



BULETINUL ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA

Martie, 2009, Volumul 11, Nr. 41

Comitetul de redacție:

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

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



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

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. Decizia lor este necontestabilă.

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

“STRESUL PROFESIONAL”	3	STIGMATIZAREA ÎN PSIHIATRIE - ÎNTRE	
AS, UNIV. LAURA POANTĂ, PROF. DR. D.L DUMITRAȘCU,		EXPLICAȚII ȘI SOLUȚII	15
ALMOS BELA TRIF, Miami, U.S.A.	6	DR. OANA CORNELIA DOBRESCU,	
THE DUTY TO DIE VERSUS THE RIGHT TO FIGHT		DESCRIERE DE CAZ	18
THE RIGHT TO DIE		DR. MONICA ILISEI, M.F.	
ABORDĂRI ALE RELAȚIEI TERAPEUTICE ÎN		SCRISOARE DESCHISĂ MINISTRULUI	
SUPERVIZIE PRELUCRAREA RELAȚIEI		SĂNĂTĂȚII - UN AUTODAFÉ	19
TERAPEUTICE PRIN GRUPURI DE		ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI	28
PSIHODRAMĂ BALINT. PARTEA II.	12		
PROF. DR. ALBERT-LÓRINCZ ENIKŐ,			
DRD.GÖRÖG ILONA			



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 unui 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 medic-pacient și a comunicării dintre membrii diferitelor categorii profesionale. Rol de "punte" între etnii, confesiuni, categorii sociale, regiuni, țări.

BIROUL ASOCIAȚIEI:

Președinte: Tünde BAKA – tunde13@freemail.hu
Vicepreședinte: István VÁRADI – istvanvaradilinbox.com
Secretar: Csilla HEGYI – cs_hegyi@yahoo.com
Trezorier: Albert VERESS – alveress@clicknet.ro
Membri: Rita-Lenke FERENCZ, Holger Ortwin LUX, Attila MUNZLINGER, Ovidiu Popa-Velea, Éva VERESS.

Cotizația se achită până la 31 martie a.c. Cvantumul ei se hotărăște anual de către Biroul Asociației. În cazul când ambii soți dintr-o familie sunt membrii Asociației, unul din ei poate cere scutirea de la plata abonamentului la Buletinul Asociației, 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 al anului următor vor fi penalizați cu o majorare de 50%!!! Cei cu o restanță de doi ani vor fi excluși disciplinar din Asociație.

Studentii și pensionarii 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 face reducere nici unei categorii socio-profesionale).

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 25 de credite EMC. Abonamentul la Buletin se creditează cu 5 credite.

Redactorul șef și / sau lectorul au dreptul 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 doar la descrierea evenimentelor balintiene, 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 monografii (**citarea în text se notează cu cifre în paranteză, iar în bibliografie se înscrie autorii în ordinea citării nu cea alfabetică și doar acei autori care au fost citați în lucrare**).

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

Se primesc doar materiale trimise pe diskete floppy de 3,5", CD room, memory-stick sau prin e-mail ca fișier atașat. Se vor folosi numai caractere românești din fontul Times New Roman, culese la mărimea 12, în WORD 6.0 sau 7.0 din WINDOWS.

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

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



"STRESUL PROFESIONAL"*

Ar, Univ. Laura Poantă, Prof. Dr. D.L. Dumitrașcu,
Universitatea de Medicină și Farmacie
„Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca



Rezumat: *Stresul este un element omniprezent al lumii Moderne, iar stresul profesional nu face excepție, fiind o realitate de necontestat a medicinei ocupaționale a zilelor noastre. S-a dovedit, astfel, legătura directă dintre stresul profesional și o serie de boli. Semnele precoce ale stresului, bine cunoscute și studiate (de tipul insomniei) sunt relativ ușor de recunoscut, dar efectele pe termen lung și apariția bolilor de tipul hipertensiunii arteriale sau cardiopatiei ischemice sunt cele care pun probleme deosebite, deoarece aici este vorba de factori de risc multipli, iar stresul este greu de cuantificat.*

Abstract: *Stress is an omnipresent phenomenon in modern world, and also is professional stress, which is a very important element in occupational medicine nowadays. There is a significant connection between professional stress and a number of diseases. Early signs of stress, well known and documented, such as insomnia, are easy to recognize but long term effects of stress are associated with coronary heart disease and high blood pressure. Chronic stress raises serious problems as the quantification is difficult and there are more than one risk factors involved.*

Stresul este un element omniprezent al lumii moderne. Se afirmă că nu există individ neafectat, cel puțin într-un moment al existenței sale, de stres. Pe de altă parte, definiția stresului este foarte greu de formulat, având în vedere că stresul este un concept abstract și extrem de complex, astfel încât nu ne putem referi la o singură abordare, universal valabilă, dar atenția acordată acestui subiect este imensă. În ultimele decenii chiar și cei mai sceptici au recunoscut că impactul stresului (implicit al stresului profesional) nu poate fi neglijat, și că efectele sale nocive se manifestă atât la nivel individual, cât și social economic.

Definiția modernă a stresului este formulată de Hans Selye, în 1926: "stresul este răspunsul non-specific al organismului la o anumită solicitare la care este supus" (1). De la el, au existat numeroase alte definiții, alte abordări, ca de exemplu în anii 60: "Stresul este un răspuns psiho-fiziologic apărut în corpul uman ca rezultat al unui stimul devenit "Stresor" prin prisma interpretării cognitive individuale". (Evelyn & Rumsenfeld, 1964). Sau în anii 90, definiția lui Paul Fraisse: "Totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului, care nu

își găsesc soluția pe moment" (2, 3)*

Mihai Gogu afirma că stresul psihic reprezintă "o stare de tensiune, încordare și disconfort, determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă, de frustrarea sau reprimarea unor stări de motivație (trebuințe, dorințe, aspirații), de dificultatea sau imposibilitatea Rezolvării unor probleme" (2).

Cert este că trebuie ajuns la un numitor comun în definiția stresului, deoarece suntem în situația în care "câte cărți despre stres există, tot atâtea definiții vom întâlni" (4). În privința stresului profesional, se discută tot mai mult ideea că ar fi mult mai utilă abordarea acestuia din perspectiva anumitor simptome mai frecvente pe care le poate induce, cum ar fi de exemplu anxietatea sau depresia, ceea ce ar duce la identificarea precoce a semnalelor de alarmă în rândurile angajaților, mult mai eficient decât în cazul aplicării unor noțiuni abstracte. Există diverse modele acceptate, care definesc stresul profesional, ca de exemplu modelul lui Karasek sau al lui Siegrist. Modelul lui Karasek implică două noțiuni de bază, și anume:

1. *Cerințele psihologice (psychological job demands) care cuprind: muncă grea, muncă excesivă, muncă rapidă, conflicte, cerințe contradictorii, timp redus comparativ cu cerințele.*
2. *Puterea de decizie (decision latitude) care cuprinde: puterea de a-și utiliza cunoștințele, talentele (skill discretion) și autoritatea la locul de muncă (decision authority).*

Pe baza acestor elemente există patru categorii de stres profesional:

- *Low strain (stres redus)* (cu putere crescută de decizie și cerințe reduse). Exemple: depanatori, pădurari, stomatologi.
- *Active (activii)* (cu putere crescută de decizie și cerințe crescute). Exemple: bancheri, medici, profesori, controlori de trafic, mecanici de locomotivă.
- *Passive (pasivii)* (cu putere redusă de decizie și cerințe reduse). Exemple: personal de îngrijire, portari, funcționari.
- *high strain (stres crescut)* (cu putere redusă de decizie și cerințe crescute). Exemple: asistente medicale, chelneri, asamblatori (meseriile ce presupun automatism) (5, 6).



În modelul lui Siegrist, efortul se măsoară în nivelul Cerințelor și obligațiilor de la locul de muncă (efort extrinsec), precum și nivelul de implicare a individului (*overcommitment*, efort intrinsec) (7, 8).

Williams & Cooper (4) propun un model al stresului profesional cu 4 direcții, care ilustrează dinamismul procesului numit stres. Acest model încearcă să arate factorii ce trebuie analizați atunci când se măsoară nivelul de stres în interiorul unei organizații. Avem în acest model sursa stresului (numită de autori Sources of pressure), felul în care personalitatea individului amplifică sau reduce presiunea, comportamentul individului, și suportul de care acesta beneficiază (din partea colegilor, familiei, superiorilor). În cele din urmă, avem efectele factorilor stresori asupra individului, care pot fi de două feluri: *pozitive*, care duc la dezvoltarea personalității, progres, avansare, și *negative*, care determină instalarea stresului și a efectelor sale nocive asupra organismului. Oamenii care reușesc să atenueze efectele presiunilor externe au un sentiment de împlinire și respect de sine, un fel de „cu cât fac mai mult, cu atât voi putea realiza mai multe”. Acest model, ca și altele de altfel, subliniază ideea că stresul nu este consecința obligatorie a presiunii/cerințelor de la locul de muncă (4).

Modelul NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) afirmă că totalitatea condițiilor de la locul de muncă sunt cele care duc la apariția stresului profesional. Dar, pe de altă parte, nici ei nu ignoră rolul factorului individual. Ei numesc factorii stresanți de la locul de muncă *job stressors* și atenționează asupra faptului că aceștia pot afecta siguranța și sănătatea angajatului. Influența stresorilor este augmentată sau diminuată de personalitatea individului, precum și de alte condiții favorizante sau agravante (de exemplu probleme familiale asociate). De aceea trebuie luate în considerare și: echilibrul dintre viața de familie și locul de muncă, suportul social (așa numita „rețea de suport”, formată din colegi și prieteni), precum și o abordare relaxată și pozitivă a problemelor.

Condițiile ce pot deveni stresante la locul de muncă sunt (în viziunea NIOSH): felul în care sunt formulate sarcinile (muncă dificilă, solicitantă, lipsa pauzelor de masă, orar prelungit, rutina)⁹ tipul de conducere (management style): comunicarea slabă între angajat și angajator, lipsa participării în activitățile decizionale, relațiile interpersonale (cu colegii și superiorii); rolul angajatului în instituție (sarcini conflictuale sau neclare, responsabilități exagerate); grijiile legate de propria carieră (insecuritatea locului de muncă, schimbări prea multe); condițiile de muncă (zgomot, poluare, probleme ergonomice) (5).

Principiile psihologiei medicinei ocupaționale ar putea fi sintetizate astfel:

Stresul profesional apare atunci când există dezechilibrul cerințe – control (demand – control imbalance), unde cerințele se referă la timp insuficient, ordine contradictorii, expectanță crescută din partea superiorilor, implicare emoțională deosebită, iar controlul înseamnă capacitatea de decizie (*decision latitude*): autoritate suficientă, care să permită luarea unor decizii și capacitatea de a-și folosi pregătirea (*skill discretion*): pregătire suficientă la locul

de muncă și care este complet pusă în valoare. Tensiunea (*strain-ul*) rezultă din conflictul dintre cerințele crescute și controlul redus (*high demand/low control*).

O altă abordare este cea a dezechilibrului efort – recompensă (*effort – reward imbalance*), unde efortul este compus din cerințe (efortul extrinsec) și adaptarea la acestea (*coping*), (efortul intrinsec), iar recompensa se referă la satisfacția profesională, recompensa materială, recunoașterea meritelor, stima celor din jur și statutul social. Impactul stresului profesional asupra individului este cert, el reflectându-se într-o serie de aspecte, de la semne fizice exterioare, la simptome mai mult sau mai puțin specifice, până la apariția bolilor cardiovasculare (5, 9, 10, 11).

Un exemplu este oferit de publicația Hazards care în anul 2003 dădea câteva exemple extrem de sugestive despre felul în care stresul profesional nerecunoscut și netratat poate afecta individul și implicit instituția din care el face parte:

- proasta organizare a locului de muncă poate provoca apariția bolilor cardiovasculare (BCV); cerințele crescute și suportul scăzut la locul de muncă afectează sănătatea mentală a individului (*mind blowing*).
- muncitorii cu meserii stresante au un risc de două ori mai mare de a muri prin BCV *Heart stopper*.
- un studiu din Marea Britanie a arătat că cei ce lucrează cu șefi incorecți și nerezonabili au creșteri alarmante ale tensiunii arteriale (*under pressure*).
- stresul profesional de lungă durată (așa numitul stres cronic) este mai dăunător decât îmbătrânirea cu 30 de ani sau creșterea în greutate cu peste 10 kilograme.
- muncitorii cu meserii „mărunte”, lipsite de importanță și repetitive au „șanse” mai mari să moară tineri (*bored rigid*) (12).

O pătrime dintre angajați simt că slujba este principalul factor de stres din viața lor (13). Trei pătrimi dintre angajați consideră că stresul profesional al zilelor noastre este mai important decât cel al generației precedente (14). Problemele de la locul de muncă sunt mai puternic asociate cu problemele de sănătate decât orice alte probleme (de exemplu probleme financiare sau chiar familiale) (15).

Prima campanie pan-Europeană de combatere a stresului profesional ce a avut loc în anul 2002 a arătat că 28% dintre salariații țărilor membre U.E. acuză că sunt afectați de stresul profesional, femeile sunt afectate mai mult decât bărbații, cauzele comune includ lipsa siguranței locului de muncă, a controlului asupra muncii, și supraîncărcarea activităților, stresul profesional este cauza a peste 50% dintre cazurile de absenteism, stresul profesional implică costuri de cel puțin 20 miliarde EURO pe an, cuantificate prin absenteism și asistență medicală. Iată deci că această problemă este departe de a fi izolată, iar recunoașterea ei devine esențială (5, 16).

Termenul de *burnout* definește epuizarea fizică și mentală ce conduce la crearea unei imagini proprii nefavorabile, o atitudine negativistă la locul de muncă, o renunțare în cele din urmă la implicarea personală. Denumeste, de fapt, sindromul stresului cronic la locul de muncă. Se dezvoltă lent, fără simptome specifice, și duce la



epuizare emoțională și retragere socială. Maslach și Jackson (1986) (16, 17) îl numeau în anul 1986 un sindrom ce are trei dimensiuni: a) depersonalizarea - persoana se distanțează de ceilalți, pe care începe să-i vadă impersonal; b) reducerea realizărilor personale; c) epuizare emoțională - persoana se simte golită de resurse emoționale personale și devine foarte vulnerabilă la stresori. Starea de *burnout* este cauzată de expunerea la stresul profesional și adesea este însoțită de *depresie*.

Meier (18) descrie fenomenul de *burnout* ca pe o stare în care individul nu mai așteaptă recompense de la locul de muncă, și nici satisfacții deosebite (sau dimpotrivă, se așteaptă chiar la pedepse) deoarece nu-și mai evaluează pozitiv efortul și competența personală. Cauzele cele mai frecvent descrise sunt: o muncă foarte solicitantă (cerințe crescute, proasta organizare a timpului, chiar lipsa calităților necesare pentru un anumit loc de muncă), muncă foarte solicitantă fără un scop precis, lipsa puterii de decizie la locul de muncă, conflict puternic între valorile individuale și cele ale locului de muncă. Persoana nu crede în ceea ce face, prezența unui „tavan invizibil” care te face să nu întrevezi nici o promovare, nici o apreciere a eforturilor depuse. Un fel de a bate pasul pe loc, în ciuda faptului că individul este puternic implicat în ceea ce face.

O altă noțiune pe care dorim să o abordăm aici este dependența de muncă, precedată adesea de sindromul supraangajării. Semnele acestui sindrom sunt:

- angajarea în mai multe activități în același timp,
- reprogramarea întâlnirilor,
- exprimarea nemulțumirii față de oamenii care le consumă timpul,
- o seară liniștită acasă sau un *week-end* liber sunt evenimente rare,
- persoana se simte ca “un câine care-și urmărește coada”.

Termenul *workaholic* a fost utilizat pentru prima oară în 1968, în articolul „On Being a ‘Workaholic’ (A serious Jest)”, apărut în *Pastoral Psychology*, semnat de Wayne Oates, profesor de psihologia religiilor la Southern Baptist Theological Seminary, iar la noi în țară a fost introdus pentru prima oară de profesorul DL Dumitrașcu. Dependența este definită drept o „nevoie compulsivă”, devenită viciu, „de a utiliza a substanță creatoare de obișnuințe” sau „drept un impuls irezistibil de a te angaja într-un anumit comportament”. Caracteristicile definitorii ale dependenței sunt:

- toleranța (*tolerance*), înțelegând ca „nevoie crescândă de tot mai multă substanță pentru obținerea aceluiași efect”;
- abținerea (*withdrawal*), „acele simptome neplăcute care apar în momentul în care unui dependent i se interzice să mai folosească substanțele dorite”.

