

Buletinul Asociației Balint

Periodic trimestrial. Volumul XVI. Nr. 61.



Martie 2014

MEDITAȚIA – SURSĂ DE SĂNĂTATE PSIHICĂ

- PSIH. GÖRÖG ILONA PH.D

IMPORTANȚA TRAUMEI SEXUALE CA TRIGGER ÎN PRIM EPISOD DE SCHIZOFRENIE AFECTIVĂ

- DR. SIMONA TRIFU, DR. SILVIA RADUT, RALUCA ZAMFIR

ISTORIA DEZVOLTĂRII METODEI BALINT - GRUPURI, MIȘCAREA BALINTIANĂ, PERSPECTIVE

- ANDOR HARRACH, BUDAPESTA - PREȘEDINTELE ASOCIAȚIEI DE PSIHOSOMATICĂ BALINT DIN UNGARIA. TRADUCERE: GÖRÖG ILONA ȘI VAJDA-HEGYI CSILLA

A RESPONSE TO THE "CONSULTATION" SECTION OF THE RCGP DRAFT CURRICULUM FOR GP TRAINING, FROM THE COUNCIL OF THE BALINT SOCIETY

- ON BEHALF OF THE BALINT SOCIETY AND JOHN SALINSKY, EDITOR, THE JOURNAL OF THE BALINT SOCIETY FEBRUARY 2006



Cuprins

PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA	2
BIROUL ASOCIAȚIEI	2
CĂTRE AUTORI	3
MEDITAȚIA – SURSĂ DE SĂNĂTATE PSIHICĂ ■ PSIH. GÖRÖG ILONA PH.D	4
IMPORTANȚA TRAUMEI SEXUALE CA TRIGGER ÎN PRIM EPISOD DE SCHIZOFRENIE AFECTIVĂ ■ DR. SIMONA TRIFU, DR. SILVIA RADUT, RALUCA ZAMFIR	8
ISTORIA DEZVOLTĂRII METODEI BALINT - GRUPURI, MIȘCAREA BALINTIANĂ, PERSPECTIVE Andor Harrach, Budapesta - președintele Asociației de Psihosomatică Balint din Ungaria Traducere: Görög Ilona și Vajda-Hegy Csilla	15
A RESPONSE TO THE “CONSULTATION” SECTION OF THE RCGP DRAFT CURRICULUM FOR GP TRAINING, FROM THE COUNCIL OF THE BALINT SOCIETY - On behalf of the Balint Society and John Salinsky, Editor, The Journal of the Balint Society February 2006	24
ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI • PLANURI DE VIITOR ■ Dr. Albert Veress - <i>Miercurea Ciuc</i>	28

MOTO: “Doctorul mi-a dat șase luni de trăit, dar când a văzut că nu pot să-i plătesc onorariul, mi-a mai dat șase.” (Walter Matthau)

Martie 2014, Volumul XVI, Nr. 61 ■ Periodic trimestrial, apare în ultima decadă a lunii a treia din trimestru.
Fondat: 1999 ■ Redactor șef: Albert VERESS M.D. Sc.D. ■ Lector: Almoș Bela TRIF M.D., Sc.D., J.D., M.A ■ Tehnoredactor:
Botond Miklós FORRÓ (fbotond@yahoo.com) ■ Editat de: Asociația Balint din România ■ Tipărit la: Tipografia Alutus,
Miercurea-Ciuc ■ Adresa redacției: 530.111 - MIERCUREA CIUC, str. Gábor Áron 10, tel./fax 0266-371.136; 0744-812.900 ■
E-mail: berciveress@asociatiabalint.ro; alveress@clicknet.ro

COMITETUL DE REDACȚIE:

Tünde BAKA ■ Doina COZMAN ■ Dan Lucian DUMITRAȘCU ■ Evelyn FARKAS ■ Liana FODOREANU ■ 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 ■ Almos Bela TRIF (USA) ■ Ionel ȚUBUCANU ■ Éva VERESS ■ Nicolae VLAD



Prezentarea Asociației Balint din România



Michael Balint: Psihanalist englez de origine maghiară

DATA ÎNFIINȚĂRII:
25 iulie 1993

GRUPUL BALINT:

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

SPECIFICUL ASOCIAȚIEI:

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

OBIECTIVE:

Formarea 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.

ACTIVITATEA ASOCIAȚIEI:

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

REGULI PRIVIND ÎNSCRIEREA ȘI PLATA COTIZAȚIEI:

Cotizația se achită până la data de 31 martie a anului în curs. Cuantumul ei se hotărăște anual de către Biroul Asociației. Cei care nu achită cotizația până la data de 31 martie a anului în curs nu vor mai primi Buletinul din luna iunie, iar cei care nu vor plăti

cotizația nici până la data de 31 martie a anului următor vor fi considerați restanțieri pe doi ani și vor fi excluși disciplinar din Asociație. **Cotizația pentru anul 2014 este de 25 EURO** (la cursul oficial BNR din ziua în care se face plata), în care se include și abonamentul la Buletin. În cazul în care două persoane dintr-o familie sunt membre ale Asociației, una dintre ele poate cere scutirea de la plata abonamentului la Buletinul Informativ, împreună revenindu-le doar o sumă de **42 euro**. Studenții și pensionarii sunt scutiți de la plata cotizației, fiind necesară doar abonarea la Buletinul Asociației. Taxa de înscriere în Asociație este de **20 EURO** (nu se face reducere nici unei categorii socio-profesionale). Abonamentul costă **8 EURO**. Plata abonamentului și a cotizației se face în cont CEC Miercurea Ciuc, nr. RO-26CECEHR0143RON0029733, titular: Asociația Balint, cod fiscal: 5023579 (virament) sau 25.11.01.03.19.19 (depunere în numerar)

Biroul asociației



PREȘEDINTE:
Holger Ortwin LUX
■ holger.lux@gmx.net



VICEPREȘEDINTE:
Csilla VAJDA-HEGYI
■ asociatiabalint@gmail.com



SECRETAR:
Ilona GÖRÖG
■ abr.secretariat@gmail.com



TREZORIER:
Albert VERESS
■ alveress@clicknet.ro



Zsófia ÁRVAI



István VÁRADI



Tünde BAKA



Enikő Éva BUTYKA



Éva VERESS



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 etc.).

Materialele scrise la solicitarea redacției vor fi remunerate. Buletinul este creditat de către CMR ca prestator de EMC, deci orice articol publicat se acreditează cu 25 de credite EMC. Abonamentul la Buletin se acreditează cu 5 credite.

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

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

Manuscrisele sunt lecturate de un 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.

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**)

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 CD, DVD, 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 la adresa redacției.

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

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

Prețul unui număr la vânzare liberă este de 2 EURO (evaluate în lei 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.



MEDITAȚIA – SURSĂ DE SĂNĂTATE PSIHICĂ

■ PSIH. GÖRÖG ILONA PH.D., BRAȘOV

Abstract: *This paper continues the series of articles published in Balint Bulletin on burnout prevention. Starting with a description of meditation as a method of self-development and mental hygiene, presents a few relatively simple exercises, and the way they can be applied with more benefits.*

Key words: *meditation, path of life, meanings, exercises.*

Rezumat: *Lucrarea se înscrie în șirul de articole publicate în Buletinul Balint pe tema prevenirii stării de secătuire (burnout). Pornind de la descrierea meditației ca metodă de autodezvoltare și de igienă psihică, sunt prezentate câteva exerciții de meditație relativ simple, precum și modalitatea prin care acestea pot fi aprofundate.*

Cuvinte cheie: *meditație, drumul vieții, semnificații, exerciții .*



INTRODUCERE

Deși conștientizăm tot mai mult necesitatea însușirii unor metode de combatere a efectelor stresului cotidian și profesional, găsim cu greu timp pentru a ne proteja. O sursă valoroasă de inspirație poate fi cartea "Conviețuirea cu stresul – Strategii de înfrânare a anxietății" în care B. Luban-Plo-

zza, U.Pozzi și T. Carlevaro (2000) descriu pe lângă mecanismul și efectele stresului și câteva strategii anti-stres (1). Trainingului autogen Schultz și unui training nou psihosomatic, "relaxarea prin respirație ritmată", le sunt dedicate capitole separate, considerându-se că starea de relaxare la care se poate ajunge contribuie eficient la refacerea echilibrului perturbat dintre "psyche" și "soma" și este premisa unui proces de autoanaliză și autoînțelegere.

O metodă valabilă pentru menținerea sănătății psihice este meditația. Deși nivelul avansat presupune o practică îndelungată sub îndrumarea unui/unor mentor(i) sau formator(i), aceasta nu ar trebui să ne rețină în a introduce în rutina noastră câteva exerciții de meditație (2, 3). Să ne amintim expresia: și cel mai lung drum, începe cu primul pas...

Rubten (2) ne atrage atenția că meditația este mai mult decât o stare de relaxare, pe care o presupune, dar cere în plus un efort de disciplinare a minții, de concentrare pe obiectul actual al atenției: un punct sau o idee. Kabat-Zinn (3), în chiar titlul uneia din cărțile sale, definește meditația ca "arta de a fi conștient" și o consideră "procesul prin care atenția și conștiința devin mai profunde, mai rafinate și pot fi folosite mai plenar în viața de zi cu zi." (3, p.11).

Meditația este ca un "diamant cu multe fațete" (3), nu

există un mod unic "corect" de a medita (3, 4, 5). Ceea ce este comun în diversitatea căilor de meditație este contemplarea momentului prezent "indiferent cum se prezintă acesta, într-un spirit al acceptării și iubirii de sine, dar și al deschiderii față de totalitatea posibilităților care ar putea să apară" (3, p.13).

Multe din problemele și suferințele noastre se datorează faptului că ne lăsăm influențați fie de gânduri, experiențe, trăiri legate de trecut, fie de fantezii privind viitorul în detrimentul prezentului vieții noastre reale. Meditația ne poate ajuta să "ne trezim din această stare", să fim mai bine conectați cu realitatea din jurul nostru, dar și cu noi înșine.

Merită clarificate câteva aspecte. Meditația nu ține neapărat de ceva mistic sau de o religie, ci de cultivarea stării de calm și de luciditate mentală (3,4,5). Meditația de "concentrare", de fixare a minții asupra unui punct, este una din formele de meditație, cealaltă formă fiind meditația "analitică", prin care mintea eliberată "se angajează într-o reflecție activă" (2, p.141).

