



BULETINUL ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA

Decembrie, 2008, Volumul 10, Nr. 40.

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 – István PARA

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

Donald E. Nease, Jr., MD
CAN PRIMARY CARE RECOVER
PATIENT-CENTERED MEDICINE? 3

Endre Schnell
ACTIVITATEA LUI MICHEL BALINT
ÎN LUMINA GÂNDIRII MEDICALE HOLISTICE 5

Butyka Enikő Éva
ACCEPȚIUNEA PSIHODRAMATICĂ
A ROLULUI / TEORIA ROLURILOR 11

Albert-Lőrincz Enikő,
Görög Ilona
PRELUCRAREA RELAȚIEI TERAPEUTICE PRIN
GRUPURI DE PSIHODRAMĂ BALINT. 13

Curis Cecilia
DE LA MOBBING LA ANXIETATE ȘI DEPRESIE 16

Butyka Enikő-Éva
IMPRESII DE LA PREZENTAREA UNUI CAZ
ÎN GRUPUL MARE AL CELEI DE-A 15-A
CONFERINȚE NAȚIONALE BALINT 20

Hegy Csilla,
DRUMUL... 21

PUNCTAJ TOTALIZAT PENTRU PARTICIPĂRI
LA GRUPURI ORDINARE BALINT 22

ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI
DARE DE SEAMĂ
ASUPRA ACTIVITĂȚII BIROULUI ȘI
A ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA
ÎN PERIOADA DINTRE 01. 09. 2005 – 31. 08. 2008 23

LAUDAȚIA DOCTORULUI BALINTIAN
VÁRADI ISTVÁN 27

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: Tünde BAKA;

Vicepreședinte: István VÁRADI;

Secretar: Csilla HEGYI;

Trezorier: Albert VERESS;

Membri: Rita-Lenke FERENCZ,
Holger Ortwin LUX, Attila MUNZLINGER,
Ovidiu POPA-VELEA, Éva VERESS.

Cotizația se achită până la **31 martie a.c.** Cvan-tumul 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.

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

Cotizația pentru anul 2009 este de **20 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 **6 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 IMPORTANTE

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

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

CAN PRIMARY CARE RECOVER PATIENT-CENTERED MEDICINE?*

Donald E. Nease, Jr., MD, U.S.A. **



Abstract: Primary care, or more specifically Family Medicine, known to the rest of the world as General Practice, is also in many ways under critical stress in the US. The US spends more per person (\$6401 in 2007) on health care than any other country, yet has mortality and overall health statistics that trail most Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) nations, (1). In this context primary care is especially stressed as dollars in our quasi free-market system flow toward the most highly technical and procedurally oriented specialties. As a result, primary care has extreme difficulty filling its ranks with new medical school graduates, showing the lowest fill rate with US graduates in 2007(42.1%), (2), and rates of visits to family doctors are on the steady decline, comprising 24% of total outpatient visits from 2000-2003 (3).

THE ABSENCE OF PATIENT-CENTERED MEDICINE
IN PRIMARY CARE

Coming around to the topic of this paper, why do I speak of a need to “recover” patient-centered medicine? Simply stated, in the context of primary care and family doctors being under severe stress, their ability to practice patient-centered medicine is limited, even if they’ve been trained or are attuned to it. Primary care is now, more than ever, being driven to greater emphasis on illness-based care.

As one example, the chronic care model (CCM) developed by Wagner and it’s growing popularity as a way to address an ever-growing burden of diabetes, asthma, and heart disease, does not explicitly address patients as whole persons, instead they are collections of chronic diseases (4). As a result, the CCM has encouraged the development of industries of disease management, each focused on a specific condition, so that a patient with diabetes, depression and heart disease can get calls from three different care managers from three different organizations, none of which may be aware of the other’s activities.

Indeed even the term “patient-centered” seems to be under stress these days, having found its latest incarnation in “patient centered medical homes” (PCMH). This recent terminology and definition has been embraced by primary care specialty organizations in the US and by the major private health insurance company quality standards organization, the National Committee for Quality Assurance.

Incentives are being put in place to encourage practices to meet the elements of a PCMH. In their definition, practices that are PCMH “homes” are defined as little more than collections of functions such as maintenance of lists of patients with chronic diseases and electronic reminder generation based on evidence-based guidelines.

Now, these functions are not bad in and of themselves, but to equate them with patient-centered medicine stretches the concept to the extreme. As Berenson and colleagues comment in the current issue of the journal Health Affairs:

“Our concern is that in moving so decisively to emphasize new responsibilities that implicitly assume reliance on various EMR functions and adoption of the challenging elements of the CCM, current PCMH recognition standards may leave behind crucial aspects of patient-centered care and the physicians who provide it.” (5)

Just as with the CCM, a new industry of consultants has arisen to help primary care practices adopt the PCMH standards, but none of these consultants address listening and reflection as an important and necessary aspect of patient-centered primary care.

PATIENT-CENTERED MEDICINE – THE BALINT PERSPECTIVE

Having touched briefly on the latest reinterpretation of patient-centered medicine, let us return to the origins of the term. In the United States, many are surprised to learn that the term and concept originated with Michael and Enid Balint, despite this being acknowledged by the North American popularizers of the term from the University of Western Ontario. Enid Balint states the definition quite succinctly in her paper, “The possibilities of patient – centered medicine:”

In contrast, there is another way of medical thinking which we call ‘patient-centred medicine’. Here, in addition to trying to discover a localizable illness or illnesses, the doctor also has to examine the whole person in order to form what we call an ‘overall diagnosis’. This should include everything that the doctor knows and understands about his patient; the patient, in fact, has to be understood as a unique human-being. The illness which can be described in terms of a ‘traditional diagnosis’ is either an incident like a broken leg, or a



part like accident proneness which makes better sense if understood in terms of the whole.(6)

Enid and Michael sought to challenge primary care doctors like myself to go beyond the broken leg to see the whole patient. As we all know, for some patients this whole patient perspective can come quite easily to the doctor. Patients that are well integrated, and come to their doctor ready to engage provide an easy avenue for joint exploration into what lies just beyond the illness. Whether we as doctors are ready to engage with them in that exploration is another matter, and this readiness is one, if not the, major benefit to the Balint perspective gained through Balint group experience, specifically, an openness to a patient-centered exploration. However, just as often, perhaps, the patients are not open to this exploration, and here matters may proceed without incident for quite some time until deeper waters are unwittingly entered. An illness may fail to resolve as quickly as expected, a sudden and unexpected life stress may present or suddenly one of the parties in the relationship may realize something is missing. Here one finds another major benefit of Balint training, the doctor is prepared with an understanding that deeper waters may be entered with care and confidence.

PRIMARY CARE & MENTAL HEALTH – A HISTORICAL PERSPECTIVE

Of course a major area where patient-centered medicine comes, or at least should come, into play in our day to day work as GP's is in the area of mental health or psychological problems. I use the term "problems" here very intentionally rather than "illness" or "disease." Indeed here is the crux of the issue.

Studies examining the rates of mental illness in GP's waiting room patients are striking. The conventional wisdom from these studies that is widely quoted proposes that as many as 40% of our patients suffer from mental illness of which we recognize only half, and even worse of those that we recognize we only treat half appropriately. In the US these numbers have fueled a large number of studies examining screening and treatment of mental illness in primary care. Most of this work has been led by psychiatrists with little collaboration or input from primary care. Here I must point out that from an academic standpoint, psychoanalytical psychiatry has no standing or input into this work in the US. Illness based medicine would seem to be winning the day.

Callahan and Berrios in their book "Reinventing Depression" take a broad historical view of primary care and its work with psychological problems(7). Their work highlights several important points: psychological problems in primary care are no more or less common today than in the past, and biological models for mental illness, especially for depression and anxiety, have become so dominant that social and other determining factors are nearly forgotten, and primary care despite being the locus of care for the vast majority of psychological problems has had little impact in guiding the field.

MANUFACTURERS' EVIDENCE: THE DRUG "DOCTOR" VS. DRUG COMPANIES

The dominance of biological models of psychological illness has reinforced the "illness-centered" approach within primary care. Again the perspective of Callahan and Berrios reminds us that whether it be bromides in the 1930's or serotonin reuptake inhibitors today, there has never been a great reluctance to prescribe medications to ease psychological distress. The shift has come in the massive marketing of these agents to primary care and in the US directly to patients. Psychiatry has also played their part with research emphasizing primary care's lack of recognition and "adequate" treatment of psychological illness. The call to "screen-detect-treat" patients with mental illness is relentless, with primary care increasingly being asked to implement mass screening for depression, with questionable evidence that this is a rational approach (8, 9). Beyond the issues of over-identifying depression, the potential risks of labeling are completely uninvestigated.

From a treatment standpoint, a single-minded approach that emphasizes biological pathways alone ignores the large body of evidence for the importance of stressors and life-events in psychological distress (10). This is quite unique to mental health. No one would argue that reduction of exposure to inhaled irritants is irrelevant in asthma patients. Would it make sense to only rely on inhaled salmeterol and betamethasone? Yet, this is the drug centered, illness centered approach primary care is called to adopt.

WHERE TO FROM HERE?

The situation for primary care in the US, and perhaps in other countries does appear bleak. Callahan and Berrios argue that primary care bears some of the responsibility for being willing to accept a "thousand roles." (7) However, they also argue that patients with psychological symptoms are for primary care the "canary in the coalmine," calling us to an awareness that we as primary care physicians must take responsibility for reinventing ourselves.

I believe a recovery of patient-centered medicine as expressed by Michael and Enid Balint is essential to this reinvention. Even for those who fully ascribe to an illness-centered approach, there will always be patients who do not respond to illness-centered medicine. Whether it be a depressed patient who may be numbed to the sorrow of a life unfulfilled but still unable to function or an asthmatic too anxious to cease wheezing, we can only be effective by allowing ourselves to be open to the whole picture that patients offer us.

Medical training strives to teach us to resist this openness to patients. Touching emotion is not only distracting, it could be dangerous for patients and ourselves. Certainly there is an element of truth in this. Without training, nearly everything we do in medicine has the potential for harm. Yet this is no reason to recoil or resist, rather we must shout loudly this is the reason one must train to effectively and safely be open to patients. No other educational process does this as well as Balint work.

**As expressed by Lichtenstein and Lustig:**

When a doctor encounters a set of inconclusive or conflicting set of physical symptoms, it makes sense to delay resolution (diagnosis) and do what is necessary in terms of laboratory tests, consulting the literature, or consulting colleagues in order to correctly treat the patient. When the same thing happens in the doctor-patient relationship...a Balint group can help the doctor bear uncertainty and explore possible understandings. In contrast to didactics or reading, the Balint process reaches past the rational system to influence intuitive functioning. It does so by engaging the intuitive system through encouraging nonjudgmental speculation, while at the same time monitoring rationally by juxtaposing the doctor and patient's views (11).

Times are indeed challenging. There is an urgent need for boldness. The evidence is there in healthy patients and healthy doctors. Patient-entered medicine and patient-centered primary care is waiting to be recovered. We who have the tools bear the responsibility for its recover.

References:

1. Emanuel E, Fuchs V.: *The Perfect Storm of Overutilization*. JAMA. 2008 Jun 18;299(23):2789-91.
2. Ebell MH.: *Future Salary and US Residency Fill Rate Revisited*. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2008 Sep 10;300(10):1131.
3. *Number of persons who consulted a physician, 1997 and 2002*. American family physician. 2005 Sep 15;72(6):1007.
4. Wagner E, Austin B, Von Korff M.: *Organizing care for patients with chronic illness*. The Milbank quarterly. 1996 Jan 1;74(4):511-44.
5. Berenson RA, Hammons T, Gans DN, Zuckerman S, Merrell K, Underwood WS, et al.: *A house is not a home: keeping patients at the center of practice redesign*. Health affairs (Project Hope). 2008 Jan 1;27(5):1219-30.
6. Balint E.: *The possibilities of patient-centered medicine*. The Journal of the Royal College of General Practitioners. 1969 May 1;17(82):269-76.
7. Callahan CM, Berrios GE.: *Reinventing depression: a history of the treatment of depression in primary care, 1940-2004*. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2005.
8. Nease DE, Aikens JE, Schwenk TL.: *Mental health disorders and their descriptive criteria in primary care: clarifying or confounding? Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2005;7(3):89-90.
9. Nease DE, Jr., Maloin JM.: *Depression screening: a practical strategy*. J Fam Pract. 2003 Feb;52(2):118-24.
10. Coyne JC, Gallo SM, Klinkman MS, Calarco MM.: *Effects of recent and past major depression and distress on self- concept and coping*. J Abnorm Psychol. 1998;107(1):86-96.
11. Lichtenstein A.: *Integrating intuition and reasoning--how Balint groups can help medical decision making*. Australian family physician. 2006 Dec 1;35(12):987-9.

*The paper was presented at the 1st National Balint Conference, Leiden, Holland, 17-19th October, 2008
 ** President, American Balint Society; Vice President, International Balint Federation Associate Professor of Family Medicine
 University of Michigan – Ann Arbor, Michigan USA



ACTIVITATEA LUI MICHEL BALINT ÎN LUMINA GÂNDIRII MEDICALE HOLISTICE

dr. Endre Schnell, Medic de familie, Budapesta

Traducere din limba maghiară: dr. Csilla Moldovan, Mădăraș-Ciuc

Sumar: *Lucrarea de față se ocupă cu activitatea teoretică al lui Mihály Balint. Faptul e determinat de existența a două argumentări bine fondate: pe de o parte succesul eclatant al activității balintiene la scară mondială, răspândirea grupurilor balint pe întreg globul și implicit o oarecare eclipsare a munci teoretice care a generat practica. Fără această cercetare teoretică care și ea își are rădăcinile în practica psihanalitică nu ar fi apărut această metodă care e aplicabilă nu numai pe terenul restrâns al psihanalizei ci se extinde pe întreg domeniul medicini, poate și dincolo de acest domeniu, fiind pusă în slujba bolnavilor, medicilor, aparținătorilor, tuturor celor care se ocupă de omul bolnav. Ne ocupăm de această temă pentru că permite o incursiune în atelierul și gândirea unui medic umanist care a respectat hotarele psihanalizei freudiene și ale medicini clasice. Practic el nu a trecut niciodată peste limitele*

impuse dar le-a lărgit în așa măsură încât a generat o teorie autonomă punând bazele unei școli noi.

Abstract: *The paper deals about the theoretical work of Michael Balint. The facts are steered by two well grounded issues: on one side - the boisterous success of Balint work in the medical world, with Balint groups spreading globally, and on the other side a kind of obliteration of his theoretical work, exactly the theory on which basis the practice was founded. The Balint method could not grow up in the absence of this theoretical research originating from the practice of psychoanalysis. We are reminded that this method can be applied not only in the narrow field of psychoanalysis, but also in the whole filed of medical practice, and beyond, helping the patients, the doctors, the families and all those involved in health care. The presentation arising from the text is an incursion made in the mind and workshop of a hu-*



manistic physician, who contemplated the limits of the Freudian psychoanalysis and of classical medicine. Practically speaking, Balint never transgressed any imposed borders, but pushed these aside, the result being an autonomous theory, which created a new school

Maistrul și analistul lui Balint a fost Ferenczi Sándor. După moartea acestuia survenită în 1933, Balint a dezvoltat în mod creativ concepția lui Ferenczi extinzând utilizarea terapiei psihanalitice la o gamă mult mai vastă a bolilor psihice creând astfel o punte de legătură și cu alte domenii ale medicinei. În conflictul Freud-Ferenczi care a tensionat întreaga lume a psihanalizei, Balint s-a plasat explicit de partea lui Ferenczi, fără a se dezice de respectul pe care-l purta lui Freud. Obișnuia să spună: „îl respect pe Freud dar îl iubesc pe Ferenczi”. Știu că întrebarea „ce s-ar fi întâmplat dacă” nu are sens pentru istorie așa cum nu are sens nici pentru istoria științei. Totuși ce s-ar fi întâmplat dacă Ferenczi nu ar fi murit atât de tânăr și atât de neașteptat. Din perspectiva psihanalitică putem să ne întrebăm cât de mult a contribuit la moartea lui conflictul cu maestrul și prietenul Freud. Știm că în cazul lui Freud conflictele depășeau nivelul unor simple divergențe științifice ducând deseori la conflicte interumane și la rupturi. Verosimil, dacă Ferenczi ar fi trăit mai mult, ruptura dintre el și Freud ar fi devenit inevitabilă generând o nouă criză în frământata istorie a psihanalizei. Balint înzestrat cu un deosebit simț al diplomației și capabil și de compromisuri, a reușit să mențină ideile sale și ale maestrului său în limitele psihanalizei în așa fel încât a reușit să depășească și să lărgescă aceste limite.

Limbajul psihanalizei.