În ultimele decenii, termenul de dependență a început să fie utilizat în legătură cu o categorie mai largă și mai complexă de comportamente. Dacă până de curând dependența era asociată „utilizării compulsive de substanțe, precum alcoolul, medicamentele, țigările și mâncarea, acum ea descrie totodată toleranța (*indulgence*) excesivă față de activități precum munca sau cumpărăturile, sexul, Internetul sau jocurile

de noroc” (5, 9, 16). Multe studii (19, 20) au arătat deja legătura certă dintre stresul profesional și o serie de boli. Semnele precoce ale stresului, bine cunoscute și studiate (de tipul insomniei, cefaleei cronice, durerilor musculare) sunt relativ ușor de recunoscut dacă sunt urmărite. Efectele pe termen lung și apariția bolilor de tipul hipertensiunii arteriale sau cardiopatiei ischemice sunt cele care pun probleme deosebite, deoarece aici este vorba de factori de risc multipli, iar stresul este cel mai greu de cuantificat. Este important ca instituțiile să înțeleagă importanța acestui fapt omniprezent și care nu mai poate fi neglijat și să acționeze în consecință, pentru identificarea precoce a stresorilor, a semnelor și simptomelor stresului, fie el acut sau cronic, și pentru atenuarea efectelor acestuia.

*Lucrare prezentată la cea de-a XV-a Conferință Națională Balint, Izvoru Mureș, 26-28 septembrie, 2008

Bibliografie

1. Hans Selye. Știință și viață. Editura Politică București 1984.
2. http://www.e-scoala.ro/psihologie/conceptul_stres_psihic_efectele_sale. Elena Dionisia Plăiașu. Conceptul de stres psihic și efectele sale în plan psiho-comportamental la cadrele medicale.
3. http://www.e-scoala.ro/psihologie/impactul_stresului_psihic. Irina Cristescu. Viața militară, stres și adaptare. Impactul stresului psihic asupra adaptării la specificul vieții militare.
4. Williams S, Cooper L. Managing workplace stress. 2002. John Wiley & Sons, NY.
5. Laura Poantă. Medicii și stresul ocupațional. Casa Cărții de Știință. Cluj-Napoca 2007. ISBN 978-973-133-117-1
6. Karasek RA, Theorell T. The demand - control - support model and cardiovascular disease. In: Schnall PL, Belkic K, Landsbergis P, Baker D, guest editors. The workplace and cardiovascular disease. Philadelphia (PA): Hanley&Belfus Inc 2000. p 175-83. Occupational medicine: state of the art reviews, vol 15.
7. Siegrist J. Adverse health effects of high effort/low reward conditions. J Occup Health Psychol 1996; 1: 27-41.
8. Theorell T. Psychosocial factors in research on work conditions and health in Sweden. Scand J Work Environ Health 2007; 33:20-6.
9. D. L. Dumitrașcu (Ed.), Psychosomatic medicine. Recent progress and current trends. Editura Medicală Universitară ”Iuliu Hațieganu”. Cluj-Napoca 2003.
10. Iamandescu IB. Stresul psihic și bolile interne, Editura All, București, 1993.
11. Derevenco P, Anghel I, Adriana Bălan. Stresul în sănătate și boală. Editura Dacia, Cluj Napoca, 1992.
12. <http://www.hazards.org/workedtodeath/dropdead.pdf>.
13. Northwestern National Life Insurance Company [1992]. Employee burnout: causes and cures. Minneapolis, MN: Northwestern National Life Insurance Company. http://www.cdc.gov/niosh/stresswk*html
14. Princeton Survey Research Associates [1997]. Labgr day survey: state of workers. Princeton, NJ: Princeton Survey Research Associates.
15. St. Paul Fire and Marine Insurance Company [1992]. Amdrican workers under pressure technical report. St. Paul, MN: St. Paul Fire and Marine Insurance Company.
16. Anda Păcurar. Workaholic – definiția profesiei de medic. <http://www.pharma-business.ro/content/view/700/31/>.
17. A. B. Trif, Fals eseu despre burnoutul profesorului universitar, Bull. Ass. Rom. Balint, VOL. 10., NR. 37, martie 2008, p. 3-6.
18. Meier ST. Toward a therapy of burnout. Human relations 1983. 36 (10): 899 – 910.
19. Padwal R, Straus SE, McAlister FA. In: Murlow C. Ed Evidence-based hypertension. London: BMJ Publishing Group, 2001: 33-8.
20. Alterman T, Shekelle RB, Vernon SW, Decision latitude, psychological demand, job strain and coronary heart disease in the Western Electric Study. Am J Epidemiol, 1994; 139: 620-7.



THE DUTY TO DIE *VERSUS* THE RIGHT TO FIGHT THE RIGHT TO DIE*

Almos Bela Trif, Miami, U.S.A.

Abstract: *Based on his personal expertise as an internist, where from he picked some relevant cases, the author discloses some personal insights over a very controversial issue – the duty to die. Analyzing previous published ideas and related facts, he tries to unlock the previous stuck-locked accepted moral boundaries. In order to avoid a distressing agony, awful to watch for the beloved ones as well, a person should realize his/her duty to die at the right moment, for further protecting emotionally and financially those who care for him/her. This duty to die occurs as a way to spare the soul tormenting of the beloved next of kin. An ageing person may realize that such a duty exists, but a little too late to be really helpful to his/her close family. From here the idea of some dying when his/hers mental and cognitive capacities are still present. Some opinions of medical and personalities and important bioethicists are quoted, describing the feelings and motivations associated with the right to die versus the duty to die. The pro-euthanasia groups are pleading for the right to a dignified death, consciously and competent assumed. Everyone has the right to decide the right moment to die, when he/she becomes a financial or emotional burden for close relatives.*

Rezumat: *Pe baza experienței personale de medic internist, din care citează câteva cazuri relevante, autorul dezvăluie câteva dintre ideile sale personale în legătură cu o problemă foarte controversată - datoria de a muri. Trecând în revistă ideile publicate anterior și unele fapte relevante pentru această topică, el încearcă să lărgască granițele morale acceptate de obicei. În momentul în care o persoana realizează datoria sa de a muri pentru a-i proteja emoțional și financiar pe cei dragi, aceasta trebuie să se "autoeduce" pentru a muri la momentul oportun, în scopul evitării unei agonii neplăcute sau chiar îngrozitoare pentru cei dragi. Este o datorie de a muri pentru a nu ruina sufletește pe cei apropiați. O persoana vârstnică sesizează această datorie puțin mai târziu decât ar fi oportun pentru rudele sale. De aici ideea că fiecare ar fi obligat să moară atunci când încă sunt păstrate capacitățile cognitive și mentale. Articolul cuprinde discuții ample cu personalități din domeniul medical și al bioeticii despre sentimentele și motivațiile asociate dreptului de a muri versus datoriei de a -urî. Organizațiile de eutanasiere pledează pentru Dreptul unei morți demne, asumate în mod conștient și competent. Este dreptul fiecărei persoane de a decide sfârșitul vieții sale, atunci când devine o povară financiară ori emoțională pentru viața celor din jur.*

Long before I could find in the medical literature the phrase a "right to die," I was aware of the fact that some people strongly believe the idea of an existence of a "duty to die". To illustrate this, I will try to recall here some past events.

Case # 1: In the late eighties I had to supervise the activity of GPs working at the countryside in my county. At the same time, the position of specialist in internal medicine at a country hospital was free, so I was practicing there, as an internist twice a week. Cases were gathered from a large enough area and because my field was broader than of all my available colleagues, the GPs were sending me almost everything, so I had to see cases for endocrinology, dermatology and neurology.

Once, in a month of March, immediately after my arrival, the nurse let me know about a special case waiting in the office, lying on the bed. It was a 38 years old man brought by his mother, his elder sister and her husband. The patient was inert and impassive, unable to walk, trembling and making some gestures with his hands; he could not speak, but was only mumbling. The first question I put was: "How long has he been in this condition?" The quick answer indicated this began in October and went worse after the New Year. I was amazed the facts at they were telling me – he was drinking only homemade red wine, and no other intake - food or drink. This year was the third period when a long drinking session – October to May-June - had happened again, but now it was the worst. From the making of the new wine till after Easter he was using daily 3 – 4 liters of this grape fermented liquid with approximately 10 % alcohol, as the only source of calories and hydration. Last January his wife left him taking with her their three children to another house, and now his mother, his sister and sometimes his brother in law were taking care of him. They said to me they could understand his wishes and act to support him. The control of his sphincters was difficult and unpredictable. During the precedent summers the patient could work a little and even make some money for the now broken family.

I took off his clothes and I saw around his neck and on the upper chest a lot of small pea-size ulcers, like craters in diverse stages of healing. Never seeing this till than, the eternal student in me burst into a question: "What is this?" They were burns from the cigarettes, which were falling from his mouth. "It does not hurt him at all. He feels no pain!" - said the sister, "You know, I let him smoke at his request, but I have other things to do, I cannot watch him all the time, I have my own children!" and the slight shadow of guilt disappeared with her last words. For me, a storm of diagnoses started – peripheral neuropathy, Wernicke's



encephalopathy, Korsakoff's psychosis, delirium tremens – but I had to let them for the use of the neurologist and the psychiatrist I was ready to refer the patient. Now it was my turn to act and speak. I took a serious countenance, chasing the inner student who was pushing me to study this patient, and spoke: "It is a serious case; we have to see what it can be done." Discussion followed with a lot of interruptions.

The patient's mother badly wanted him admitted in a chronic facility for alcoholics – "They have good doctors there, they are paid by the State to take care of people like him, they can look for him a lot, don't they?"

The patient's sister was not sure about the efficacy of this opportunity, provided they have to pay some amount of money for transport or other collateral things and tried to suggest the futility of the admittance: "Mom, do you really believe he will be a man again?"

The brother in law, who was elder than me, approached me in a suggesting - patronizing manner trying to persuade me of his already taken conclusion: "Doc, you don't want to refer this patient further don't you!? He is a burden and a pain in the neck. He should be already dead of cirrhosis as his father was, but he did not developed water in the belly. How long do you thing it could still go like that?" His idea was clear – The patient already destroyed his nuclear family and this was not right "for us" to let him do it again with his origin family and the related ones.

I realized I was considered one of "us", a collective conscience, which was called to see what is right and wrong and to prevent wrongful actions. The patient's brother in law was not speaking to me in my position as physician – healer. He wanted me to be the protector of the well-being of a lot of third parties. I had to consider this offer, to take or to refuse it. Simply refusing to bear this kind of mental torture, I said firmly: "The ambulance will be here in an hour, you can put him in the wagon with which you brought him, and wait. I will do the referral papers in a few minutes. At the Neurology department you go directly to my colleague Dr. X, who will be announced be myself in the mean time. You can speak with him all the time during the hospitalization period, and ask questions to see how the man will improve. At the first sight the patient received no treatment till now, so I really hope him to be better in the hospital." The sight of the adult in front of me was filled with disappointment, and he told me loud enough for the mother of the patient could hear: "*We think he has a duty to die, not to jeopardize the life of the others!*" Astonished as I was, I could try to be a little more arrogant and to argue, but a strange embarrassment took me, so I left the angry man with no answer and I went to write the referral papers. While they were putting the patient in the wagon, I began to see another patient and the nurse made the calls for the ambulance and to inform the Neurology department about the patient's arrival. All seemed to be set, but after an hour when the ambulance came, there was no more patient to carry, no family and no wagon.

They even took the referral papers, and they left together with the non-autonomous patient. The pediatrician used the ambulance to send some immature neonates to another hospital, but I was feeling stupid and dizzy. During the driving

back home, I was thinking only of this case and I still think of it often.

Case # 2: Some years later, an Orthodox priest, friend of mine asked me to help him to contact the chief physician from the intensive care unit of neurosurgery, where his 26 years old brother was admitted in a coma after a cranial-cerebral trauma. I went with him; we met the attendant doctor and his head of department, and I let them note I was involved in that case. The priest's family was very large, and they kept me connected with the evolution of the patient, who was the littlest of the family, through different visits to my office or by telephone. The follow up was long and full of disappointment. The coma was still there and nothing seemed to change, the patient was intra venous fed and hydrated.

The wife of the priest, the sister in law of the patient, came once to my office after eight weeks and three days of comatose evolution, trying to have a conversation from which she could understand better which my opinion was. Even they involved almost all the available family doing shifts at the bedside, they paid for expensive imported medication to be used, they tipped the ancillary caring personnel to be as caring as possible – they had not realized much improvement in the patient's status. Meantime my friend the priest was doing all the requested prayers for healing on a regular basis, using three of his colleagues to increase efficacy. Now, the priest's wife was tired after a night of voluntary and benevolent shift, wearing no make-up and no jewels as usual in normal times. She was a schoolteacher and very proud of her position in the village where his husband was the Priest. I was questioning her about some details of the patient's condition – sore pressures, cornea status, and so on – but I realized she was not listening to me. Her exhausted mind was clearly driven some other place. Suddenly she said: "After all, **we think** it is the time for him to go to God!" I barely could articulate a "Why?" when she followed as she was prepared to hear my question: "Too much money and too much nerves and time spent for him...I wonder what it would be happened if we were not a big family and some of us not wealthy enough". "But if there is hope, why not struggle for him?" I asked her, a little too offensive maybe. She nodded and with tears in her eyes said, "*It is a duty to die for not ruining the souls of the others*". I restrained myself to ask her if the priest, the brother of the comatose patient, was sharing the same ideas, but it was transparent she was not speaking for herself only. I felt my friend was feeling to shy to come himself in front of me for such a harsh conversation.

The Mother Nature mocked the bad prognosis and the distrust of the family and, after more two-three weeks, the patient recovered from coma like by a miracle. He recovered than slowly to a normal life without visible sequels today. Since than, I met several times the priest and his wife, but I never dared to speak to him about his brother, and they seemed not so keen to recall that miraculous happy issue.

Case # 3: During my faculty of medicine the actors of this case were surrounding me. One was one my colleagues and the others were his parents - his father was associate



professor of urology, one of our famous surgeons in our city, his mother was assistant professor of pediatrics, in whose ward I was learning my practical training. The years passed and the retired surgeon who looked like John Wayne got Alzheimer disease. His wife, also retired professor was so active in caring him, none could complain. Money was not a problem – they had good pensions and their son was already a famous gynecologist in another nearby town. The mild dementia become moderate and the efforts for daily living care more difficult. The fact is that the super-active devoted wife died of a myocardial infarct, overwhelmed by her duty. The daughter in law, my colleague's wife, a middle age insulin dependent diabetic woman took the steering wheel of the care for the Alzheimer patient. Despite the efforts made in caring for him, in three months he died. I attended the funeral ceremony and met his son, my old colleague; we knew each other since adolescence. When I presented my condolences, my colleague said to me, keeping my hand in his: "The old man **accomplished his duty to die** a little later than would be proper for all us." My colleague, the gynecologist was a father of two children and all his family were non-religious Jews. I had nothing to add, there were more persons behind me to come in line.

Discussion: In this three cases there was no discussion about the right to die of someone autonomous, aware and competent, but a great deal of concern over the alleged "duty to die" of three unaware patients, a duty imagined by their relatives in a specific familial context. I this reaction is common in families, why should there be such an inflated reaction to the article of John Hardwig published in 1997 and republished with part of the reactions in his book in 2000? Obviously many people have been thinking about such things all over the world, long before senator Richard Lamm had made his awful statement about the old people. [1]

One can argue my cases are exceptions, but there are still thousands of them. And what is in fact this "duty to die"? Is it a mere reaction of a terminally ill person to a certain familial or social condition? When does it apply? Is it tied anyhow to the much more well-known "right to die"? Who are its supporters and what is driving them to support it? Who are its opponents and what is pushing them to fight to it? Figuring some of the questions, we maybe explain somehow the reality of the people's concerns; even the answers are not yet available for all of them.