Detășarea de tumultul cotidian, golirea minții, pe care meditația o presupune pe durata ei, nu sunt o fugă de lume și de probleme, ci dimpotrivă, un mod de a regăsi energia și a deveni mai eficient în gestionarea vieții.

Deși relaxarea corpului este importantă, nu există o postură unică obligatorie, la fel cum liniștea necesară poate fi regăsită în ambianțe diferite. Dacă medităm stând pe scaun se recomandă să ne detensionăm corpul și să ne meținem drept coloana. Ar putea deveni o piedică dacă urmărim să obținem o anumită "performanță" sau considerăm meditația o "activitate" – ea trebuie privită mai degrabă ca "o stare existențială", o "stare de a fi", de contemplare a ceea ce se petrece (3).



Este important să stabilim de ce dorim să medităm (2, 3). Motivația conștientă sau motivul latent al acțiunilor noastre "determină amploarea și eficiența acestora" (2). Câteva beneficii la care ne putem aștepta prin practicarea meditației: îmbunătățirea funcțiilor mentale, diminuarea stărilor de tensiune, a anxietăților ce apar în viața de zi cu zi, aprofundarea autocunoașterii, acces tot mai bun la resursele noastre interioare, la potențialul nostru creativ (4).

M. Dahlke și R. Dahlke (6) citează numeroase cercetări care au urmărit modificările activității cerebrale din timpul meditației și efectul acestora asupra stării generale a persoanelor investigate și afirmă că există consens în privința gradului accentuat de detensionare, lipsa simptomelor de anxietate și mărirea stării de conștiență. Bhavika(7), autorul unuia din numeroasele articole care pot fi accesate prin internet, citează cercetări care aduc dovezi că, dincolo de îmbunătățirea stării psihice și fizice a persoanei, practica meditației are efect benefic asupra structurii creierului.

EXEMPLE DE EXERCIȚII DE MEDITAȚIE

Un mod de **exersare a conștientizării momentului trăit** este **concentrarea pe respirație** și la senzațiile care o însoțesc. Cu cuvintele lui Kabat-Zinn (op.cit.): "să respiri conștient de faptul că respiri", respectiv de "ce simți când aerul pătrunde în corp și când îl părăsește?". Respirația este unul din cei mai "utili aliați" ai relaxării și ai focalizării minții (idem).

O alternativă pentru meditația în postura șezând este **meditația în timpul mersului** (2,3,8). Mulți oameni se simt mai liniștiți în timpul mersului. Ne putem focaliza asupra mișcărilor sau putem contempla cu atenție sporită detalii ale anturajului în timp ce parcurgem un traseu prin casă, în grădină sau în natură. Putem să ne orientăm atenția în mod selectiv spre anumiți stimuli și, prin efortul conștient de "control al porților simțurilor", să focalizăm atenția rând pe rând spre ceea ce ne parvine printr-un simț, apoi prin altul... În lipsa unui efort susținut de control al activității minții, simțurile noastre ar fi ca ușile deschise ale unei case în care mintea noastră aleargă când spre afară când spre interior ca un animal sălbatic (2).

Ne pot ajuta întrebări ca: "Ce trezește în mine ceea ce percep (forme, culorile, sunetele, parfumul)?", "Sunt aici întru totul prezent?", "Unde se află mintea mea în clipa de față?"

"Întinderea a ceea ce vedem și facem

Este limitată de ceea ce nu reușim să observăm.

Și pentru că nu reușim să observăm,

Nu prea avem ce să facem ca să schimbăm ceva,

Până când nu vom observa

Cum faptul că nu observăm

Ne modelează gândurile și faptele."

R.D. Laing (citată după Pattakos (9).

Contemplarea conștientă extinde capacitatea noastră de cuprindere și de cunoaștere. Ea presupune calmarea minții, detașarea de gânduri și griji și capacitatea de a intra și a rămâne liniștit și conștient în starea de "a fi" în prezent (3). Starea contemplativă autentică este definită de Csirszka (10) ca "liniștea armoniei în om".

ÎNDREPTAREA ATENȚIEI SPRE CORP

Se impune să ne observăm postura, felul și ritmul mișcărilor noastre. Exemple de întrebări care măresc conștientizarea particularităților posturii și mișcărilor noastre cât și a stărilor psihice pe care le exprimă: "Cum stau pe picioare?", "Cum sunt pașii mei?", "În ce direcție mă îndrept?", "Unde simt tensiune?", "Ce poveri mă apasă?" , "Mă simt singur(ă)?", "Cine îmi este alături?", "Cu cine sunt umăr la umăr?", "Tind să încetinesc sau să măresc ritmul?", "Ce mă reține?", "Ce mă grăbește?", etc.

MEDITAȚIA ASUPRA DRUMULUI VIEȚII

Fiecare din următoarele întrebări selectate din exercițiul de meditație propus de M. Szőnyi (11), psihoterapeut, formator al MRSzE (Asociației Maghiare de Terapie prin Relaxare și Simboluri), poate constitui un prilej de a reflecta asupra diferitelor aspecte definitorii ale vieții noastre: "Unde mă aflu acum?", "De unde am pornit?", "Cu ce fel de merinde am pornit la drum?", "Care au fost principalele stații pe drumul meu până acum?", "Cum le-aș denumi?", "Care au fost răscrucele care m-au obligat să aleg?", "Cum am ales?", "Care este drumul meu propriu?", "Pe ce alte drumuri am fost purtat și de cine?", "Ce m-a rănit și cum m-am vindecat?", "La finalul vieții mele ce aș dori să fi realizat neapărat?"

Retrospectiva asupra vieții poate fi declanșată de un moment de răscruce, de o schimbare majoră din viața noastră, dar (re)analizarea periodică a drumului parcurs și a direcției spre care ne îndreptăm ne poate ajuta să înțelegem și să ne trăim viața cu mai multă luciditate.

"Ori unde te-ai duce, ai ajuns deja, căci calea pe care mergi este însăși viața ta" ne atrage atenția Kabat-Zinn (3, p.11): ar trebui să ne trăim viața mai conștienți de realitatea prezentă, de locul unde ne aflăm, de direcția către care ne îndreptăm, de aspirațiile noastre. Importanța reflecției asupra temelor vieții proprii este subliniată și de afirmația



Referate

lui Csirszka: "singura călătorie adevărată este aceea pe care omul o face în interiorul lui însuși" (10).

VIAȚA ÎN METAFORE

Explorarea semnificației expresiilor prin care ne descriem experiențele ca și povestea vieții noastre îmbogățește înțelegerea momentelor, acțiunilor și trăirilor specifice. Pătrunderea în sensul profund al cuvintelor, în simbolica acestora, este înlesnită de educația noastră, de bagajul nostru cultural, de poveștile, miturile, legendele, de exemplul eroilor/eroinelor cunoscute. Ne pot fi de ajutor și dicționarele și, în mod specific, dicționarele de simboluri.

Expresii frecvente legate de drumul vieții redau mișcarea: ajunși la vârsta maturității, tinerii "pășesc în viață", "părăsesc căminul părintesc; "își aleg și parcurg drumul propriu" sau "îl găesc". Alegerea corectă a drumului este în acord cu "menirea" fiecăruia/ fiecăreia, menire însemnând misiune, rost, sarcină, predestinare, soartă, destin (DEX, 98) sau ar putea "trece prin viață", "rătăci" fără țel, fără a-și căuta/găsi vocația...

Dicționarele de simboluri (12, 13) descriu pe larg semnificațiile **călătoriei**, un simbol existențial extrem de bogat. Călătoria simbolizează o nevoie de schimbare, o nevoie de a dobândi o nouă cunoaștere, o nouă perspectivă. Evseev (12) amintește următoarele sensuri pentru călătorie: "simbol al căutării, al descoperirii, al inițierii, al perfecționării, al cunoașterii"; "desprinderea de un centru sau căutarea unui centru și deci, o devenire spirituală"; căutarea unui tezaur material sau spiritual; căutarea adevărului - călătoria cea mai dificilă, "ultima călătorie" (moartea) (12, p.31).

După Chevalier și Gheerbrant (13), călătoria simbolizează în esență "căutarea adevărului, a păcii, a nemuririi" și "căutarea și descoperirea unui centru spiritual" (12, p.268). Nu este indiferent nici felul în care este parcursă călătoria, drumul prin viață. Ne putem îndrepta ferm spre țelul ales sau putem alege libertatea de a hoinări prin viață, ca "un semn al eliberării, al independenței, al refuzului frontierelor" (14).

Semnificații ale drumului după Evseev (12) sunt: legătură, acces, locul evenimentelor și întâlnirilor prevăzute și neprevăzute, al posibilei împletiri de destine; drumul este asociat "cunoașterii, inițierii, devenirii, transformării, destinului" (p.55). Felul și orientarea drumului: "drept", "întortocheat", "în cerc", "în zig-zag", "înainte", "înapoi" comportă un plus de semnificație.

Drumul drept, de exemplu, este calea credinței adevărate; a merge pe drum înainte are sens pozitiv, reprezintă "evoluție, afirmație și creație", iar "înapoi", are sens nega-

tiv: "involuție, renunțare, eșec"; reflectat și de credința că dacă te întorci din drum, nu-ți va merge bine" afirmă Evseev (idem).

Alte elemente semnificative ale drumului sunt cotiturile, stațiile, centrul; coordonatele spațiale: pe orizontală, pe verticală- ascensiune, coborâre; mijlocul folosit, etc. Intersecția drumurilor are simbolică universală. Semnificații deosebite au: răscrucea, locurile de trecere peste ape și obstacole (punte, vad, vale, sau zid, vâltoare, prăpastie, etc.) corespunzând unor momente de schimbări importante, de tranziție, de creștere sau de involuție.

Considerate încă din antichitate ca locuri de apariții și revelații, precum și de trecere de la o lume la alta, răscrucele de drum au fost străjuite de obeliscuri, troițe, capele, pietre cu inscripții, cruci și statui sfinte. Răscrucea pune călătorul în fața unei alegeri, stârnind ezitare și îndemnând la reflecție înainte de lua o decizie (12). O nouă răspântie poate fi considerată o nouă șansă. Presupune popas, pauză de reflecție, de reculegere înainte de a alege drumul (13, vol. 3).