Această situație paradoxală a fost generată de faptul că opera lui Balint a rămas permanent în limitele nomenclaturii și sistemului structural al psihanalizei, sistem care după opinia mea nu corespunde todeauna fenomenelor pe care încearcă să le explice. Astăzi când psihologia în urma lui Jung, Frankl, Rogers, Erikson își trăiește epoca transcendentă, acest limbaj pare puțin perimat dar cea ce ne comunică este extrem de actual pentru medicina de azi nu numai din punct de vedere psihoterapeutic ci și la nivelul altor referiri terapeutice. Limbajul psihanalizei este creația lui Freud și oglindește în mod fidel viziunea sa materialistă asupra lumii și repulsia lui față de tot ce este ocult, irațional și transcendent. E de ajuns să ne gândim la faptul că el numea sufletul omenesc – psychischer Apparat- ca și cum acesta nu ar fi fost altceva decât un sistem de a cărui funcționare bună ar depinde starea de bine sau de rău a omului, sănătatea mintală sau boala. În mod specific psihanaliza vede în tendința scăderii tensiunilor instinctuale motivația acțiunilor omenști, ca și cum aceste acțiuni nu ar avea nici o tendință de orientare spre un anumit scop. Reîntorcându-mă la limbajul psihanalizei aș vrea să ilustrez cele afirmate mai sus cu câteva exemple. Un cuvânt cheie al nomenclaturii freudiene este – *übertragung* și *Gegenübertragung* – adică transfer și contra transfer, ceea ce aici înseamnă într-un cadru mai restrâns analist-pacient o relație emoțională negativă sau pozitivă. Simțim în această exprimare

reținere și respingere față de tot ceea ce ar putea fi subiectiv. Același lucru simțim poate și mai pregnant în expresia – *Object*- care poate apare ca – *Objektbeziehung* – relație obiectală sau sub forma de – *Objectverlust* - pierdere obiectală și se referă de obicei la celălalt om, mai precis la acel celălalt care e foarte important pentru noi. Dar am putea cita în acest sens termenul de *libido* sau de complex *Oedip* folosit într-un sens mult mai restrâns în literatura analitică față de semnificația lor reală.

Rădăcini istorice

Freud pornește de la solul sănătos al științelor naturii proprii secolului XIX și ajunge la descoperirile sale geniale pe tărâmul psihicului cu metodele și modul de gândire specifice științelor naturii. Punând astfel bazele gândirii analitice, psihologiei abisale și psihoterapiei. Pentru obiectivitate trebuie să menționăm că acest sistem de gândire și dezvoltarea lui reprezintă o descoperire cu totul nouă doar pentru cei care istoria omenirii începe odată cu revoluția industrială și obiectivitatea științifică a secolului XIX. Însă pentru aceia care cunosc cultura orientală cât și referirile literare occidentale legate de anumite tradiții, *Vedele*, *Cartea Tibetană a morților*, *I GING-ul* sau *Biblia* aceste gânduri par noi numai ca modalitate de exprimare sau ca adaptabilitate la gândirea științifică. Pentru ilustrare iată un citat din *Cartea Tibetană a morților*-care descrie starea sufletului care se pregătește să se incarneze într-o făptură umană. „*Dacă trebuie să te naști bărbat vei avea caracterul bărbatului, în sufletul tău se va trezi ură față de tată și atracția dublată de gelozie față de mamă. Dacă trebuie să te naști femeie vei avea caracterul femeii, în sufletul tău se va trezi ura și gelozia față de mamă, dar și o puternică atracție față de tată. Dacă din acest motiv vei alege calea uterului atunci în momentul împreunării dintre picătura germinativă albă și roșie vei gusta plăcerea androginului și în această stare de beatitudine sinele va cădea în neant*”. Cred că nu e nevoie de nici un comentariu. Aș menționa însă că pentru o înțelegere mai aprofundată, a fost de un real ajutor studiul analogiilor cunoscut din literatura hermetică. Aici gândirea nu folosește elemente opuse ci folosește analogii. Aceleași fenomene se manifestă sub diferite forme în epoci și planuri existențiale deosebite dar totuși există între ele o armonie căci constituie expresia aceluiași principiu, aceleași idei. Cea ce Jung numește arhetip, e cunoscut în yoga ca *samsara*. Unitatea reflectată în diversitatea expresiilor este referire la unitatea lumii – *unus mundus* – percepția dinamică a acestei realități vizează cea ce alchimistii și-n ultima instanță și Jung numeau „*unio mystica*”. Béla Hamvas ilustrează tocmai această idee când spune că ceea ce la nivelul spiritului apare ca un păcat la nivelul sufletului se manifestă ca nebunie, psihoză sau nevroză iar la nivelul corpului devine boală. Afirmția ar putea constitui și motto-ul medicilor care activează-n spiritul medicinei psihosomatice, constituind o punte de legătură între persoane cu concepții diferite. Această legătură este reprezentată de conceptul de iubire universală care presupune nu numai acceptarea celor care diferă de noi dar și o dragoste dezinteresată față de aceștia. Întorcându-ne la tema originală, să-l



cităm pe Freud: „singura metodă de a evita boala este să învățăm să iubim. Ne vom îmbolnăvi inevitabil dacă din cauza frustrațiilor vom deveni incapabili de iubire”. Întâlnim aici interpretări diverse al conceptului de iubire, începând de la noțiunea psihanalitică care înțelege prin iubire o fixație libidinală reușită asupra unui obiect extern, continuând cu iubirea creștinească și prin acesta ajungând la iubirea dumnezeiască: agape.

Modelul psihanalitic

Să ne întoarcem acum la teoria lui Balint. Unde este punctul vulnerabil în teoria și practica psihanalitică care l-a determinat pe Balint să conteste valabilitatea lui universală. Balint a observat că există anumite cazuri în care chiar dacă metoda psihanalitică este aplicată corect de specialiști abilitați, rezultatele nu sunt pe măsura așteptărilor. Pentru a putea urmări raționamentul lui Balint în această problemă, va trebui să lămurim câteva din noțiunile fundamentale ale teoriei psihanalitice. Se spune că una din cele mai importante descoperiri ale lui Freud a fost complexul Oedip. Complexul reprezintă o etapă din dezvoltarea instinctuală când copilul trăiește un conflict generat de pulsunile instinctuale resimțite față de părinții de sexe opuse. Simplificând putem spune că atracția resimțită față de părintele de sex opus este însoțită de gelozia chiar ura față de părintele de același sex. Având în vedere situația de subordonare față de ambii părinți, complexul este resimțit de copil ca o amenințare existențială. Totodată este primul conflict trăit de individ. Așa cum dovedesc experiențele terapeutice, fiecare individ trebuie să treacă prin această etapă, derularea cu sau fără succes a acesteia având o influență hotărâtoare asupra vieții întregi. Aici trebuie să căutăm originea nevrozelor iar mai târziu în situații de viață problematice vom acționa în conformitate cu modul în care am trăit acest complex. Analogic vorbind complexul este o poartă spre devenire, spre maturitate. Această etapă este caracterizată de verbalizarea și conștientizarea situațiilor trăite, din acest motiv numim această perioadă și perioada verbală. În concluzie: perioada oedipală are trei caracteristici de bază: a. are nevoie în afara subiectului de două obiecte din exterior, b. poartă în sine posibilitatea conflictului și c. situația poate fi descrisă în limbajul adultului. După cum știm esența psihanalizei clasice este relevarea și interpretarea situației conflictuale din subconștient. Înainte să trecem mai departe, trebuie să menționăm că, complexul Oedip nu a fost descoperit de psihanaliză, cu secole înainte a fost descris de înțelepții orientului, numai că era plasat într-o etapă situată înainte de nașterea individului.

Etapă care precede nașterea este numită de psihanaliză etapă preverbală sau preoedipală. Această perioadă este împărțită în conformitate cu etapele evoluției libidinale și a fixației somatice în perioada orală, anală, falică sau genitală. În conformitate cu interpretarea freudiană acesta e teritoriul narcisizmului primar. Situația implică doar două persoane mama și copilul. Este o diadă în opoziție cu triadă oedipală. Aici limbajul adultului nu este înțeles sau semnifică cu totul altceva decât la nivel oedipal, din acest motiv acest nivel al psihicului este numit preverbal. Acest nivel

nu cunoaște conflictul, situația este fie bună fie rea, fie da fie nu. În concordanță cu situația, sugarul sau copilul sau bolnavul aflat în regresie se află fie într-o stare de fericire sau dimpotrivă protestează vehement pretinzând sistarea stării de frustrație. În această situație subiectul nu are nici o considerație față de obiect, față de cealaltă persoană. Acea persoană trebuie să fie în permanență la dispoziția lui și obligată să asigure un mediu lipsit de conflicte. O destabilizare cât de mică a situației – inevitabilă de altfel – declanșează o reacție virulentă din partea subiectului. Să ne gândim la sugarul care urlă, la copilul care face crize de isterie sau la adultul furios.

Inovația lui Ferenczi și Balint

Este important de analizat acest teritoriu al psihanalizei pentru că aici Balint mergând pe urmele lui Ferenczi și depășindu-l, a reînnoit și a lărgit teoria și practica psihanalizei clasice freudiene. Balint intră în conflict cu teoria narcisizmului primar. După părerea lui o teorie trebuie să fie lipsită de contradicții interne, narcisismul primar nu corespunde acestei cerințe. Nu doresc să mă aflu în polemica metapsihologică complexă din jurul acestei teorii. Aș depăși limitele acestei lucrări și aș crea un aer de artificialitate având în vedere faptul că Balint și-a construit teoria pornind de pe terenul psihanalizei și nu a vrut s-au nu a putut să rupă atât de radical cu sămburele clasic al psihanalizei cum a făcut Jung sau Adler. Orientarea reprezentată de Ferenczi și continuată de Balint a constituit o deviație tot atât de radicală față de Freud și școala lui, ca mai târziu orientarea lui Stekel și Rank care însă și-au asumat ruptura față de maistru. Deosebit de interesantă pare abordarea sentimentală a acestor conflicte elev-maistru anume relația Freud-Ferenczi ca și relația Ferenczi –Balint.

Biografiile lui Freud arată cât de tare a fost afectat Freud de ruptura lui cu Jung pe care-l considera urmașul lui. Rolul lui Jung a fost preluat de Ferenczi. Divergența de opinii dintre ei nu a dus la ruptură, probabil Freud nu a vrut să expună nici psihanaliza și nici propria persoană unei traume de dimensiunea celei trăite în urma rupturii cu Jung. În schimb Ferenczi pentru care psihanaliza însemna viață și care nutrea față de Freud sentimente filiale a fost atins profund de revolta sa față de tată și nefiind un spirit luptător curajos asemeni lui Jung a succumbat în acest conflict.

Moștenitorului spiritual care a fost Balint i-a revenit sarcina de a extinde, reabilita și dezvolta în mod creator concepția lui Ferenczi Sandor. Balint nu a avut relații personale cu Freud. Deși a moștenit complexul patern al lui Ferenczi acesta nu l-a împiedicat să-și dezvolte relativ autonom teoria menținându-l în limitele principiilor și nomenclaturii psihanalitice. Cred că dacă ar fi făcut abstracție de la fidelitatea față de origini, teoria lui ar fi fost mai elevată și mai liberală, dar psihanaliza a fost pentru el locul de baștină de unde a pornit și și-a împlinit menirea. Menționez că nu dorim să realizăm o evaluare negativă a psihanalizei. Dimpotrivă, psihanaliza a avut un rol deosebit în istoria umanității, căci odată cu nașterea ei a început reorientarea științelor naturale dezumanizate și materializate spre lumea spiritualității, spre tradițiile ancestrale ale omenirii.



Să ne întorcem la problema noastră, la faza preoedipală, pregenitală sau preverbală a cărei interpretare freudistă nu a fost în concordanță cu concepția lui Balint.

Tulburări de comunicare între medic și pacient

Analizând cazurile care au constituit un eșec terapeutic, Balint continuându-l pe Ferenczi a ajuns la concluzia că munca analitică nu dă rezultatele scontate atunci când apare o tulburare de comunicare între terapeut și pacientul lui. Analistul consideră că a înțeles problema bolnavului reflectând-o ca o oglindă fără cusur, bolnavul în schimb înțelege mai bine zis simte cu totul altceva. Poate interpreta eronat analiza făcută, percepend-o ca o agresiune orientată către persoană, eventual trece în contraofensivă, sau dimpotrivă interpretează analiza ca măgulire, laudă, și se comportă în acest consens prea intim cu terapeutul. Atenția exagerată orientată către persoana medicului sau către viața privată a acestuia poate constitui un semnal de alarmă. Există o multitudine de semne care ne arată că medicul și pacientul nu se află pe aceeași lungime de undă. Caracteristica lor comună este tulburarea comunicării interpersonale, adică procesul nu se desfășoară la nivel oedipal folosind limbajul adult ci undeva sub acest nivel. Fenomenul este perceput de toți cei care au de a face cu bolnavul în medicină. Am însușit limbajul medicinei somatice și interpretăm boala cu ajutorul acestui limbaj, considerăm proști și lipsiți de noimă pe cei care sunt incapabili să comunice cu noi prin acest limbaj. Citându-l pe Balint: „medicii generaliști relatează des că după ce au explicat clar și concis bolnavului în ce constă boala și care sunt consecințele ei își dau seama că acesta nu a înțeles o iotă din explicația lor. Explicația pare să fie de prisos așa că medicul se poate întreba atunci când caută să explice ceva bolnavului pentru cine explică: lui însuși sau bolnavului?”

Prăpastia dintre intenție și realizare e generată de faptul că aceleași cuvinte înseamnă pentru medicul empatic altceva decât pentru pacientul atins de boală. Atât ar fi de spus despre tulburarea de comunicare dintre bolnav și medic. Tot în acest context trebuie să amintim un alt concept balintian: cel de diagnostic iatrogen și autogen. Autogen e diagnosticul pe care și-l pune bolnavul însuși, iatrogen e diagnosticul pus de medic. Dacă cele două diagnostice se suprapun sau sunt apropiate, relația medic-pacient e bună și terapia e eficientă. Cu cât cele două diagnostice sunt mai diferite cu atât terapia e mai puțin eficientă. Medicul cu orientare psihoterapeutică trebuie să facă tot posibilul să cunoască și diagnosticul pacientului și să încerce să apropie cele două diagnostice. O metodă utilă e să întrebăm în mod direct pacientul ce anume crede despre boala sa. Câteodată vom obține răspunsuri surprinzătoare mai ales dacă nu am avut în vedere și cauzele psihosociale ale bolii, util e să lăsăm bolnavul să vorbească liber fără ca noi să încercăm să dirijăm anamneza. Tulburarea de comunicare dintre medic și pacient se poate rezolva teoretic în două moduri. O metodă ar fi să convertim bolnavul la limbajul nostru, fenomen numit de Balint funcția apostolică a medicului. Psihanalitic vorbind bolnavul trebuie adus la nivel oedipian unde terapia analitică funcționează fără probleme.

Cealaltă posibilitate e ca noi medicii să învățăm limbajul bolnavului, cu alte cuvinte să încercăm să ne transpunem cât mai mult în situația lui, metoda experimentată pe vremuri de Ferenczi, denumită de el terapie activă. Acest tip de terapie a făcut destul de mulți dușmani în cercurile vieneze. Mai târziu acest proces a primit numele de empatie și a stat apoi la baza terapiei de tip Rogersian. Psihanaliștii considerau că bolnavii care nu au vrut sau nu au putut să înțeleagă limbajul terapeuților erau personalități schizoide, cu ego slab, cu leziuni narcisistice, inapți pentru analiză și terapie. Practica inițiată de Ferenczi și Balint a contrazis această afirmație, dar pentru aceasta a fost nevoie să se lărgească atât hotarele teoretice cât și cele terapeutice. Ei au creat o punte între psihanaliză și medicina clasică.

Primary love

Să încercăm să căutăm cauzele teoretice care au fost necesare pentru ca aceste modificări terapeutice să apară. După cum am mai afirmat, tulburarea de comunicare dintre medic și pacient apare în faza preverbală sau preoedipală. Balint a contestat expresia preoedipiană care astfel înțelegea să subordonează tulburarea de comunicare fazei oedipale ca și cum ar fi o anexă a acesteia. Totuși experiențele terapeutice arată că acest nivel psihic sau teritoriu preoedipal este tot atât de important, dacă nu mai important prin caracterul mai arhaic ca și nivelul oedipal. Balint descrie aici starea fătului în mediul intra uterin. Descrierea este făcută în limbajul adultului căci nu putem ști cu exactitate starea emoțională și de conștiință a fătului dacă nu dăm crezare unor informații obținute prin regresie hipnotică. Ceea ce e sigur, este faptul că fătul apoi sugarul deși entitate distinctă este la cheremul mediului în care se află, fiind aproape parte componentă al acestuia. Pentru făt acest mediu e corpul mamei, uterul matern iar pentru sugar este mediul în care se naște. Figura centrală a acestor medii este mama. Starea a fost descrisă atunci când am vorbit de diada mamă-copil. Balint denumeste această stare *primary love* iar relația față de mamă sau față de obiectele legate de ea *relație primară*. Denumirea de primar e folosită de Balint pentru că această stare este prima experiență a omului și o numește iubire pentru că în situații lipsite de conflict este starea caracterizată de dragoste desăvârșită care ne învăluie ca un tot ocrotitor în perfectă concordanță cu armonia universală a începuturilor. Stare comparată de Balint cu existența peștelui în ocean. Apa este mediul existențial al peștelui ca și lichidul amniotic pentru făt și pare lipsit de importanță dacă apa din branchiile peștelui aparține peștelui sau oceanului. Același lucru e valabil și pentru aerul pe care-l respirăm, nu ne dăm seama de existența lui atâta timp cât îl avem de prisos dar orice lipsă de aer devine o problemă existențială acută. Având în vedere toate acestea, Balint consideră că pe lângă mamă, și cele patru elemente arhaice: apa, aerul focul și pământul fac parte din sfera relațiilor primare, caracterul lor comun decurgând din faptul că sunt indestructibile. Cu riscul de a mă scuza față de spiritul lui Balint, având în vedere gândirea analogică de la obiectul primar, gândul mă poartă inevitabil către arhetipurile descrise de Jung. Mi se pare că trauma suferită de psihanaliză și de Freud după rup-

tura cu Jung a fost atât de profundă și a traumatizat atât de mult literatura analitică fidelă lui Freud încât orice referire la Jung era neavenită. Faptul surprinde totuși pentru că cei doi au fost contemporani și au activat în același domeniu. Motivul înstrăinării a fost fără îndoială orgoliul, gelozia profesională și slăbiciunea omenească. Continuând însă cu asocierile, iubirea primară sugerează starea paradisiacă întâlnită în toate religiile și miturile ancestrale. Un paradis pierdut după care resimțim o nostalgie eternă, regăsirea lui devenind speranță și țel pentru umanitate.

