41.*

45. Pierre A, Looper KJ, Dunkley DM, Sigal JJ, Langleben D. Dispositional optimism as a protective factor for depressive symptoms in pulmonary hypertension. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 51.*

46. Rafanelli C, Roncuzzi R, Milaneschi Y, Fava GA. Minor depression as cardiac risk factor after coronary artery bypass surgery. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 53*

47. Kazumi Y. Patients with chronic pain analyzed by Rorschach test. *Psychosomatic Medicine: Scientific Advances and Cultural Perspectives. 19th World Congress on Psychosomatic Medicine. Quebec Canada, August 2007. Abstract Book pp 54.*

Adresă pentru corespondență: Prof. Dan L Dumitrașcu, ddumitrascu@cluj.astral.ro

Laura Poantă, str. Nicolae Pascalay nr.9/16, Cluj-Napoca, mobil 0744894190

SCRISOARE DESCHISĂ CĂTRE ROGER VAN LAETHEM

Marie-Anne Puel, Paris, 30 ianuarie 2008

Medic generalist, 136, avenue de Flandre, 75019 Paris, France, mapuel@wanadoo.fr

Dragă Roger,

Nimic din conținutul acestei scrisori nu este nou nici pentru tine, nici pentru mine. Cu toate acestea cred, că acum când pas-cu-pas te lași de activitățile tale «balintiene», ar fi bine ca ceea ce știm noi doi să fie cunoscut de toți. Datorită ție am intrat în Federația Balint Internațională. Am fost prezentată unul- altuia la Congresul Național Balint Francez din Lyon (a trecut ceva vreme de atunci!...).

Trec peste plăcerea de a te fi întâlnit: cred că ți s-ar putea decerna Medalia de Aur a Cordialității și Oscarul Diplomației. Trec peste bogăția și calitatea schimburilor noastre de idei și valori. Dar toată lumea trebuie să știe ce perspective mi-ai oferit:

- De a întâlni persoane de o calitate excepțională: aceia pe care îi întâlnesc la reuniuni și congrese ale FBI, care mi se par aparținând unei tranșe de populație pe care nu aș putea s-o întâlnesc altundeva: umaniști, cultivați, atenți,

călduroși, curioși «în afara granițelor», scurt: străluciți («brilliant», cum zicea Heather)

- De a împărtăși cu aceste persoane dileme profesionale pe cât de universale, pe atât de intime, în climatul «Balintian» care arată sau face simțită formarea noastră comună.

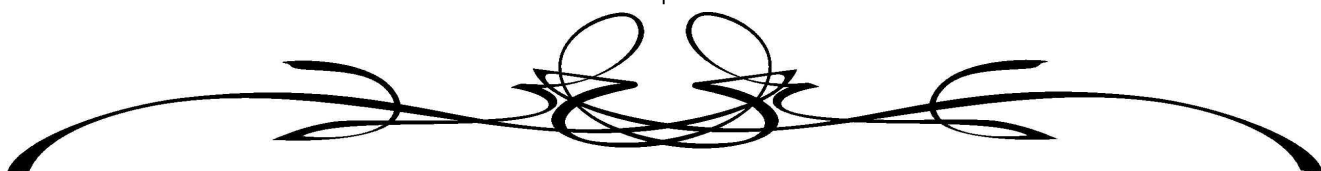
- De a călători într-un mod particular, apropiat de țări și de locuitori prin ocolul țării sau al orașului «găzduitor» ale congreselor sau ale reuniunilor consiliului de administrație.

- De a comunica și de a încerca engleza mea cu «ascultători» răbdători.

- De a expatria un spațiu strâmtat pentru a-l îmbogăți alături de cei susceptibili la dăruire și care i se dăruiesc.

Scurt, Roger, îți sunt foarte recunoscătoare, îți mulțumesc și te îmbrățișez.

Marie-Anne Puel





NECROLOG

Dr. Marc Zsuzsanna
1956-2008

Doar cu o lună în urmă era cu noi, printre noi la Weekendul Balint din Gheorgheni. Bolnavă, sfâșiată de cumplita boală ce o rodea ca un carnivor feroce, neiertător. Zâmbea suav, îndemnându-ne cu privirea blajină și cu vocea ei mereu optimistă ca să ne bucurăm de viața pe care o avem de trăit. Știam cu toții, știa și ea că sfârșitul nu mai e departe. Dar ea, a fost mai curajoasă decât noi, majoritatea, care evitam să o vizităm, fiindu-ne parcă frică să ne vadă în ochi durerea ce ne încovoia. Era un fel de tăcere paralizantă a mieilor. Dumnezeu la apelul lui de seară îi cheamă lângă el pe cei mai buni. Să ne pregătească culcușul veșnic în împărăția lui. A mai chemat pe cineva dragă lui neținând cont de golul pe care ni-l lasă în suflet. Este dreptul lui, cu care - când va avea chef s-o facă - ne va scoate rând pe rând în față pe toți.