Orice persoană se întâlnește cu răscrucea în ea însăși atunci când, în momentele importante ale vieții sale, se intersectează diferite nevoi, intenții și aspirații și trebuie făcute alegeri. Meditația analitică se poate îndrepta spre întrebări ca: "Unde este locul meu?", "Încotro se-ndreaptă drumul meu?", "Ce urme lasă/au lăsat/ pașii mei?", etc.

Analiza va fi aprofundată prin numeroase alte cugetări despre viață, ajungând în final, inevitabil, la întrebări privind sensul vieții, rostul nostru în lume. Homo "viator" – omul "călător prin viață" - este înzestrat cu capacitatea de a descoperi și împlini "potențialitatea", purtând responsabilitatea de a folosi optim resursele proprii și oportunitățile, arată Csirszka (15). Călătoria lui în lume este "bună" dacă urmează calea vocației în realizarea potențialului său personal. Analizând tema autonomiei și a modului în care ne conducem viața, Csirszka (16) subliniază că locul nostru în lume este un "loc cu menire", prin care trebuie să realizăm ceva: să ne formăm, să ne desăvârșim personalitatea, dar și să răspundem la "chemarea", "apelul" de a participa la transformarea, împlinirea **universului cu care venim în contact**.

Este un loc "dinamic", fiind necesare "revizii periodice" și "corecții", fie datorită "schimbărilor, pălirilor" obiectivelor, fie din cauza obstacolelor și greutăților care apar. În fața schimbărilor și greutăților trebuie să ne afirmăm capacitatea de "actualizare" a modului de viață, iar când resursele noastre sunt insuficiente pentru a găsi rezolvare pentru



ele, să compensăm prin a le acorda "valoare-sens", sau, în situațiile extreme, să ne dezvoltăm capacitatea de "supunere – tolerare".

Practica avansată a meditației presupune multă exersare, o muncă comparată de Kabat-Zinn (op.cit., p.113) "cu săparea tranșelor, cu lucrul într-o vie sau cu secarea unui iaz cu o găleată". Cum putem recunoaște dacă "medităm bine"? Caracteristicile meditației autentice sunt, după Rabten (2), mintea senină („veselă”), echilibrată și calmă, capacitatea de a menține clar și durabil în atenție obiectul meditației, precum și "o stare mentală meritorie", de disciplină morală și dispoziție pozitivă. La început, meditația de concentrare nu ar trebui să fie mai lungă de 30 de secunde (2), iar cea analitică de aproximativ 5-10 minute (4). Toți autorii citați afirmă că este de preferat exersarea scurtă dar zilnică, până se formează practica proprie. Preocuparea pentru explorarea universului simbolurilor va îmbogăți semnificativ experiența interioară.

ÎN LOC DE CONCLUZII

Analizând mutațiile din câmpul de acțiune a medicinei contemporane, Luban-Plozza (2003) afirmă că medicina devine tot mai mult ca o "medicină a minții". "Tenta psihosomatică" a bolilor omului modern cere ca medicii să poată recomanda strategii sanogenetice. Deși nu există "o cale prescrisă sau o hartă a fericirii", ea presupune răgaz pentru reflecție și regăsirea sensului vieții (17). "Nimeni nu e la adăpost de stres", de "stresul ne-supravegheat", nici cei care lucrează în domeniul asistenței sociale, medicale, iar stresul poate fi combătut doar prin promovarea "sănătății ca o cultură", cu măsuri profilactice și de tratament, ne atenționează Luban-Plozza și co-autorii (1, pp.147-152).

O astfel de preocupare poate fi practicarea meditației, pe care Autieri (18) o consideră un "exercițiu natural, firesc", un mod de a atinge o stare pură, elevată de spirit. Analizând originea cuvântului "meditație", Autieri afirmă că provine din verbul latin "meditari", formă conjugată a verbului "mederi" care înseamnă "a îngriji, a ajuta, a cugeța". Având aceeași rădăcină cu cuvintele "medico" și "medicina", departe de a fi doar un fel de demers speculativ, meditația contribuie la disciplinarea minții, la purificarea ei de emoții negative perturbatoare și la descoperirea eului autentic (Autieri,18).

Bibliografie:

1. Luban-Plozza B, Pozzi U, Carlevaro T (2000) Conviețuirea cu stresul. Strategii de înfrânare a anxietății, Ed. Medicală, Buc.
2. Rabten G (2011) Meditația și viața cotidiană, Ed. Harald, Buc.
3. Kabat-Zinn J (2007) Meditația - arta de a fi conștient, Ed. Kamala, Buc.
4. Ozaniec N (2007) Hétköznapi Meditáció (Meditație cotidiană, I. magh), Ed. Illia & Co., Slovacia
5. Sri Chinmoy (2010) Meditáció (Meditația, I. magh.), Ed. Madal Bal, Budapest
6. Dahlke M, Dahlke R (2013) Meditációs Kalauz (Îndrumător de meditație, I. magh.), Ed. Bioenergetic, Budapest
7. Bhavika, Meditation can Change your Brain Structure, preluat de pe adresa <http://fractalenlightenment.com/14740/enlightening-video/meditation-can-change-your-brain-structure> în iulie 2013
8. Clement S (2008) Járómeditációk (Meditații în mers) in Meditáció kezdőknek, Ed. Alexandra, Pécs, pp. 133-140
9. Pattakos A (2009) Prizonierii gândurilor noastre, Ed. Trei, Buc. (p.15)
10. Csirszka J, Az életviteli attitűd kettős arculata (Cele două fațete ale modului de viață, I. magh.) in Testtől lélekig, A MRSzE lapja, 2013, pp. 80-82.
11. Szőnyi Magda, Életút meditáció (Meditație asupra Drumului Vieții, I. magh.), manuscris (2010?)
12. Evseev I (1994) Dicționar de simboluri și arhetipuri culturale, Ed. Amarcord, Timișoara
13. Chevalier J, Gheerebrant A (1993) Dicționar de simboluri, vol 1-3, Ed. Artemis, Buc.
14. Barloewen von C (2008) Cartea cunoașterilor: conversații cu marile spirite ale vremurilor noastre, Grupul Editorial Art, București.
15. Csirszka J, A kereső csend (Liniștea căutării, I. magh.) in Testtől lélekig, A MRSzE lapja, 2013, pp.12-15
16. Csirszka J, Autonomia és életvezetés (Autonomie și mod de viață, I. magh.) in Testtől lélekig, A MRSzE lapja, 2013, pp. 25-33
17. Luban-Plozza, B. (2003) Mutații contemporane în câmpul de acțiune al medicinei, Cap. 12, în Luban-Plozza B, Iamandescu I-B, Dimensiunea psihosocială a Practicii medicale, Ed. InfoMedica, Buc. , pp.393-395,
18. Autieri S (?) Meditáció (Meditație, trad. în I. magh) Ed. TTK, Debrecen



IMPORTANȚA TRAUMEI SEXUALE CA TRIGGER ÎN PRIM EPISOD DE SCHIZOFRENIE AFECTIVĂ

■ DR. SIMONA TRIFU - UMF „Carol Davila”, FPSE Bucharest, DR. SILVIA RADUT - Clinical Hospital of Psychiatry “Prof. Dr. Al. Obregia”, RALUCA ZAMFIR - UNATC Bucuresti

Abstract: *The long term outcome of the case involving a female patient, aged 48, diagnosed with affective schizophrenia underlines the lack of resources patients could turn to in order to overcome their vulnerabilities (attempted rape, diagnosis of hepatitis B in her son’s case, husband’s aggressive behavior). Sexual abuse, dysfunctional couple relationship, failure of social reintegration, superimposed on a biological and emotional vulnerability, will not allow a proper emotional maturity [1]. Unconsciously, the patient maintains a „victim - abuser” type of relationship (she was the victim of a rape at age 22, and she soon marries a person who had been convicted of rape). From a psychological perspective that validates the psychiatric pathology, Mrs. B., our patient, is unable to establish effective strategies for overcoming trauma, perceiving, at an unconscious level, the mental deterioration given by affective Schizophrenia as beneficial to her relationship as a couple.*

Key words: *affective Schizophrenia, biological and psychological vulnerability, „victim - abuser” type of relationship, insufficient compensation.*

Rezumat: *Evoluția pe termen lung a acestui caz (pacientă în vârstă de 48 de ani, diagnosticată cu Schizofrenie afectivă) evidențiază insuficiența resurselor la care pacienta ar putea apela, în vederea depășirii propriilor vulnerabilități (tentativa de viol, diagnosticarea fiului cu hepatita B, comportamentul agresiv al soțului). Astfel, abuzul sexual, relația de cuplu disfuncțională, incapacitatea de reinserție socială, suprapuse unei vulnerabilități biologice și afective, nu i-au permis o maturizare emoțională adecvată.*

În mod inconștient, pacienta menține o relație de cuplu de tipul „victimă - abuzator” (victimă a unui viol la 22 de ani, se căsătorește în scurt timp cu o persoană care fusese condamnată pentru viol). Din perspectivă psihologică, ce validează patologia psihiatrică, doamna B. nu este capabilă să stabilească strategii eficiente de depășire a traumelor, percepând (la nivel inconștient) deteriorarea psihică dată de Schizofrenia afectivă, ca fiind benefică relației de cuplu.

Cuvinte cheie: *Schizofrenie afectivă, vulnerabilitate biologică și psihologică, relație de tip victimă – abuzator, resurse compensatorii insuficiente.*



I. DATE DE IDENTIFICARE:

Pacienta, identificată după inițialele numelui, B. V., are 48 de ani, a fost muncitoare în cadrul unui laborator de porcine iar, în prezent, este pensionată pe caz de boală, cu diagnostic psihiatric stabilit în anul 2005. Nu este căsătorită, însă are o relație de concubinaj care se întinde de-a lungul a peste 20 de ani (din 1989).

Părinții pacientei B.V. au decedat recent, la scurtă vreme unul față de celălalt (mama în 2012 și tatăl în 2013). Provine dintr-o familie numeroasă, cu 9 copii, cu un nivel socio-cultural și material modest. În ceea ce privește nivelul de școlarizare al pacientei, B.V. a absolvit un Liceu Industrial cu Diplomă de Bacalaureat, afirmând că *i-a plăcut să învețe, a fost pasionată de pictură și sport.*

B. PERFORMANȚA PROFESIONALĂ

Deși domeniul de activitate nu necesita efort din punct de vedere intelectual, B.V. a avut o performanță crescută în cadrul laboratorului de porcine în care activa, iar **suprasolicitarea (fizică / psihică)** era moderată. În ceea ce privește integrare în grup și relaționare cu colegii, cu superiorii, acestea s-au făcut fără eforturi mari, B.V.