The basic fault

Iubirea primară suferă prima mare traumă prin actul nașterii. Prin naștere se accelerează detașarea individului de mediu, armonia universală dispăre, mediul suferă condensări și rarificări sub influența obiectelor noi care apar. Individul își face debutul în această lume cu o nevoie emoțională care a fost proprie iubirii primare, din acest motiv ajunge în situații frustrante chiar dacă este îngrijit cu multă dragoste. Aceste frustrări sunt de intensitate variabilă în funcție de cauza care le-a generat dar în măsură mai mare sau mai mică se întâlnesc în viața fiecăruia dintre noi. Este vorba de un fenomen și idee cu caracter universal: – și aici ajungem la termenul de basic fault, noțiune fundamentală în concepția balintiană. Termenul desemnează un spațiu psihic sau nivel evolutiv care reprezintă originea și condiția determinantă a vieții individului. Origine unde regrediem, recădem în fazele critice ale vieții. Are un caracter arhaic căci sugerează cel mai primordial element al existenței: nașterea. Este traumă pentru că reprezintă izgonirea din paradisiul primordial. Balint compară foarte sugestiv această traumă cu o crăpătură ascunsă pe un metal prețios care poate trece neobservată mult timp, devenind vizibilă atunci când apare o solicitare. Termenul de arhaic sugerează nu numai că este vorba despre un fenomen mai simplu decât complexul oedip dar și mai vechi care penetrează întreaga structură psihologică a individului. Dacă acceptăm această concepție atunci noțiunea de basic fault face inteligibilă natura bolilor psihosomatice, tulburărilor de comportament, nevrozelor și, conform experiențelor câștigate în practica medicală curentă, majoritatea bolilor clinice. E cunoscut faptul că sub influența unor factori emoționali o boală clinică poate dispăre fără urmă, ca apoi în locul ei să apară o tulburare psihologică sau invers. După părerea mea *trauma primară sau the basic fault* este consecința discrepantei dintre nevoile biopsihosociologice ale individului și modalitatea de satisfacere a acestor nevoi, frustrarea care se naște din această contradicție poate fi reparată în efecte și consecințe doar parțial. Această nepotrivire timpurie poate fi determinată de cauze obiective când nevoile biopsihosociologice înăscute ale sugarului sunt aproape de nesatisfăcut, dar pot fi generate și de mediu când îngrijirea nu este satisfăcătoare, este capricioasă, cu lipsuri sau numai nepăsătoare și indiferentă (Balint 1994). Aceste rânduri sunt foarte moderne și de perspectivă. Pentru obiectivitate menționăm că aceste gânduri sub altă formă apar și la alți autori. Pentru a mă întoarce însă la gândirea analitică trebuie să subliniez că pentru mine trauma nașterii e sinonimă

cu izgonirea din paradis iar the basic fault reprezintă păcatul original care este cauza ancestrală a tuturor păcatelor, îmbolnăvirilor, traumelor și suferințelor.

Ocnofilia și filobatismul

Să urmărim mai departe firul gândirii balintiene. Ce se întâmplă cu omulețul care pășește-n viață în momentul nașterii? Menționăm pentru început că the basic fault este rar un eveniment dramatic unic, mai degrabă este un proces, o stare care are semnificația unei frustrări continue sau intense pentru individ. Libidoul care în idilica stare a iubirii primare constituia un flux continuu între egoul instinctual și mediul său, acum încearcă să se fixeze asupra obiectelor apărute din noul mediu, cel mai degrabă asupra mamei. Când apare frustrația sau pentru a se apăra de ea libidoul se retrage-n propriul eu: aceasta e starea narcisizmului primar sau autoerotismului din care apoi, potrivit concepției analitice, izvoresc fixații noi. Aici urmează partea personală și inedită a concepției balintiene potrivit căreia se pot produce două tipuri de fixații libidinale primare la nivelul mediului. Libidoul se fixează fie la obiectele mediului, cramponându-se parcă de ele sau dimpotrivă este atras de spațiile largi, respins fiind parcă de obiectele din mediu care-i trezesc anxietate. Primul fenomen e numit de Balint oncofilie cel de al doilea filobatism (Balint 1964,1994). Dacă ne aprofundăm un pic ne dăm seama că de fapt descrie două tipuri caracteriale în care pot fi incluși într-o măsură mai mare sau mai mică cam toți oamenii. Tipologie care determină un anumit tip de comportament. Nu trebuie să mergem prea departe în căutarea analogiilor. Involuntar ne gândim la tipul extrovertit și introvertit descris de Jung. Dar după părerea mea concepția balintiană este mult mai penetrantă. Ocnofilul e extrovertitul, filobatul e introvertitul. Ocnofilul comunică excelent căutând mereu relații noi, filobatul fuge de lume. Ocnofilul preferă viața-n comunitate, filobatul călătoria. Ocnofilul este psihopatul social, paranoicul, filobatul e introvertitul, catatonul. Ocnofilul e politicianul, artistul, comerciantul, filobatul e omul de știință, poetul micul meseriaș. Aș aminti aici un teritoriu optim pentru filobat cel al creației.

Teritoriul creației este cel de al treilea nivel psihic după nivelul oedipal și după teritoriul traumei primare. Dacă nivelul oedipal este caracterizat de existența a trei persoane, trauma primară presupune două persoane, atunci teritoriul creației este nivelul unde sufletul sălășluiește singur. Din acest motiv nu poate fi explorat cu metode venite din afară nici cu metode psihanalitice. Starea este caracteristică nașterii creațiilor artistice dar aici aparține și știința, matematica, filozofia, chiar și exaltarea religioasă. Balint include-n această categorie îmbolnăvirea și vindecarea-adică stadiile care premerg și urmează bolii. Nivelul creației e asemenea unei cutii negre care ne permite să observăm doar liniștea din adâncuri dar care nu presupune în mod necesar rezistență așa cum încearcă să sugereze psihanaliza clasică. Liniștea poate fi o liniște creativă iar noi nu putem cerceta decât produsul ei final, creația, care poate fi capodoperă sau eșec, boală sau stare de sănătate. Asociind, ne vin în minte cuvintele concepției, gestație, naștere,



fenomene care se petrec în taină, ascunse de ochii iscoditori. Dar îmi vine în minte concepția lui Jung vizând creația continuă și creatio ex nihilo discutată în cadrul teoriei sincronicității. La nivelul creației poate să se elaboreze iubirea adultă care se extinde asupra celeilalte persoane, iubire care nivelează deosebirile și contrariile dintre ocnofilie și filobatism. Gândirea balintiană atinge aici culmi filozofice. Scopul omului este transformarea prin muncă eficientă a obiectului la început ostil în partener colaborant, reinstaurând astfel starea iubirii primare între individ și mediul său. Acest proces este numit *unio mystica*. Ceea ce la nivel spiritual este unio mystica, la nivelul psihicului este orgasm, iar la nivelul somaticului este act sexual. Acest șir ideativ permite o incursiune în legile și principiile morale legate de această temă, începând de la tabuuri arhaice: de la incest până la cele zece porunci. Dar, punând stavilă fanteziei, să ne întoarcem la textul balintian înscris în limite precise dar totuși depășindu-le pe acestea. El spune că în viața adultului apar mai multe posibilități pentru atingerea scopului final, fiecare posibilitate necesitând talent și pricepere. Putem cita în acest sens extazul religios, clipele sublimale ale creației și-n cele din urmă pentru bolnavi diversele etape regresive ale psihanalizei.

Regresia și the new beginning

Ajungem astfel la ultima noastră temă: dezvoltarea concepției terapeutice a lui Balint. Etape pe care Balint, poate puțin exagerat le plasează pe același nivel cu clipele sublimale ale creației sau cu extazul religios. Vorbim deci despre noțiunea de regresie a cărei formulare și dezvoltare psihanalitică este discutată de numeroși autori. După Freud, regresia este un mecanism de apărare, expresie a rezistenței, factor patogenetic care din acest motiv este rău aspectat din punct de vedere terapeutic. El consideră că bolnavul trebuie scos cât mai repede din această stare, iar dacă observăm la el o tendință de repetare, tratamentul trebuie încheiat cât mai repede chiar dacă rezultatele sunt parțiale. Balint însă, precedat de Ferenczi a constatat că există anumite forme ale regresiei care pot fi bine utilizate terapeutic tocmai datorită reacției de transfer și contratransfer apărute în aceste forme. Pentru această constatare a fost necesară modificarea teoriei și lărgirea tehnicii analitice. Analistul trebuia să abandoneze rolul analistului înțeles la nivel oedipal, caracterizat prin abținerea și obiectivitate și a trebuit nu numai să înțeleagă dar să și empatizeze bolnavul aflat în regresie. A fost necesară crearea unei relații care să semene cu relația primară unde terapeutul preia rolul obiectului primar în sensul vizat mai sus ca mamă, pământ, apă, aer, care protejează și hrănește, este indestructibil, nu provoacă frustrații. Obiect care în situație ideală corectează trauma primară și de la acest nivel face posibilă în relația terapeutică reînceperea: the new beginning. Termenul este cea de-a treia noțiune de bază în teoria balintiană. Pornind de la această interrelație s-a născut mai târziu în practica balintiană ideea că medicul trebuie să devină medicament pentru pacientul lui. Ideea depășește hotarele psihanalizei fiind valabilă pentru orice relație medic-pacient.

Regresia pozitivă și negativă

Balint folosindu-se de experiența obținută din practică dar și de insuccesele lui Ferenczi și poate ținând cont și de părerea lui Freud a ajuns la concluzia că există două forme ale regresiei cu numeroase etape de trecere între cele două forme. O formă care duce la vindecare, la etapa de new beginning și o altă formă care duce la repetiții infinite, la o aderență crescută față de terapeut, sau dimpotrivă, la reproșuri, la pretenții supradimensionate, fără tendință de vindecare. Prima e numită de Balint *regresie pozitivă* cea de a doua *regresie negativă* (Balint 1994). Teoria are totuși un mic deficit estetic: nu corespunde unei cerințe ridicate de Balint și anume utilitatea din punctul de vedere al stabilirii prognosticului. Deoarece, despre un anumit tip de regresie se poate stabili dacă e benign sau malign doar atunci când devine evident dacă bolnavul este sau nu apt de new beginning. În concluzie, trebuie acceptate și cazurile posibile să constituie un eșec. Freud încerca să ne ferească tocmai de acest lucru. Dar dacă ne extindem metoda asupra medicinei somatice trebuie să constatăm că nici un bolnav nu poate fi refuzat, nu numai datorită faptului că medicul nu poate respinge bolnavul care i se adresează, dar și datorită faptului că de la început nu putem anticipa succesul sau insuccesul terapeutic. Teoria ilustrează elocvent rolul medicului. Dar să ne întoarcem la ideea de regresie a lui Balint. El își dă seama că regresia negativă este orientată spre un scop, ceea ce face ca după scurte perioade de acalmie să apară iar. Regresia pozitivă este orientată către cunoaștere. Legat de aceasta descrie un caz când bolnavul aflat în terapie nu a scos nici o vorbă timp de o jumătate de oră, apoi după o puternică criză de plâns a afirmat că în sfârșit a reușit să se regăsească. Acesta a constituit momentul reînțelegerii. Dacă medicul ar fi perceput tăcerea bolnavului drept rezistență și ar fi intervenit, acest fenomen nu ar fi avut loc. Balint a subliniat de nenumărate ori că rolul medicului este de a călăuzi bolnavul pe calea autocunoașterii înlesnindu-i capacitatea de iubire matură. De altfel, Balint aflat în căutare de analogii se referă la Ernst Kris care s-a ocupat cu psihologia creației. El a ajuns deasemeni la ideea regresiei constatând că aceasta are două aspecte, o formă care inhibă eul și o formă care se află-n slujba eului. Aceasta din urmă e starea creației și corespunde noțiunii de regresie pozitivă a lui Balint. Veridicitatea teoriei e demonstrată de faptul că foarte mulți creatori oscilează între genialitate și nebunie, deci hotarele celor două forme de regresie sunt foarte largi, putând trece dintr-o formă în alta.

Concluzie

Analogiile cu medicina clasică s-ar putea continua la nesfârșit. Am putea afirma că boala e de fapt o stare de regresie, că tratamentul simptomatic recrează de multe ori regresia și-l încarcă în plus și cu elemente iatrogene. Medicina, ca și psihanaliza clasică, are o orientare ocnofilă în exclusivitate. Dar Balint descoperă în filobatism ca și în creație puterea tămăduitoare a liniștii și izolării, care la nivelul analogiilor corespunde puterii regeneratoare a naturii. Având în vedere cele menționate aici s-a dovedit din plin actualitatea concepțiilor balintiene. Așa cum psihanaliza



apoi psihologia abisală a fertilizat prin intermediul medicilor psihosomatice medicina secolului XX. așa va găsi acest tip de gândire medicală un teren propice în medicina holistică a secolului următor.

Bibliografie

1. *Cartea tibetană a morților* 1986
2. AMMON, G.: 1980, *Dynamische Psychiatrie*, Kindler, Munchen
3. BALINT, M.: 1966, *Die Urformen der Liebe und Technik der Psychoanalyse*

4. BALINT, M.: 1964, *Anstlust und Regression*
5. BALINT, M.: 1994, *Az östörés*
6. FERENCZI, S.: *A Psychoanalizis és modern elméletei*. Buda B. Szerk.
7. SCHNELL, E.: 1986, *Bálint Mihály munkássága és jelentősége az általános orvoslásban* Med. Univ.
8. SCHNELL, E.: 1988, *Bálint Mihály Ferenczi Sándor tanítványa, Borsodi Orvosi Szemle*
9. THOMA, H.: 1984, *Der Neubeginn Michael Balint, 1932 aus heutiger Sicht. Psyche, Heft 6*



ACCEPȚIUNEA PSIHODRAMATICĂ A ROLULUI / TEORIA ROLURILOR

psiholog Butyka Enikő Éva, Cluj-Napoca*

Rezumat: *Articolul pune accent pe teoria lui Jacob Levy Moreno privind rolurile: dezvoltarea individului este determinată de dezvoltarea relațiilor sale. În teoria moreniană personalitatea este definită prin următoarele noțiuni: rol, self, relații interpersonale. Încercăm să abordăm noțiunea de rol, înțelesurile sale, precum și unitatea somato-psiho-socială. Considerăm că acceptarea de sine înseamnă și acceptarea propriilor roluri.*

Cuvinte-cheie: *helper, rol, self.*

Abstract: *The psychodramatic approach of the role / The role-theory. The paper discusses the theory of roles of J. L. Moreno: the development of the persons relation determines his own development. In the morenian theory, the notions, who defines the personality, are: role, self, interpersonal relations. We try to treat the notion of role, his meanings, and the somato-psycho-social unity. We believe that self-acceptance means also the acceptance of our roles.*

Key-words: *helper, role, self.*

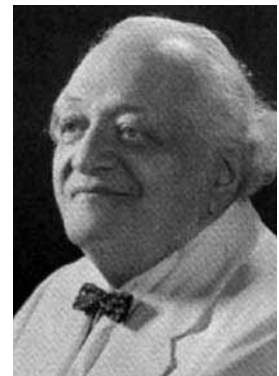
1. Să ne ajutăm... și pe noi înșine

Înșușirea cunoștințelor de psihologie, precum și formarea și dezvoltarea unor deprinderi interpersonale: (empatia, sensibilitatea, capacitatea nuanțată de comunicare) – iată premisele igienei mintale a celor care își desfășoară activitatea în diferite domenii, ca și HELPERI (această denumire îi reunește pe acei profesioniști, care își oferă ajutorul în relațiile: medic-pacient, terapeut-client, profesor-elev ș.a.).

Considerăm că este atât dreptul, cât și de datoria noastră-acei care rezolvăm problemele legate de relații interpersonale – să ne ajutăm pe noi înșine în problemele pe care le întâmpinăm/ astfel s-au conturat metodele de grup centrate pe autocunoaștere și pe dezvoltarea unor deprinderi sociale (de ex. trainingurile de rol), scopul fiind: sensibilizarea membrilor unui grup privind relațiile interpersonale, în special pentru cei care se ocupă de management sau activează ca și HELPERI.

2. Noțiunea rolului în accepțiunea lui Jacob Lévy Moreno

La J.L. Moreno individul apare în constelația inter-relațiilor sale. Teoria sa (bazându-se pe relațiile inter-umane) poate fi privită ca și dezvoltarea individului, determinată de dezvoltarea relațiilor sale: nu se bazează pe energia intra-psihică, ci pe schimbul de informații (VERBALE SAU NON-VERBALE) dintre om și mediu. În teoria sa, Moreno utilizează termenii teoriei rolurilor, definind personalitatea prin următoarele noțiuni cheie: rol, self, atom social, interpsihiic.



J.L. Moreno
(1889–1974)

Contrar tezei conform căreia rolul este deschis ca și o anumită poziție (ca și suma cerințelor) în societate, la Moreno, „rolurile sunt modalități comportamentale concrete, pe care le însușim pe parcursul întregului proces de socializare” (4). Astfel această noțiune are un puternic colorit social, centrală fiind relația: individ-societate.