Hardwig speaks about a kind of **duty to die for oneself**, if s/he is an adult competent person trying badly to exercise his/her autonomy. [1]

But, is the duty to die a motivation for asserting the right to die only for adults? What about a 14-year-old girl with cystic fibrosis? Should it be out of question for her to develop such a duty to die? Is she not entitled to the right to die, if she feels she has a duty to die? Is she entitled only to exercise her "right to die" committing suicide? If one could pretend a duty to die from a comatose patient, and many other are now asking in Courts their right to die, why such a reasonable person, whose sufferance is indubitable and whose mental condition is elder than that of rest of the others of the same age, should not be considered able to decide for herself?

What really could mean to fulfill such a "duty to die"?

Could it be for the patient to commit suicide at a proper moment, established approximately using Hardwig's guidelines [1], or to refuse the available treatment against doctors' recommendations? Could this mean for the patient to ask questions to the attending physician, the rest of the medical team and to the chaplain about their personal medical-spiritual condition and try to bargain a little arguing they know there is a right to die and they feel they have a duty to die? What about asking a social service office or maybe future-teller to weight if the family is or will be burdened over the admissible level?

Setting the limits seems the most difficult thing in modern bioethics. Horatio says in "The Satires": "*Est modus in rebus, sunt certi denique fines*" – "There is an average in things, and there are some certain limits" (My translation). Indeed we have to find those limits and trace them, but in this point there are a lot of dispute between different views.

Why is so frightening even to think about the "**duty to die for others**"? I find it is quite difficult to refute the statement that **someone could develop such a motivation** in some specific circumstances.

Nevertheless, it is also harsh to argue that **someone should develop such a feeling**, no matter what the circumstances would be. Thus, we should discern two different views:

1. Bravo, for the person who is so concerned about the well-being of his/her family and s/he thinks in such an altruistic manner till the loss of the self-defense instinct! but,
2. Woe, for those who want to implement such a guilt feeling to others and make them use methods for hastening death!

Unfortunately, it would be too easy to judge so simply. How nice would it be if things were so clear and in opposition! No doubt Horatio was right, but the complexity of the responsibility sense in human patients is huge, from grasping to a poor quality life to despising its immense value, and navigating such broad limits is far from a walk in the park.

When the duty to die is related to the right to die?

Let's suppose a person who has had enough of pain, suffering, physical misery, and poor quality of life. The person could be terminal or not, but overwhelmed by the personal condition and willingly to die sooner, not to wait anymore the "Natural End". There is nothing here about other people in any kind of relationship.

The person is not at all altruistic; s/he does not think about the high cost of the treatment used intensively on her/him, neither cares about the scarce medical resources of the hospital, nor about the college money of the nephew spent for her/his benefit. In this case we can see there is no "duty to die" involved. Is this person driven only by egoistic feelings? I will say not at all.

There is no zenith – nadir opposition here. The person wanting to die for personal reasons could be aware of the value of her/his official requests in hastening death for other persons in the same condition. Her/his case judged on a trial and having a court decision could be a valuable precedent and source of law for other trials.



Let's see the modified case of a quite similar suffering person. When the person at stake wanting badly to die is altruistic and s/he can explain this logically to others, eventually to a judge and a jury. Could this attitude be considered another bargain? Why not, lastly, if the judicial system is bargaining pleas on a regular basis? In this case should the jury and the judge consider the altruistic features of the dying person a supplementary reason for giving a favorable decision for hastening death? In many trials the attitude of the person in court balances the sentence a lot. Thus, in other words, should a court be more keen to accept and rule a "right to die" for a person altruistically driven by a "duty to die", than for a person who simply cannot bear to suffer? A friend of mine, professional bioethicist and university professor answered to this last question: "No doubt!" but there are still a lot of stubborn lawyers and moralists to utterly deny this for many reasons.

So if we consider the ethical issue of "the duty to die", complete separate from its legal issue, there is no connection at all between the "duty to die" and the "right to die". Where there is no judicial power to enforce a right, there is a poor chance for applying that right on a large extent. Before trying to understand the extreme violent reactions of those who oppose "the right to die movement" and "the duty to die" I want to present some cases from Romanian literature. In a long prepared doctoral thesis in psychiatry on suicide, Dr. Veress Albert speaks about a still present contemporary custom in Transylvania. I am sure John Hardwig will be delighted to know about it. There are a lot of data about multicultural aspect of suicide, but I think this citation is rare. Not long ago, during the last decades of the last century, the very old people from a Hungarian region including many villages were committing ceremonial suicide using the sulfurous volcanic emanations. Their reasons could be more or less altruistic, but they were driven by their sense of a duty to die. The community was not blaming them at all, and most of the members of the community were attending the ceremony. The "subjects" usually ate the last meal with the rest of the family, dressed with the best clothes and then their ambulant friends accompanied them on the last road, in the sounds of specially chosen songs. At the village limits they were let alone. They were entering a small cave or a covered place sitting at the edge of a pit till the gas emanations were putting them asleep and they were falling in the pit. I feel I have to add that many of them were good Christians. [2]

Imagine now a journalist writing about this in a newspaper. How would the common public react? One could even sue the people from the assistance on the ground of giving help in suicide. What will be the reaction of the famous wheel chaired people militating in "Not yet dead" organization? They will be both furious and contented. Furious because there was a spread of a new data about a right to choose suicide for hastening death, and contented because their prevision was proven to be true – "If we agree there is a right to die this will be extended to a duty to die, and if some people would consider this duty for autonomous people, it could be extended to non-autonomous ones". Citation is approximate from more than two sources.

But we are coming exactly at the beginning of this paper now, when people felt too tired to provide long care for sick people, and expressed their opinions about the duty to die of the inconvenient and incompetent patients.

What is new now? The movement and the literature for the "choice to live" that is "against the right to die", which grows as far as the fight for the right to die develops. It is enough to see the reactions noted on the paper cover of the book "WHEN IS IT RIGHT TO DIE" by Joni Eareckson Tada published in 1992 and republished every year till 1996 to understand who represents the opposition to this right. From 13 persons saying something about the book, 6 were theological positions, 4 were journalists, a chairperson from the National Council of disability, one from the Center of Public Justice, one from World Vision. In four lines, two of them used the word "God" twice, another used it once, one used the word "church", one used "biblically", and other used "theological".[3]

In many religions suicide is banned, in many legal systems hastening someone's death is considered murder, and thus is very easy to find arguments against those who claim their right to die for themselves or for their beloved. Mercy killing is said to be nonsense. Many try to speak and persuade about valuating the sufferance. [3] We do not have anything to argue in specific cases. But there are also other specific cases of people who do not share the belief who forbid suicide, and for whom sufferings are ugly and inhuman. Should those persons be converted and forced to bear further their unwanted life? Should the fact that someone is member of a certain well-defined collectivity oblige him/her to abide only the rules of that collectivity? If the rules are the laws of a State it is undoubtedly true. But if the State were made of believers and not believers, no matter what that religion would be, are the believers more authorized for an opinion? If we have a religious State this could be true. But what happens if our state is a secular society respecting in the same time the practice of all registered religions? Should the religious arguments be validated more often, than the secular arguments or vice versa?

Those who fear the acceptance of right to die now hamper the fight for the right to die, arguing that the future will bring the acceptance of the duty to die. I try here to show that this idea is already in many people's minds, and the use of this kind of argument is not fearful. To say to someone who complains of his/her pain and sufferance: "You know there is an approved right to die in our State, why don't you use it, if you cannot bear to live like that?" it would seem really harsh and awful for many people. In the same time there is nothing here suggesting the "duty to die". If the person has this feeling of the "duty to die" at a proper moment, s/he could ask something like that: "Didn't they approved yet that bill for the right to die? I am anxious to know, because I want to enjoy my right as soon as possible, not only because I feel I cannot bear sufferings but also because I feel I have a duty to die for the sake of my dear and caring family."

Diane Coleman, founder and president of the disability activist organization and anti-euthanasia group "Not Dead Yet" sees no distinction between euthanasia and assisted suicide.



She lumps the Oregon reformers, who favor assisted suicide but oppose euthanasia, with die-hard Kevorkian supporters. *"They're the pretty face, the polite face, of the euthanasia movement, but they're really all from the same cloth,"* she said. *"The bottom line is they're all a danger to us."* [4]

She said she thinks that HMOs in the United States would be glad to see costly, needy disabled people end their lives. She said the disabled would be exploited, they would think themselves a burden, and they would be pressured to die if assisted suicide and euthanasia became legal. Coleman described assisted suicide as *"the movement of the four W's: the white, well-off, worried and well."* *"Assisted suicide and euthanasia are really just deadly discrimination."* Ms. Coleman said, *"With the cuts in health care, we are seen as a burden, a problem to be solved. There is a growing disrespect and devaluation of us people with disabilities. What if the argument was over sick children or homosexuals? Any suffering can be relieved by being killed, you know."* She spoke openly of growing public "revulsion" toward people with disabilities. [4] (Michael Vitez – 1999)

The wheel-chaired persons are really suffering but they are no way terminal. They try to silence the voices of the people who speak for the terminal ill people, because they say the right to die is claimed by *"the four W's people"*. Is it not stereotyping people here? Stereotyping has a pejorative sense now, especially in Ethics, so Diane Coleman the black disabled woman in a wheel chair claims not to be included in a stereotyped community she invented herself. They developed their "right to life", not as a prima facie right, but as a reaction to those sustaining the "right to die", as they realized the so called danger. Their **"right to fight the right to die"** is thus an artificial construction like their on purpose created stereotype is. I agree it is not comfortable to be discriminated on any reason, unless you don't put yourself in one category – smokers, drug abusers, child abusers and so one – that are already made for other reasons. Discriminating against "white, well-of, worried and well" is also repugnant. This kind of claiming positive discrimination is overwhelming the social life now.

The worst of the formalism in this positive discrimination I ever saw is in a paper published for educational purposes in 1991, by PACER Center, University of Minnesota. This paper contains a lot of common sense and good sense things in stressing that people have to speak about the person first and then about disability like "Say person with retardation instead of retarded" or "Say person with developmental delay instead of slow". Their pathos in changing things goes so far, so they recommend to "Say nondisabled instead of normal, healthy". [5] Besides the fact that the Random House computer dictionary does not recognize this word, this looks me pretty offensive and arrogant. What a nice conversation between "nondisabled" persons we can have about persons with emotional disorder (instead of crazy)!

I will try again to make my point, shortly. The fight for the "right to die" brought the fight against this campaign. The persons who are afraid of the right to die claim this will become a suggested "duty to die". But the "duty to die" is already a subjective thought in many minds. The only danger

is to make it an objective legal request. Assuming that we have the Oregon Law available for all, how will this phrase look to you? - *"Grand ma, forget about those nausea pills, you said you need now, and sign for The Request for Medication to End my Life in a Humane and Dignified Manner! My college money is going on those pills!"* For everyone it will sound abhorrent, awful, inhumane, disrespectful and so on. But is this due to the enforced law? Can the person be forced to obey according the law that kind of tough thinking and claiming manner? Is this attitude more legal under the current the law, compared with the condition when the law is missing? Is the Oregon law or whatever law allowing assistance in hastening death a dehumanizing factor? Is the duty to die a dehumanizing notion? In Hardwig's arguments is not. Even he doesn't use this words, he claims that this duty to die is appearing to the most humanistic persons, driven by the most humane feelings - altruistic love. [6]

Is someone, according the banned law, forced to altruism? Is altruism to be found only to those "four Ws" stereotyped people? Are those persons forcing others by moral blackmail to be altruistic?

Are poor dying people more exposed to be forced to die sooner than rich dying people? Maybe they are, but here the justice principle in medical care is governing with the same intensity, and it doesn't represent a special issue. The same problems raised by poverty are overwhelming all the fields of health and health care.

Could someone to use this law for eugenics? Undoubtedly everything can be used for this purpose – even gene therapy – but there is no push for using in that way, by simple implementing the law.

For me speaking so often about the slippery slope in the alleged "imposed duty to die" is like saying: *"Please dear, do not buy a rope, an extension cord, a belt or anything alike, because I am afraid not to feel pushed to hang myself, knowing we have this kind of device in the house!"*

If we established that maybe there are a right to die and a duty to die, we have to answer too the following questions. ***Is there a good death? When is right to die? When we have a duty to die?***

For the first question, Richard Smith answered already and gave us a list of *"Principles of a good death"*:

- * *To know when death is coming and to understand what can be expected*
- * *To be able to retain control of what happens*
- * *To be afforded dignity and privacy*
- * *To have control over pain relief and other symptom control*
- * *To have choice and control over where death occurs (at home or elsewhere)*
- * *To have access to information and expertise of whatever kind is necessary*
- * *To have access to any spiritual or emotional support required*
- * *To have access to hospice care in any location, not only in hospital*
- * *To have control over who is present and who shares the end*



* *To be able to issue advance directives that ensure wishes are respected*

* *To have time to say goodbye, and control over other aspects of timing*

* *To be able to leave when it is time to go, and not to have life prolonged pointlessly* [6]

For answering the second question Joni Eareckson Tada wrote an entire book [3], but my answer is “It depends on your history of values”.

Thus, people who share a belief, which is strongly against hastening death no matter how, they should be consistent with their belief, because this is a matter of duty. People who consider themselves tied to a duty to not harm their beloved through their prolonged agony, they should be consistent with their ideas, too.

For the third question Hardwig has a very detailed answer I feel I have to cite also some lines:

1. *A duty to die is more likely when continuing to live will impose significant burden – emotional burdens, extensive care giving, destruction of life plans, and, yes, financial hardship – on your family and loved ones. This is the fundamental insight underlying a duty to die.*
2. *A duty to die becomes greater as you grow older...*
3. *A duty to die is more likely when you have already lived a full and rich life...*
4. *There is a greater duty to die if your loved ones' lives have already been difficult or impoverished...*
5. *A duty to die is more likely when your loved ones have already made great contributions – perhaps even sacrifices – to make your life a good one...*
6. *To the extent that you can make a good adjustment to your illness or handicapping condition, there is likely to be a duty to die...Still, we must also recognize that some diseases – Alzheimer or Huntington chorea – will eventually take their toll on your loved ones, no matter how courageously, resolutely, even cheerfully you manage to face that illness.*
7. *There is less likely to be a duty to die, if you can still make significant contributions to the life of others, especially your family...*
8. *A duty to die is more likely when the part of you that is loved will soon be gone or seriously compromised...*
9. *There is a greater duty to die to the extent that you have lived a relative lavish lifestyle instead of saving for illness or old age...*[1]

I gathered some ideas to see if they match, and if they do, if they could be applied on the incompetent patients.

Hardwig says, “*I believe that my obligation may be to die while I am still competent*” and “*I believe I may well have a duty to end my life when I can see mental incapacity on the horizon*”.

Callahan tries to “define a peaceful death” using pretty much Richard Smith’s statements, and one that is close to Hardwig’s ideas:

“*I do not want to be an **undue** burden on others in my dying, though I accept the possibility that I may be some burden. I do not want the end of my life to be the financial or emotional ruination of another life.*” [7]

My view goes somehow beyond his. I will say, “**Every**

one who sees a duty to die to another one should go immediately to a lawyer office and fill a history of values formulary if not a living will or durable power of attorney for health care”. In this manner s/he could be honest to himself/herself, translating to himself/herself the idea that “some persons in some circumstances have a duty to die”.

The individualistic society in USA is promoting this kind of advanced directives, stressing mostly on the principle of autonomy. I strongly consider that this is only a feature of the phenomenon, because the altruistic attitude pretended from others is a reality even here. Some courts tried to seek this attitude forcing people to donate bone marrow for relatives in need (The case of Jean Pierre, Tamas Bosze’s child dying of leukemia). [8]

It is hard to assert that persons who seek altruism to other people are themselves altruistic. I will reformulate my idea – **If a person realizes there is a duty to die for the sake of others, this person has to prepare himself/herself to die at a proper moment, in order to skip an agony, which can be unpleasant or dreadful for his most beloved.**

Using the two standards for decision making for interpreting proxy directives – “substitute judgment” and “best interest”, Eric T. Juengst speaks about the “analogy test” and the “world view test” as a corollary of the first standard and about “special personal interests test” and “reasonable person test” derived from the second. [9]

The “World view test” related to the substitute judgment aims to deduce a particular choice from what we know about the principal’s strongly held convictions. [9] Thus, if the proxy knows that the person expressed his/her belief that “*Some persons have a duty to die in some circumstances*”, in similar circumstances this test could be used to extend the duty to die for the person him/herself.