II. DATE ANAMNESTICE RELEVANTE

(cu posibile efecte psihologice / psihopatologice):

A. FAMILIA DE ORIGINE (structura familiei) :



adaptându-se ușor și considerând, chiar, că este apreciată de superiori. Cu toate acestea, pacienta a avut incidente la locul de muncă, fiind agresată de către un coleg de serviciu, pe care l-a acuzat de tentativă de viol.

C. FAMILIA ACTUALĂ (structura și dinamica):

B.V. se află într-o relație de concubinaj ce a început cu peste 20 de ani în urmă, în 1989. Din această relație au rezultat 3 băieți, fiecare având probleme fie de natură fizică, fie de natură psihică. Cel mare, 24 ani, a fost diagnosticat cu hepatita B. Cel mijlociu, 23 ani - fost dependent de canabis, iar cel mic, de 21 de ani, deși pare a fi singurul ferit de astfel de complicații, va fi, la rândul său, diagnosticat cu hepatita B. Concubinul este pensionat pe caz de boală, fiind diagnosticat cu Diabet zaharat, Infarct miocardic și Tulburare de personalitate de tip polimorf.

Climatul familial este unul tensionat, agresiv, comunicarea este deficitară. În ultimii 2 ani, B.V. a început să comunice mai bine cu concubinul, întrucât acesta a realizat gravitatea stării de sănătate a pacientei (beneficiul secundar al bolii) [1].

D. ISTORICUL BOLII PSIHICE

Prima internare a avut loc la vârsta de 22 de ani, în urma unei tentative de viol. B.V. a depus plângere la poliție împotriva agresorului (un coleg de serviciu). Din relatările acesteia descoperim că „am făcut cel mai mare șoc din viața mea, nu mai judecam.” Informațiile pe care le-a aflat ulterior nu au făcut decât să agraveze starea în care se afla deja: „Un grup de tineri de la locul de muncă a pus pariu să vadă dacă mai sunt virgină, de asta cred că a încercat să mă violeze. Mi-a zis că mă așteaptă mama lui pe câmp, lângă fabrică, să îmi dea un sac cu cartofi. M-a păcălit... Acolo s-a întâmplat.” Pacienta este afectată nu doar de faptă, în sine, ci și de realizarea că, la umilirea sa, au participat, în mod indirect, mai multe persoane. Mai mult decât atât, este afectată de premeditarea abuzului pe care l-a suferit [2].

Astfel, B.V. își amintește că: „m-a lovit cu pumnii. Am lovit și eu. Am încercat să scap. Am simțit că îmi pocnește ceva în cap. Cred că am rămas cu o traumă de atunci. Am simțit că s-a dereglat un nerv.”

„Am fost la poliție și la medicul legist. Am stat 3 luni la Bălăceanca.”

Diagnosticul pus la prima internare a fost cel de **sindrom discordant**. A doua internare a avut loc în 2005. Dintre simptomele care s-au manifestat deplin, profund și puternic, enumerăm: plâns, agitație psihomotorie; țipete. Pacienta nu mai putea suporta televizorul, nu se mai îngrijea, nu

mai mânca. În momentul în care s-a prezentat la camera de gardă a spitalului de psihiatrie, reușea să comunice doar nonverbal („Dădeam din umeri și atât”).

Elemente psihotice:

Pacienta descrie o serie de halucinații auditive imperative: „Auzeam în cap un robot care îmi punea întrebări la care trebuia să răspund.” De asemenea, sunt enumerate diverse ipostaze în care pacienta vede și aude lucruri care nu se întâmplau în realitate: „Credeam că vecinii și alte persoane pe care nu le cunoșteam vorbeau despre mine, despre boala mea.” „Pe drumul de la Spitalul din G. până la Spitalul de psihiatrie O., unde am fost internată, îl vedeam pe cer pe Dumnezeu și o lumină albă.”

B.V. relatează că, înainte de internarea din anul 2005, era foarte tristă, lipsită de energie: „Nu m-au dus la spital. Am fost doar o dată, dar doctorul de acolo nu m-a internat.” În ceea ce privește nașterile, acestea s-au petrecut la distanțe mici de timp (un an între primele două nașteri, respectiv, 2 ani, între a doua și a treia). Pacienta consideră că, de fapt, după fiecare naștere, a trecut printr-o perioadă mai dificilă, reușind să identifice și anumite elemente psihologice legate de acestea: „aveam neînțelegeri cu soțul, o dată m-a bătut cu coada de la topor. Am avut ceea ce au unele femei... depresie postpartum.” Trebuie, însă, menționată succesiunea cronologică: inițial a avut loc schimbarea dispoziției în sens depresiv, peste care s-au suprapus elemente psihotice.

În perioada 2006 - 2012 au mai existat **două internări** la Spitalul de Psihiatrie. Simptomele au fost asemănătoare cu cele manifestate la internarea din 2005. În anul 2013 a existat un moment tensionat, crucial, în care pacienta a anunțat-o pe sora sa că dorește să se sinucidă: „O să iau Diazepam.”

E. INTERNAREA ACTUALĂ

Data internării: 2 august 2013.

Simptomele prezentate de pacientă, complexe și puternic resimțite, au o coloratură depresivă: plâns, dispoziție depresivă, oboseală fizică și psihică, ideație delirantă de persecuție, incapacitate de orientare în spațiu, dificultăți de a localiza în timp anumite evenimente.

Înainte de momentul internării, pacienta a lăsat un bilet în care recunoștea că dorește să se sinucidă. Biletul conținea următorul mesaj: „Azi, 2 august 2013, am 3 copii și doresc să mă sinucid, pentru că țin foarte mult la ei. Pe soțul meu, A., îl iubesc foarte mult. Doresc să mă sinucid fiindcă țin mult la ei.” (...) „Mă îngrijoram să nu li se întâmple ceva



copiilor înaintea mea. Nu știam cum reacționează fiul meu la tratament, dacă poate să ia Interferon. A făcut și EKG, să vadă dacă are tahicardie. Și doctorița de la spital a zis că nu se poate ca un copil să moară înaintea mamei. Și a bătut în lemn când a spus asta și eu am înțeles că este ceva în neregulă.”

Elemente psihotice:

Acestea reies din însăși descrierea pe care pacienta o face: *“Vedeam soarele și îmi spuneam: de aici va veni sfârșitul lumii, pentru că ne va arde pe toți și nu va mai exista nimic. Îl vedeam pe Isus că a venit să ne mântuiască.”*
“Mi-e frică să nu mă urmărească cineva.”

F. ANAMNEZA PSIHOLOGICĂ

Pacienta se află într-o dispoziție depresivă de intensitate majoră, situându-se în incapacitatea de a-și concentra atenția. Pare copleșită de astenia fizică și psihică, de fatigabilitate, și prezintă o anxietate generalizată, marcată de elemente psihotice.

G. VULNERABILITĂȚILE PACIENTEI (Diateza)

- tentativa de viol din tinerețe
- diagnosticarea cu hepatita B a fiului mic (cel de 21 de ani)
- dependența de canabis și alcool a unuia dintre fii (R.)
- comportamentul agresiv al concubinului (el însuși fost condamnat pentru viol)
- renunțarea la locul de muncă, întrucât nu a putut să depășească tentativa de viol pe care a suferit-o la vârsta de 22 de ani
- greutățile financiare din copilărie
- decesul părinților
- singurătatea (doi dintre copii sunt plecați în altă localitate), lipsa prietenilor, îndepărtarea de frații ei

H. PRINCIPII GENERALE ALE RELAȚIEI PSIHOLOG CLINICIAN-PACIENT CU RISC SUICIDAR

Scopul inițial este acela de a ține pacientul în viață [2]. Acest deziderat presupune stabilirea riscului suicidar, stabilirea necesității internării, îndrumarea pacientului către medicul psihiatru și colaborarea ulterioară cu acesta. Decizia dacă pacientul prezintă ideea suicidară sau dacă este unul manipulativ trebuie luată doar în urma realizării unor teste specifice și verificării prezenței unei tuburări psihice. De asemenea, trebuie stabilite cauzele care au determinat apariția gândurilor suicidare / tentativei de suicid [3] și identificarea rezistențelor pacientului.

Comunicarea dintre pacient și clinician are un rol esențial în evoluția cazului.

Astfel, specialistul psi:

- adoptă un stil de comunicare asertiv, își expune clar ideile, evită orice judecăți de valoare[3];
- îl ajută pe pacient să-și verbalizeze emoțiile, în vederea exprimării contradicțiilor care conduc la ambivalență [3];
- îl ajută să își identifice emoțiile încărcate și îl învață să le accepte;
- analizează trăirile negative ale pacientului care sunt îndreptate asupra sieși;
- isi propune să formeze o alianță terapeutică;
- tratează cu atenție contra-transferul, existând posibilitatea manifestării unei aversiuni fata de pacientul suicidar [3];
- îl îndrumă, îl susține pe pacient, îi oferă un cadru adecvat utilizării resurselor sale, dar nu îi reduce gradul de implicare în rezolvarea propriilor probleme; nu îi diminuează capacitatea de luare a deciziilor, altfel spus, nu transformă relația specialist psi – pacient într-una de dependență [3];
- îl ajută să reducă starea de ambivalență, întrucât pacienții cu idei suicidare sau tentative în acest sens își doresc să moară, dar și să trăiască;
- asigură un cadru terapeutic sigur / ferm;
- îi dezvoltă pacientului abilitățile de coping, în sensul cognitivist al stabilirii unei strategii terapeutice;

Clinicianul realizează un contract cu pacientul, contract care cuprinde acțiunile pe care acesta trebuie să le întreprindă în situații de criză, contextele pe care trebuie să le evite pentru a preveni apariția complicațiilor și modalitatea prin care învață cui trebuie să se adreseze în astfel de situații [4]. Clinicianul susține pacientul în vederea descoperii adevăratelor cauze care au provocat și menținut durerea acestuia. De asemenea, este imperios necesar să fie adoptată o atitudine suportivă, dar fermă în exprimarea opiniilor, în trasarea atribuțiilor care revin subiectului și în stabilirea planului terapeutic.

Psihologul îl susține pe pacient, în vederea identificării unor situații anterioare asemănătoare cu cea din prezent și a mecanismelor pe care pacientul le-a folosit în vederea depășirii lor [4].