Dacă am încerca o sistematizare a noțiunii de rol (în diferite perioade de creație ale lui Moreno) cele mai importante ar fi:

- rolurile=sisteme (diferite acțiuni sunt în interrelație)
 - fiecare rol= are un scop căruia acțiunea îi este subordonată
 - fiecare rol= este legat de cerințe (norme) colective
 - fiecare rol=este o apartență a unui sistem de valori
- Zeintlingerr K.E. descrie cele 4 înțelesuri ale rolului:

- I. ca și stereotipie socio-culturală
- II. ca și model de acțiune individual/dinainte prestabilit
- III. ca și model de acțiune determinat individual
- IV. ca și acțiune concretă într-o situație actuală



- I. este determinat de norme socio-culturale; există independent de persoane sau situații (personalitatea se dezvoltă prin confruntarea cu stereotipiile de roluri (de ex. În jocul de rol se poate „măsura” gradul în care o persoană își asumă/ se debarasează de această stereotipie)
- II. „conservă de rol” (rol legat de situație și text)
- III. individul își însușește acestea în cadrul procesului de socializare (formându-le și transformându-le), totalitatea acestor roluri alcătuiește SEF-ul, ca și o nouă calitate, ca și conglomerat de roluri (6), rolurile sunt rezultanta experiențelor interpersonale
- IV. a) „role-acting” (asumarea rolului fără variații libere)
b) „role-playing” (jocul de rol care permite o anumită libertate în interpretare)
c) „role-creating” (crearea rolului, care face posibilă interpretarea liberă în acțiunea de rol (aici devine clară legătura directă cu spontaneitatea și creativitatea)

În această situație, acționarea în rol este legată de spațiu, timp, interrelații, mișcare, trăiri, cuvinte, gesturi.

La Moreno somaticul, psihicul și socialul apare într-o unitate, care se dezvoltă prin acțiune în roluri. Rolurile nu se dezvoltă din self, ci selful este alcătuit din însumarea rolurilor, Eu fiind: self „în act” (deci rol și Eu există într-o interacțiune continuă). Repertoriul de roluri este suma acestor roluri pe care o persoană le poate „interpreta”. Lărgirea acestuia este foarte importantă pentru că funcția ei este: socializarea individului, creșterea, dezvoltarea sa. Repertoriul este cu atât mai bogat, cu cât personalitatea e mai matură, mai flexibilă și mai diferențiată.

Acțiunea este acel comportament, care se bazează pe experiență și motivație și are un scop. Scopul este: a fi stăpân pe situații, importantă fiind capacitatea de a acționa creativ în situații noi.

3. Posibilități ale muncii psihodramatice de auto-cunoaștere prin prisma rolului

Trăirea sentimentului *de a fi acceptat* ne oferă securitatea în cadrul grupului. Jocul psihodramatic este condiționat de sentimentul de siguranță, însemnând asumarea de risc și deschidere în fața schimbărilor (care au loc în cadrul unui spațiu scenic și al unor reguli de joc bine definite).

Mérei F.: *Jocul* este nu numai calea regală a cunoașterii, ci și mijlocul de înfrumusețare a dezvoltării (autorul este UN bine cunoscut psiholog, psihodramatician din Ungaria.)

Jocul în psihodramă (6) fiind un „joc curativ” oferă diminuarea responsabilității subiective (cu ocazia punerii în scenă) ambianța fiind siguranța oferită de grup. În cadrul jocului în psihodramă, putem *integra roluri străine* (în propriul nostru repertoriu de roluri). Jocul poate elibera creativitate, spontaneitate – calități care se dezvoltă în dimensiuni interumane. Acest meta-joc permite protagonistului să re trăiască legăturile sale problematice și trăirile legate de acesta. Jocul cizează deprinderile interpersonale, adaptativitatea, toleranța și sentimentul de siguranță în rolurile sociale.

Ca și conducători de grup, suntem conștienți că *acceptarea de sine* înseamnă, în același timp și *acceptarea propriilor roluri*.

Dr. Max Clayton, directorul Australian College of Psichodrama, elevul lui Moreno afirmă următoarele, bazându-se pe concepția rolurilor: „orice muncă terapeutică începe cu *conștientizarea scopului* în interesul atingerii căruia se prezintă pacientul. Propunerea scopului este factor integrativ în viață: dacă cineva este capabil să-și definească scopul, sinele se trezește se activează” (7) – deci devine posibilă o nouă rezolvare. „Scopul se exprimă prin personalitatea noastră, deci prin *rolurile* noastre pe care le creem și le exprimăm prin reacțiile noastre referitoare la persoane și lucruri.” (7)

Bibliografie

1. Buda, B.: *A pszichoterápia alapkérdései*, Ed. Támasz, Bp., 1993
2. Buda, B.: *A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései*, Ed. Támasz, Bp., 1993
3. Butyka, E.-É.: *Relația dintre asumarea rolului și alegerea în rol într-un grup de psihodramă a tinerilor adulți (lucrare de diplomă psihodramă)*, pg. 1-17, Cluj, 1999
4. Mävers, I.: *A cselekvés jelentősége Morenonak, a személyiségfejlődésről vallott kijelentéseiben (lucrare de diplomă în psihodramă)*, Hannover, 1986
5. Mérei, F., Ajkay, K., Dobos, E., Erdélyi I.: *A pszichodráma önismereti és terápiás alkalmazása*, Ed. Akadémiai Kiadó, Bp. 1987
6. Zeitlinger K.E.: *A pszichodráma terápia tételeinek elemzése pontosság és újrafogalmazása J.L. Moreno után (Magyar Pszichiátriai Társaság, Bp. 1991)*
7. Clayton G.M.: *Gondolatok a terápiás célkitűzésről, Pszichodráma, MPE folyóirata, 2.sz., Bp., 1992*

* psihoterapeut/ formator/supervizor psihodramatician



„Reclama zilei”



PRELUCRAREA RELAȚIEI TERAPEUTICE PRIN GRUPURI DE PSIHODRAMĂ BALINT PARTEA I.

Prof. Dr. Albert-Lőrincz Enikő, Tg. Mureș – Cluj-Napoca,
Drd. Görög Ilona, Tg. Mureș – Brașov



Rezumat: Studiul prezintă particularitățile psihodramei Balint în paralel cu factorii psihodinamici din grupurile Balint și cu obiectivele și caracteristicile superviziei. Autorii își propun să pună în evidență posibilitatea folosirii psihodramei Balint atât în supervizia profesională de grup cât și în supervizia colegială. Tehnicile de psihodramă pot fi aplicate și în demersul de autoreflexie al terapeutului, ca supervizie internă, în vederea elucidării aspectelor inconștiente ale relației cu pacienții și la ameliorarea stilului personal de lucru.

Cuvinte cheie: relația terapeutică, psihodrama Balint, supervizie clinică, supervizie colegială, supervizie internă

Abstract: The paper presents particularities of the psychodrama-Balint parallelly with psychodynamic factors of the Balint-groups and the purposes and specificities of the supervision. The aim of the authors is to promote the possibility of using psychodrama-Balint both in the professional group supervision and in the peer-supervision. Psychodrama technics could be used in the process of self-reflection of the therapist, as internal supervision, in order to elucidate unconscious aspects of the relation with the patient, and to improve the personal work style.

Key words: therapeutic relation, psychodrama-Balint, clinical-supervision, peer-supervision, internal supervision

1. Introducere

Scopul prezentului studiu este încurajarea folosirii tehnicilor de psihodramă în înțelegerea și prelucrarea experiențelor legate de munca terapeutică, în scopul dezvoltării capacității de autoreflexie a terapeutului și al perfecționării sale profesionale.

Având dublă origine, grupurile Balint și psihodrama, psihodrama Balint are o forță deosebită de activare creativă asupra proceselor de organizare a relației terapeutice. Folosită, ca o tehnică de supervizie de grup, psihodrama Balint, pune în lumină atât aspecte nesensizate ale relației terapeut-client, cât și ale modului de lucru al terapeutului. Punerea în scenă a unor „momente cheie” dă naștere unei noi dinamici și duce la ameliorarea muncii terapeutice.

Actualitatea problemei derivă din lipsa de supervizare profesională calificată sistematică. Această lacună crește importanța grupurilor de supervizie colegială și învățării unor tehnici de supervizie internă. Este în ajutorul terapeutilor să învețe tehnici de autoreflexie, prin care pot înțelege mai bine procesul terapeutic, pot perfecționa stilul propriu de funcționare pentru a depăși și evita blocajele. Dacă tehnica se interiorizează, psihodrama Balint poate fi jucată pe scena interioară, în imaginația terapeutilor.

2. Definirea noțiunilor de muncă

2.1. Psihodrama Balint

Metoda este o asociere dintre psihodramă și grupurile Balint. Primele grupuri au fost organizate în Franța, începând cu 1973 când A. Caïn (1, p.34) a fost invitată să aplice „jocul psihodramatic” într-un grup Balint condus de Ch. Brisset cu intenția ca prin „dramatizarea pulsionilor” să se depășească situația de „stagnare” din grup. Caïn descrie psihodrama Balint astfel: „într-un grup de terapeuți, un participant evocă o problemă relațională, iar jocul, dimpreună cu punerea sa pe scenă și cadrul său, îi va permite să regăsească dinamica respectivei consultații” (1, p.39). A practica psihodrama Balint „înseamnă a retrăi și regăsi atât cuvinte cât și gesturi din timpul unei consultații, ...pentru a i se percepe importanța.” (1, p. 57.) Ideea de bază a psihodramei Balint este că în suferințele bolnavului apare ceva neverbalizabil, ceva care poate fi recepționat de terapeut numai dacă toate acestea trec prin intermediul corpului său. „Corpul bolnavului lucrează – față în față – cu corpul terapeutului...” „Punerea în act îi permite să-și găsească propriile repere, în propriul corp.” (1, p. 52.) Această formulare ar putea fi unilaterală dacă nu am menționa că după părerea autorilor studiului, este vorba nu numai de corpul ci și de psihicul terapeutului. Este vorba despre conștientizarea fenomenelor latente care însoțesc tot ce se petrece pe planul manifest al relației. Decodificarea identificărilor, proiecțiilor, a transferului și a contratransferului.

Psihodrama Balint rămâne fidelă programului lui Balint (2), care descrie numeroase beneficii ale muncii de grup: dezvoltarea capacităților emoționale, suplețea identificărilor, deschiderea dincolo de propria cultură și ideologie, orientări noi în sublimare.

De orientare analitică în esență, psihodrama Balint preia și valorifică conceptele introduse de J.L. Moreno¹ (1989–1974) – conceptele de spontaneitate, creativitate, conceptul de întâlnire, conceptul de tele, tehnicile de lucru de bază ale psihodramei moreniene (schimbul de rol, dublarea, monologul, oglindirea, interviul), iar în faza finală de integrare a experienței, tehnicile de feed-back ale acesteia (sharing-ul, feed-backul de rol și identificările).

Aspecte specifice ale psihodramei Balint după Caïn (1):

- „Non-anonimat”: participanții se pot cunoaște între ei și chiar pot lucra împreună, dar ar fi preferabil ca participanții să vine din domenii diferite.

- „Dublajul”² în psihodrama Balint înseamnă o identificare a unui membru de grup cu protagonistul, care merge în spatele protagonistului pentru a da voce sentimentelor pe care acesta nu le poate verbaliza. Are drept efect împărtășirea angoasei și permite înlăturarea inhibițiilor protagonistului. În cursul scenelor jucate participanții se pot



ridica și veni în spatele celui care povestește, reconstituie o experiență profesională („protagonist”) și să exprime cu voce „off” ceea ce simte în legătură cu situația respectivă.

- Noțiunea de voce „off” este descrisă de Brisset (3) în felul următor: este o particularitate esențială, o intervenție a celor care nu joacă, care din spatele protagonistului, ca și o voce intimă, interpretează, exprimă sentimentul celui care vorbește și joacă, având menirea de a sublinia (a întări) cele spuse de protagonist. Autoarea citată consideră că dublajul este un element mult mai des utilizat în psihodrama Balint decât în psihodrama clasică Moreno.

- Este „terapie profesională” – o terapie a profesioniștilor din domeniul sănătății. Munca nu vizează decât viața profesională, regresia este limitată, eul păstrează un control relativ. Problemele vieții personale nu sunt analizate.

- Exprimare prin corp: în timpul punerii pe scenă cuvântul nu mai deține locul prioritar, fiind însoțit permanent de corp. Acțiunea este reprodusă prin gesturi. Retrăirea prin mișcările corporale permite descoperirea unor aspecte ascunse, care ar fi putut părea ne semnificative în situația reală. (Semnalele și simptomele corporale sunt folosite din plin și în psihodrama moreniană – mențiunea autorilor ALE, GI)

- Importanța majoră a cadrului imaginar permite pătrunderea într-o intimitate care este necesară pentru a surprinde elementele inconștiente care acționează în situație. Transpunerea în act a problemei înseamnă și construirea cadrului, descrierea circumstanțelor și locului evenimentului analizat. (Elemente care dau atmosfera de „semi-realitate” specifică jocului psihodramatic – n.n.)

- Finalul jocului prin scopul său are mai multe momente, care se aseamănă cu psihodrama moreniană. Pentru început grupul comentează ce a simțit. Apoi se acordă spațiu protagonistului, moment ce permite ansamblului grupului să perlaboreze. Se conștientizează acele sentimente care în situația reală au părut lipsite de importanță datorită mecanismelor de apărare. Aceste emoții au fost evocate, retrăite cu ajutorul memoriei corpului, și, apoi au fost supuse prelucrării verbale cu ajutorul grupului, permițând astfel identificarea blocajelor și înțelegerea mai adecvată a relației medic-bolnav (1).

2.2 Factorii psihodinamici în grupul Balint

Grupul Balint, metodă elaborată de M. Balint (1896–1970), medic psihiatrist, este un grup de discuție de caz. Grupul Balint apelează la fanteziile, asociațiile și flash-urile participanților pentru a aduce la suprafață aspecte inconștiente ale relației dintre medic și pacient. Prezentând aspecte ale metodei de grup Balint, Császár (4) afirmă că grupul Balint este un cadru care pune « percepția extinsă a mai multor ochi » în slujba înțelegerii mai profunde a pacientului. Pacientul este, de fapt, perceput prin prezentarea verbală a medicului care aduce în discuție cazul, și imaginea poartă amprenta modului în care a trăit acesta situația. Figura pacientului se conturează în contextul relației medic-pacient, iar medicul transmite celorlalți membri ai grupului, odată cu informațiile privind situația concretă, și emoțiile, tensiunile, preocupările, atitudinile sale legate de caz. Trăirile membrilor grupului declanșate de relatările creează „un câmp de forță”, iar prin discutarea cazului

apar amplificate « ca pe un ecran imens » atât trăsăturile pacientului, tabloul complex al problemelor sale, cât și trăirile, atitudinile inconștiente ale medicului (4 p.160) Trăirile grupului oglindesc transferul și contra-transferul dintre pacient și medic semnalat de M. Balint (4 p.161)

Deși pe departe nu atât de numeroase ca grupurile medicilor, grupurile Balint se regăsesc și la profesioniști cu atribuții de „helper” din domenii non-medicale. Este de menționat că Michael Balint împreună cu soția lui Enid au organizat primele grupuri pentru asistente sociale în anul 1948. „La treizeci de ani de la prima ei aplicare, metoda grupului Balint a depășit cu mult sfera restrânsă a medicilor interesați, azi fiind utilizată ca instrument de formare și de perfecționare în cele mai variate profesii ale sferei psihosociale”, afirmă Roth (5 p.138). După Roth (5) relația medic-pacient, rolul de „medicament” al medicului, prin generalizare „se potrivește perfect relației dintre „cel care acordă ajutor și cel care solicită ajutor”.

În prezentarea experienței de peste 10 ani a grupurilor Balint pentru pedagogi și psihologi din instituții educaționale, Bagdy (6) evidențiază beneficiile grupurilor de discuție de caz și ale celor de supervizie conduse după metoda Balint. Grupurile sunt centrate pe copil, pe cel educat. Fanteziile și asociațiile spontane, inconștiente ale membrilor grupului ce urmează după prezentarea unui caz, constituie o « radiografie » a personalității elevului. Dezbateră liberă a unei experiențe profesionale cu metoda Balint contribuie la dezvoltarea capacității pedagogului de a trece de la abordarea logico-rațională la înțelegerea « limbajului afectiv » (simbolic) al comportamentului ceea ce favorizează empatia și acceptarea. (6 p.188)

2.3. Supervizarea

Supervizarea este o formă de „consiliere pentru profesioniști în problemele profesionale” (7 p. 145). Supervizarea este totodată o formare bazată pe prelucrarea experienței profesionale personale în cadrul căreia se caută



La chitară: Bodor Csaba

răspunsuri la problemele din situațiile de impas profesional. Supervizarea vizează probleme legate de colaborarea, comunicarea și conflictele din cadrul interacțiunilor profesionale printr-un „proces însoțit profesional de formare și învățare” a cărui sursă și țintă sunt experiențele practice (idem). Participanții învață în primul rând din prelucrarea experienței lor profesionale. Supervizarea ajută la analiza greutăților ivite în timpul activității contribuind la dezvoltarea unor idei noi, dar nu preia actul de decizie, ci, în locul unor soluții preconceptuate oferă șanse sporite, idei și alternative, pentru depășirea impasului profesional, respectiv, oferă posibilitatea formulării întrebărilor care contribuie la procesul de schimbare și dezvoltare. Supervizarea urmărește înlesnirea percepției mai clare de către participanți a propriilor concepte, instrumente, scopuri și limite. De aceea, putem afirma că în centrul procesului de supervizare este persoana supervizată, observarea se adaptează ritmului și modului de gândire a persoanei supervizate furnizându-i instrumente pentru efectuarea pașilor în vederea atingerii scopurilor proprii. Elementul esențial, modalitatea principală de realizare este autoreflexia. În prezența reflectivă a supervisorului, persoana supervizată dobândește o capacitate tot mai profundă de autoreflexie asupra modului propriu de funcționare, fiind în măsură, dacă consideră necesar, să le și schimbe.