Concep aceste rânduri de parcă aş dactilografia gândurile ei, sonorizate și amplificate peste munți și văi. Gânduri pe care mi le-ar fi dictat cam așa:

„Încet, încet voi fi uitat de toți. Sau, sper eu, nu chiar de toți. Vă transmit acum ultimul meu mesaj pentru voi!

Nu știu prieteni ce va veni după viața de aici. Trăiesc într-un vis, gândindu-mă că toate acestea mi se întâmplă mie! Marea trecere spre neant, spre neființă. Dar, trebuie să am curaj! O singură dată în viață treci într-o altă etapă. Aș vrea să vă spun să vă iubiți mai mult. Să prețuiți fiecare clipă ca și cum ar fi ultima. Eu vă iubesc pe toți, iar acum, El mă cheamă în ceruri. Alături de El! Îmi pare rău că nu am realizat tot ceea ce îmi doream. Îmi pare rău că am lăsat atâtea lucruri neîmplinite. Dar nu, NU îmi pare rău de viața ce am trăit-o. Îți mulțumesc Dumnezeu pentru viața ce mi-ai hărăzit, pentru iubirea

ce mi-ai dăruit și iubirea pe care am reușit s-o dăruiesc. Mă stânjenește gândul că mă chemi așa curând la tine. Vroiam să mai fac atâtea și atâtea lucruri frumoase, Doamne! Vroiam să fac mai multe! Neantul mă cheamă și mă înspăimântă în același timp: eu să nu mai fiu printre voi? Tocmai eu, căreia îi plăcea la nebunie să fie cu voi? Să nu mai exist, să dispar pur și simplu în bezna uitării? Ce înseamnă Doamne să nu mai fiu? Mă pui la o grea încercare. Ultima din viața mea. Și totuși: mă cuprinde o liniște mare. Pentru că ești! Doamne, nu mă lăsa în bezna neființei! Eu vreau ca să mai fiu. Undeva! Te rog: nu vreau să fiu doar o cruce într-un cimitir!"

Drága Zsuzsa, bálintos barátónk! Nehéz terüt raksz vállamra e bucsúztató elmondásával. Olyan EMBER végső stációjánál állunk, amelyikre kivétel nélkül mindannyian csak felnézni tudtunk. Akitől úgy kaptunk Életre tanító búzditást hogy nem vizet prédikáltál és bort ittál. Te már jártad a magad Canossa útját, miközben erődet úgy merítettél lelkeinkből, hogy bennünket jobban feltöltöttél hittel, bizni és élni akarással. Ha bárki másban idő teltével halványulna emléked, bálintos társaidban – bizony mondom neked itt, földi léted végső nyughelyén – élni fogsz, amíg él emlékezetünk. Kérlek, te se feledkezz meg rólunk, ottani bokrosan vállalt teendőid közepette: Berlescu Mirceaval és Török Róbival alakításátok meg Bálint csoportotokat, helyet hagyva a közben odaérkező erősítéseknek.

Bálintosaink nevében, ideiglenesen, búcsúzó, tóled, Marc Zsuzsa. A mi Zsuzsánktól!

Fie-i țărâna ușoară, somnul lin, memoria vie celei care ne-a fost o adevărată prietenă, Zsuzsa Marc.

Bertzy Veress Berci

ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI



18-20 ianuarie, 2008: Weekend Național de Iarnă cu Postrevelion, Motel 4, Gheorgheni. 75 de colegi am lucrat intens și țopăit efervescent pe ritmuri muzicale plăcute. Vedeta întâlnirii a fost grupul din Bacău, cea mai numeroasă prezență la Weekend. Și cu cea mai numeroasă înscriere de membri noi. Picnicul de lângă focul de tabără, cadourile oferite, ungera noilor membri, paharele de șampanie de la miezul nopții au fost tot atâtea momente care au creat o atmosferă plăcută, veselă.

Planuri de viitor:

16-18 mai: Weekend Național de Vară la Ocna Șugatag, jud. Maramureș. Termen limită de anunțare a participării: 13 mai, la dr. Veress Albert.

26-28 iunie: Ediția a V-a a Simpozionilor Naționale de Psihiatrie și ed. a III-a a Conferinței Internaționale Româno-Ungare de Psihiatrie, Miercurea Ciuc.

4-6 iulie: Weekend Interjudețean, Bârlad

26-28 septembrie: a XV-a Conferință Națională cu Adu-nare Generală și alegerea noului Birou (Miercurea Ciuc).

12-14 decembrie: Weekend interjudețean cu Prerevelion Balint.

August sau Septembrie 2009: Al XVI-lea Congres Internațional Balint, Poiana Brașov

Albert Veress