Astfel, pacientul este ajutat să își însușească anumite strategii pe care le poate folosi în viitor, iar acest lucru presupune următoarele:



- identificarea în mod concret a problemelor și formularea lor cât mai clară;
- stabilirea unei importanțe proprii fiecărei probleme, precum și stabilirea măsurii în care aceasta poate fi rezolvată;
- stabilirea contribuției fiecărei probleme în parte la manifestarea comportamentului disfuncțional general actual;
- terapeutul va propune inițial soluții concrete, cu șanse mari de reușită, după care, treptat, va aborda împreună cu pacientul probleme a căror rezolvare necesită un efort susținut, dar care produc modificări mai consistente [4];
- pacientul are mai multe șanse să renunțe la comportamentul său disfuncțional dacă percepe corect rolul pe care îl are în propria schimbare;
- clinicianul se informează cu privire la suportul real de care beneficiază pacientul; în numeroase situații, acești subiecți se simt abandonați, dar acest fapt nu relevă întotdeauna adevărul [4].
- specialistul trebuie să susțină reinsertia pacientului în familie, în diferite grupuri, precum și reinsertia profesională (dacă este cazul).

Însă există și o serie de aspecte ce trebuie evitate cu maximum de atenție: exprimarea propriilor principii de viață, minimalizarea durerii pacientului, evaluarea greșită a riscului de suicid. Trebuie evitată atitudinea ce întărește gândurile iraționale ale pacientului, învinovățirea acestuia pentru situația în care se află, susținerea în încercarea de a atinge obiective nerealiste și, nu în ultimul rând, stabilirea de obiective care sunt rezultatele presiunii sociale și nu de interese manifestate de către pacientul însuși [4];

J. Argumente care susțin intensitatea psihotică a tulburării doamnei B.V. la momentul prezent:

Primul argument ar fi cel oferit la stabilirea diagnosticului de *Sindrom discordant* după o traumă (viol) [7]. Posibilitatea de a comunica exclusiv în registru nonverbal în momentul internării din 2005 denotă regresia la somatico – gestual, B.V. având convingerea că va fi înțeleasă.

Incapacitatea de a se mai îngriji înainte de internarea 2005 este un element caracteristic atât schizofreniei, cât și depresiei, însă trebuie reținută succesiunea: (1) depresie, (2) apariția elementelor psihotice.

Alte argumente riguroase ce susțin intensitatea psihotică a tulburării pacientei:

- delirul de influență xenopatică;
- sindromul de automatism mintal, în care gesturile,

trăirile și actele subiectului sunt comandate din afară [7];

- halucinațiile vizuale derivate dintr-o interpretativitate delirantă („*îl vedeam pe Dumnezeu pe cer, ca pe o pată albă*”).

Argumente care susțin coloratura depresivă:

În 2005, înainte de momentul internării, a existat o perioadă semnificativă ca durată, caracterizată prin tristețe și lipsă de energie. În sens psihiatric, putem afirma că elementele psihotice s-au suprapus peste o perioadă mai lungă, caracterizată exclusiv prin tristețe [7]. De asemenea, au existat perioade depresive postpartum, după fiecare naștere. Pacienta s-a implicat semnificativ în problemele fiilor săi, motivația preocupărilor suicidare de la ultima internare fiind una depresivă de intensitate majoră, având ca trigger afirmațiile medicului hepatolog care i-a tratat fiul. Doamna B.V. are gânduri din „*prea multă iubire pentru copii*” și este incapabilă de a-și manageria corect problemele de viață. Această incapacitate provine dintr-o lipsă psihotică a testării realității [7].

Ca intensitate emoțională transmisă în contratransfer, aceasta este de nivel moderat, însă, în perspectivă psihiatrică, susținem existența **episodului depresiv major**. Actualul episod depresiv major se bazează pe argumentele ce survin în urma preocupărilor suicidare ale pacientei. Aceste preocupări suicidare semnificative, care au stârnit îngrijorarea familiei și au fost transmise, în contratransfer, medicului psihiatru care a evaluat pacienta la momentul internării din 2 august, au dus la decizia de menținere a lui B.V. în salonul de supraveghere. Deși a semnat consimțământul, doamna B.V. a înțeles și a acceptat monitorizarea psihiatrică permanentă.

De asemenea, argumentele țin și de suprapunerea elementelor psihotice și a confuziei [8], putând sugera completarea diagnosticului cu *patternul de „elemente melancoliforme”*, datorită anhedoniei, apatiei și a tendinței la dezorganizare psihotică sub stress [8].

De menționat particularitățile acestui caz, care susțin **episodul actual sever cu elemente psihotice**:

- confuzie, pierderea contactului cu realitatea;
- stabilirea apartenenței la Schizofrenia afectivă [9];
- înaintea ideății autolitice din 2 august, pacienta fusese recent externată, după o internare de aproape 3 săptămâni.



K. Analize și posibile ipoteze:

Este cunoscut în literatura de specialitate faptul că potențialul suicidar atinge cota maximă la sfârșitul unui EDM, atunci când tratamentul antidepresiv îi dă pacientului în cauză forța pulsională cu care să pună în act gândurile asupra cărora tratamentul nu a avut timp să acționeze [9].

Există însă și o altă ipoteză pe care o putem lua în calcul: nepedepsindu-l pe bărbatul care a violat-o în adolescență (acceptă banii, la indicațiile avocatului) pacienta se consideră vinovată. Ea își alege un alt violator pentru a putea rejuca problema iertării și se "căsătorește", în plan mental, cu concubinul ei, știind de fapt că acesta fusese condamnat pentru viol. Acest aspect nu este niciodată conștientizat, materializându-se în relația dintre cei doi sub forma incapacității de a se căsători în plan real, menținând relația la stadiul de concubinaj.

Între aceștia, în ani de zile, în absența unei terapii de cuplu și în absența unei maturizări emoționale care să facă posibilă înțelegerea semnificației violului și a rolurilor jucate de fiecare în parte (putem stabili că amândoi aparțin unei tipologii hipoemoționale și hipersexuale), cei doi proiectează reciproc „l'effort pour rendre l'autre fou” (H. Searls), deoarece în ultimii ani și soțul a avut două internări la psihiatrie, pentru reliefaarea unei structuri de personalitate impulsiv – instabilă [10].

Doamna B.V. este cea care plusează internările soțului, pentru a scoate în evidență dizarmonia de personalitate. În plan concret, ceea ce pacienta urmărește sunt obținerea banilor, a pensiei, a certificatului de handicap, care să ateste că soțul său este așa din tinerețe [10].

În plan metaforic, după o căsnicie de 25 de ani, în care nu găsește nimic tandru și emoțional, revine la aceeași modalitate de rezolvare a traumei la care a recurs și în adolescență – a cere bani în schimbul suferinței la care a fost supusă.

L. RELAȚIA DE CUPLU

Cazul de față se încadrează în tipologia familiei disfuncționale. Climatul familial conflictual nu permite membrilor să își satisfacă nevoile emoționale și nici nu le asigură securitatea [11]. Perturbările apărute în interiorul familiei contribuie, în mod semnificativ, la dezvoltarea deficitară a fiecăruia în parte [11]. Însăși absența unei căsătorii legale scoate în evidență această disfuncționalitate, doamna B.V. percepând situația ca pe o neîmplinire personală („Toți frații mei sunt căsătoriți legal, numai eu, nu”).

Prin neimplicarea într-o căsătorie legală, soțul dovedește

propria incapacitate de a oferi stabilitate. În încercările constante (timp de 24 de ani) de a menține integritatea familiei sale („Eu vreau să fim o familie unită”), pacienta „a reușit”, de fapt, să mențină o relație de cuplu de tipul „victimă - abuzator” („M-a bătut și când eram însărcinată, m-a bătut cu coada de la topor”). În ciuda compromisurilor făcute („A venit cu amanta acasă, mi-a zis să ies afară”), ea nu a putut identifica strategia eficientă și schimbarea „regulilor jocului”. Strategiile sale sunt neclare și nu presupun implicarea activă a soțului său.

În mod inconștient, B.V. percepe degradarea stării sale de sănătate ca fiind benefică relației de cuplu („De când m-am îmbolnăvit, soțul se poartă mai frumos. Are grijă de mine și de băiat, îi gătește de regim.”)

Pacienta atribuie această relație disfuncțională destinului, pe care îl invocă în fiecare moment important al vieții sale de cuplu / familie („L-am întâlnit pentru că așa a vrut Dumnezeu” / „Când a ieșit din pușcărie, a zis că pe prima femeie care îi va ieși în cale o va lua de nevastă”) sau ei însăși („Băiatul a făcut hepatită pentru că noi nu eram cununați”), fără să conștientizeze responsabilitatea soțului. De fapt, astfel, implicit, acceptă caracterul violent al soțului care „a făcut 9 luni de pușcărie pentru viol și a ieșit cu decretul.”

În cazul de față, violența domestică se manifestă sub toate formele sale: constrângere, amenințare, izolare, abuz. În cadrul familiei, soțul își atribuie funcția de putere, fapt ce produce un efect negativ pe două planuri [11], pe cel al abuzului economic („Nu m-a lasat soțul să mai lucrez”) și pe cel al lipsei suportului social („Nu am prietene, nu îmi permite soțul”).

Gelozia este unul dintre simptomele principale ale disfuncționalității cuplului. („les din casă doar cu el.” / „Este gelos, nu m-a mai lăsat la serviciu.”). B.V. caută o rezolvare a problemelor în exterior (la medici, la psihologi) și și-a dorit (în mod inconștient) ca soțul său să primească un diagnostic psihiatric. În acest mod, poate vedea o scăpare din a se acuza exclusiv pe sine de eșecul relației [11].

Soțul manifestă, în cuplu, patternul familiei de origine („Mama lui n-a avut grijă de el, îl alunga de acasă, nu îi dădea să mănânce. Tatăl îi murise.”).

Așadar, patternul în cazul de față, îl reprezintă **menținerea relației victimă - abuzator**, situație pe care nici unul dintre parteneri nu poate și, în mod inconștient, nici nu dorește să o abandoneze.



CONCLUZII

- mediul familial disfuncțional accelerează deteriorarea psihică a pacientei;
- inteligența nativă a lui B.V. este „toxică” pe parcursul celor 24 ani de căsnicie;
- pacienta dovedește o incapacitate de structurare a unor strategii eficiente de depășire a traumelor;
- violența domestică se manifestă sub toate formele;
- controlul asupra evenimentelor esențiale din propria viață este plasat în exterior (destinul, Dumnezeu, medicii, soțul).