Supervizia se realizează printr-un proces, o serie de discuții, de întâlniri cu durata de 1,5 – 3 ore. Cazurile prezentate în supervizia individuală sau de grup pot fi diferite. Poate fi vorba de situații de criză profesională, dar și de probleme legate de construirea carierei, de comunicarea în relațiile colegiale, de impactul asupra performanței individuale a relațiilor ierarhice și a presiunilor specifice unei instituții sau profesii, starea de „burnout”, etc., adică toate dificultățile ce pot apărea în practica profesională de zi cu zi. În cadrul supervizării problemele persoanei supervizate sunt relevate prin analiza cauzistică. Prin prezentarea concretă a câte unui caz, căutăm răspuns la întrebarea de ce constituie acesta o problemă pentru persoana supervizată. Membrii grupului și supervisorul îi vin în ajutor cu întrebări și prin oglindire, contribuind la o mai clară percepere a situației, a reacțiilor și atitudinilor proprii. Contribuția nu constă în soluții pentru rezolvarea cazului, ci în conștientizarea motivelor care determină modul personal de a reacționa, cum ar putea reacționa altfel, ce o împiedică, precum și ce ar ajuta-o să se poată schimba.

Tipurile de supervizare sunt: supervizare individuală – coaching, supervizare de grup, supervizare de echipă, supervizare organizațională. De asemenea, diferențiem supervizia managerială, orientată spre interesul instituției și cea non-managerială, care urmărește prioritar susținerea și dezvoltarea profesionistului. Supervizia “non-managerială” – denumită și ca supervizie „clinică”, „consultativă” sau „profesională”, își are originile în psihanaliză și consiliere, dar a nu se confunda cu ele, rămâne focalizată în asistarea personalului în buna desfășurare a muncii lor (8)

Supervizia este condusă, de obicei, de un profesionist cu experiență mai îndelungată sau un supervisor calificat, dar poate avea loc și în cadrul unui grup liber constituit

de profesioniști. Grupurile de supervizie colegială presupun reciprocitatea ajutorului. Thiel (9) citează autori care au prezentat practica grupurilor colegiale de discuții de caz. Conceptele referitoare la aceste grupuri sunt: „supervizie colegială” (Fallner –Gräblin), „peer-supervizie” sau „peer-grup” (Fengler), sau „intervizie”(Buer). Grupurile colegiale constituie o modalitate de perfecționare continuă, de discutare și prelucrare a experiențelor profesionale care ridică semne de întrebare sau lasă în urma lor resentimente, având avantajul că nu necesită supervisor calificat.

Bibliografie:

- 1) CAIN ANNE, (1996): *Psihodrama-Balint, Metodă, teorie și aplicații*, Editura trei, s.l.
- 2) BALINT M., (1990): *Az orvos, a beteg és a betegség, The Doctor, his Patient and the Illness (trad.l. magh.)*, Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest
- 3) BRISSET, Ch., (1972): *L'avenir de la psychiatrie en France*, Payot
- 4) CSÁSZÁR, GY., *A Balint-csoportmódszer egyes kérdései*, in Luban-Plozza, B., Dickhaut, H.H. (red.) 1998, *A Balint-csoportok elméleti és gyakorlati kérdései*, Animula, Budapest, p. 156-168
- 5) ROTH, J.K., 1996, *Kik félnek a Balint-csoporttól?* In Lippenmeier, N., ed., *Szemelvények a német szuperviziós irodalomból*, Supervizio Hungarica, I., Szécsény, 1996, p. 138-142
- 6) BAGDY, E., *A pedagógiai Balint-csoport munka. A Balint-csoport, mint az esetmegbeszélés és szupervizio eszköze*, in Luban-Plozza, B., Dickhaut, H.H. (red.) 1998, *A Balint-csoportok elméleti és gyakorlati kérdései*, Animula, Budapest, (p.183-189)
- 7) KERSTING, H.J., *Kontrollszupervizio (szupervisorok számára) a Balint-csoport munkamódszerei a konstruktivizmus szempontjából*, in In Lippenmeier, N., ed., *Szemelvények a német szuperviziós irodalomból*, Supervizio Hungarica, I., Szécsény, 1996, p. 143-154.
- 8) *** *The function of supervision, transfer în 2006 de pe adresa www.infed.org/biblio/functions_of_supervision.htm*,
- 9) THIEL, H.-U., 2005, *A professzionális és a kollegiális szupervizio, kombinációjuk megalapozása és gyakorlata*, in Bagdy E., Wiesner E., red.: *Szupervizio, egyén – csoport – szervezet*, Kinizsi Nyomda Kft., Debrecen, p. 321-334

¹ Jacob Levy Moreno părintele psihodramei și sociometriei, este recunoscut și ca fondatorul psihoterapiei de grup

² “dublarea”

³ Grupuri Balint pentru pedagogi, psihopedagogi și psihologi au funcționat atât la Cluj-Napoca cât și la Târgu Mureș cu feed-back pozitiv din partea participanților.





DE LA MOBBING* LA ANXIETATE ȘI DEPRESIE (From mobbing to anxiety and depression)

Dr. Curis Cecilia**, Galați

Abstract: *The relation between vulnerability factors and stress factors creates the form-stress pattern axis. Negative and positive factors vary throughout life thus explaining the variations in vulnerability in relation to age. Severe anxiety makes the person's ability to distinguish, rationalize, and act accordingly drop. Mature defensive skills imply very efficient adaptive devices (coping). Social guard refers to the defense of the social inner-man. Mobbing actions are destined to humble self-respect and self social image. Psychic and psycho-somatic disorders arise such as depression, anxiety, irascibility, sleeping disorders, inattention, headaches, back pain, gastrointestinal disorders. We can notice the appearance of the "thought terror" phenomenon as an indicator of the mobbing. There is a high risk of medicine abuse and a high suicide risk also. Family therapy, self esteem growth techniques, relaxing techniques are the kind of therapy that should be applied in this cases.*

Key words: *mobbing, anxiety, depression, stress, psycho trauma, locus of control, coping, vulnerability factor, Yerkes curve, Dodson, form-stress pattern, the phasic pattern of mobbing, suicide, substance abuse, cognitive-behavioral therapy, primary and secondary obviation, assertive training, strengthening skills, self assurance, relaxing technique.*

Sumar: *Atât factorii sanogenetici cât și cei morbigenetici variază în decursul vieții individului, astfel explicându-se vulnerabilitatea diferențiată. Reacțiile mature de apărare, implică mecanisme eficiente de adaptare (coping). Apărarea socială se referă la apărarea Eu-lui social împotriva unor pericole exterioare care ar putea să-i atingă valoarea. Ori acțiunea de mobbing este destinată a submina autorespectul și imaginea socială a victimei. Mobbingul este caracterizat prin lipsa elanului, depresie, irascibilitate agresivitate, tulburări de somn, cefalee, transpirație abundentă, palpitații, precordialgii, tulburări gastro-intestinale, stări de epuizare. Indicii fenomenului de mobbing sunt reprezentate de fenomene de așa zisă „teroare a gândirii”. Apare pericolul unui abuz de substanțe psihotrope și un risc suicidal crescut.*

Cuvinte cheie: *mobbing, anxietate, depresie, stres, psihotraumă, locus of control, coping, factori de vulnerabilitate, curba Yerkes-Dodson, modelul Diateza-Stres, model fazic al mobbingului, suicid, abuz de substanță, terapie cognitiv-comportamentală, prevenție primară și secundară, antrenament asertiv, tehnici de întărire a stimei de sine, tehnici de relaxare.*

Termenul – mobbing provine din limba engleză, „mob” traducându-se prin „plebe – adunătură moșică”, și semnifică – a se năpusti asupra cuiva.

Sellier este cel care stabilește legătura cu conceptul de traumă, pe baza modelului desfășurării traumatizării psihice (*„Tratat de Psihotraumatologie – pag. 391”*).

Orice carieră profesională este structurată pe etape, fiecare putând genera un stres specific.

La debutul carierei, neconcordanța dintre așteptările profesionale ale individului și realitatea mediului profesional poate fi sursa de insatisfacție sau anxietate.

La mijlocul carierei oportunitățile pot diminua ceea ce conduce la sentimentul de „plafonare”. Tot în această perioadă aspirațiile profesionale pot aduce prejudicii vieții de familie, generând conflicte familiale.

Finalul carierei poate fi generator de anxietate prin limitarea activității datorită decalajului între competențele individului și cerințele specifice noilor tehnologii.

Stresul este necesar pentru adaptarea la situație, dar raportul care există între intensitatea reacției de stres și nivelul de performanță nu este liniar.

În 1908, Yerkes și Dodson au descris relația între anxietate și randament care îi poate ajuta pe pacienți să înțeleagă atât efectele benefice cât și pe cele extenuante ale temerilor firești (*„Psihoterapia tulburărilor anxioase – pag. 20”*).

În general o anumită doză de neliniște „este necesară în realizarea tuturor activităților, aceasta având inițial un efect benefic. Randamentul devine maxim, când individul devine încordat și vigilent, atingând nivelul optim de concentrare. Creșterea anxietății dincolo de nivelul optim are efecte negative, diminuând randamentul proceselor intelectuale complexe.

Anxietatea este caracterizată printr-o trăire permanentă de neliniște și teamă, devenind o boala atunci când:

- anxietatea este mare și se manifestă permanent chiar și în afara momentelor de stres;
- anxietatea produce suferința fiind trăită de către persoana respectivă ca deosebit de penibilă și frecvent conduce la consumul de alcool și droguri
- anxietatea perturbă viața devenind un „handicap”, prin apariția tulburărilor de concentrare, de memorie, prin scăderea randamentului intelectual și apariția unor comportamente „bizare” (evitarea unor situații care provoacă anxietate), care perturbă desfășurarea unei vieți și activități profesionale normale (*„Cum să te aperi de stres – pag. 173”*).

Stresul optimal este diferit pentru fiecare persoană aceasta fiind o condiție esențială pentru ca individul să obțină eficiență maximă.

Duncan-Jonson (1987) a studiat un eșantion de indivizi adulți într-un interval de un an. Rezultatul studiului a relevat că 70% dintre variațiile depresiei și anxietății pot fi explicate cu ajutorul unor factori stabili caracteristici, fie mediului, fie personalității individului (*„Psihoterapia tulburărilor anxioase – pag. 28”*).

Astfel, tipul A de personalitate este stimulat de existența unui nivel crescut de stres sporindu-i randamentul, în timp ce tipul B de personalitate este împiedicat să funcționeze normal la cote ridicate ale stresului.

Au fost decelați trei factori ai vulnerabilității – anxietatea ca trăsătură de personalitate, locus of control și stilul defensiv („*Psihoterapia tulburărilor anxioase – pag. 29*”).

Relația dintre factorii de vulnerabilitate și factorii de stres, constituie axa modelului Diateză-Stres cunoscut și sub numele de „model al vulnerabilității psihice”.

Acest model consideră că în prezența unei vulnerabilități genetice crescute sau a unor traume pre-, peri- și postnatale, factorii stresanți vor declanșa tulburări în sfera psihică.

Modelul predispoziției diatetice, cum mai este numit, realizează o „schiță” a vulnerabilității individuale prin modelare psiho-socială.

Astfel, influențele educaționale și familiale neadecvate cresc vulnerabilitatea.

H. Ey menționează existența structurii anxioase ca trăsătură fundamentală a unei personalități de tip morbid manifestată clinic ca nevroză anxioasă sau anxietate constituțională. Grefat la acest model, E. Dupre, consideră că aceste forme clinice de manifestare au la bază tipul de constituție „emotivă” sau pe cel de auto-insecuritate (K. Schneider) („*Tratat de Psihopatologie – pag. 224-225*”).

Cel de-al doilea factor al vulnerabilității, locus of control, descris de Rotter (1966) ca dimensiune de personalitate, reprezintă convingerea sau credința cu privire la controlul acțiunii, care poate fi intern sau extern.

Locus of control, expectațiile și stilul atribuțional, reprezintă elementele definitorii ale motivației și respectiv ale personalității.

Stilul defensiv, imatur, este consecința unei anomalii a procesului de dezvoltare-maturizare emoțional-afectivă a persoanei, datorată unor carențe afective, unor factori psihotraumatizanți sau frustrări infantile, de absența unor modele afective pozitive, având ca substrat nerezolvarea situației oedipiene a individului.

Apariția tulburărilor psihice este raportată la factori de dezvoltare sau represiune ai personalității individuale. Fiecărei etape îi sunt caracteristici factori sanogenetici, de protecție a sănătății mintale și factori morbigenetici de vulnerabilitate a acesteia. Atât factorii sanogenetici cât și cei morbigenetici variază în decursul vieții individului, astfel explicându-se vulnerabilitatea diferențiată pentru tulburările psihice în raport cu vârsta („*Tratat de psihopatologie – pag. 176-177*”).



Butyka Enikő are cuvântul

În majoritatea cazurilor indivizii reușesc să depășească perioadele critice relativ rapid, există însă și situații în care anxietatea devine expresia unei tulburări psihice.

Orice situație stresantă este evaluată instantaneu, într-un mod subiectiv, evaluarea fiind un proces mental, prin intermediul căruia sunt apreciate două elemente:

- riscul sau amenințarea pe care le conține situația respectivă;

- resursele de a-i face față („*Cum să te aperi de stres – pag. 132-133*”).

Evaluarea va declanșa sau nu o reacție de stres. Altfel spus, stresul se va manifesta dacă evaluarea conduce la concluzia că resursele noastre sunt insuficiente pentru a face față situației sau factorului de stres.

Dar evenimentele nefaste nu sunt nici necesare, nici suficiente pentru a conduce la TAG (tulburare anxioasă generalizată).

Pacienții care suferă de tulburări anxioase, se declară neputincioși în exercitarea măsurilor locus of control, fiind incapabili nu doar să se confrunte cu situații neplăcute, ci și să folosească ajutorul oferit de anturaj pentru a depăși situația.

Există chestionare care stabilesc tipul de locus of control: „- extern” – externaliști – indivizii care atribuie ceea ce li se întâmplă, destinului.

- „intern” – internaliști – care își asumă atât reușitele cât și eșecurile, considerând că tot ceea ce li se întâmplă depinde de eforturile și atitudinile proprii.

În practică, nu există o repartiție netă a celor două tipuri, indivizii situându-se între cele două extreme.

Anxietatea severă alienează și scade capacitatea individului de a percepe, raționa și acționa adecvat. Diminuarea efectelor negative ale anxietății exacerbate este esențială pentru combaterea stresului, prin declanșarea mecanismelor defensive care determină păstrarea stării de calm.

Anticiparea, reprimarea, anihilarea și umorul, ca reacții mature de apărare, presupun conștientizarea naturii și gravității amenințării, dar limitează nivelul de anxietate.

Reacțiile mature de apărare, implică mecanisme eficiente de adaptare (coping).

Copingul poate fi astfel definit ca un proces activ prin care individul autoapreciindu-și activitățile și motivațiile personale, face față unor situații stresante și reușește să le controleze.

Există mai multe tipuri de coping (Burgeois și Paulhan – 1995):

- centrat pe emoție;

- centrat pe problemă (vigilent).

În domeniul stresului profesional, mai multe studii au arătat că tipul de coping centrat pe „emoție”-„evitant” poate avea efecte nocive pe termen lung, conducând la un nivel crescut de depresie și de insatisfacție profesională.

Tipul de coping centrat pe problemă (vigilent) este mai favorabil individului, limitând efectele negative ale factorilor de stres asupra sănătății fizice și mentale.

Realizarea adaptării prin mecanisme de apărare a fost pusă în evidență de studiile asupra interacțiunilor sociale și de cele asupra identității.



Apărarea socială se referă la apărarea Eu-lui social împotriva unor pericole exterioare care ar putea să-i atingă valoarea. Ori acțiunea de mobbing este destinată a submina autorespectul și imaginea socială a victimei. În context, este afectată și rețeaua socială care funcționează ca factor protector și corector, știut fiind că mecanismele de apărare socială permit individului adaptarea la lumea socială. În mod indirect, sunt afectați și membrii familiei, distrugându-se astfel și aceste resurse („*Fundamente în psihologia medicală – pag. 63-72*”).

Leymann și Niedl (1994) descriu *modelul fazic* al mobbing-ului („*Tratat de Psihotraumatologie – pag. 393*”).

Prima fază – primele conflicte la locul de muncă, care pot provoca în interval de zile, anxietate, tulburări psihosomatice (disconfort abdominal tulburări gastro-intestinale, tulburări de somn), stare ușor depresivă.

Atacurile concentrate asupra victimei, pot avea din partea acesteia două moduri de răspuns:

- luptă activă, sau
- acceptarea pasivă a situației, ceea ce accentuează simptomatologia, iar în plan relațional – social conduc la comportamente de evitare.

A doua fază – caracterizată prin lipsa elanului, depresie, irascibilitate agresivitate, tulburări de somn, cefalee, transpirație abundentă, palpitații, precordialgii, tulburări gastro-intestinale, stări de epuizare.

Victima este declarată pe termen scurt, bolnavă, și se poate relaxa puțin. Dacă însă acțiunea de mobbing continuă, victima va fi afectată de sindromul de stres psihotraumatic.

Faza a treia – cuprinde agresiuni fizice și psihice la adresa victimei, constituite în atacuri de lungă durată.

Printre factorii subiecțivi pot fi amintiți și „contractul psihologic de muncă” (Mertens și Lang, 1997), care reprezintă completarea subiecțivă a contractului formal de muncă („*Tratat de Psihotraumatologie – pag. 392*”).