The “Special personal interest test” grounded in the best interest has a normative force stemming from the subjective value that the principal gives to his or her special interests. [9] Thus, if the principal believes s/he oneself has a duty to die for avoiding family ruination, s/he should introduce clearly this idea in an advance directive form, through a formal personal statement. Additionally, if the proxy knows about this openly expressed duty to die for oneself from the principal, it would be useful to advice him/her to specify this in the text. Sometimes in the future, the family well-being of the principal could be connected to this specification, as strange it could sound for many people.

Writing and notarizing the advance directive seems a proof of good faith for all those people claiming from other people an altruistic duty to die.

I developed this theory not mainly for the society I was growing up in, but I think it could be applied to the American society, as Hardwig says.

In the meantime, if we try to mention altruism is connected to this complex – “**the right to die and to the duty to die**” - and we will not only speak about individualism, the idea of harming people who are somehow disabled will be not so apparent.

*Trif, A. B. *The duty to die versus the right to fight the right to die, The Romanian Journal of Bioethics, vol.1, nr.2, p. 2-13. (2004)*



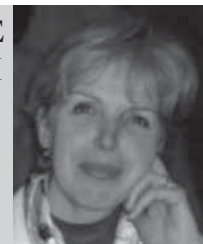
References

1. Hardwig, J. with Hentoff, N., Callahan D., Cohn Felicia and Lynn Joanne, Churchill L.R. (2000), Is there a duty to die? And Other Essays in Bioethics, Ed Routledge.
2. Veress, A. (1999), Unele aspecte epidemiologice, clinice și terapeuticoprofilactice ale suicidului în județul Harghita, Teză de doctorat, Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu Mureș – Some epidemiological, clinical of therapeutical and prophylactic aspects of the suicide in Harghita County, Doctoral Thesis, University of Medicine and Pharmacy Targu Mures, Romania.
3. Tada, Joni Eareckson (1996), When is right to die? – Suicide, Euthanasia, Suffering, Mercy, Ed. Zondervan Publishing House, Harper San Francisco.
4. Vitez, M. (1999), Kevorkian verdict isn't the last word. Some say a strong message was sent against assisted suicide. Others say the debate will go on; INQUIRER, March 28, 1999.
5. *** (1991), It's the "Person first" – Then the Disability, PACER Center, University of Minnesota.
6. Smith, Richard (2000), A Good Death - An important aim for health services and for us all, BMJ, 2000; 320:129-130 (15 January).
7. Callahan, D. (1993), The troubled dream of life – In search of a peaceful death, Simon & Schuster, p. 195 –196.
8. Curran, E. G. (1991), Bone marrow transplantation among half-siblings, New Engl. J. Med., 20 June 1991
9. Juengst, E. T., Weil, Carol, Interpreting proxy directives: Clinical decision maker and the durable power of attorney for health care, In Haeckler, C., Moseley, R. and Vawter, D. Eds., Advanced directives in medicine: Legal, Ethical and Medical Considerations, New York, Praeger Press, 1989, p. 21-37.



ABORDĂRI ALE RELAȚIEI TERAPEUTICE ÎN SUPERVIZIE PRELUCRAREA RELAȚIEI TERAPEUTICE PRIN GRUPURI DE PSIHODRAMĂ BALINT PARTEA II.

Prof. Dr. Albert-Lőrincz Enikő*, drd. Görög Ilona**, Cluj-Napoca*,
Tg. Mureș-Brașov**



Rezumat: Partea a doua a lucrării face o prezentare analitică a relației terapeutice și a metodologiei superviziei de grup. Autorii consideră că supervizarea este o cerință de bază în munca practicanților cu atribuții de „helper”. Supervizia, focalizând asupra blocajelor intervenite din lipsa de experiență sau a contratransferului, contribuie la dezvoltarea profesională a supervizatului. Îl ajută pe terapeut să-și mențină poziția lui profesională în loc să joace un rol atribuit de client. Autorii sunt de părere că reflexia asupra relației terapeutice, respectiv prelucrarea acesteia în cadrul superviziei în setting individual și de grup, sunt condiții de bază ale profesionalizării muncii cu clienții.

Cuvinte cheie: relația terapeutică, transfer, contra-transfer, supervizie, supervizie de grup

Abstract: The second part of the paper gives an analytical presentation of the therapeutic relation and of the methodology of the group supervision. The authors emphasises the role of supervision for those practitioners which are acting as „helpers”. Supervision, focusing on the difficulties due to lack of experience or to the counter-transference, contributes to the professional development of the supervisee. Helps the therapist to maintain his professional position instead getting into the role attributed by the client. The authors stress the idea that the reflection on the therapeutic relation, and taking it into supervision, in individual or group setting, are basic conditions of improvement of the professional aspect of the work with clients.

Key words: therapeutic relation, transfer, counter-transference, supervision, group supervision

ANALIZA RELAȚIEI TERAPEUTICE

Cadrul general al oricărei terapii este creat de relația terapeutică, care prin utilizarea unor coduri de relaționare diferite de regulile cotidiene, asigură un climat în care clientul poate pune sub semnul întrebării imaginea pe care

o are despre el însuși și despre situația în care se află (1). Astfel va reuși să reformuleze și să dea o altă interpretare, o altă semnificație vieții sale, ajungând la o distanțare și la externalizarea conflictului. Fig. 1. ilustrează elementele relației terapeutice. (Anexa I).

Toate fenomenele din terapie au loc între două persoane aflate în relație reciprocă, o relație obiectuală caracterizată prin dezvoltare și schimbare continuă, arăta Balint încă în anii '50. Terapia este „spațiu interpersonal”, în care atât terapeutul cât și pacientul investeste libido, și contribuie la transformarea relației în mod spontan și creativ. (după Toth, 2).

Cadrul terapeutic împreună cu factorii legați de client și de terapeut determină relația terapeutică, care la rândul ei influențează efectele de scurtă durată și apoi cele de lungă durată ale terapiei. Condițiile de viață, relațiile interpersonale și funcțiile psihice ale terapeutului și ale clientului la fel au un rol hotărâtor asupra eficienței procesului de terapie. Înțelegerea fenomenelor de transfer-contra-transfer din relația terapeutică este deosebit de importantă. Clientul îi poate atribui terapeutului, prin transfer pozitiv sau negativ, un anumit rol. Proiecțiile clientului actualizează vechile conflicte trăite în familia lui de origine, sentimente trăite față de persoanele importante din viața lui.

Este important ca terapeutul să recunoască „presiunea de rol”, rol atribuit terapeutului de către pacient, dar să evite transpunerea lui în act. Contra-transferul, reacțiile afective inconștiente ale terapeutului față de client, reprezintă o provocare personală pentru terapeut, care trebuie să rămână pe poziție de neutralitate afectivă și nu trebuie să preia rolul așteptat de client. În procesul terapeutic el trebuie să se limiteze strict la interpretarea conținuturilor psihice ale clientului. Sentimentele personale trebuie să fie diferențiate de acelea pe care le-a trezit clientul în el. Refuzând să joace rolul corelativ, terapeutul poate pune în lumină imaginea pacientului despre el însuși, construită în relațiile sale primare cu persoanele semnificative din familia lui. (2)

Realitatea psihologică este o realitate construită, în care așteptările, credințele își spun cuvântul, această realitate nu are existență în sine, acționează doar în persoana care a creat-o. În această realitate psihologică adusă de client, terapeutul trebuie să-și păstreze neutralitatea pentru a reuși mai bine să pună în evidență conflictul intrapsihic care a determinat construcția respectivă.

Așteptările, credințele clientului structurează mesajul transmis terapeutului. După cum remarcă și Dafinoiu, clientul “se va strădui explicit sau implicit să obțină complicitate din partea terapeutului” (1, p. 66). Terapeutul trebuie să sesizeze capcana. Transformarea relației psihoterapeutice într-o relație de colaborare este posibilă numai de pe poziția “profesională” a terapeutului. Clienții manifestă sentimente față de terapeuți care nu sunt determinate de terapeut. Pot ieși la iveală sentimente și atitudini “transferențiale care au la bază seturi expectaționale dezvoltate în raport cu terapeutul ideal sau imaginat.” (1, p. 67).

Money-Kyrle, de formație kleiniana, descrie procesul terapeutic ca „o repetiție a oscilațiilor proiective-introiective” (2) Pacienții aduc în analiză indispoziția și tulburarea de care suferă, iar analistul trebuie să fie conștient că a devenit tulburat ca urmare a percepției stării pacientului (idem, p.23)

Bion recurge la analogia cu relația dintre mamă și copil pentru a descrie funcția de „container” al terapeutului. În procesul terapeutic joacă un rol important identificarea proiectivă. Terapeutul percepe, preia suferința pacientului, o prelucrează și o face să fie re-introiectabilă, sub forma interpretării verbale. Precum pot fi perturbări în rolul de mamă, dacă aceasta nu se poate manifesta suportiv și, fiind copleșită de emoții negative, să nu poată insufla liniștire, la fel și terapeutul poate eșua în rol devenid rece, rigid și anxios. (2, p.24) După Bion legăturile dintre oameni se formează pe trei axe principale: „a fi iubit” (L-link), „a fi urât” (H-link), „a fi cunoscut” (K-link). Regula abștinenței interzice analistului să se miște în primele două axe, de aceea, relaționarea lui față de pacient se rezumă la axa K, poate să satisfacă doar această dorință a pacientului (Bion, 1962, după Toth (2).

Kohut, fondatorul psihologiei selfului, arată că nevoile neglijate în perioada pregenitală a dezvoltării, determină patologia narcisică a personalității care apare sub forma obiectului idealizat sau a selfului grandios în transferul din cadrul relației terapeutice. Susține că analistul nu trebuie să respingă aceste tendințe de idealizare ale pacientului: interpretarea lor precoce poate fi distructivă, rolul terapeutului este mai degrabă oglindirea empatică și facilitarea unor trăiri corective, prin care pacientul să devină treptat capabil să dezvolte relații obiectuale mai mature (2).

SUPERVIZAREA ACTIVITĂȚII TERAPEUTICE

Supervizarea este o cerință de bază în practica terapeutică, ca și în munca tuturor profesioniștilor cu atribuții de „helper”, prin faptul că ea oferă în același timp expertiza tehnică dar și un model al valorilor și eticii profesionale. Supervisorul contribuie la dezvoltarea profesională a supervizatului focalizând asupra blocajelor intervenite din lipsa de cunoștințe sau a contratransferului (3). El descifrează neliniștile

interioare ale practicanților. Ședința de supervizare este un microcosmos în care se focalizează asupra comportamentului practicanților și asupra relației terapeut – client. Îl ajută pe practicanț să aleagă un mod nou de abordare pentru a fi mai în măsură să „repună clientul pe drumul bun, să-l pună în situația de a accede la o nouă cunoaștere care merge din inconștient spre conștientul individului”. (1, p. 83.)

Falström (5) a adus în atenție „izomorfismul” dintre relația client-practician, practician-formator, formator-supervizor. Persoanele care au rol de leader în diferitele situații sunt responsabile de cadrul activității, iar în relațiile interpersonale sunt regăsite aceleași atitudini: încredere, ascultare, empatie, toleranță, trăiri autentice, spontaneitate. (fig. 2, anexa II).

SUPERVIZIA DE GRUP A RELAȚIEI TERAPEUTICE

În settingul de grup, cadrul terapeutic este un câmp de forțe care izvorăște din interacțiunile din grup. Aceste forțe dinamice trebuie controlate și manevrate de către terapeut, în așa fel încât ele să contribuie la armonizarea relațiilor psihice ale pacienților. În acest câmp dinamic se dezvoltă și relația terapeut-pacient.

Trecând în revistă istoricul superviziei de grup a practicii psihoterapeutice, Schreyogg (4) arată că formele de grup au apărut mai târziu decât cele în setting individual. Autoarea afirmă că dintre abordările cunoscute, supervizia de grup după modelul grupurilor Balint probabil este cea mai răspândită. În prezentarea grupurilor de supervizie după metoda balintiană evidențiază atât aspectele pozitive cât și unele limite. Concepția lui Balint, are meritul de a fi putut depăși “cadrul strâmt al psihanalizei clasice” prin faptul că “în afara concepției psihanalitice a interacțiunii, ia în considerare și alte variante relaționale ale clientului supervizat.” (4, p. 88) Ca model reflexiv psihanalitic, însă, metodologia se bazează pe abordări care au fost elaborate pe structuri diadice și triadice și, ca urmare, fenomenele de grup ca sistem, și cele de natură instituțională, sunt dificil de surprins. (Gaertner -Wittenberger, 1979, după (4).

Neajunsurile semnalate sunt eliminate, consideră Schreyogg, de supervizia integrativă de grup, care metodologic valorifică modele de proces, care au fost elaborate de psihodramă, de terapia-Gestalt, respectiv de terapia integrativă (4).

BIBLIOGRAFIE

- Dafinoiu I., (2007), Elemente de psihoterapie integrativă, Polirom, Iasi
- Tóth, K., (2008), Szálak a titokzatos szövekből, Értelemzéséről és értelmezéséről tényezőkről), in Bokor J., Mészáros V., szerk. INTIMITÁS, ÁTTÉTEL, VISZONTÁTTÉTEL, Lélekben otthon kiadó, Budapest, p.19-43
- Yalom, I. D., Molyn Leszcz (2008), Tratat de psihoterapie de grup, Teorie și practică, Editura Trei, București
- Schreyogg, A., (2005), Modele de supervizie de grup în psihoterapie, in Bagdy E., Wiesner E., red., SZUPERVIZIO egyen-csoport-szervezet (SUPERVIZIE individ – grup - organizatie), Supervizio Hungarica, vol.IV, Debrecen, p.77-110
- Fontaine, P., Falström, E., (2006), Supervision of Psychodrama Trainers, workshop, FEPTO Post Conference, Cluj-Napoca

ANEXA I.

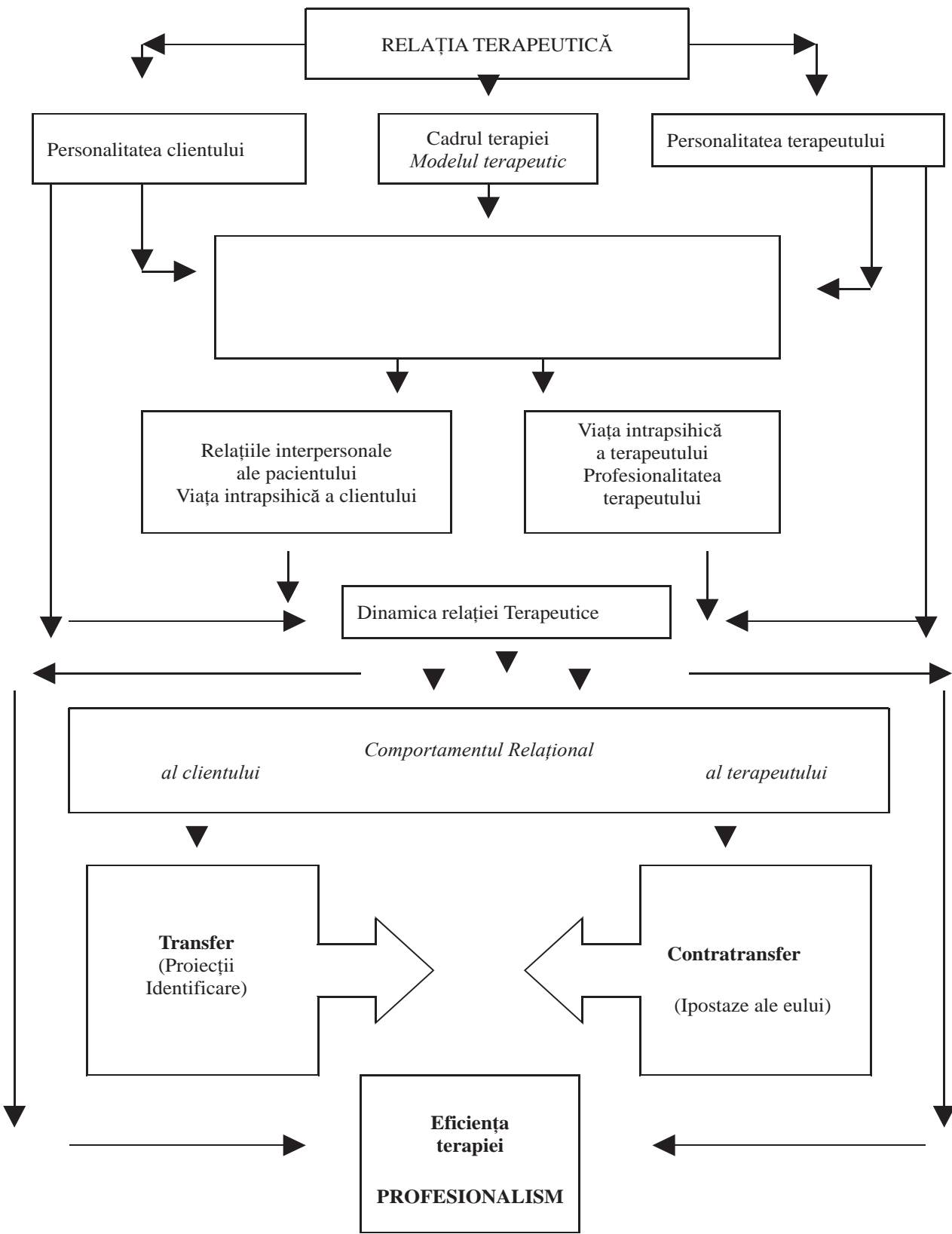


Fig. 1. Relația terapeutică

ANEXA II.