Bibliografie:

1. ***. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition . Washington: American Psychiatric Association.
2. ***. (2012) Diagnostic Psihodinamic Operationalizat OPD-2, București: Editura Trei.
3. Prelipceanu, D. (2011) Psihiatrie clinica, București: Editura Medicală.
4. Gabbard, G.O. (2007) Tratat de psihiatrie psihodinamică, București : Editura Trei
5. Lazarescu, M (1993) Psihopatologie clinică, Timișoara: Editura Helicon.
6. Deri, S. (1949). Introduction to the Szondy Test. New York: Grune and Stratton
7. Predescu, V. (1976) Psihiatrie, București: Editura Medicală.
8. Predescu, V. (1989) Psihiatrie Vol. 1, București: Editura Medicală.
9. Prelipceanu, D. (2003) Psihiatrie - Note de curs, București: Editura INFOMEDICA
10. Sadock, B. J., Kaplan, H. I. (2007) Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry: behavioral sciences / clinical psychiatry - 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins.
11. Trifu, S., Petcu, C. (2011) Cazuri clinice de psihiatrie. Explicații psihodinamice și psihologice complexe, București: Editura Universitară.

ISTORIA DEZVOLTĂRII METODEI BALINT - GRUPURI, MIȘCAREA BALINTIANĂ, PERSPECTIVE.

Andor Harrach, Budapesta - președintele Asociației de Psihosomatică Balint din Ungaria
Traducere: Görög Ilona și Vajda-Hegyí Csilla

I. DEZVOLTAREA METODEI DE GRUP-BALINT ȘI EXTINDEREA EI INTERNAȚIONALĂ¹ - Rădăcinile timpurii din Ungaria

Nașterea grupului-balint este strâns legată de primele trei decenii ale evoluției psihanalizei din Ungaria, deci de perioada de până la sfârșitul anilor 1930. Consider că numai întâlnirea norocoasă a mai multor factori a făcut posibilă această performanță intelectuală. Evidențiez, ca introducere, câteva din aceste momente.

Personalitate de referință a scenei psihanalizei din Ungaria, Sándor Ferenczi a fost de la început preocupat de problematica tehnicii analitice. Bálint a considerat că Ferenczi, prin colaborarea sa cu Freud, a putut avea un rol fundamental în dezvoltarea tehnicii analitice (Balint, 1967). Ferenczi a experimentat de la începuturi, scrie Bálint,

dar aceste experimente așa-zis tehnice, au fost descrise prin conceptele tehnicii active, care erau mai degrabă rodul anilor 20. Dezvoltarea ulterioară a acesteia a dus la elaborarea metodelor de psihoterapie scurtă, în care Bálint a avut un rol esențial. O valoare deosebită are articolul deschizător de drum al lui Imre Hermann (1922), pentru că putem vedea descrierea timpurie a terapiilor scurte („o formă simplificată” a psihanalizei).

În prelegerea „Psihanaliza în slujba medicului practician”, ținută în 1923 la Kosice, Ferenczi recomandă aplicarea gândirii din psihologia abisală în activitatea medicală curentă (Ferenczi, 1923).

Prelegerea și articolul din 1926 ale lui Mihály Bálint („Psihanaliza și medicina internă”) reprezintă încă un pas:



1 Traducerea primei părți a articolului.



descriu natura bolilor funcționale, relația medic-pacient, posibilitățile psihoterapeutice și metodologia acestora. Aceasta a devenit scopul muncii de grup-balint de mai târziu.

Trebuie să evidențiem particularitățile generale ale școlii psihanalitice din Budapesta descrise de mai multe ori (vezi de ex. Harmat, 1994), deoarece aceasta a constituit sursa gândirii balintiene:

- Limbajul este mai degrabă limbajul de zi cu zi, folosește rar concepte analitice abstracte, acest lucru este important în stilul de exprimare în munca de grup-balint;
- Aplicarea mai largă a psihanalizei, de exemplu în pedagogie, în învățământul universitar ca o evoluție timpurie;
- Aducerea aspectelor relației în prim-planul terapiei, ceea ce a devenit un element principal și în lucrările lui Balint
- Tehnica de grup a lui Vilma Kovács în formarea analitică.

METODA DE GRUP ÎN FORMAREA ANALITICĂ

Modelul maghiar vestit al formării analitice este deosebit de important din punctul de vedere al dezvoltării grupului-Balint, care de fapt constituie un trunchi aparte în istoria psihanalizei. Când în disputele internaționale referitoare la formare din anii 20 s-a ajuns la concluzia, că analiza de control este necesară, a mai rămas o dilemă: cum se raportează în timp analiza de studiu față de controlul cazurilor din formare? Intr-unul din modele analiza de control a urmat după încheierea analizei proprii, iar în celălalt s-a practicat suprapunerea lor în timp. A fost una din particularitățile modelului maghiar, ca cel puțin primul caz de studiu analitic să fie condus de formatorul analitic, el însuși în situație analitică. Consensul internațional a stabilit să se aplice suprapunerea cronologică, dar analiza de control nu putea fi efectuată de formatorul studiului analitic.

De această dilemă s-a legat modelul de grup al analizei de control al Vilmei Kovács, care este cel de-al doilea element al modelului maghiar și pe care, de fapt, literatura de specialitate nu-l amintește. Nici Vilma Kovács nu face referire la acest aspect în articolul ei apărut în 1933, în care analizează dilema „primului caz”. Această linie caută în esență poziția analizei-control prin întrebarea dacă analiza-control este mai degrabă un demers tehnic-didactic sau este de fapt continuarea analizei de studiu.

Metoda de grup a Vilmei Kovács este descrisă de István Székács-Schönberger (1993) în epilogul cărții „Moștenirea lui Fortunatus”, volum care reunește publicațiile lui Vilma Kovács. Székács-Schönberger : „ ... seminariile tehnice conduse de doamna Kovács erau părți complementare ale sistemului de formare descris de ea. Candidații aveau obligația să participe la analiza-control și anual, minim odată, trebuia să relateze despre evoluția unui pacient pe care-l aveau în terapie analitică, în special cu privire la problemele, dificultățile ivite. Fiecare relatare dura în medie 45 de minute; nu era stipulat, dar practic au fost prezentări libere, în baza consemnărilor. După relatarea candidatului a urmat discutarea problemelor legate de caz, în general cu o durată de două ore. Vorbitorii au fost în primul rând colegii mai vârstnici, cu experiență. (...) La seminariile tehnice participau atât colegi începători cât și colegi cu experiență vastă. (...) Comentariile ... erau instructive ..., după opinia mea, atmosfera se datora în mare măsură personalității carismatice a Vilmei Kovács. Astfel a luat naștere acea comunitate științifică și umană care a pus bazele perioadei de glorie a școlii din Budapesta...” (Székács-Schönberger 1993, 82 -)

Cea care relatează concret că Mihály Bálint a fost unul din participanții la aceste seminarii, în compania, printre alții, a lui Székács-Schönberger, este Ágnes Riskó (2007). Bálint scrie în 1948 (prezentare susținută în 1947) pe marginea disputei din anii 20 referitoare la analiza-control: „Foarte curând a fost lărgit cu seminarii de control, o completare foarte valoroasă, care provine din Viena, dacă știu bine, în primul rând prin influența lui Helene Deutsch și Wilhelm Reich, iar nivelul actual înalt se datorează lui Anna Freud și Otto Fenichel” (Balint, 1948). Seminarul-control, din perspectiva de azi, este evident o manifestare de grup, similară probabil unui grup de formare de discuție de caz, care nu corespunde pe deplin conceptului de analiză-control, dar este o formă de supervizare care se leagă de aceasta. Pe parcursul dezbaterii au diferențiat controlul analizei de studiu, care a rămas mai departe sarcina analizei personale din timpul formării, și controlul analizei realizate de candidat, care este un control metodic de supervizare, și nu poate fi efectuat în cadrul analizei de experiență personală (2. Vierländertagung, 1937²). Balint a considerat aceasta „o reglementare dogmatică obsesivă”, față de care „noi, în Ungaria, ne-am opus”.

Balint subliniază în 1947 că subiectul disputei este

2 Cel de al doilea Vierländertagung din 15-17 mai 1937 de la Budapesta l-a constituit întâlnirea analiștilor din patru țări (Austria, Ungaria, Italia, Cehoslovacia). (Nota red.)



de fapt contra-transferul, cu care candidatul nu trebuie lăsat singur, și dezvoltă concepția maghiară, atunci când reîncepe la Londra munca de grup cu medici de familie. Până atunci Mihaly Balint a acumulat experiență proprie privind manifestările de grup. A condus grup de discuție de caz de acest fel cu medici de familie la Budapesta în a doua parte a anilor 30, care a fost întrerupt datorită controlului politic (autoritățile au plantat un jandarm la aceste discuții suspecte) și emigrării cuplului Balint.

CONTINUAREA EVENIMENTELOR LA LONDRA – SUPERVIZAREA

Mihaly Balint a trecut prin ani grei după emigrare – soția lui, Alice, a decedat subit la scurt timp. A trebuit să-și clădească de la bază poziția lui profesională, părinții lui s-au sinucis la Budapesta sub presiunea terorii naziste, o a doua căsătorie i-a eșuat. Doar după anii de început, petrecuți la Manchester, au urmat stabilitatea, dezvoltarea, adevărată perioadă de glorie a vieții de la Londra.

Tema noastră aici se leagă de firul supervizării. În timpul activității sale la clinica Tavistock din Londra, Balint a venit în contact cu grupul lucrătorilor sociali care ofereau asistență pentru familii; mai bine zis, Enid Flora Eichholz, formatoarea lor de origine engleză, i-a solicitat ajutorul în calitate de analist, în formarea acestora. Astfel se formează un grup comun de formare de discuție de caz pentru lucrători sociali. Munca comună devine relație personală, doamna Enid va fi cea de-a treia soție a lui Mihaly Balint și pe tot restul vieții lui vor fi nu numai un cuplu, dar și colaboratori strânsi, coautori ai mai multor publicații. Ani îndelungați după decesul soțului ei Enid Balint continuă și promovează activ opera lor comună. Cartea de căpătâi a lui Balint referitoare la acest grup (1957, Londra, 1961, Budapesta) o semnează cu dedicația "Soției și colaboratoarei mele".