În unele situații, conducerea întreprinderii se situează de partea mobberilor, încalcând astfel partea din contractul de muncă ce le revine și conform căreia „pentru orice persoană, activitatea profesională trebuie să îi ofere în special securitate și protecție”.

Victimele alunecă tot mai profund în depresie, iar „cverulența” lor va fi incriminată în originea conflictului, servindu-le drept justificare atacatorilor, împotriva victimei, fiind luate măsuri discriminative.

Indicile fenomenului de mobbing sunt reprezentate de fenomene de așa zisă „teroare a gândirii”, definite prin concentrarea asupra experienței de mobbing și a consecințelor sale. Astfel, sunt afectate și relațiile cu membrii familiei și cu anturajul, datorită faptului că singura preocupare și toate discuțiile au același subiect – problemele și stresul de la locul de muncă. Consecințele pe termen lung vor fi distanțarea progresivă și izolarea socială.

Apare pericolul unui abuz de substanțe psihotrope și un risc suicidar crescut.

Intervenția în mobbing constă în instituirea unor măsuri organizatorice, iar din partea victimei se impune luarea unei decizii, în păstrarea sau nu a locului de muncă respectiv.

Durata și forma tratamentului în mobbing depind de stadiul procesului de mobbing și de constituția celui afectat.

Terapia familială ocupă un loc important, dar va fi luată în calcul doar în cazul unui climat familial favorabil.

Din cauza scăderii stimei de sine, victimele mobbingului au o nevoie crescută de recunoaștere și înțelegere, într-un grup existând pericolul dependenței victimelor de grupurile de întraajutorare.

Se va pune un accent deosebit asupra acțiunii de trauma-prevenție. Prevenția deține un rol important în mobbing, caz în care există posibilitatea interferării evoluției prin intervenția în timp util. Dacă fenomenul de mobbing s-a declanșat deja, se impun măsuri de prevenție secundară.

Un loc important ocupă și informația despre mobbing, care poate duce la conștientizarea situației de către victimă.

Din perspectiva victimei, mobbing-ul poate fi considerat o situație de criză, în care stresul și tensiunea psihică, depășind intensitatea optimă, ajung să perturbe homeostazia individului, care nu mai reușește să gestioneze situația în mod eficient. Consecința acestui fapt este apariția simptomelor de anxietate și depresie.

Pentru majoritatea subiecților crizele au un caracter tranzitoriu, dar la unii indivizi, efectele stresului posttraumatic se pot croniciza, devenind un mod dezadaptativ de viață.

Există o serie de consecințe pozitive, prin faptul că astfel se deschide perspectiva unui nou început, oferind o nouă viziune asupra existenței („*Psihoterapia cazurilor dificile – 125-138*”).

Obiectivul primordial al intervenției cognitiv-comportamentale constă în identificarea și modificarea schemei cognitive care conduce la comportamente dezadaptative și stări afective negative.

Un alt obiectiv al psihoterapiei se referă la modificarea modului de raportare a individului la anturaj și un altul, care constă în dobândirea unor abilități de a face față situației date și existenței, în general. Pacientul va învăța, astfel, să preia și să dețină controlul propriei existențe, valorificându-și disponibilitățile psihice latente.

Indivizii care sunt capabili să facă față problemelor de viață cu succes, au o familie suportivă sau conștientizează necesitatea ajutorului unui psihoterapeut, depășesc situațiile de criză mai ușor.

În cazul sindromului posttraumatic se impune și terapia asertivă. Termenul de *asertivitate*, introdus în psihoterapia americană, în perioada anilor '70 de către Wolpe și Lazarus, descrie comportamentul prin care subiectul își susține punctul de vedere personal, de obicei diferit de cel al interlocutorului, cu curaj și fermitate, dar fără a fi agresiv.

Persoanele insuficient de asertive nu luptă pentru drepturile lor, nu pot spune „nu” când li se cere ceva și se simt prost, atunci când trebuie să facă o observație („*Psihoterapia cazurilor dificile – pag.12*”).

Terapia stimei de sine scăzute include și tehnici de autocontrol al depresiei.

Caz Clinic

M. are 42 de ani și lucrează de 17 ani ca infirmieră la un spital de pneumoftiziologie. În urmă cu 3 ani, datorită

seriozității de care a dat dovadă și a faptului că personalul medical era insuficient, conducerea spitalului îi propune să urmeze o școală postliceală sanitară și să lucreze ca asistent medical. Aceasta acceptă propunerea, urmează cursurile școlii și la absolvirea acesteia este angajată ca asistent medical, în locul unei kolege aflate în concediu pentru creșterea copilului. Din acel moment, atitudinea colegilor față de pacientă se modifica în mod considerabil. Colegii o ignoră, i se fac reproșuri, i se atribuie greșeli imaginare și este calificată ca incompetentă de către colegii asistenți.

M. se simte prinsă ca într-o capcană, pe de o parte, aflându-se colegii infirmieri, care îi reproșează, în mod repetat, că și-a depășit „condiția” și a aspirat la un post care o depășește, din punct de vedere al competenței profesionale, iar pe de altă parte se află colegii asistenți, care devin nemulțumiți de activitatea kolegei lor, deși, în trecut, ape-lau adesea la ajutorul său, pentru aceleași activități și chiar erau încântați de modul în care acestea erau rezolvate.

După o perioadă de o lună, în care M. acceptă situația, cu prețul apariției anxietății și tulburării psihosomatice (cefalee, tulburări gastrointestinale, insomnii), care îi crează probleme în familie, se hotărăște să clarifice situația.

Din nefericire, M., în drum spre serviciu este implicată într-un accident rutier și este grav ranită, suferind un politraumatism. Astfel, urmează o lună de spitalizare și încă două luni de recuperare, după care M. se întoarce la locul de muncă. Atitudinea colegilor este reluată, acuzându-o, de această dată, că nu-și îndeplinește atribuțiile profesionale și sarcinile de serviciu, dar în realitate, aceștia o obligau să desfășoare atât activitatea de infirmieră, cât și pe cea de asistent medical.

După circa două săptămâni de la reluarea activității, M. acuză lipsa elanului, depresie, irascibilitate, insomnie, cefalee, dureri cervicale și lombalgii, deși controlul medical efectuat exclude că aceste simptome ar fi consecința accidentului suferit în antecedente. Pacienta se plânge, tot mai des, de stări de epuizare, neglijându-și atribuțiile casnice, ceea ce conduce la nemulțumiri din partea familiei.

Deoarece pacienta se încapățânează să continue, în ciuda atitudinii colegilor, care își continuau afronturile și atacurile asupra M., aceasta aduce la cunoștința conducerii această stare de fapt. Consecințele însă, contrar așteptării

victimei, sunt nefavorabile, prin inversarea cauzei și efectului și culpabilizarea continuă a victimei, aceasta suferind o stigmatizare și ostracizare serioasă, manipulările colegilor atrăgând asupra ei și măsuri administrative discriminatorii, prin penalizări salariale, neacordarea salariului de merit, etc.

Pacienta începe să consume antidepresive, iar familia sesizează la aceasta instabilitate emoțională, pierderea speranței, lipsa de interes și apatie. La îndemnul soțului, pacienta se prezintă la medic și este diagnosticată cu sindromul bazal de stres psihotraumatic. Terapia familială are efecte benefice, iar M. renunța la postul de asistentă, lucrând temporar ca infirmieră în același spital.

Dupa câteva luni susține un nou concurs și se angajează ca asistent medical la un alt spital. Profesionalismul și atitudinea față de colegii o fac să fie acceptată și apreciată la noul loc de muncă.

Bibliografie

1. Hodevici I.: *Psihoterapia cazurilor dificile*. Ed. Dual Tech, București, 2003;
2. Hodevici I.: *Psihoterapia cognitiv-comportamentală. Managementul stresului pentru un stil de viață optim* – Ed. Științifică, București, 2005;
3. Tudose, F., Tudose Cătălina, Dobronici L.: *Psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi* – Ed. Info Medica, București, 2002;
4. Tudose, F., Tudose Cătălina: *Psihiatrie în practica medicală*. Ed. Info Medica, București, 2002;
5. Simion Grațiana: *Psihologia vârstelor*. Ed. Fundația României de Mâine, București, 2007;
6. Dafinoiu, I.: *Elemente de psihoterapie integrativă*, Ed. Collegium;
7. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 14th Edition, DSM IV*, Washington D.C., 1994;
8. Legeron, P.: *Cum să te aperi de stres*. Ed. Trei, București, 2003;
9. Enachescu, C.: *Tratat de Psihopatologie*. Ed. Collegium, București, 2005;
10. Riedesser, P., Fisher, G.: *Tratat de Psihotraumatologie*. Gottfried Fisher, Ed. Trei, București, 2007;
11. Tutu, M.C.: *Psihologia personalității*. Ed. Fundația României de Mâine, București, 2007;
12. Romilă, A.: *Psihiatrie. Asociația Psihiatrilor Liberi din România*, București, 2007
13. Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., Page, A.: *Psihoterapia tulburărilor anxioase*. Colecția Psihologie clinică și psihoterapie, Iași, 2007;
14. Tudose, Fl.: *Fundamente în psihologia medicală*. Ed. Fundația României de Mâine, București, 2006.

*Fenomenul de atac al gloatei

**Medic specialist medicină de familie

Masterat în Psihoterapie Cognitiv-Comportamentală

Galați – str. Domnească 139, bl. 24 apt. 22

Tel. 0742291508, e-mail: cecilia_curis@yahoo.com



A XV-a Conferință Națională Balint



IMPRESII DE LA PREZENTAREA UNUI CAZ ÎN GRUPUL MARE AL CELEI DE-A 15-A CONFERINȚE NAȚIONALE BALINT IZVORU MUREȘ, 28. IX. 2008.

*Butyka Enikő-Éva, Cluj-Napoca**

Grupul începe cu prezentarea membrilor din grup. Din primele clipe simt conturarea unei atmosfere deschise, calde, primitoare și protectoare sub conducerea liderului și coliderului. Fiind a treia zi a conferinței și știind că este ultima activitate de grup, sunt sigură că acest fapt își va pune clar amprenta atât pe respectarea cadrului – timp cât și pe densitatea intervențiilor membrilor grupului. Presupun de la bun început că nu vor exista „timpuri morți” și că acest caz se va contura rapid, iar persoana protagonistului va fi aleasă în timp optim. *Dr. T.* prezintă un caz social (tipic vremurilor noastre): însingurarea copleșitoare datorită migrării forței de muncă, a unui tânăr cu patru copii, care-și caută alinarea în consum abuziv de alcool – situație cunoscută de comunitate. Această persoană se prezintă într-o stare de agitație extremă, cu tulburări grave de echilibru, care sugerează sindromul de abstenență. *Dr. T.* la primul contact cu pacientul intuiește o afecțiune neurologică gravă de etiologie necunoscută, dar, comportamentul necooperant al pacientului și prejudecățile team-ului medical îl fac mai nesigur în luarea deciziei. Cazul se soldează cu decesul pacientului, într-un interval foarte scurt de timp. Această situație creează o stare de profundă neliniște și autoînvinovățire: „Oare ce mai trebuia să propun?” – astfel cazul devine un caz tipic de tatonare a *hotarelor responsabilității*. Această responsabilitate a medicului –apărând deseori în postura de „șap ispășitor”

- al team-ului medical
- al interrelațiilor care se fac simțite între medic și pacient și între medic și colaboratori.

Urmează trecerea la întrebări (pentru o mai bună focalizare a conlucrării membrilor grupului pe o temă clarificată), în urma cărora se naște întrebarea *Dr.-ului T.*, legată de definirea a ce înseamnă *timp util* pentru o intervenție medicală, pe baza unui diagnostic prezumptiv.

Se trece la *identificările empaticе și fanteziile* membrilor grupului din fish-bowl:

- ❖ este o problemă tipic neurologică (nu psihiatrică)
- ❖ nu se pune problema unei responsabilități personale
- ❖ medicul nu este atotputernic (deoarece moartea este un fenomen natural)
- ❖ e bine ca medicul să se poată elibera de sentimentul de culpă
- ❖ moartea întotdeauna apare cu o încărcătură emoțională foarte puternică
- ❖ această încărcătură „te copleșește”
- ❖ se pune întrebarea: ce preluăm pe plan afectiv de la aparținători?
- ❖ simțul neputinței și al frustrării
- ❖ credința în meseria de medic ca oferirea ajutorului pentru pacienți

- ❖ relația intrapsihică, relația transcendentală privitoare la *darul* helperului, ca și oferire de ajutor

- ❖ găsirea a ceva care ar putea preîntâmpina greutățile care apar pe parcurs

- ❖ „sunt aspru cu mine”

Multitudinea identificărilor din partea colegilor mă face să presupun că pentru fiecare membru al acestui grup le sunt **cunoscute** situații de această natură, pentru că **fiecare sare în ajutorul propunătorului**. (Doresc să subliniez, că mai sus am menționat doar câteva dintre intervențiile lor).

Noi, a căror implicare personală afectivă este mai redusă (decât a celor din cercul interior): ne ambalăm, există o stare de „readiness”, a prezenței noastre. Știm că și pe noi se pot baza cei din interior și vrem să oferim ceva.

Eu simt că *Dr. T.* a avut nevoie de prezentarea acestui caz dar sunt convinsă că și grupul mare a avut nevoie de acest caz, *acum* înainte de a ne lua rămas bun, până la următoarea *întâlnire*. Da, avem nevoie de un mediu securizant, care ne acceptă și ne oferă oglindiri ale propriului nostru zbucium sufletec: toți ne punem întrebările: „ce pot să fac?”, „ce trebuie să fac?”, „care e relația mea cu pacienții, cu profesia, cu propriile mele roluri?” Toți avem nevoie de certitudinea că și alții trec prin momente, frământări asemănătoare - fapt care întărește coeziunea și sentimentul de apartenență la un grup de sprijin.

Liderii de grup au pus foarte mare accent pe crearea unui cadru de încredere și n-au făcut-o degeaba! S-a simțit prezența deplină „aici și acum”, sentimentul de „sunt aici pentru voi”, precum și sentimentul de „conștiință de noi” nefiind nevoie de intervenții activizatoare. *Grupul mare* apare cu un înalt nivel empatic, identificările, împărtășirile sunt nenumerate, dorința de a ajuta: nemăsurabilă. Grupul a avut nevoie de acest caz și s-a folosit pe deplin de această ocazie, deoarece tematica hotarelor responsabilității noastre față de ceilalți și față de noi este, în profesia noastră de helper, una foarte cunoscută. S-a simțit în acest grup efectul profilactic, de prevenție a fenomenului burn-out.

**Psihoterapeut, formator, supervisor în psihodramă și în consiliere educațională*





DRUMUL...

Hegyi Csilla, medic rezident pediateru, Tg.Mureș – Cluj-Napoca

Sunt pe jumătatea drumului dintre Odorheiu Secuiesc și Miercurea Ciuc, cu gândurile deja în Ciuc. Berci și cu Éva Veress ne-au invitat la ei, pe mine și pe Baka Tünde. Urmează să ne predea ștafeta balintiană (sarcini și distribuirea de noi atribuții), drumul pe care mi l-am ales, mi s-a ales. Balintienii mi-au acordat încrederea lor, am fost realeasă în colectivul de conducere, iar ceilalți membri de Birou mi-au încredințat sarcina de a fi secretară.

Sunt încă cu gândurile la întâlnirea noastră de la Izvorul Mureșului, la grupuri, la evenimentele sociale și deodată îmi dau seama, că pe drumul cu curbe peste curbe, sunt deja la jumătatea drumului în localitatea „C”.

Gândurile, sentimentele din grup îmi revin și parcă văd în fața ochilor zâmbetul fetei. Localitatea „C” – unde trăiește fetița din cazul prezentat – și dintr-o dată zăresc o copilă în brațele unei doamne. Îmi par cunoscuți și dintr-o dată îmi dau seama că sunt chiar ele două, fetița cu mama. Da, da sunt ele într-adevăr. Opresc brusc și dau înapoi cu mașina. Fetița e la ea acasă, iar aspectul ei general e de copil sănătos tun, vesel, în largul ei. Așa e. Fără reflecția pereților albi, în hăinuțele „de acasă”, fără efectul deprimant al pijamalelor și al papucilor de spital. Fetița întinde mânuțele spre mine și gângurește. O prind de mânuțe, iar atunci mă cuprinde un sentiment de nedescris. Deși sunt profund pătrunsă, încerc să nu-mi exprim în fața mamei acest sentiment pe deplin. Vorbim despre starea micuței, despre activitatea ei și a surorilor, despre cum se descurcă mama în situația dat. Vorbim doar ca să vorbim.

Sunt din nou în mașină, cu gândurile la ședința de grup. Liderul mă roagă să-i fiu colider, dar eu îl refuz, deoarece îmi doresc să aduc eu cazul. Primesc aprobarea grupului și profit de ocazie să nu fiu nici lider, nici colider.

Este o fetiță de 10 luni, din secția de Hemato-Oncologie Pediatrică, unde eu lucrez în momentul de față ca medic rezident, pe lângă un medic specialist și un profesor universitar.

Am în grijă copii bolnavi, grav bolnavi. Am ajuns să lucrez în această secție „veselă” după ce am parcurs modulul de genetică. Micii mei pacienți sunt unii cheli din cauza citostaticelor, iar alții cu aspect fizic deformat datorită corticoterapiei prelungite. Așa arată semnele minore de boală urmate de mari tragedii de diagnostic și tratament, aceasta este hemato-oncologia, vai.