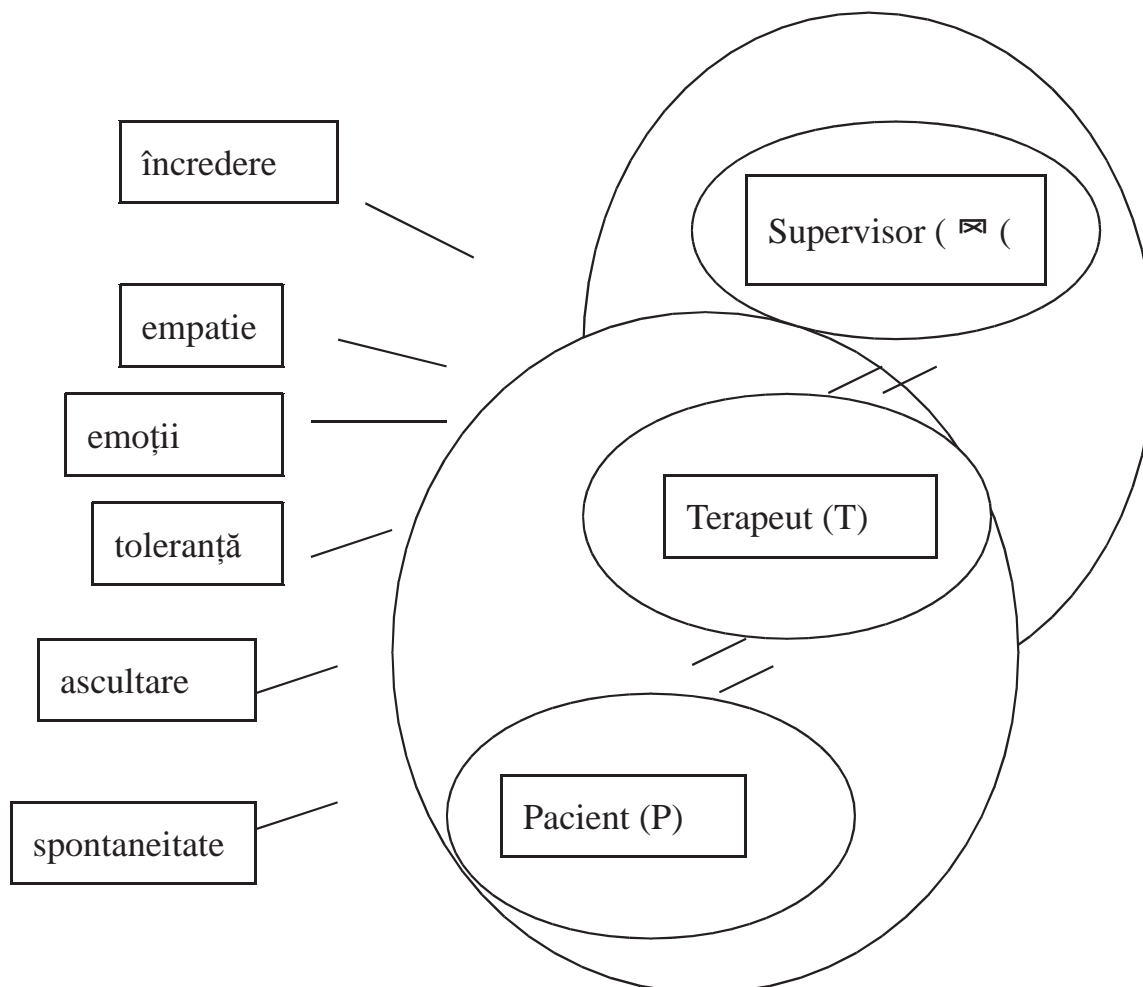


Fig. 2 Izomorfism în relațiile S-T și T-P - adaptat după Falström (5)



STIGMATIZAREA ÎN PSIHIATRIE - ÎNTRE EXPLICAȚII ȘI SOLUȚII

Dr. Oana Cornelia DOBRESCU, UMF Cluj-Napoca

Rezumat: *Articolul își propune o trecere în revistă a câtorva idei privind stigmatizarea, plecând de la modelul propus de Bruce Link și Jo Phelan și de la Teoria reprezentărilor sociale, cu accent pus pe stigmatizarea în psihiatrie. Stigmatizarea, proces de natură esențial socială, poate fi modificat în timp, cunoscând mecanismele de producere și funcțiile pe care le are în procesele intergrupale.*

Cuvinte cheie: *stigmatizare, reprezentare socială, stereotip, tulburare psihică.*

Abstract: *The aim of this article is to review some ideas concerning the social stigma, starting from Bruce Link's and Jo Phelan's model and from Social representation Theory, with an accent put on social stigma in psychiatry. This social process of stigmatizing can be modified in time, by knowing its mechanisms and functions played in intergroup processes.*

Key words: *stigmatizing, social representation, stereotype, psychiatric disorder*

Aveți probleme cu somnul? Sau poate plângeți toată



ziua fără motiv și simțiți toată povara lumii pe umerii d-voastră? Sau simțiți un nod în stomac sau în gât și o teamă nedeslușită că ceva rău se va întâmpla cu d-voastră sau cu cei din jur? Sau aveți impresia că toată lumea de pe stradă se uită urât la d-voastră și că pot să vă citească gândurile? Iată numai câteva din problemele pe care le pot avea oamenii în ziua de astăzi, dar despre care e preferabil să nu știe nici șefii, nici colegii, poate nici prietenii cei mai buni sau familia, și cu atât mai puțin vecinii. Sunt probleme pentru care eventual acceptăm să mergem la medicul de familie, să facem poate vreo analiză de sânge, și suntem fericiți dacă acestea atestă vreo «lipsă a fierului» sau «calciul scăzut în sânge», pentru că atunci avem o posibilă explicație a stării proaste din care nu mai ieșim de săptămâni sau chiar luni de zile... Problema cea mare apare însă când după săptămâni sau luni de tratament cu fier sau calciu starea rămâne aceeași sau chiar se înrăutățește.

Ce-i de făcut atunci? Uneori medicul de familie, sau, poate vreo cunoștință care a trecut prin așa ceva, ne sugerează că poate un psi(holog sau psihiatru) ne-ar putea ajuta. Indignarea nu întârzie să apară. «Poftim? Dar ce, eu sunt nebun?». Ideea că problemele noastre ar putea fi de resortul unui psi ne sperie și ne confuzionează, pentru că, așa cum afirma Maisondieu (2000) [1] «nebulul este întotdeauna celălalt diabolizat, încărcat de toate reprezentările negative¹.(n.t.) Pentru că da, profesiunea de psihiatru sau psiholog, de multe ori suprapuse în capul omului de pe stradă, este legată indisolubil de conceptul de 'nebulie' cu toate implicațiile sale pejorative, ceea ce face ca stigmatizarea să se răsfrângă în ambele sensuri: atât spre profesiunea de psi cât și spre obiectul muncii acestuia, bolnavul psihic.

Stigmatizarea presupune o rejecție, o dezaprobare socială marcantă a acelor trăsături fizice sau psihice, sau a credințelor ce contravin normelor culturale ale unui grup dat [2]. Stigmatizarea poate avea ca și sursă un defect / dizabilitate fizică, precum obezitatea, handicapurile motorii, etc, o afectare psihică sau a personalității, cum este cazul tulburărilor psihice, sau apartenența la un grup minoritar, etnic, religios sau național, precum țigani, evreii sau maghiarii/românii, în unele zone culturale ale țării. Persoanele sau grupurile stigmatizate sunt considerate 'deviante' și ulterior marginalizate social, de unde întreaga problematică asociată stigmatizării.

Conform modelului stigmatizării propus de Bruce Link și Jo Phelan (2001) [3] acest proces social ar implica patru componente majore :

1. categorizarea prin suprasimplificare, bazată pe existența sau nu a unui element considerat semnificativ

pentru grupul creat, și asocierea fenomenului de etichetare: exemplu, culoarea pielii (albii/negrii), vârsta (adolescenții/bătrânii) sau un comportament mai aparte, bizar, inexplicabil, ca în cazul bolilor psihice (nebulia).

2. asocierea unor reprezentări, de obicei negative, ce conduc la stereotipuri, clișee pentru grupul respectiv. Astfel, în cazul 'nebuliei' sunt asociate o serie de stereotipuri precum violența, bizareria, pericolozitatea, iresponsabilitatea sau lipsa discernământului, a rațiunii, lipsa afectivității, incurabilitatea. Aceste reprezentări negative constituie de fapt attribute ale psihozelor, considerate ca și emblemă a nebuliei, dar care, prin generalizare și 'contaminare proiectivă'[1, p. 81] au devenit attribute ale oricărei tulburări psihice. Deși studiile efectuate (Steinert, 2000, Clare, 2000, Arseneault, 2000, Hiroeh, 2001) [1] au arătat că în ceea ce privește violența, pacienții cu boli psihice sunt de 11 ori mai frecvent victime ale violenței decât populația generală, și mult mai rar agresori, iar atunci când sunt agresori acest comportament este mediat de o multitudine de factori socio-demografici precum vârsta, genul, statutul socio-economic, abuzul de substanțe sau legătura cu victima, care de cele mai multe ori este un membru al familiei, totuși violența și pericolozitatea constituie încă clișee puternice ale bolii psihice. Aceasta, în ciuda încercărilor de demarcare a bolilor psihice severe, precum psihozele, tulburările de personalitate sau dependențele de substanțe de problemele minore de sănătate mintală, precum tulburările de somn, de apetit sau stările de anxietate ori nemulțumire.
3. diferențierea netă între sine(eu/noi) și ei, ceilalți, 'nebulii'. Poate că acest antagonism reprezintă nucleul reprezentărilor negative legate de boala psihică, întrucât această fatalitate afectează întotdeauna doar pe celălalt. Studiile efectuate de Bruna Zani (1991) [4] în Italia, pe o populație ce nu avea contact direct cu bolnavii psihici, precum studenții la matematică, la psihologie și la medicină, și o populație ce lucra cu indivizi cu probleme psihice, adică profesioniști tip psihiatri, psihologi și asistenți sociali, au arătat o serie de rezultate mai mult decât edificatoare. Deși, conform Teoriei reprezentărilor sociale propusă de S. Moscovici (1961) și dezvoltată în două mari curente de JC Abric și W. Doise și colaboratorii lor, contactul direct cu obiectul social, în cazul de față boala psihică, poate aduce o serie de modificări de perspectivă, în măsura în care cei aflați în contact direct ar avea o perspectivă mai mult descriptivă,

1 'le fou c'est l'autre diabolisé, chargé de toutes les représentations négatives'

pragmatică a bolii psihice față de cei care nu au un contact direct cu boala psihică și care au reprezentări mai evaluative, bazate pe normele socioculturale [5], totuși rezultatele Brunei Zani au arătat că atât la profesioniștii în domeniul sănătății mintale cât și la profani, o dimensiune majoră a constituit-o axa sine/ceilalți. Toți subiecții analizați, indiferent de apropierea lor de obiectul de studiu cercetat, au avut ca și punct de referință sinele, asociat normalității, la care au raportat anormalitatea/patologia și pe ‘ceilalți’. Mai mult chiar, toți subiecții analizați au prezentat aceleași clișee pentru a face distincția între bolnavul somatic și cel psihic : dacă bolnavul somatic este văzut ca și o persoană slabă, ce are nevoie de ajutor și empatie, dar nu diferit esențial de sine, bolnavul psihic este văzut ca fiind foarte diferit de sine, marcat de această ‘diferență’. Și dacă ar fi să rămânem în sfera Teoriei reprezentărilor sociale și a antagonismului sine/ceilalți, am putea să ne întrebăm ce ar justifica o astfel de reprezentare negativă a bolii/bolnavului psihic. Trei funcții par să legitimizeze această reprezentare :

- a. în primul rând o funcție identitară, care ar permite o amplificare a distincției ‘noi/ceilalți’ și astfel o îndepărtare de categoria inductoare de anxietate a bolnavilor psihici
- b. o funcție justificatorie a atitudinilor și credințelor legate de boala psihică care să autorizeze atitudinile discriminatorii față de acest grup, și
- c. o funcție de orientare a practicilor legate de obiectul social [6].

În cazul bolii psihice aceste funcții justifică menținerea stigmatizării însă în dauna atât a ‘creatorilor’ reprezentării negative, cât și a grupului stigmatizat. Căci, așa cum afirmă Maisondieu (2000) [1, p. 81] chiar dacă “nebulul ca atare nu există și n-a existat niciodată [...] bolnavul psihic există și suferă fără îndoială în urma identificării sale cu nebunul imaginar” (nt.). Poate că problema cea mai mare vine din faptul că persoanele ce prezintă diferite probleme psihice recurg la aceste clișee legate de boala și de bolnavul psihic, ceea ce face mult mai dificilă acceptarea « trecerii barierei » către categoria stigmatizată a « nebunilor ». Respingerea ideii unor probleme ce ar avea ca sursă diferite conflicte sufletești sau interpersonale implică refuzul unui consult psihiatric, de unde întârzierea diagnosticului și a tratamentului adecvat, împotmolirea în mecanisme defensive dezadaptative sau în strategii de coping nesănătoase, precum consumul de alcool sau de benzodiazepine. Un astfel de exemplu îl constituie dna M. care

s-a perindat pe la diferiți medici de cardiologie, gastroenterologie, ajungând chiar și la chirurgie, unde i s-a scos colecistul, în ideea că greața, nodul la stomac și stările de neliniște ar fi legate de o colecistopatie. Urmarea... nu doar ca dna M a rămas fără colecist, dar și simptomatologia s-a accentuat până ce, în cele din urmă, și-n disperare de cauză, colegii s-au gândit să ceară și un consult psihiatric. După cum relatează pacienta însăși, ideea de a consulta un psi era ceva de neconceput atât pentru ea cât și pentru familia sa, ferm convinsă că dacă ar « avea puțină voință » ar reuși să treacă peste aceste stări cu totul inexplicabile...Astfel, pacienta s-a văzut deodată nevoită să accepte ceea ce până nu demult nu putea să înțeleagă nici ea : și anume, că poți suferi, și încă foarte rău, fără să fii neapărat un ciudat, un... « nebun ». A pierdut luni și chiar ani buni « colindând » diverse servicii medicale în speranța că nu va fi nevoie să ajungă la... “bala-muc”...Acum, după 5 ani de consum de Xanax și de suferințe neidentificate, recuperarea este mult mai dificilă. Dar măcar, pentru dna M un clișeu a fost demontat: într-o secție de psihiatrie sunt oameni în suferință, ca în orice alt spital, nici mai ciudați, nici mai... “nebuni” decât cei pe care-i întâlnește în fiecare zi... În sfârșit, ultima componentă a modelului stigmatizării propus de Link și Phelan o constituie discriminarea la nivelul șanselor de viață, social, economic, sanitar și pierderea statutului, trăite de către cel stigmatizat. Poate că aceasta este componenta cea mai palpabilă, cu care se întâlnesc pacienții noștri în fiecare zi, din păcate uneori chiar și din partea personalului medical, mai ales din secțiile medicale și chirurgicale, care uită prea ușor că și un pacient cu depresie sau cu schizofrenie, poate avea probleme cardiace sau gastrointestinale, ori urgențe chirurgicale, care să nu fie legate direct de boala psihică.