Până atunci "munca de caz" a dobândit o tradiție îndelungată în supervizarea lucrătorilor sociali; s-a dezvoltat în Europa mai cu seama prin preluarea ei din Statele Unite ale Americii. Aceasta este o filieră aparte a temei noastre, amănuntele căreia le putem cunoaște mai bine din cartea lui Gábor Szőnyi "Grupuri și participanții la grupuri" (Szőnyi, 2005).

Toate scrierile care analizează mai profund problemele supervizării descriu grupul-Balint ca fiind modelul fundamental al superviziei, respectiv ca pe una din sursele originii ei. Din perspectiva istoriei științei și a metodologiei, aceasta este un alt domeniu și se poate vedea că metoda Balint, încă de la începuturi, include și o dimensiune interdisciplinară (Rappe-Giesecke, 2003).

NAȘTEREA GRUPULUI-BALINT MEDICAL

Nu cunoaștem de când datează denumirea de "grup-Balint", nici cine a folosit-o pentru prima oară, prin urmare se poate presupune mai degrabă că este rezultatul unui proces îndelungat de socializare profesională. Nu am cunoștință și nu cred, că Balint, el însuși, ar fi utilizat vreodată această intitulare. În introducerea cărții de bază a lui Balint – "Medicul, pacientul său și boala", putem citi următoarele:

"De câțiva ani organizăm la Clinica Tavistock seminarii de cercetare pentru a studia aspectele psihologice ale practicii medicinei generale. Prin întâmplare, primul subiect de dezbateră al unui astfel de seminar a fost prescrierea de medicamente de către medicii practicieni. Disputa a dezvoltat rapid – și probabil nu pentru prima oară în istoria științei medicale – că, în practica medicinei generale, "medicamentul" cel mai des folosit este medicul însuși. (...) Seminarul a pus repede în evidență, de asemenea, că acest "medicament" important nu are încă o "farmacologie". (...) Este și mai neliniștitor că nu există deloc date bibliografice cu privire la riscurile posibile ale acestui fel de tratament medicamentos... (...) (și) am decis de-ndată că unul din obiectivele cercetării noastre, poate chiar obiectivul principal, va fi elaborarea acestei "farmacologii". (...) Munca noastră s-a desfășurat exclusiv în grupuri de dezbateră care au constat din opt-zece medici practicieni și unu-doi psihiatri. (...) Inițiativa noastră combina cercetarea și formarea. (...) În acest mod, cercetarea a fost realizată de medicii practicieni în cadrul desfășurării muncii lor zilnice... (...) ... din câte știu, n-a mai existat vreo metodă fundamentată pentru formarea medicilor practicieni în psihodiagnostic și în psihoterapie. (...) Precum vom putea vedea, medicii au încercat insistent să atragă psihiatrii în relația de învățător-elev, dar din mai multe motive am considerat benefic să împiedicăm aceasta." (Balint, 1957; (ed. magh., 1990, începând cu p.4)).

Cartea prezintă munca de mai mulți ani a 14 medici practicieni și a unui psihiatru, conține documentația discutării repetate a 28 de cazuri, pe care Balint le-a redat pe baza consemnărilor participanților. Grupul a fost condus de către Balint, Enid având un rol important pe parcursul ședințelor, scrie Balint. Pe lângă ședințele de grup, participanții puteau merge și la consultații individuale la diferiți psihiatri ai instituției, ca și la Enid Balint – numai chiar la Balint nu; pentru el era important să evite în afara ședințelor de grup orice altă legătură cu pacienții.

O metodă fundamentată științific de psihodiagnostic și de psihoterapie pentru educația medicilor practicanți nu



a existat, afirmă Balint, și de aceea au stabilit de la bun început un triplu scop pentru munca de grup:

- a) studiul aspectelor psihologice ale practicii în medicina generală;
- b) educația medicilor generaliști pentru această sarcină;
- c) elaboarea metodicii unei astfel de educații.

Scopul explicit al formării în psihoterapie a fost ca munca medicului practicant să nu se schimbe formal, dar să se completeze cu elemente de psihodiagnostic și psihoterapie. Balint nu s-a mai rupt niciodată de la acest scop și munca aceasta de grup l-a preocupat intens până la moartea sa.

Lucrarea sa mult citată, apărută în 1968, poate fi considerată o sinteză finală a temei, bazată pe o prelegere ținută la Roma la o conferință psihiatrică și care, în traducere, are următorul titlu: "Experiențe cu seminarii de formare și cercetare". Și această lucrare se referă preponderent la medici practicieni, dar Balint menționează că și psihiatrii se lupta cu probleme similare.

PSIHOSOMATICA: BALINT PE URMELE LUI FERENCZI

Studiile de caz din cartea de bază a lui Balint, care provin din cotidianul medicilor practicieni, pot fi caracterizate, pe scurt, ca produsele gândirii psihosomatice, în mod accentuat și în dimensiunea relației medic-pacient.

Pe parcursul muncii de grup medicul practicant devine psihodiagnostician și stabilește prin rutină diagnosticul somatic, dar este atent și la corelațiile psihosomatice, și prin aceasta extinde anamneza, conduce tratamentul somatic și, cu o periodicitate și intensitate variată, desfășoară și psihoterapie de medicină de familie.

Să luăm în considerare: bazele societății americane de psihosomatică au fost puse la sfârșitul anilor treizeci, în aceeași perioadă cu apariția buletinului de psihosomatică de acolo, care-și păstrează poziția de lider în domeniu! Cartea de bază de psihosomatică a lui Franz Alexander a fost publicată în America în 1950! Și în Europa lovită de război Balint are o preocupare intensivă asemănătoare.

Dar să nu dăm uitării lucrările citate ale lui Imre Hermann, Sándor Ferenczi, Mihály Balint și ale Vilmei Kovács, din anii 1920, și nici relația dintre Ferenczi și Groddeck. Balint este recunoscut în întreaga lume ca unul din fondatorii practicii psihosomatice. În această ordine de idei, în mod firesc, trebuie să amintim din nou și din nou, meritul lui Sándor Ferenczi, anume că viziunea lui constituie una din rădăcinile psihosomaticii psihanalitice. Dar, ca și în alt domeniu, opera lui a rămas și în această privință "neorganizată". Mulți alți

autori și-au propus prelucrarea ei, ca și Mihály Balint, mai mult, el a fost administratorul moștenirii lăsate de Ferenczi, ceea ce înseamnă și o parte importantă din lucrările acestuia.

RELAȚIA MEDIC-PACIENT

Conceptul central al muncii de grup-Balint este relația medic-pacient. Balint însuși a desfășurat activități și cu lucrători sociali, dar aplicarea metodei în alte domenii profesionale s-a extins mai târziu. Balint și-a continuat propria linie cu o perseverență personală uimitoare, despre aceasta stând mărturie și mult citata lucrare târzie a sa, cu caracter tehnic, "The structure of the training-cum-research seminars and their effect on medicine" (1968). Munca de grup a dus la cristalizarea conceptului "medic-medicament" ca una din caracteristicile relației medic-pacient, adică la evidențierea faptului că în această relație personalitatea medicului are un rol determinant. În spiritul gândirii analitice această relație este deci un raport de transfer-contratransfer, "o negociere", în sensul că pacientul propune o boală și medicul reacționează la aceasta. În acest proces, medicul are un rol și în "care va fi forma finală a bolii". Ideea de bază balintiană, reluată de mai multe ori, este că medicul trebuie să țină cont și de propria "funcție apostolică", adică de modul în care se raportează la pacient, ceea ce constituie o reacție caracteristică și pentru personalitatea medicului. Aceasta este ideea "medicul-ca-medicament".

"Se putea constata aproape ca și cum ar exista la fiecare [la fiecare medic] o revelație cu privire la ce este bun și ce este rău pentru pacient, la ce se pot aștepta și ce trebuie să suporte; și că are misiunea sfântă să convertească la credința proprie pe fiecare dintre pacienții săi neștiutori și necredincioși". [mențiune în lucrare] Balint, 1957/1990, 155.)

CINCI PORTRETE – PROCESE DE OGLINDIRE ÎN GRUP

1. Balint vorbește de "portretul" medicului aducător de caz, care se prefigurează în grup pe parcursul ședinței. În munca comună mai de durată a grupului, această imagine se schimbă firesc, se completează, se dezvoltă. Portretul este diferit și de la o ședință la alta, pentru că pacienții aduși în discuție în cadrul diferitelor ședințe declanșează reacții individuale particulare și pe lângă aceasta, fiecare participant va avea o reacție tipică la teme tipice, în funcție de propria personalitate. Schimbarea lentă a portretului participantului reflectă "modificarea



- personalității” participantului. Portretul diferă în cazul aducerii unui caz propriu față de cel din funcția de participant: în prima situație, ”manifestarea descriptiv-narativă”, respectiv controlul intelectual, joacă un rol mai însemnat.
2. Cel de-al doilea portret se referă la pacient – așa am putea continua conceptul de portret al lui Balint. Acesta este un produs de grup asociativ-regresiv. Fiecare participant reacționează față de pacient, sau mai bine-zis, față de elementele diferite ale ”întâmplării povestite”; câți participanți, atâtea oglinzi, din care,, pe parcursul ședinței se formează portretul pacientului: boala, personalitatea, contextul vieții sale personale, parțial și istoricul vieții lui.
 3. Cel de al treilea portret arată imaginea conducătorului de grup, pe de-o parte prin prisma diferitelor ședințe, dar pe termen lung și referitor la întreaga sa funcționare. Și în aceasta pot fi distinse două laturi. Pe de-o parte este vorba de reacțiile sale față de întâmplările povestite, aducătorii de caz, cazurile particulare, reacțiile grupului. Pe de altă parte, este valabil și pentru el, chiar dacă în circumstanțe optime într-o măsură mai mică, dar totuși semnificativă, că personalitatea sa și profesionalismul personal joacă un rol în toate aceste reacții.
 4. Cel de-al patrulea portret este imaginea generală a ședinței care prelucrează cazul, care se distinge la fiecare ședință: medicul, pacientul lui, boala și aspectele grupului. Fiecare ședință este un tot unitar, unică, irepetabilă, o un mod unic de desfășurare și un discurs singular, ca o novelă, uneori ca o dramă sau un scenariu polițist, uneori de dimensiunea unui roman.
 5. Portretul al cincilea este imaginea de grup. Nici aceasta nu este o configurație statică, ca de exemplu o poză de grup, deși deține și caracteristicile acesteia. Este diferită de la ședință la ședință, în funcție de cazuri și de fazele vieții de grup: grup nou, grup ”matur”, grup ocazional, grup ”etern”, grup care conlucrează de multă vreme. Imaginea depinde de compoziție, de persoanele care participă la acest proces împreună cu liderul de grup. Imaginea de grup este determinată și de circumstanțele externe ale funcționării. În mod similar, imaginea depinde și de obiectivele apropiate stabilite, pe care le-a elaborat Rappe-Giesecke (2000) în sistemul său fin de diferențiere deja amintit.