E nevoie să înveți să trăiești cu aceste sentimente, ca să supraviețuiești. Iar mai presus de toate, înveți să lucrezi și să ajuți inclusiv în aceste condiții, tratând atât trupul firav al acestor copii cât și sufletul lor și al părinților lor. Nu îți poți permite ca mila să te paralizeze. Trebuie să-ți păstrezi echilibrul între cele mai profunde sentimente pentru a putea ajuta și a trata cu profesionalism. Îți poți permite să

exprimi empatia, compasiunea, dar nu și mila. Tragediile lor nu sunt neapărat și tragediile noastre, iar de aceea nu avem voie să le trăim ca pe ale noastre. Deși suntem oameni și avem sentimente, ni le putem controla doar dacă le conștientizăm.

Mă simt prinsă la mijloc. Eu sunt mesagerul lor, translatorul lor, suportul lor moral, stâlpul lor de sprijin, sunt cea pe care o întreabă și cea de la care așteaptă răspunsul. Tot eu sunt cea care trebuie să redactez răspunsul către medicul care a trimis cazul în acest centru universitar, la secția noastră. Cu el păstrez legătura atât telefonic cât și personal, cu ocazia gărzilor pe care le efectuez în acel oraș.

Pe lângă toate acestea, o colegă, medic rezident la chirurgie, care e indirect implicată în acest caz, se interesează de rezultatele terapeutice obținute la rândul ei. Eu mă mai ocup și de programări, iar de asemenea țin socoteala problemelor organizatorice, birocratice, pe lângă toate cele medicale. Mama fetei nu vorbește limba română, așadar că, tot eu sunt legătura între ea pe de o parte și sistemul medical și restul personalului, pe de altă parte. Simt că m-am supraîncărcat oarecum cu sarcini. Abia așteptam să vină week-endul de la Izvorul Mureșului pentru a cere ajutor.

Cu câteva săptămâni anterior internării la Spitalul din O.S., mama fetei o dusese la medicul de familie pentru că făcea des răceli. Fetița era palidă și devenise brusc somnolentă, așa încât a fost trimisă la Spitalul O.S., unde i s-a aplicat tratament de urgență pentru anemie severă, iar apoi a fost admisă de urgență în clinică. Ele ajung să perceapă drumul parcurs ca pe un haos, mai ales că devine încărcat cu tot felul de investigații și tratamente, mai mult sau mai puțin invazive.

Drumul meu, al echipei cu care lucrez este încărcat cu gândire și grijă medicală (se pare că fetița reacționează la tratament, dar etiologia rămâne incertă). Nu putem confirma, dar nici infirma vreo posibilă natură malignă a bolii. Aș încerca să o trimit în alt centru, dar unde? Iar apoi cum să fac public acest gând? Am încredere în ceea ce facem pentru ea, dar totuși parcă nu sunt sigură că facem tot ce se poate. Mie frică de acel posibil 2% care reprezintă malignitatea, de unde ar începe drumul greu, dureros și nesigur al terapiei cancerului. Mi-e milă de ea, de mama ei, de situația în sine.

Cei din grupul Balint au conchis că sunt văzută ca „un îngerăș păzitor”, ca „o zână bună”, cea de la care vin soluțiile, care întinde mâna pentru a ajuta, pentru a alina, cea la care se pot adresa, de unde vin răspunsurile și încurajarea. Eu sunt medicul de care fetița nu se teme, eu sunt cea spre care ea își întinde mânuțele și de aceea mă consider punctul ei de sprijin.



Eu nu cred însă că sunt întruchiparea a tot ceea ce ei, cei din grup cred despre mine. Nu mă simt capabilă, văd că îmi este mult prea greu și că m-am implicat mult prea mult. Dar nu este așa! – mă încurajează grupul. Ei sunt de părere că tocmai prin faptul că am adus cazul în grup, le demonstrez că pot fi acea bază solidă, acel punct de sprijin pentru micii mei pacienți și familiile lor.

Acolo în grupul Balint se exprimă o sumedenie de opinii, iar unii încearcă să-mi dea soluții concrete, în timp ce alții intră în detalii, sau exprimă felurite fantezii. Iar eu ce fac? Eu trăiesc din nou dificila și frustranta experiență de a sta mută și de a nu mă putea exprima de loc în timpul discuțiilor celorlalți. Mă limitez să recunosc că nu am primit soluții și nu m-am simțit ușurată după terminarea grupului, dar cu siguranță m-a ajutat să-mi continui profesia. Să fie asta catharsisul celui care aduce cazul?

Ele săracuțele își continuă drumul început nu de mult. Evoluția fetiței este azi favorabilă, iar ultimele controale arată un răspuns favorabil la tratament, sau e vorba poate de un miracol. Este oare posibil să fie vorba, cu toată spaima trasă, doar de un episod pasager în viața ei? Speranța ne dă putere! S-ar putea încadra cazul fetiței în acel procentaj al miracolului medical, al fenomenului care ne depășește? De ce nu, la urma urmei?

La internările ulterioare fetița mă întâmpina deja cu zâmbetul care se acordă cunoștințelor și se cerea în brațele mele. Nu este un gest de profesionist și nici nu este etic la un moment dat să-ți ții micii pacienți în brațe, dar cert este, că e mult mai ușor să examinezi un copil, care te acceptă să-i fi prieten.

Iar pentru a ne vindeca efectele supraîncărcării emoționale există oricum grupul Balint și prietenii balintieni. LA REVEDERE LA URMĂTOARELE ÎNTĂLNIRI!

PUNCTAJ TOTALIZAT PENTRU PARTICIPĂRI LA GRUPURI ORDINARE BALINT (PENTRU CARE NU S-A ACORDAT DIPLOMĂ!)

Nr. grupuri Balint ordinare la care s-a participat între 01.10.2007-30.09.2008, creditate cu câte 1,5 ore EMC/grup (ședințe cu o durată de 120 minute) de către Colegiul Medicilor din România prin decizie 4274/2002, cu valabilitate permanentă (situația va fi depusă de fiecare persoană interesată la Colegiul Județean al Medicilor sau OAMR

ABU AYYACH ANIS	1
AILINCĂI LELIA	13
AMARIȚEI ANA	13
ANDRÁS GYÖNGYVÉR	1
ARITON ELENA	1
ASZTALOS LÁSZLÓ	6
AXINCIUC GABRIELA	13
BĂEȚICĂ LIVIA	
BALTAG FLORENTINA	9
BARA MÁRTA	1
BARA TÜNDE	1
BARBU DOINA	1
BARBU MIHAELA	2
BARTALIS LÁSZLÓ	6
BEJAN CEZARINA CAMELIA IRINA	1
BENEDEK ETELKA	1
BENKŐ ÁGNES	2
BIRÓ BASA ÉVA	1
BIRÓ KATALIN	4
BLÉNESI AGNES	4
BODOR CSABA	1
BOITAN MARIAN MIHAIL	1
BORZA LILIANA	1
CIUBOTARU ELENA	7
CORDEA DAN	4
CUBALB OLIMPIA	7
CURTEANU LILIANA	13
DASCAL ELLA	1
DASCAL SZABÓ HAJNAL	1
DIACONESCU LILIANA	2

DONEA OANA	2
DORGÓ ATTILA	1
DOROFTE LUIZA	1
DOROFTE RODICA	1
DRIGA OCTAV	1
DUMITRANA IOANA	1
FARKAS EVELYN	3
FATU RALUCA	1
FEHÉR DÁLYA EMÖKE	3
FERENC RITA LENKE	1
FERENC VILMOS	1
FRAST EMESE ROZÁLIA	4
FÜLÖP LÁSZLÓ LEVENTE	7
GALAN CARMEN	13
GÁLL ANNA	1
GAVRILESCU ANCA	13
GHEORGHIU GINA	1
GHITA MIHAELA	7
GOIA MARIUS	3
GORDAN MAGDOLNA	8
GYULAI ANNA	7
HADNAGY ILDIKÓ	4
HARABAGIU DAN	1
HEGYI CSILLA	3
HLAGHIUC IULIA	13
HOMPOTH ERIKA	1
HULUB CĂTĂLINA	1
IANOVICI LUMINIȚA	3
IENEK ALEXANDRA	1
IGNEA LUCIA	3



ION BUGA LIDIA DOINA	1
JÁNOSSY ALIZ	1
JIANU DIANA	7
JIDVEICU MARA	1
KEREKES IZABELLA	1
KONCSAG ELŐD	2
LAZAR ALINA	6
LAZAR GABRIELA	1
LÖCSEI B. MÁRTA	8
MADARÁSZ CSILLA	1
MADARÁSZ ENIKŐ	7
MANOLACHE MARCELA	13
MÁRTON ATTILA	11
MÁRTON GIZELLA	11
MOGYOROS ESZTER	1
MOLDOVAN CSILLA	2
MOLNÁR CSILLA	4
MOLNÁR ZOLTÁN	1
MOVILEANU GEORGETA	1
MUNZLINGER ATTILA	11
MUNZLINGER ILDIKÓ	11
NANCU VIORICA	1
NEGULESCU LUCIANA	9
OLTEAN IULIU	1
PAPP JUDIT	11
PATRICHI STELA	8
PÁZMÁN ENIKŐ	11
PECHEANU MARIA	1
PECICAN MONICA	8

PETRESCU MONICA	1
PONGRACZ MÁRIA	1
POP PETRU BOGDAN	1
POP VIOLETA DOINA	1
POPA-VELEA OVIDIU	9
POPESCU IOANA	4
RACOVIȚĂ ANCA	4
RĂDULESCU FLORENTINA	1
SARADAN EMANOIL MIHAI CORNEL	13
SEVERIN ANCUTA	2
SIMON GABRIELLA	4
SORIN HORIA	4
ȘTIRBU DANIELA	1
STOIAN AURELIA	5
SZABÓ ZSUZSANNA	1
SZÁSZ JÚLIA EMÖKE	2
TAKÁCS JÓZSEF	4
TAMBU ALEXANDRA	2
TIRON CRISTINA	1
ȚUBUCANU IONEL	1
ȚUBUCANU MARILENA	1
TUDOSE ROXANA	1
UDREA GEORGETA	3
VERESS ALBERT	2
VERESS ÉVA	2
VLAD NICOLAE	13
VLĂDOIANU ELENA	6
ZRINYI ERIKA	8



ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI

26-28 septembrie, 2008: a XV-a Conferință Națională Balint, Izvoru Mureș. A avut loc Adunarea Generală ordinară cu alegerea noului Birou al Asociației. Retragerea lui Berci din funcția de președinte al Asociației a iscat un travaliu greu în alegerea noului președinte. Până la urmă, prin acceptul benevol al funcției de către dr. Baka Tünde, Biroul a ales-o prin vot unanim. Vicepreședinte a devenit Váradi István, secretar: Hegyi Csilla iar ca trezorier am fost ales eu.

Vă rog citiți cu atenție Darea de seamă a activității dintre cele două mandate și Procesul verbal al runde de alegere al Biroului.

DARE DE SEAMĂ

ASUPRA ACTIVITĂȚII BIROULUI ȘI A ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA ÎN PERIOADA DINTRE 01. 09. 2005 – 31. 08. 2008

Activitatea Asociației a fost coordonată de Biroul ales la Adunarea Generală din Miercurea-Ciuc, septembrie 2005, având următoarea componență:

Veress Albert, președinte; **Baka Tünde**, vicepreședinte; **Veress Éva**, secretar, **Ferencz Rita Lenke**, trezorier; **Váradi István**, **Moldovan Csilla**, **Popa-Velea Ovidiu**, **Munzlinger Attila** și **Hegy Csilla**, membri; **Mihai Veronica** și **Márton Attila**, cenzeni.

Activitatea cotidiană a membrilor s-a desfășurat în grupuri întrunite de obicei lunar. Uneori mai frecvent, alteori

mai rar. Delegații formate din membrii grupului „mamă” s-au deplasat în diferite localități, la invitația altor grupuri, pentru a participa la întâlnirile acestora (Bârlad, Sighet), și a face supervizarea liderilor de grup sau a ajuta la demararea noilor grupuri (cel din Iași).

Uzual, componența grupurilor a fost instabilă, nereușindu-se nici până azi întrunirea grupurilor într-o formație permanentă.

De 2 ori pe an (ianuarie, mai) au avut loc **weekenduri naționale**, organizate în diferite localități (Gheorgheni,



Sighet, Ocna-Șugata). S-a organizat câte un **weekend interjudețean** în lunile decembrie (Odorheiu Secuiesc, cu prerevelion) și iulie la Bârlad.

În sept. 2005 s-a organizat la Miercurea Ciuc cea de-a **XII-a Conferință Națională cu participarea unei delegații din partea Federației Balint**, cu o majoră afluență din partea balintienilor din țară.

A avut loc o secțiune Balint în cadrul Simpozionului Național de Psihiatrie din Miercurea-Ciuc, iunie 2006 și a celei de-a III-a Conferințe Internaționale de Psihiatrie Româno-Maghiară și al V-lea Simpozion Național de Psihiatrie din 26-29 iunie, 2008.

În august 2005 și septembrie 2007 o delegație formată din Baka Tünde, Éva și Albert Veress, Paina Gheorghe, Szöcs Kölcze Erzsébet au participat la Congresul Internațional Balint din Stockholm iar Baka Tünde, Éva și Albert Veress, Paina Gheorghe și Boțan Rodica la cel din Lisabona, fiind sponsorizați **parțial** de către Asociația Balint.

Au fost editate anual câte 4 numere ale Buletinului Asociației, ajungându-se în momentul actual la numărul 39. Buletinul este o posibilitate bună pentru publicarea lucrărilor membrilor și pentru menținerea unei legături permanente între Birou și membrii Asociației.

Între 6-7 septembrie 2008 a avut loc la Poiana Brașov prima etapă a cursului de pregătire pentru liderii de grup Balint, lector invitat fiind Michel Delbrouck din Belgia.

Legătura cu mass media și făurirea imaginii publice a Asociației este fructuoasă, mai multe ziare publicând regulat știri despre evenimentele Asociației. Buletinul a fost recenzat la mai multe apariții de către Viața Medicală.

Știrile publicate în Buletin, corespondența vastă, convorbirile telefonice numeroase au avut ca efect păstrarea unei legături intense, prietenești și fructuoase între Birou și membrii Asociației.

Legăturile externe cu alte asociații naționale și cu Federația Balint au avut un curs ascendent. Corespondența cu aceste foruri a fost dinamică, operativă.

Asociația dispune de un aparat xerox portabil, fără să aibă altă infrastructură proprie. Își are sediul în locuința președintelui, și se folosește telefonul, e-mail-ul, computerul și printerul acestuia.

Resursele materiale ale Asociației provin din cotizații, taxe de înscriere, reclame și, mai ales din sponsorizări. Membrii Biroului nu au fost remunerați, decontându-se doar o parte din cheltuielile ocazionate de deplasările lor la ședințele de Birou.

Prin organizarea diferitelor manifestări și întâlniri Asociația a oferit membrilor un total de **221,75** credite EMC. De remarcat faptul că, printr-o încercare persuasivă de a-i face pe responsabili cu creditările din cadrul Colegiului Medicilor din România să înțeleagă esența conceptului și activității practice balint, s-a ajuns la acordarea unui punctaj foarte favorabil atât pentru întâlnirile interjudețene și naționale, cât și pentru participările la grupurile ordinare.

DATE DEMOGRAFICE.

NUMĂR MEMBRI FONDATORI: 29

În cursul anilor s-au înscris un număr de membri, după cum urmează:

1993	33	2001	24
1994	43	2002	14
1995	33	2003	24
1996	34	2004	25
1997	17	2005	19
1998	14	2006	22
1999	34	2007	16
2000	15	2008	9

TOTAL ÎNSCRIȘI: 384

RETRAȘI - 32, EXCLUȘI - 112, DECEDAȚI - 3

TOTAL RĂMAȘI: 237

DINTRE CELE 42 DE JUDEȚE AVEM MEMBRI DIN 25

ARGEȘ	5	BACĂU	10
CLUJ	8	TIMIȘ	3
COVASNA	10	MUREȘ	23
HARGHITA	77	BOTOȘANI	12
IAȘI	16	NEAMȚ	2
MARAMUREȘ	10	BIHOR	3
SĂLAJ	3	CONSTANȚA	1
SATU MARE	5	ALBA	1
SIBIU	5	BUCUREȘTI	21
VASLUI	15	BRAȘOV	16
TULCEA	1	ARAD	1
VRANCEA	1	HUNEDOARA	1
GALAȚI	1		

2 MEMBRI în GERMANIA, 1 în U.S.A.,

1 în UNGARIA

PE GRUPE PROFESIONALE

MEDICI DE FAMILIE	90
PSIHIATRI, (DINTRE SPECIALIȘTI)	41
ALTE SPECIALITĂȚI	69
CADRE MEDII	22
PSIHOLOGI	33
STUDENȚI	9
FARMACIȘTI	2
ALTELE	11

PE GRUPE DE ETNII

MAGHIARI	91
ROMÂNI	143
GERMANI	3

PE GRUPE DE SEXE

FEMEI	165
BĂRBAȚI	72





GRUPURI VIABILE ACTUALMENTE
GHEORGHENI, ODORHEIU SECUIESC, BOTOȘANI, TIMIȘ, BÂRLAD, TIMIȘ, SIGHET, IAȘI

GRUPURI LATENTE
BUCUREȘTI, CLUJ, CIUC, MUREȘ, BRAȘOV

SCRISORI TRIMISE ȘI ACTE EMISE DE CĂTRE PREȘEDINTELE ABR.