Astăzi se vorbește tot mai mult de destigmatizarea bolii și bolnavului psihic și în unele societăți vestice s-a produs deja o deschidere a interesului atât al publicului larg cât și al politicienilor către acest subiect. Mai mult chiar, mersul la un psi a devenit o modă, susținută de tot mai multe producții cinematografice care contribuie la implementarea acestui curent. Consultul unui psihiatru sau al unui psiholog nu mai constituie deci un eveniment despre care nu trebuie vorbit, iar pacienții încep să-și cunoască drepturile și să se organizeze în ligi și organizații care să le susțină interesele la nivel social și politic.



În țara noastră, deși la nivel instituțional putem vorbi despre o reformă a sănătății mintale, cu accentul pus, cel puțin teoretic pe dezinstituționalizare și pe dezvoltarea rețelei de sănătate ambulatorie, stigma legată de boala psihică constituie încă un handicap pentru bolnav.

Schimbarea reprezentărilor legate de boala psihică este un proces ce se produce lent și în care profesioniștii și mass media pot juca un rol esențial, prin promovarea adevărului legat de cauze, simptome și tratament, prin accentul pus pe latura general umană prezentă la toți indivizii, fie ei sănătoși sau bolnavi somatici ori psihici, prin micșorarea în cele din urmă a distanței dintre noi, cei sănătoși și ei, ceilalți, bolnavii psihici.

În acest sens, centrul Carter din Atlanta, Statele Unite a inițiat un program de burse pentru jurnaliști și reporteri din Africa de Sud, SUA și România, menit să pregătească specialiștii din mass media pentru a relata cât mai realist și fără a căuta neapărat senzaționalul care atrage audiența, despre boala psihică și implicațiile sale în plan personal și social. Rezultatele nu au întârziat să apară nici în presa românească. Recent, un cotidian local, Ziarul de Iași a publicat un articol al unui bursier al Centrului Carter [7] despre situația sănătății mintale în România. Semnalul de alarmă a fost tras. Rămâne de

văzut impactul pe care-l va avea asupra mass media, a celor responsabili de politicile sanitare din România, și nu în ultimul rând asupra populației, știut fiind că nicăieri în lume “cu o floare nu se face primăvară”, și cu atât mai puțin în România.

Bibliografie

LEGUAY, D. : 2002, *Le système de soins psychiatriques français : Réalités et perspectives*, MF Editions, Mulhouse

CAMPBELL, C., DEACON, H.: 2006, *Unraveling the Contexts of Stigma: From Internalisation to Resistance to Change*, *Journal of Community & Applied Social Psychology*; September. [www.wikipedia.org/wiki/Stigma \(sociological theory\)](http://www.wikipedia.org/wiki/Stigma_(sociological_theory))

LINK, B., PHELAN, J. : 2001, ‘*Conceptualizing Stigma*’, *Annual Review of Sociology*, p. 363

ZANI, B.: 1993, *Social representations of mental illness: lay and professional perspectives*, in Glynis M Breakwell & David V Canter, *Empirical approaches to social representations*, Oxford Science Publications

ABRIC, JC: 2001, *L'approche structurale des représentations sociales: développements récents*, *Psychologie&Société*, 4: 81-103

ABRIC, JC. : 1996, *Exclusion sociale, insertion et prévention*, Ed. Eres

CHISCOP, E.: 2008, *O incursiune în sistemul de sănătate mintală. Ce se ascunde în spatele unor orori*, Ziarul de Iași, 16-12-2008, http://www.ziaruldeiasi.ro/cms/site/z_is/news/168912.html



WEEKEND INTERJUDEȚEAN DULCEȘTI-ROMAN, 12-14 DECEMBRIE 2008

Dr. Monica Ilisei, M.F., Vaslui-Iași

Duminică dimineață, sculată cu greu din pat, și numai la insistențele ceasului, o iau pe prietena mea și urcăm în sală pentru a ne regla nivelul de cofeină. Afară era urât, ceață, nori și frig, dar înăuntru colegii sporovăiau veseli în jurul mesei.

Grupul a început la ora fixată. Liderul ne-a invitat să ne deschidem inimile și să povestim și să analizăm un caz. Și-au exprimat dorința de a prezenta un caz doi colegi: o membră a grupului ieșean, care ne-a bucurat întotdeauna cu stilul ei drăgălaș și tonic, care însă a renunțat în fața unui coleg nou, în vârstă, foarte sobru și serios.

Cazul ne-a bulversat complet. Era un lucru prea serios și grav în această zi mohorâtă de decembrie. Dânsul ne-a spus povestea unei femei bolnave de câțiva ani de cancer căreia nu i se spusese diagnosticul real, la insistențele familiei. Fiindu-i prieten de familie, i-a fost alături în ultimele luni de viață, ducând-o el însuși la curele de chimioterapie.

Într-o zi însă, fiind singuri acasă la dânsa, ea insistă să afle ce boala are și el îi spune adevărul, în același timp încercând s-o consoleze oferindu-i un discurs religios. În câteva ore de la despărțirea lor femeia se stinge din viață. Aflând acest lucru îi încolțește în suflet o idee care îl chinuie și anume dacă

nu cumva prin dezvăluirea diagnosticului, care are atașată în concepția generală și sentința la moarte, să nu-i fi provocat prematur moartea. Se teme ca nu cumva această dezvăluire să nu-i fi răpit pacientei energia și dorința de a mai trăi, de a fi făcut-o să capituleze Întrebările participanților la grup s-au referit la atitudinea familiei care a izolat-o într-o cameră-gest pentru care au sugerat ulterior mai multe explicații: dorința de a se proteja ei de propria lor confruntare cu ideea morții, dorința de a o proteja pe ea de privirile lor îndurerate, dorința lor de a se proteja pe ei de răscolirea durerii văzând-o cum se sfârșește, dar aveam impresia ca toți evită să privească realitatea nudă: ne e frică tuturor de moarte, explicațiile preoților nu consolează pe nimeni. Priveam cum unii colegi tăceau, alții încercau să aducă cu blândețe și căldură pacea în inima celui chinuit de îndoieli. Și m-a străbătut un gând: oare el ne spune totul? S-a mai discutat despre eutanasiu, despre prevederile legislative privind dezvăluirea diagnosticului. Unii au exprimat ideea ca femeia a murit împăcată pentru că în sfârșit avea o certitudine, nesiguranța fiind mai rea decât orice certitudine.



Alții au încercat timid să confirme că ideile exprimate de biserică privind mântuirea, salvarea sufletului și nemurirea acestuia chiar au ajutat-o.

Mă gândeam cum aş putea, indiferent de ce s-a spus și s-a întâmplat în acea cameră în acea zi, să aduc un strop de pace în inima lui. Pe măsura ce el ne spunea povestea simțeam un fior rece, am simțit că propria mea teamă de moarte mă răvășește și în scurta intervenție pe care am avut-o m-am identificat cu ea și i-am mulțumit medicului care a avut atâta iubire față de un om trist că i se sfârșesc zilele și a luat-o de mână și a plâns cu ea. Acest plâns și acea strângere caldă de mână, am zis, au fost eliberatoare, ea a simțit că nu e singură în pragul acestei experiențe înfricoșătoare, a simțit căldură autentică și iubire. Iubirea, care e singură în stare să vindece și să consoleze.

Am simțit la toți colegii din grup aceeași apăsare și mă gândeam cum vom mai pleca acum? Cum vom regăsi starea de voieșie care ne animase cu o seară înainte? Colegul și-a exprimat mulțumirea de a vedea opinii

diverse și de a simți interesul autentic și sprijinul concret al grupului care l-a făcut să vadă problema din puncte de vedere la care nu se gândise. Grupul s-a încheiat dar eu, și cred că nu doar eu, am plecat cu inima împovărată. Pe drum, în mașină cu prietenii mei, mă gândeam că în momentul în care m-am identificat cu această femeie am simțit durerea ei, până la lacrimi, de aceea nici nu am mai intervenit. Și m-am mai gândit că, pentru a ne putea trăi viața cu adevărat, trebuie să ne facem timp să ne gândim la moarte și să găsim acel mod de a o accepta fără să ne fie frică, dar să fie o încredere totală și autentică, nu cuvinte care au doar formă. Și m-am mai bucurat, pentru a câta oară oare, că exista un loc în care putem împărtăși aceste gânduri care ne frământă, că, așa cum remarcă uimită prietena mea nou sosită printre balintieni: „aici oamenii chiar ascultă ce spui”, și m-am gândit cu recunoștință la Mihaly Balint. Și m-am întristat apoi pentru că pentru lucruri atât de subtile și delicate dar esențiale, oamenii nu au timp, prea ocupați fiind să adune obiecte.

SCRISOARE DESCHISĂ MINISTRULUI SĂNĂTĂȚII - UN AUTODAFÉ

(pentru că anumite lucruri trebuie să fie spuse, indiferent de consecințe)

DOMNULE MINISTRU,

Sunteți absolvent al UMF Carol Davila și, deși n-ați practicat medicina clinică niciodată, ar trebui să vă reamintiți că factorul care determină o bună practică medicală, chiar la nivel de sistem, este banalul parteneriat medic-pacient. Exact ca și în afaceri, sau ca într-un cuplu, încrederea dintre cei doi membri ai parteneriatului este premisa care asigură ani buni de colaborare benefică sau, din contră, de suspiciuni și dezgust. Marele avantaj al încrederii reciproce este că nu costă bani.

Mă tem că atitudinea dumneavoastră din ultima vreme nu a ținut cont de acest deziderat elementar. Sper că numai din necunoștință de cauză ați accentuat actualul curent de opinie ce a transformat un parteneriat, și așa profund șubrezit de mulți dintre predecesorii dumneavoastră, într-o relație antagonică: pacienții și medicii au ajuns să se privească unii pe alții precum șoarecele și pisica. Poate că n-aș fi ajuns să vă scriu aceste rânduri dacă n-aș fi avut recent o discuție cu ruda unui pacient, care mi-a explicat cât de „prost” fusese tratamentul prescris de un coleg necunoscut. Din fericire pentru tagma noastră, pacientul fusese tratat corect și, de altfel, avusese o

evoluție favorabilă, numai că prea lentă față de așteptările rudei pacientului. Cu toate acestea, „diagnosticul” stabilit de ruda pacientului, fără multă vorbă, a fost



“La sfat”



următorul: acel medic necunoscut greșise tratamentul! Țin să vă atrag atenția, domnule ministru, că respectiva afirmație a fost făcută cu aerul că era de la sine înțeles că medicul trebuia să greșească, în ciuda faptului că-și tratase corect pacientul care, la ora conversației, se juca în parc, alergând cu fiică-mea de la un leagăn la altul, sănătos tun, într-o atmosferă extrem de geroasă. Această discuție nu este altceva decât chintesența a ceea ce înseamnă acum încrederea populației față de medici. Cu tristețe, trebuie să extrapolez de o manieră care o să vi se pară cinică: cazul extrem de la Slatina nu este, la rândul său, decât un simptom al maladiei sistemului medical din România. Numai că, această maladie este foarte bine mascată – v-ați pus, vreodată, problema, cum de a ajuns să fie acoperită cu atâta perfecțiune?

Oare o să vă mirați când o să vă spun că practicienii din România n-au fost luați prin surprindere de ceea ce s-a întâmplat la Slatina? Oare o să vi se pară bizar dacă o să vă spun că mă aștept la un deznodământ similar (cu groaza de a nu fi imputat, ca de obicei, tot corpului medical) în serviciul pe care îl coordonez?

De fapt, domnule ministru, motivul fundamental pentru care vă scriu este că mi-aș dori tare mult să faceți o inspecție chiar în serviciul meu. Am să vă explic de ce.

Funcționez într-un serviciu chirurgical de urgență. În țările din comunitatea cărora am ajuns și noi să facem parte, specialitatea mea este considerată una de vârf – în consecință, este o specialitate față de care interesul decidenților este extrem de ridicat, concretizându-se într-o anumită politică financiară și de personal. Ca să fiu mai specific, la același număr de paturi pe care îl are serviciul nostru, în Germania sunt angajați 6 medici specialiști, la care se adaugă un număr apreciabil de medici rezidenți, toți având drept de gardă. În cele mai bune zile ale noastre, noi am funcționat cu 3 medici specialiști și cu 3 rezidenți care aveau, doar parțial, drept de gardă. Numărul asistentelor din țările civilizate este de două ori mai mare decât la noi, asta ca să nu mai menționez de personalul care se ocupă cu scriptologia... În alte locuri, medicii sunt medici, domnule ministru – singurul lor obiect de interes sunt pacienții și profesia, ceea ce le permite să aibă timpul necesar nu numai pentru practica medicală nemijlocită, ci și pentru comunicare cu bolnavii, pentru lucrări științifice și pentru studiu – toate acestea alcătuind medicina, după cum bine știți.

Firește că la noi este imposibil să atingem aceste deziderate, chiar dacă funcționăm în același an de grație, 2009, cu Germania, Franța, Spania, Italia, Marea Britanie, dar și cu Polonia, Ungaria, Croația și Slovacia.... Acest lucru are loc și din vina mea, domnule ministru, și iată în ce fel. Dintr-o naivitate de care acum îmi pare rău, am fost de acord ca împreună cu colegii mei să asigurăm urgențele în timpul nostru liber, neplătiți, ba chiar dând bani din buzunar. Speram (oh, sfântă imbecilitate!) ca doi dintre mai tinerii noștri colaboratori vor fi recompensați pentru cei trei (3!) ani de alergătură pe benzina lor sau cu taxiul, în zile de sărbătoare sau, pur și simplu de week-end, asta ca să nu mai amintesc de zilele săptămânii, indiferent de ora din zi sau din noapte, speram, așadar, ca în schimbul acestui serviciu, cei doi colegi mai tineri ai noștri să obțină post în spitalul în care au muncit fără rezerve, chiar și în tranșe de 48 de ore neîntrerupte, fără să solicite vreo clipă contravaloarea muncii lor, nici de la pacienți și nici de la cei care erau îndrituiți să-i plătească.

Nu a fost să fie așa. După ce spitalul și-a văzut 3 ani de urgențe acoperite fără să scoată măcar un leu vechi din buzunar cu plata salariilor, colegii mei mai tineri s-au trezit cu un post temporar pe care să-l împartă la doi. Știți cu cât erau plătiți, fiecare, ca proaspeți medici specialiști?

Cu zece milioane de lei pe lună, domnule ministru! Primul dintre colegii care a capotat a fost cel care nu avea casă în București. Era un ins cu reală aplicație chirurgicală, dar nu mai avea cum să lucreze într-o țară în care chiria era aproape egală cu venitul său lunar de medic specialist. În consecință, a plecat în Belgia, domnule ministru. Să știți că îi e bine acolo deși, când vorbim la telefon, are oarece nostalgii dar, ce să-i faci – era doar un băiat simplu din Ploiești, cu părinți care nu erau în stare să-l rezolve nici măcar cu o amărâta de chirie, darămite cu un post. Și nu, nu avea decât o Solenza cumpărată la mâna a doua, domnule ministru...

Dar nu se plângea din atâta lucru.

Așa că, am rămas doar 3 plus 2, dacă-mi permiteți, în situația în care în orice țară civilizată ar fi trebuit să fim 6 plus minimum 3.



După o vreme, am aflat că postul temporar de pe care plecase colegul, acel post împărțit cu colega lui, nu avea șanse să se definitiveze vreodată. În consecință, și colega cu pricina a plecat – n-o condamni: după trei ani de neplată, să ajungi din nou să lucrezi voluntar, rimează totuși a blasfemie intrafamilială, dacă pricepeți ce vreau să spun. Colega a plecat, unde credeți, la Pristina, în Kosovo, domnule ministru. Aflu că acolo câștigă 6000 de euro pe lună și că pune bazele unui serviciu chirurgical. Mă bucur pentru colegă și mă bucur și pentru specialitatea mea – măcar în Kosovo să fie pusă acolo unde-i e locul.