1993	33
1994	126
1995	190
1996	484
1997	278
1998	576
1999	1.325
2000	1.514
2001	1.704
2002	1.389
2003	1.732
2004	3.105
2005	3.709
2006	7.041
2007	6.130
2008 (I-VIII)	4.457
TOTAL GENERAL:	33.793

RESTANȚE LA PLATA COTIZAȚIILOR
(LA DATA DE 16. 09. 2008)
1.320 EURO = 4.752 RON

HOTĂRĂRI LUATE ȘI MENȚINUTE DE BIROU ÎN TIMPUL MANDATULUI ACTUAL

1., cotizație anuală de 10 EURO, cu scutire pentru studenți, care însă trebuie să se aboneze la Buletin (4 EURO). Dintre 2 soți, *doar* unul este obligat a plăti și c.v. Buletinului.

2., taxă de înscriere: 20 EURO (fără facilitări)

3., reactualizarea premiului pentru cea mai bună lucrare pe teme balintiene ale *studenților membri* a ABR în valoare de 50 EURO.

4., depunerea pe termen a sumelor de bani de care momentan ne putem lipsi,

5., menținerea hotărârii anterioare de excludere din Asociație a celor care au restanță de 2 ani la plata cotizației, sau în mod cronic nu participă la activitățile de grup.

6., s-a votat o sumă fixă pentru onorariile colaboratorilor Buletinului Asociației, (10 RON/PAGINĂ) indiferent de venitul realizat prin publicarea unor reclame. Vor fi acceptate pentru publicare cel mult 5 pagini, dar se va oferi onorariu doar pentru 3 (spațiu optim pentru un articol!).

7., Biroul a fost de acord cu plata sumei anuale de 140 Euro pentru Federația Internațională Balint.

8., S-a stabilit ca taxă de participare la evenimentele de rang național a Asociației suma de **25-35 EURO**. Datorită participării unor sponsori, nu a fost nevoie de reactualizarea sumei. Pentru membri, cadre medii și studenți s-a reușit

acordarea unor facilități, materializate de obicei în acoperirea prețului cinei prietenești.

9., S-a RE-votat suportarea din fondul Asociației a următoarelor cheltuieli pentru membrii Biroului care participă la ședințele de Birou:

- transport tren cl I. dus-întors, indiferent de distanță sau categoria de viteză. În cazul lipsei posibilității de a călători cu trenul, sau dacă valoarea acestei călătorii în cazul *mai multor persoane* depășește 0,3 lei / km parcurs cu autoturismul, se va opta pentru a doua posibilitate (dacă acesta se va oferi de cineva care are mașină),

- cazare pentru 2 zile la hotelul unde se desfășoară ședința,
- diurnă 2 zile calculat la valoarea diurnei bugetarilor.

10., Cu ocazia întâlnirilor naționale sau interjudețene, liderii de grup desemnați pentru conducerea grupurilor vor fi remunerați. Se preconizează desemnarea cu precădere a liderilor de grup acreditați, (30 RON), cei neacreditați fiind onorați cu 20 RON.

11., s-a votat o indemnizație de 20 RON lunar pt. Hompoth Erika, în vederea onorării muncii de secretariat, care, prin volumul ei crescut nu mai poate fi efectuat doar de către președintele Asociației,

12., circularele primite de la Federația Intern. Balint vor fi trimise tuturor membrilor care dispun de e-mail,

13., se vor plăti onorarii și pentru publicarea în Buletin a prezentărilor de cazuri și recenzii,

14., se agreează organizarea unor weekenduri interjudețene lunare, dacă vor fi oferite de organizare,

17., s-a înființat o bursă de 100 Euro/an pentru studenții balintieni merituosi în activitatea practică sau teoretică, (Neacordată până acum!)

18., se menține premiul de 50 Euro pentru cea mai bună lucrare scrisă de studenții balintieni (Neacordat până acum!),

19., avându-se în vedere faptul, că pt. o pagină publicată în Buletin se acordă un onorariu de 10 RON, s-a impus (prin comparație) majorarea onorariului redactorului șef al Buletinului de la 20 la 60 RON, cel al lectorului menținându-se la 40 RON.,

20., deoarece activitatea de avizare a articolelor propuse pentru apariție în Buletin este anevoioasă, majoritatea membrilor comitetului de redacție neonorînd obligativitatea lor de avizare, s-a ajuns la decizia ca articolele să fie trimise doar pentru 2 supervizori: Trif Almos și Dan Dumitrașcu (nemembru al Asociației),

21., deoarece Asociația nu are post telefonic, pentru acoperirea parțială a convorbirilor cu membrii Asociației și cu diverse foruri, s-a votat suportarea abonamentului lunar la postul fix și telefonul celular al președintelui actual al Asociației,

22., îndeplinind criteriile impuse pentru creditarea liderilor de grup, prin votul unanim al membrilor Biroului au fost acreditați ca lideri: VĂRADI ISTVÁN, HEGYI CSILLA

23., în vederea facilitării participării membrilor la manifestările organizate de Asociație, se va plăti o taxă de cazare diferențiată pentru balintieni și nebalintieni,

24., s-a votat înființarea în Birou a poziției de FOST PREȘEDINTE ȘI VICE PREȘEDINTE.



CÂTEVA DINTRE REZULTATELE OBTINUTE:

- s-a ajuns la o înțelegere cu Biroul OAMR în vederea creditării participării cadrelor medii la evenimentele organizate de Asociație,
- s-a efectuat un CD cuprinzând fotografiile de la diferitele evenimente ale Asociației și lucrările membrilor Asociației și ale altor balintieni din străinătate,
- s-a efectuat – contra cost – prelucrarea computerizată a tuturor articolelor sau altor materiale teoretice scrise sau prezentate la diferitele evenimente,
- creditarea în continuare a Asociației ca furnizor de Educație Medicală Continuă, ceea ce a atras după sine recunoașterea valorii activității de grup, creditându-se foarte mărinimos (între 9-23 credite) toate evenimentele de anvergură națională sau interjudețeană al Asociației și cu câte 1,5 ore ECM ședințele de grup.
- Buletinul Asociației a fost inclus pe lista publicațiilor creditate CNCSIS, clasa „C”
- creșterea în ultimii 3 ani a numărului membrilor înscriși la 384, iar a membrilor rămași la 237
- datorită unor legături interpersonale ale președintelui cu diferiți patroni de hotel și restaurante, s-a reușit menținerea nivelului prețurilor de cazare și masă la o sumă mică în comparație cu cele practice la alte conferințe,
- **O mare reușită și bucurie:** grupurile din Bârlad, Sighet și Odorheiu Secuiesc au reușit să organizeze weekend-uri interjudețene sau naționale.

OAMENI POTRIVIȚI LA LOCUL POTRIVIT!!!

NEREUȘITE, GREUTĂȚI:

√ din cauza slabei afliuențe a autorilor nu s-a reușit nici în acest mandat realizarea numerelor tematice ale Buletinului și întocmirea unui plan editorial pentru un an întreg, ci doar pentru 2 numere consecutive cu tematica burn-out.

√ nu s-a reușit redactarea în avans a unui număr pentru a nu întâmpina greutăți de tipul cursă contra cronometru la depunerea numerelor la tipografie,

√ nu se trimit materiale conforme cu instrucțiunile pentru autori

√ nu s-a generalizat nici până acum o corectă etică a participărilor la conferințe, colegii așteptând parcă de fiecare dată să fie sunați la telefon, reamintindu-li-se despre apropierea datei întâlnirii următoare. Se pare că mulți dintre noi nu au, sau nu folosesc o agendă de conferințe,

√ am fost nevoiți să excludem mai mulți membri pentru inactivitate prelungită sau neplata cotizațiilor, având restanțe de 2 sau mai mulți ani.

Izvoru Mureș, 27.09.2008

PROCES VERBAL

Încheiat cu ocazia Adunării Generale Extraordinare a Asociației Balint din 27 septembrie, 2008.

Ședința a fost condusă de dr. Tövissi Melinda.

Procesul verbal întocmit de Tövissi Melinda

S-a supus spre aprobare și s-a acceptat ordinea de zi:

- 1., dare de seamă a activității,
- 2., bilanț financiar,
- 3., diverse,
- 4., alegerea noului Birou.

S-a numit o **comisie de validare și numărare a voturilor**, format din Dan Francisc Iosif, Vitos Erika și Amariței Ana, coordonat de Dan Francisc Iosif.

Președintele Asociației a urat bun venit celor prezenți, mulțumind membrilor ABR și Biroului pentru ajutorul primit din partea lor în desfășurarea activității din actualul mandat.

Din cei 119 de membri necesari pentru o AG statutară fiind prezenți doar 75, după 30 de minute, conform statutului, ședința s-a declarat extraordinară.

Președinta AG l-a invitat la cuvânt pe dr. Veress Albert să dea citire dării de seamă a activității depuse în mandatul trecut, apoi, pe casierul Asociației, Ferencz Rita Lenka să prezinte bilanțul financiar și pe Marton Attila să dea citire raportului censorilor. Toate cele trei au fost redactate într-un mod detaliat, vizualizate prin proiectarea datelor în power-point.

La capitolul SPONSORIZĂRI, dr. Veress Albert a arătat, că la contabilizare, fiecare sumă virată pe nume propriu pt. oricare dintre membri se va putea folosi doar de acel membru și numai în scopul pentru care s-a oferit sponsorizarea.

S-a supus spre aprobare și s-a aprobat în unanimitate de voturi Darea de seamă, Bilanțul financiar și raportul censorilor.

S-au supus la vot, și s-au votat în unanimitate hotărârile Biroului din perioada dintre cele două AG., excluderea unor membri și primirea membrilor noi.

S-a votat modificarea Statutului prin introducerea titlului de „Președinte fondator”.

S-a votat majorarea cotizației începând cu 1 ianuarie 2009 de la 10 la 20 Euro. Studenții și pensionarii vor plăti doar c.v. Buletinului, adică 6 Euro

Dr. Veress Albert a acordat Diplomă de excelență membrilor Biroului pentru activitatea lor depusă în timpul mandatului, a acordat Premiul VERESS pentru dr. Váradi István, a donat un model de microbuz pentru noua conducere a Asociației apoi a dizolvat Biroul, dr. Tövissi preluând interimatul în vederea derulării alegerii noului Birou, după ce s-a dat citire din Statut acelor paragrafe care ordonează alegerile.

Prin votul secret ai celor 75 de votanți cu 75 voturi valide s-au obținut următoarele rezultate:

Veress Albert	66	
Baka Tünde	60	
Popa-Velea Ovidiu	56	
Munzlinger Attila	45	
Váradi István	51	
Veress Éva	51	
Hegy Csilla	49	
Ferenc Rita Lenke	45	
Lux Holger Ortwin	41	
Görög Ilona	40	Censor
Árvai Zsófia	34	Censor
Moldovan Csilla	24	
Dorofte Rodica	22	
Boțan Rodica	21	
Oltean Iuliu	19	
Munzlinger Ildikó	8	
Farkas Evelyn	5	

Dr. Tövissi a dat citire rezultatelor, a închis ședința, invitându-i pe primii 9 aleși în ordinea voturilor totalizate să aleagă prin vot secret președintele, secretarul și trezorerierul.

Noua structură a conducerii Biroului este:

Președinte:	Baka Tünde	9 din 9 voturi
Vicepreședinte:	Váradi István	9 din 9 voturi
Secretar:	Hegy Csilla	9 din 9 voturi
Trezorier:	Veress Albert	9 din 9 voturi

Izvoru Mureș, 27. 09. 2008

LAUDAȚIA DOCTORULUI BALINTIAN VÁRADI ISTVÁN

La Tușnad-Băi era o toamnă bacoviană, morocănoasă. Un weekend fără apă la hotel, din cauza defecțiunii pompei centrale de apă. Ne spălăm cu apa minerală pe care-o aveam cu noi pentru băut. Lectorii cursului, invitați din Seghedin, suportau cu un fatalism neasemănat încercările la care erau supuși. Fără fițe, fără supărări.

Printre cursanți aveam un bărbat cu părul tuns scurt, cu o față mucalită, tăcut din fire. Trecea parcă neobservat printre noi. Voia de fapt să treacă neobservat! Tendința lui nu a fost încununată de succes. Ne-a atras atenția fără să dorească acest lucru. Îl adulmecam curioși.

A participat la un grup Balint condus de dr. Temesváry Beáta, apoi la încă unul și încă unul.

La plecarea din stațiune m-a întrebat despre modalitatea de a deveni membru al Asociației Balint. I-am explicat pe în-delete, așteptând apoi mai mult de 3 ani până să dea un semn de viață. L-am căutat, întrebându-l de ce întârzie. Mi-a mormăit pe sub mustață câteva scuze vagi, neconvingătoare.

Într-un târziu m-a anunțat: „avem un grup la Odorhei”? Veniți și voi la una din ședințele noastre? Să mergem? Zburam, nu alta! Ne-am întâlnit în locuința lor pentru o ședință, urmată de o masă copioasă culminând cu un pui copt pe o sticlă de bere. Nici înainte nici după nu am mai mâncat ceva atât de gustos! Edit, soția lui primea modestă laudele noastre.

Grupul lui devenea din ce în ce mai viguros, scotea noi crengi. În 2004 s-a oferit să organizeze la Lupeni Weekendul Interjudețean cu Prerevelionul Balint, eveniment repetat mai apoi de trei ori la Odorheiu Secuiesc. Printre aceste „picături” ale organizării a devenit și lider acreditat de grup Balint, participând simultan și la alte formări de psihoterapie.

La cursul de formare pentru liderii de grup Balint din Poiana Brașov (6-7 septembrie a.c.) datorită accidentării lui, nu a reușit să participe.

Sper, ca până acum să se fi înzdrăvenit într-atât încât să-și poată ține în mâini Premiul Veress oferit lui pentru rezultate meritoase pe tărâmul activității balintiene.

Izvoru Mureș, la 27 Septembrie, 2008.

Veress Albert, Veress Éva

21-23 noiembrie 2008: Weekend Interjudețean Balint, Satu-Mare. Prima încercare de forță (reușită) a balintienilor din zona Sătmăreană, încercare, care din nou a dovedit veridicitatea celor afirmate ani de-a rândul de către mine: „Omul potrivit la locul potrivit” poate urni Globul din țâțâni! Un moment artistic de excelență a fost oferit de corul unui grup de elevi de la Liceul Ortodox Nicolae Steinhardt. Repet din nou vechiul meu dicton: „cei care n-au reușit să participe, au avut doar de pierdut!”

PLANURI DE VIITOR:

16-18 ianuarie, 2009: Weekend Național Balint de Iarnă, Hotelul Bradul Argintiu, Izvoru Mureș. **Taxă** de participare 35 Euro. **Cazare:** 40 RON/ZI/PERS. cu micul dejun (29 camere la hotel, 2-4 locuri. Alte posibilități: fără negocierea prețurilor la moteluri sau case de oaspeți. Regim de înscriere la hotel: „**primul venit, primul servit**”). Prânz: 25

RON, cina meniu din 16 ianuarie: 25 RON, cina prietenească (dans, ungerea noilor membri): 40 RON. **Data limită** de anunțare a participării și reținerii cazării: **10 ianuarie**, la telefonul 0744-812.900 sau e-mail: alveress@clicknet.ro

8-10 mai, 2009: Weekend Național Balint de Vară, Ocna-Șugatag

26-28 iunie, 2009: Weekend Interjudețean Balint, Bârlad
5-9 septembrie 2009: al XVI-a Congres Internațional Balint, Poiana Brașov. După 10 ani de insistențe în sfârșit ni s-a acordat dreptul organizării CONGRESULUI INTERNAȚIONAL BALINT din 2009. Este o recunoaștere a activității și viabilității Asociației Balint din România.

Am speranța că veți reuși să participați într-un număr mare la acest eveniment plănuțit a fi una care să ne ducă vestea (cea bună!) în lume.

Facem eforturi ca toți participanții să plece plini de emoții plăcute și reîncărcați sufletește.

Biroul Asociației a decis oferirea unei sponsorizări pentru participanți în valoare totală de **10.000 RON**. **CLAUZA ÎNSCRIERII:** este obligatorie prezența pe tot parcursul congresului, deoarece grupurile mici vor avea o componentă fixă din care dacă lipsește cineva, ceilalți imediat se simt frustrați, considerând că respectivul coleg a plecat din cauză că a fost jignit de către membrii grupului.

Taxa de participare pentru colegii din România (indiferent de categoria profesională) este de **255 Euro** dacă participă la cocktailul de primire sau **225** dacă nu participă.

Pentru **însoțitori** se percepe aceeași taxă ca pentru străini, de **195 Euro**.

Cazare mai ieftină (45 Euro camera cu 2 paturi, cu micul dejun) se poate solicita personal (nu acceptă reducere de preț, deci nu am contractat serviciile hoteliere) în limita numărului de **30** de camere la motelul Căprioara, vecină cu Monterai sau la alegerea fiecăruia dintre voi la alte locații.

ADRESA SITE-ului: www.balintcongress2009.com

În speranța întâlnirii cu toți balintienii înscriși în Asociație, dar NU NUMAI, vă doresc toate cele bune,

Albert Veress



„Premiul Veress”



*La cumpăna anilor 2008/2009, vă doresc un
“La mulți ani”
cu sănătate, fericire, bucurii și împliniri!*

*2008/2009-as éveink vízváltásztóján kívánok
egy boldog, békességes, örömteli, sikerekben és egészségben
bővelkedő Újesztendőt!*

*Its the festive time of year I wish each and every one of you
and your beloved families a very Happy Christmas, a very
Happy 2009, a Very Happy Chanuka and a very Happy New
Year. May God Bless all of you and the good work you are
all doing for the betterment of our patients all over the
world!*

*Der Neues Jahr 2009 der Zeitraum für neue Anfaenge, neue
Initiativen. Dafuer wünschen wir Ihnen viel Erfolg und das
Sie noch viele Menschen helfen können.
Frohes Weinachtfest und alles gute für dass Neues Jahr!*

*Albert (Berci, Bertzi) VERESS
Miercurea-Ciuc, Romania*