Așa că, am rămas doar 3 plus 1, dacă-mi permiteți, în situația în care în orice țară civilizată ar fi trebuit să fim 6 plus minimum 3. După care, și cel de-al treilea rezident a încheiat cei șase ani de pregătire, fără ca să aibă posibilitatea de a se angaja pe undeva, asta în contextul în care componenta toracică a accidentelor ridică nepermis de mult rata de mortalitate a politraumatismelor – întrebați-l pe d-l doctor Raed Arafat, dacă aveți nelămuriri în acest sens. Între timp, însă, șefii dumneavoastră ajunseseră la concluzia că și în România era criză, motiv pentru care s-au hotărât să înghețe schemele de personal și din sănătate. În consecință, cel de-al treilea tânăr coleg a plecat în Marea Britanie, unde nu e într-atât de multă criză încât să nu angajeze un chirurg toracic la Bristol. Nu știu cât câștigă acest din urmă coleg – nu știu decât că, după numai două săptămâni de lucru, a reușit să-și închirieze un apartament de trei camere în centrul orașului, deși este singurul membru care lucrează din familia lui de trei inși. Ca o paranteză, cel mai tânăr dintre medicii primari din serviciul nostru și-a permis abia acum, după 8 ani de serviciu, să-și închirieze un apartament de două camere în București, deși lucrează atât el, cât și soția lui.

Dar, nu v-am scris doar ca să subliniez interesul pe care alte țări îl acordă medicilor specialiști, fie ei doar niște amărâți de emigranți. Aș putea doar să fac niște trimiteri la manualele de istorie a medicinei pentru a vedea că, din cele mai vechi timpuri și în cele mai îndepărtate puncte de pe glob, medicii erau respectați și bine plătiți, fiind considerați, totuși, o specie meritorie d.p.d.v. social, care trebuie remunerată corect. Știați că în Grecia antică, sau la Roma, medicii erau scutiți de taxe?

Firește, nu mi-ar da prin cap să solicit așa ceva acum, în zilele noastre cele atât de monetizate – nu e decât un exemplu prin care îmi susțin punctul de vedere de mai sus, cum tot doar un exemplu este că și în țările Africii Negre (lumea a III-a, voyons...) un medic specialist este plătit cu cel puțin 50% mai mult decât omologul lui român. Să nu îndrăzniți să mă contraziceți pentru că am primit oferte de acolo - numai că sunt prea bătrân ca s-o iau de la început, tocmai în Africa. Numai că, nu sunt eu cel priceput când vine vorba de bani. Cine mă cunoaște nemijlocit știe că așa stau lucrurile. Păsul meu este altul. Ce fac eu acum, împreună cu ceilalți doi colegi ai mei plus un nou rezident, în contextul în care ar trebui să funcționăm cu o echipă de 6 specialiști plus minimum 3 rezidenți?

Vreți să vă spun unde o să capotăm, domnule ministru? Azi sunt într-o umoare infectă și nu mă interesează consecințele unei scrisori deschise, așa că o să vă spun care sunt punctele slabe ale serviciului meu – de altfel, sunt punctele slabe ale întregului sistem pe care, cu onor, îl manageriați. Dacă aveți dificultăți în a pricepe succesiunea raționamentelor, rugați-l pe d-l doctor Raed Arafat să citească materialul – fiind practician, dânsul îmi va înțelege argumentele la justa lor valoare. Așadar, suntem 3 inși plus 1 într-un serviciu care necesită 6 plus minimum 3. Când și când (s-a întâmplat chiar în ultimele două săptămâni), câte unul dintre noi are dreptul la concediul de odihnă legal. Atunci, rămânem în serviciu doar 2 specialiști plus 1 rezident. Acum, indiferent cât de mândru aș fi eu de specialitatea mea, nu vreau să fac prea mult caz de ea – cu toate astea, este o specialitate care, conform normelor internaționale de bună practică, necesită la anumite intervenții chirurgicale echipe din minimum trei medici. Prin urmare, sunt pus în fața următoarelor situații: fie aleg să fac o echipă operatorie dintr-un număr mai scăzut de medici decât sunt necesari pentru buna desfășurare a operației, astfel încât să mai am un om care să urmărească pacienții de pe secție și/sau care să primească urgențele, fie intru cu echipa completă, conform cărților, numai că atunci nu mai rămâne nici un om care să urmărească pacienții de pe secție sau care să primească urgențele.



Eu m-am sucit în fel și chip, domnule ministru, vă dau cuvântul meu de onoare, dar aritmetica este imbatabilă pentru mine. Prin urmare, aceasta este prima întrebare pe care v-o pun: cum să fac, domnule ministru? Să-mi asum riscuri intraoperatorii, sau să-mi asum întârzierea în ce privește primirea unei urgențe la camera de gardă? Să risc viața pacientului de pe masă, sau să las secția descoperită?

Oh, stați liniștit – până acum nu ne-am făcut de baftă, dar, îmi permit să vă întreb: cât timp credeți că vom reuși să funcționăm în acest regim de lucru suboptimal? Credeți că o fi făcut cineva calcule apropo de răgazul de timp mediu înainte de a comite o greșeală ireversibilă în condiții de personal insuficient? Dacă da, trimiteți-mi și mie referințele bibliografice, ca să pot să-mi informez corect pacienții asupra riscurilor. Nu vă sfițiți – încercați același lucru și cu alte specialități (de pildă cu ATI-ul!), asta ca să știm cam la ce intervale de timp să ne așteptăm la catastrofe pe care le vor încasa chiar pacienții pe care susțineți că-i reprezentați.

Sau, credeți că ar fi mai bine să nu le mai permitem colaboratorilor să-și ia concediul legal de odihnă? Poate că ar fi mai bine să le sugerăm să lucreze conform normelor unui stahanovism medical?

Să le promitem ceva medalii, domnule ministru, că de prime și de plata orelor suplimentare n-a fost vorba nici măcar când nu era criză, darămite acum?

Mă rog... Dar, stați că n-am terminat! Mai e o chestie și mai absurdă, domnule ministru, și zău că vreau s-o auziți! M-am trezit cu niște adrese oficiale, domnule ministru, adrese conform cărora ni se pune un plafon de consum de medicamente per pacient... După ce le-am primit, am făcut și eu niște calcule și știți ce am constatat, fir-ar ea să fie de aritmetică?

Am constatat că plafonul de medicamente per pacient internat nu trebuie să depășească 70 de euro... Pe cuvântul meu, atât mi-a ieșit: 70 de euro per pacient, că am făcut și proba la împărțire, domnule ministru! Păi, zău că m-aș chinui să fac și treaba asta, că m-am obișnuit să lucrez în condiții suboptimale de când am intrat în sistem dar, ce să mă fac când, prescriind un medicament relativ ieftin, mă trezesc că respectivul medicament NU se află în farmacia spitalului?

Un lucru ciudat: medicamentul ieftin nu e în farmacie, în schimb, omoloagele lor (sic!) extrem de scumpe se găsesc la discreție...



Dr. Lux Holfer și André Moreau la Șura Mare



Am și eu momente când consider că un antibiotic pe cale bucală este suficient la cazul X sau Y dar, cum să-l prescriu, când spitalul îmi returnează condica de medicamente cu faimosul înscris L.F., adică lipsă farmacie, oferindu-mi în schimb, alternative care depășesc într-o zi, la un singur pacient, 70 de euro? Alt lucru bizar: în aceeași adresă cu plafonul de medicamente se aflau două paragrafe în care mi se atrăgea atenția că mi se vor retrage sporurile de conducere dacă îndrăzneam să depășesc respectivul plafon. M-a umflat râsul, domnule ministru! De cinci ani de când lucrez în actualul spital, n-am încasat niciodată sporurile de conducere, așa că m-a cam durut în cot, recunosc, de amenințarea decidenților. Problema apărea, însă, după încă un paragraf, în care scria negru pe alb că dacă vom depăși plafonul de medicamente două luni succesive, sancțiunile salariale vor fi extinse și asupra celorlalți membri ai serviciului, nerezumându-se doar la medicul coordonator/șef de secție.

Bun! Să zicem că ne speriem și că luăm ad litteram amenințările decidenților, care amenințări, o știu prea bine, nu sunt făcute din capul decidenților locali, că i-am mai văzut și noi pe alde Boc et comp. cum se străduiesc să scoată țara din marasm, săracii! Rezultatul adresei sus-menționate ar fi că, de spaimă, ne vom apuca să scriem rețete pe care să le dăm aparținătorilor pacienților, astfel încât să facem economii, numai că, pentru această situație, aceiași decidenți au stabilit că, dacă cineva se adresează la conducerea spitalului cu o asemenea rețetă (e dreptul pacientului să-și recupereze cheltuielile din sistem, domnule ministru – vezi legea Paveliu!), atunci spitalul va pune medicul să plătească din buzunar tratamentul pe care l-a administrat pacientului.

Așa că, vă întreb și eu, oarecum naiv: eu ce fac cu pacienții mei, domnule ministru? Îi mai tratez, sau îi las baltă? Îi mai operez sau îi trimit prin alte spitale, să-i opereze alții, deși, când mă gândesc în ce spital lucrez, îmi dau seama că n-am unde să-i mai trimit, spitalul meu fiind ceea ce se numește o stație terminus d.p.d.v. medical...

Aș vrea să vă reamintesc că acest plafon de 70 de euro per pacient ar fi valabil doar dacă noi am interna cei 70 de pacienți contractați lunar cu Casa de Asigurări – ce să mă fac, însă, când, numai în luna ianuarie, am internat aproape o sută de pacienți?

Zău că nu știu, așa că aștept instrucțiunile dumneavoastră. Și, pentru că tot am deschis mai sus discuția despre stația terminus d.p.d.v. medical, vă dați seama că am ajuns să mă plâng tocmai eu, care lucrez în ceea ce se cheamă, conform sistemului de referință local, un spital bogat. Ați fost vreodată, domnule ministru, să vedeți ce se petrece în spitalele din provincie? Nu mă refer la vizitele fulger în care ați schimbat niște directori de spitale, și asta în condițiile în care știți prea bine că problemele de personal din provincie sunt cu mult mai grave decât în București, astfel încât în anumite județe nu se poate constitui o linie de gardă de ATI de exemplu... Nu la asta mă refer, domnule ministru, scuzați că vă atrag atenția...

Mă refer la absența celor mai elementare facilități de practică medicală serioasă, domnule ministru. Am colegi care lucrează în provincie, am colegi care-și cunosc meseria, dar care nu au cum s-o practice... Predecesorii dumneavoastră s-au lăudat cu nenumăratele dispozitive hi-tech pe care le-au cumpărat, cu investițiile nemaipomenite de care a beneficiat medicina: computere, laptopuri, CT-uri, RMN-uri etc. N-am văzut pe nici un ministru, însă, și, din păcate, nici pe dumneavoastră nu v-am auzit vorbind, despre politica de personal din sănătate, domnule ministru. Toate sculele alea frumoase, toate sculele alea care au costat o sumedenie de bani, trebuie operate cu personal calificat, domnule ministru. Degeaba cumpără Z din orașul M un echo doppler dacă nu are cine să-l folosească. Degeaba cumpără același Z din același oraș M o trusă de endoscopie dacă n-are cine s-o folosească. Sau, degeaba sunt la Curtea-de-Argeș chirurghi generaliști dacă nu există suficienți anesteziști astfel încât să-și poată efectua operațiile.



Acum, eu știu că sunt cârcotaș – dar nu știu de ce, îmi este imposibil să nu mă gândesc că este mult mai facil să faci achiziții de tehnologie în valoare de milioane de dolari/euro, decât să investești în personal, în calificări și în programe. Poate că recompensele după achiziționarea de tehnologie sunt mai... vizibile? Poate că investițiile în politica de personal nu ajung chiar acolo unde trebuie? Uite, dacă aș fi ziarist v-aș pune această întrebare, dacă aș avea prilejul...

Și știți de ce mai sunt supărat, domnule ministru? Mai sunt supărat și pentru că, nu știu de unde și până unde, s-a încetățenit ideea că în spitale nu se mai moare. Aș vrea să fiu clar: nu pledez, n-aș avea cum, pentru exonerarea celor care se fac vinovați, într-adevăr, de culpă medicală. Numai că, după cum bine ați studiat în perioada în care dumneavoastră înșivă ați fost rezident în sănătate publică, domnule ministru, știți că așa-numitul malpraxis este un concept diferențiat în funcție de arealul în care se practică medicina. Asta n-o spun eu – o spun inșii cei mai nervoși în ce privește malpraxisul, și anume americanii.

Cualte cuvinte, ceea ce la New York, să spunem, este considerată culpă medicală, este privită cu mult mai multă îngăduință la Washoe, să spunem, unde accesul la tehnologie este mai săracuț, unde numărul medicilor este mai scăzut etc. Din acest motiv, spitalelor și celorlalte așezăminte medicale din țările civilizate li se atribuie un anumit grad, în funcție de capacitatea de rezolvare a cazurilor. Acest grad se regăsește și în încadrarea cazurilor de malpraxis. Firește, a nu examina un pacient este culpă medicală și la Tuamotu-din-Vale, pe insulele Marchize, acolo la ei, în Pacific, dar nu la asta mă refer. La noi, în schimb, nu contează că un pacient este examinat și tratat la Jibou, să zicem – el este considerat, a priori, ca fiind culpă medicală dacă nu are o evoluție favorabilă, deși la Jibou nu se pune problema unor capacități medicale optimale. În mod similar, am avut prilejul să văd la TV câteva cazuri care nu țineau de culpa medicală, dar care erau tratate ca atare, fără ca dumneavoastră să explicați vreodată (nici predecesorii dumneavoastră n-au făcut-o) că medicina are limite și că anumite maladii nu sunt compatibile nici cu viața, nici cu un diagnostic în doi timpi și trei mișcări.

Această realitate ar trebui să vă fie familiară – nu există specialitate medicală în care capitolul de diagnostic diferențial să nu ocupe pagini întregi – ați făcut 6 ani de facultate și trebuie să știți asta! Pe de altă parte, nu este treaba pacienților să înțeleagă cum stau aceste lucruri fără o explicație – pacienții, însă, doar văd cum trageți concluzii din vârful condeiului, de parcă medicina ar fi un service auto în care omul intră bolnav pe o parte, ieșind pe partea cealaltă, cu necesitate, sănătos și zâmbitor. Dar, las' că aici, nici cei care ar trebui să pledeze corect pentru cazurile complexe nu o fac așa cum ar trebui – așa că această vină o împărțiți cu confrății noștri care recurg (e obicei național!) la numărutul arogant al ouălelor în loc de a furniza publicului explicații inteligibile. Vina dumneavoastră, însă, este că în ciuda faptului că știți și aceste lucruri, nu v-am auzit niciodată punând la punct respectivele probleme – să se datoreze asta relației de strânsă prietenie pe care doriți s-o clădiți cu presa, în detrimentul realității? Nu îndrăznesc să vă bănuiesc de așa ceva. La fel cum nu îndrăznesc să vă bănuiesc de nimic rău (honi soit qui mal y pense!) nici când afirmați, prin interpuși, că prețurile la medicamente, care tocmai au crescut, vor scădea în luna aprilie. Până atunci, însă, mă întreb cu ce anume substanțe vom mai da anestezie pacienților fără ca spitalele să nu devină datoare vândute (știți cât de mult s-au scumpit anestezicele?), dar, mai bine mă opresc, căci deschid un alt subiect.. Numai că, uite că am ajuns să vorbesc și despre bani. Aici, chiar că nu mă bag, domnule ministru. Știți, n-am pregătire financiară. Absolut deloc. Numai că, auzind atât de multă lume povestind tot soiul de lucruri stranii care au loc cu banii de la Casa de Asigurări, mai ales în anii electorali, aș dori și eu să vă fac, în măsura în care nu vă irit prea tare, o anume propunere. Fiți pe pace, știu că banii de la Casa de Asigurări nu sunt pe tarlăua dumneavoastră, dar, măcar d.p.d.v. moral, dumneavoastră sunteți garantul sănătății publice din România. În context, v-aș sugera să solicitați un audit în ce privește banii de la Casă – dar nu un audit din asta, ca între prieteni, ci un audit cu o firmă externă, independentă, care să scobească așa cum trebuie prin conturile

Casei Naționale de Asigurări. Sunt sigur că mulți români ar fi dispuși să dea încă niște bani (s-au obișnuit, săracii, inclusiv cu onorariile cu care, nu-i așa, ne „îmbogățesc” nepermis de mult pe noi, medicii), sunt convins, așadar că românii ar oferi prin subscripție publică banii necesari auditorilor, numai ca să știe ce căi iau cotele prelevate din salariile lor. Se duc banii de asigurări doar în sistemul sanitar? Dacă da, ce anume se întâmplă cu ei în sistemul sanitar? De ce suntem, de 19 ani de zile, într-o criză financiară perpetuă? Cine răspunde de fondurile prost investite în sănătate? Dacă toată lumea e nemulțumită, de ce nici unul dintre șefii Casei de Asigurări nu a dat explicații vizavi de filiera banilor pe care îi are în administrare? Pe de altă parte, dacă noi, medicii, suntem niște proști în ce privește administrarea banilor publici, de ce nu s-au rezolvat problemele financiare din sistem după ce mulți manageri de spitale au fost selectați din alte profesii? Și dacă nici medicii, nici noii manageri non-medici nu sunt buni de nimic, de ce sunt lăsați pe bară colegii dumneavoastră de la Institutul de Sănătate Publică, domnule ministru? De ce n-am văzut nici un specialist în sănătate publică în funcții de decizie vizibile, la minister? OK, predecesorii dumneavoastră aveau scuza că n-au auzit de acești specialiști – dar, în ce vă privește, vorbim despre colegii dumneavoastră de rezidențiat, vorbim despre conferențiarilor și profesorii dumneavoastră, domnule ministru...

Chiar așa o părere proastă să aveți despre cei care v-au învățat cum să fiți ministru, domnule ministru?

Nu mă aștept ca vreun decident să ia în seamă ce am scris eu aici, nici chiar dumneavoastră, domnule ministru. M-am obișnuit să nu primesc răspunsuri, nici chiar la adresele oficiale în care semnez decidenților probleme similare cu cele enumerate aici. Unii mi-au spus (doar verbal) că bat câmpii. Alții mi-au spus, tot verbal, să fac gura mai mică. Alții au relatat, în absență, că sunt o ființă imprevizibilă. M-am obișnuit cu toate astea, domnule ministru. Cu un singur lucru nu m-am obișnuit, însă, acela fiind că numai noi, practicienii, ajungem să dăm explicații pacienților și rudelor lor.

Noi, practicienii, trebuie să justificăm incapacitatea sistemului de a oferi necesarul absolut minimal pentru o medicină onestă în 2009. Pe noi se supără pacienții și rudele lor când cazurile nu merg bine, deși, doamne iartă-mă, știm ce ar trebui făcut la cazul X, dar n-avem de unde să-i oferim ceea ce ar necesita același caz X – și nu, nu vorbesc de nanotehnologii și de transplanturi, vorbesc de banalele antibiotice, de feșe, de perfuzoare, de numărul angajaților, de analgezice și de mănuși de unică folosință și de seringi. Pe de altă parte, vă mărturisesc, domnule ministru, că nu reușesc să mă obișnuiesc cu ideea că, prin tăcere, devin complice cu un sistem care, în egală măsură, afectează și starea de sănătate a populației, dar și onoarea profesiei medicale. Oh, da, știu că sunt patetic – dar așa m-au educat ai mei acasă, de mic. Vreau să spun că există cuvinte în care, eu unul, continui să cred, domnule ministru, părându-mi-se chiar mai importante decât accesoriile din jur. De altfel o să vorbesc chiar acum și despre ele, despre accesorii...

Așadar! Să nu vă așteptați, cumva, să-mi pun cenușă în cap pentru acele aspecte sistematice evitate în discuțiile publice cu medici – mă refer, cum altfel, la onorariile așa-zis necuvenite. Nu vreau să inițiez o captatio benevolentiae vizavi de pacienți, așa că nu vă speriați, domnule ministru, că aș fi în stare să mă aliez acum cu pacienții ca să ne năpustim, împreună, pe bancheta din spate a vreunui Ferrari! Din contră, am azi chef să-mi ridic toată lumea în cap – pe non-medici inclusiv. În ultima lună mi-am petrecut fiecare a cincea noapte în spital, prin urmare sunt obosit și nu-mi mai pasă de consecințe.

Sunt ani de zile, stimat public, de când vi se tot spune că medicina nu costă decât cei 16% despre soarta cărora nu știm nimic, deși, o știți prea bine, realitatea este alta. Iar dumneavoastră, stimat public, vă prefăceți că așa ar trebui să stea lucrurile deși auziți foarte des, pe tot soiul de canale mediatice, de fonduri strânse pentru ca un pacient nefericit să fie operat în străinătate. Se vehiculează sume între 20.000 și 140.000 de euro pentru o intervenție, dar dumneavoastră vă prefăceți că aceste cereri de ajutor pentru niște semeni în reală



suferință sunt acceptabile atunci când trebuie să ne tratăm în străinătate, dar că devin inacceptabile când trebuie plătite acasă. Medicina costă mult, foarte mult, al naibii de mult costă, doamnelor și domnilor.

De altfel, dumneavoastră înșivă ați găsit soluția la această problemă – adresarea la serviciile private. Acolo ați găsit și curățenia care vă lipsește în spitalele de stat și modul de comunicare pe care vi l-ați dorit. Cu alte cuvinte, ați realizat că un anumit standard al serviciilor costă niște bani pe care n-ați ezitat să-i oferiți. Și acum, o să vă întreb, în ciuda vociferărilor: câți dintre dumneavoastră ați plătit asigurări de sănătate complementare, care v-ar fi permis să vă adresați unor servicii superioare, și câți ați preferat să plătiți leasinguri la mașini scumpe, bunuri electrocasnice etc?

Răspunsul, îl cunoașteți mai bine decât mine: vă este mai ieftin să plătiți onorarii cenușii la nevoie, decât o cotă parte din venituri, permanent, asta lăsând la o parte profilul comportamental de masă al românilor, care preferă să epateze cu un mobil foarte scump, decât să fie abonați la serviciul de sănătate X. Știu, mie mi-e ușor să vorbesc din acest punct de vedere – n-am cerut nicicând vreunui pacient nici un capăt de ață și nici n-am s-o fac, din motive absolut personale. Pe de altă parte, nici n-o să-mi scadă clientela după acest autodafé – mai bine de 50% dintre pacienții mei nu mă caută direct: ei ajung să mă cunoască doar după ce-și revin din șocurile care îi aduc, din nefericire, la spital. Dar, având în vedere că n-am cerut niciodată nimic, nimănui, aș vrea ca atât eu, cât și colegii de vârstă mea care, mulți nu v-au cerut nici ei, nimic, niciodată, și care și-au petrecut în 23 de ani de practică (am făcut calcule, domnule ministru!), cam șase ani de gârzi puse cap la cap, colegi care, în plus, au stat în jur de 40% din timp peste program, fără a fi plătiți nici oficial, nici neoficial – în numele tuturor celor care v-au făcut sănătoși, unii venind noaptea de acasă când nu era treaba lor s-o facă, mulți suplinind lipsa cronică de personal, în numele celor care v-au prelungit viața, ba chiar și în numele celor care v-au primit onorariile

pentru care nu și-au pus doar o simplă semnătură pe un act, ci care v-au operat, v-au anesteziat, v-au tratat în timp ce majoritatea dormeați – în numele tuturor, vă spun să nu-i mai credeți pe toți miniștrii sănătății, mult mai interesați în exerciții de imagine decât în rezolvarea problemelor din sistem. Incapacitatea politică de a administra sistemul medical, domnule ministru, este doar incapacitatea dumneavoastră – nu este dovada nici a slabei pregătiri a celei mai mari părți a medicilor și nici a unei imoralități funciare a celor în halat alb.

Și, pentru că tot avem un ministru al sănătății cu dublă specialitate, o să-mi permit următoarea afirmație, stimat public: când ai în buzunar bani pentru un Logan la mâna a doua, e cel puțin bizar să ai pretenția să mergi toată ziua-bunăziua într-un Ferrari! Și, ca să închei subiectul banilor negri, nepermiși, sau cum vreți să le spuneți, am să vă pun problema în felul următor: problema fundamentală a practicianului este să-și trateze toți pacienții în mod egal și fără să condiționeze actul medical – în rest, însă, sper că nu doriți să fiți tratați (doamne ferește!) de chirurghi cărora să le stea mîntea la plata întreținerii sau care să se îmbulzească pe la cozi doar pentru că am fi cu toții egali, sau care să stea peste program doar pentru că la noi în țară, n-au apărut încă listele de așteptare. Pe de altă parte, dumneavoastră înșivă, chiar inconștient, aveți anumite așteptări de la imaginea simbolică a medicului (era să spun de la engrama medicului) dar, numai când aveți nevoie de el, aveți pretenția să se ridice la respectivul nivel de așteptare. În rest, însă, când slavă domnului, sunteți sănătoși, ați dori ca medicii să facă parte din marea masă a mulțimilor, ignorând realitatea despre ceea ce înseamnă, cu adevărat, un medic.

Am să închei, discutând despre afirmația absolut aiuritoare că un coleg (fie el un scelerat care nu și-a văzut pacientul la nevoie) a încasat 104 milioane de lei într-o lună. Această afirmație determină o dilemă à la Nae Cațavencu – am s-o expun, pentru că domnul doctor Raed Arafat (of, cât de mult l-am admirat pentru realizările de la SMURD!) a ridicat-o la fileu.



Nici eu și nici nimeni altcineva, niciodată, n-am auzit de un salariu atât de mare în medicina românească, la stat. Dacă acel medic a primit, în mână, 104 milioane de lei la actualele tarife de plată, înseamnă că a petrecut în spital un număr de ore înfiorător de mare – un număr de ore nepermis prin codul muncii nu numai în țara noastră, ci oriunde pe pământ. De aici, ce deducem? Sau că afirmația este adevărată – în consecință, schema de personal din acel spital era îngrozitor de subțire (nu mă mir) și că nu era altă soluție, decât ca respectivul medic să stea la nesfârșit în spital. Prin urmare, vina medicului care nu și-a văzut pacientul (asta n-am să înțeleg niciodată, indiferent cât de istovit ar fi fost) trebuia împărțită cu vina sistemului supervizat de dumneavoastră, domnule ministru, sistem care permite încălcarea legii în ce privește numărul de ore lucrat. În context, vă întreb încă o dată: cum intenționați să manageriați politica de personal, domnule ministru, în condițiile în care România are cu 30% mai puțini medici decât este necesar? Nu uitați că și eu vorbesc la rece – dar pot eu să știu cum o să reacționez după ce o să mă ajutați să câștig 104 milioane de lei, petrecând o lună întreagă la serviciu? Poate că o să-mi văd pacientul, totuși – dar credeți că o să-l examinez corect?

Ce părere aveți, domnule ministru?

Pe de altă parte... chiar 104 milioane?!?! Și dacă domnul Arafat nu s-a uitat cu atenție pe fluturaș și a făcut o aserțiune nefondată? Dacă se dovedește varianta neatenției, o să vă fie greu s-o justificați în fața colegilor care, lucrând cu mult peste program, abia dacă reușesc să ridice cel mult 40% din acel salariu, după o lună de lucru istovitoare. Așa că mă întreb și eu, cu naivitate, de ce a trebuit să vehiculați un lucru într-atât de neadevărat pe posturile TV, domnule ministru?

Cu stimă,

Un Împricinat de Medic

p.s. – Sincer, n-am de gând să moderez acest post, pentru că știu care vor fi reacțiile. Iertare pentru ce spun acum, dar, din nefericire, moderările la acest post, ca și invectivele, nu vor avea nici un sens aici, în scris – ele vor avea loc în viața reală, în camerele de gardă, când dumneavoastră, pacienții care nu mai aveți încredere în noi, medicii dumneavoastră, veți vedea că veți aștepta din ce în ce mai mult pentru o consultație din ce în ce mai sumară, consultație urmată de un tratament din ce în ce mai frugal. Pentru ca realitatea să nu fie asta, o să fie nevoie de o minune: din păcate, nu văd cine o să fie în stare s-o aducă printre noi.

La fel de sincer vă spun că sunt momente când nu mai am chef să stau nici o clipă peste program (lucru de la sine înțeles în orice altă țară), după ce văd cum profesia îmi este terfelită. Nu-i înțeleg nici pe colegii mei care, în loc de explicații coerente, răspund cu aroganță – dar le găsesc circumstanțe atenuante: mi se pare cel puțin bizar ca specia denumită ziariști să generalizeze, ricanând, o problemă tragică, azvârlind oprobiul asupra unei întregi categorii profesionale.

Din experiență proprie știu cum se comportă anumiți ziariști la spital – la fel ca și pacienții cu foarte mulți bani, își imaginează că sănătatea poate fi dobândită prin presiune sau... prin bani. La fel ca și pacienții cu foarte mulți bani, consideră că se înțelege de la sine că domniilelor merită un tratament preferențial... Ceea ce nu e deloc adevărat. Dar, ar fi acesta un motiv suficient pentru a considera că toți ziariștii sunt prost crescuți sau animați de parti-pris-uri?

În fine...

Acest post este dedicat tuturor medicilor care strâng din dinți.

Mesajul a fost postat pe adresa de mai jos:

<http://sebastian-corn.tapirul.net/370/scrisoare-deschisa-ministrului-sanatatii-un-autodafe>



ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI

12-14 decembrie 2008: *Weekend Interjudețean cu Prerevelion Balint*, Dulcești-Roman. Gazdele noastre au fost familia Țubucanu, care după îndelungate încurajări s-au „dat la brazdă” organizând o întâlnire în care au reușit să creeze o atmosfera specific moldovenească: tandră, caldă, memorabilă. Programul artistic, muzica live ia făcut pe cei 48 de participanți ca să se simtă pe undeva la poalele Raiului. Lucrările prezentate și cazurile aduse ne-au pus pe toți într-o situație de probă a focului. Mulțumesc organizatorilor, așteptând vigorarea grupului românesc și reiterarea întâlnirilor de pe acele meleaguri.

16-18 ianuarie 2009: *Weekend Național de Iarnă cu Postrevelion Balint*, Izvoru Mureș. 4 lucrări, multe cazuri „frumoase”, foc de artificii, vizita lui „Moș Crăciun” sosit din Africa, karaoke, DJ bine avizat, tombolele puse la câștig: tot atâtea posibilități de a crea atmosfera obișnuită cu aceste ocazii.

La ședința de Birou a Asociației s-au luat câteva decizii pe care le-am trimis prin e-mail fiecăruia dintre voi. Cu ocazia ședinței Comitetului de redacție al Buletinului Asociației s-a remaniat componența acestuia, fiind cooptați personalități de vază din domeniul Psihiatriei românești.

Planuri de viitor:

13-15 martie 2009: curs pentru liderii de grup Balint, Poiana-Brașov. Formator: Michel Delbrouck, Belgia.

8-10 mai, 2009: *Weekend Național Balint de Vară*, Ocna-Șugatag, 12 credite EMC

26-28 iunie, 2009: *Weekend Interjudețean Balint*, Bârlad, 12 credite EMC

5-9 septembrie 2009: **al XVI-a Congres Internațional Balint, Poiana Brașov. 28 credite EMC.**

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 plănuț 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 componență fixă din care dacă lipsește cineva, ceilalți imediat se simt frustrați, considerând că respectivul coleg a plecat din cauză că a fost jignit decât membrii grupului. **Taxa de participare** pentru colegii din România (indiferent de categoria profesională) este de **255 Euro** dacă participă la coctailul de primire sau **225** dacă nu participă. (După data de **30 iunie** se aplică taxa de **340** respectiv **310 Euro**)

Pentru însoțitori se percepe aceeași taxă cu al străinilor, de 195 Euro.

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

ADRESA SITE-LUI pentru alte amănunte: www.balintcongress2009.com

6-8 noiembrie 2009: a XVI-a Conferință Națională Balint. Casa de Studii Jakab Antal, Șumuleu-Ciuc, 20 credite EMC.

11-13 decembrie 2009: *Weekend Interjudețean cu Prerevelion Balint*, Satu-Mare. 9 credite EMC.

15-17 ianuarie 2010: *Weekend Național cu Postrevelion Balint*, Roman

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

Bera Veress.

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 publicazioni.

Déseamos establecer intercambio con otras publicaciones.