PSIHOTERAPIA DE MEDICINĂ DE FAMILIE – FORMARE ȘI PRACTICĂ

”Cartea de bază” prezintă prin cazuri oportunitățile de psihoterapie în medicina de familie. Cea de-a doua carte apărută în 1961, *Psychotherapeutic techniques in medicine*, scrisă împreună cu Enid Balint, sistematizează tema, și o integrează într-o viziune psihoterapeutică mai generală. Cartea n-a apărut încă, din câte știu, în limba maghiară, iar traducerea ei germană s-a realizat în 1970 (*Psychotherapeutische Techniken in der Medizin*).

În introducerea autorii precizează că scopul lor cu această carte este în mod explicit educativ, deoarece această temă nu a fost abordată de nimeni. Cartea poate fi utilă și azi pentru toți terapeuții de orientare dinamică sau pentru persoane aflate în astfel de formare. Pe lângă conținut, limbajul simplu, ușor inteligibil, exprimarea care evită atât cât este posibil expresiile de specialitate, corespund acelei cerințe balintiene ca în gupul-Balint să nu fie folosit un limbaj abstract, prea elevat, îndepărtat de viață, ci să se vorbească în limbajul pacientului, astfel, formarea balintiană devenind și un curs narativ, adică de comunicare.

Un alt scop al cărții este definirea diferențioare a psihoterapiei de medicină de familie, a psihoterapiei specializate și a psihoterapiei psihiatrice. În carte se pune un accent deosebit pe diagnostic, deosebindu-se diagnosticul psihologic medical de psihodiagnosticul bazat pe teste și de anamneza din psihiatrie.

Un capitol este dedicat reacțiilor emoționale ale medicului, în care sunt prezentate următoarele date: ”Dacă în timpul tratării pacientului apar emoții sau afecte în medic, trebuie considerate de el ca simptom relevant al pacientului și în nici un caz nu trebuie să acționeze sub impulsul acestora. Aceasta este reacția: evaluarea emoțiilor și în același timp a rezistenței tentației provocate de acțiunea; este o sarcină foarte grea, imposibilă fără un training de grup mai îndelungat.” (Balint, 1961, 90).

Așa se evidențiază funcția grupului, care, nefiind participant direct în relație, poate efectua această evaluare mai ușor decât medicul participant el însuși, poate ”oglinzi”, de aceea este atât de importantă reacția afectivă și atmosfera de acceptare a grupului. Aceasta este ilustrarea doar a unui aspect al cărții, care arată și modul cum se poate realiza în practică, în cadrul grupului-Balint, analiza pretențioasă a contra-transferului, formulată de Paula Heinmann, respectiv cum poate fi predată aceasta în cadrul unui seminar.



AUTOCUNOAȘTERE ÎN GRUPUL-BALINT

Aspectul de autocunoaștere în grup este exprimat în mult citata propoziție a lui Balint: "... schimbarea limitată, dar demnă de atenție, a personalității medicului..." În capitolul "Formarea" din cartea de bază, Balint descrie mai de aproape acest proces. Aici prezintă formarea în psihoterapie a medicului practicant, care, prin urmare, aici este mai mult decât discutarea relației medic-pacient : este un proces de învățare, în cursul căruia medicul își dezvoltă și personalitatea pe lângă achiziția de cunoștințe. Scopul urmărit este ca "medicul să poată intui mai bine ce se întâmplă conștient sau inconștient în psihicul pacientului, atunci când medicul și pacientul sunt împreună" (p.347). Pentru dobândirea acestei abilități noi este necesară "schimbarea limitată, dar demnă de atenție, a personalității medicului".

Este nevoie de o atmosferă liberă și de acceptare în grup pentru ca medicul să poată recunoaște diferența dintre comportamentul său intențional și cel trăit, în funcție de rezultatul real, reflectat de grup. Coeziunea și acceptarea din grup fac posibilă acceptarea greșelilor proprii colective și individuale, inclusiv a greșelilor conducătorului de grup, și a faptului că aceasta este și un factor de personalitate. Membrii individuali pot suporta aceste presiuni și își pot modifica comportamentul pentru că simt că grupul este permisiv și suportiv. Dacă cursurile de formare tradiționale nu țin cont de aceste aspecte, aceasta va fi cauza eșecului lor, scrie Balint.

Descrierea prezintă în mod plastic interdependența dintre activitatea profesională și personalitate, fapt ce, în deceniile următoare, a devenit o piatră generală de temelie a formării și practicii în psihoterapie, în opoziție cu ideea originară freudiană a oglinirii mecanice. Medicina de relație și psihoterapia care subliniază caracterul circular al relației (transfer și contratransfer) apar pentru prima dată în concepția lui Balint ca idei provenite din aceeași sursă. Un alt criteriu pentru aceasta este competența personală a medicului, a cărei dezvoltare este unul din obiectivele de bază ale grupului-Balint.

II. ASPECTE ALE APLICĂRII PRACTICE A GRUPULUI-BALINT

VARIANTE DE APLICARE A METODEI

Acest spectru a devenit tot mai larg de-a lungul deceniilor, aici fiind posibilă doar o enumerare succintă: grupuri omogene în cadrul unei specialități medicale, grupuri ale echipelor medicale din spitale, grupuri "obligatorii"

din cadrul formării în psihoterapie, grupuri de cercetare pentru studiul unor anumite boli (psihosomatice), grupuri de medici, grupuri de personal medical, kinetoterapeuți, grupuri de pedagogi, în cercul juriștilor, în profesii de consiliere, în dezvoltare organizațională.

COMPLETĂRI TEHNICE

Se referă la completarea metodei de grup originare cu alte elemente tehnice. Motivul este de cele mai multe ori intenția de a intensifica procesul de grup. Tehnici mai cunoscute:

- a) joc de rol, psihodramă
- b) metode creativ-artistice, ca pictura, sculptura
- c) imageria, meditația respectiv tehnici de relaxare.

"BALINTOID"

Originea expresiei nu este clară în literatura balintiană, cel mai probabil cineva a "inventat"-o în mod asociativ; în medicină, în sens uzual sufixul "-oid" se referă la o oarecare similaritate. Termenul "Balintoid" poate fi auzit în general cu ton negativ, critic, peiorativ, ironic, ca ceva ce nu este de dorit.

Häfner (2007) în micul său volum descrie o serie de manifestări din buchetul "greșelilor care pot fi evitate" sub eticheta "Balintoid":

- a) dezechilibrul în privința obiectivelor muncii de grup, ca de exemplu: prea multe elemente de autocunoaștere sau accent exagerat pe supervizie
- b) greșeli în conducerea grupului (nesiguranță, activitate excesivă, dificultăți cu gestionarea timpului etc.)
- c) componența nefavorabilă a grupului
- d) prea multă "speculație psihanalitică"
- e) proliferarea interacțiunilor "întrebări-răspunsuri"
- f) coordonare deficitară a conducerii, respectiv a conducerii în co-liderat
- g) insuficienta gestionare a transferului-contratransferului, respectiv a rezistențelor.

Pe baza experiențelor mele personale doresc să amintesc aici și două aspecte pozitive. Primul se referă la grupul-Balint "începător" sau "ocazional" (de exemplu, ședință demonstrativă singulară, prezentare orientativă ținută în cadrul unei conferințe), care nu cunoaște, nu a însușit încă regulile/modul de funcționare specifice. În aceste situații liderul este nevoit să urmărească și să reglementeze dificultățile începutului, ale procesului de învățare. În această fază, grupul nu este capabil să funcționeze "lege



■ Referate

artis” și, pe de altă parte, rolul conducerii este foarte însemnat pentru ca ședința să fie instructivă și să aibă succes. ”Maturizarea” unui grup presupune un timp mai îndelungat.

Și cea de-a doua semnificație pentru ”Balintoid” este un fenomen interesant și în opinia mea, chiar instructiv. Este vorba despre situațiile ”întâmplătoare”, de cele mai multe ori în grupuri clinice sau alte grupuri de discuție de caz, dacă grupul lucrează în stilul interacțiunilor libere și cel care este lider dorește sau tolerează aceasta, atunci atmosfera grupului evoluează rapid în direcție balintiană, deci, apar fantezii regresive. Fenomenele emoționale și procesele de oglindire vor scoate în evidență problemele cazului, iar acestea, cu un simț fin, pot fi utilizate în scop diagnostic, adică pot fi verbalizate bine și cu caracter util.

CONDUCEREA GRUPULUI, CONDUCĂTORII DE GRUP

Această temă este marcată de multă incertitudine, travaliu, dispută. Balint însuși nu s-a ocupat de această problemă, cu excepția unor comentarii răzlețe, exemple și recomandări. Poate și aceasta a contribuit la un oarecare grad de idealizare a persoanei lui Balint. El a demonstrat metoda de conducere dar nu a descris-o amănunțit, nu a conceput un sistem teoretic pentru ea.

Cerințele de bază pentru conducători, experiența practică a conducătorului, formarea și nominalizarea conducătorilor de grup s-au conturat prin experiența mai multor decenii. Acestea s-au dezvoltat paralel, dar diferit în fiecare țară, ca mai apoi, societatea internațională (International Balint Federation) să adopte liniile directoare, pe care asociațiile naționale trebuie să le urmeze.

În practică, rămâne în continuare o imagine eterogenă. Constituie o problemă deosebit de complicată, mai cu seamă în grupurile nemedicale, în care ”gândirea terapeutică” este pur și simplu contraproductivă și lipsită de țel, deși tehnica de caz propriu-zisă funcționează excelent. În aceste aplicații, câmpul profesional al participanților, momentele grupului, obiectivele speciale, dezvoltarea personalității sau denumirea ca supervizare, și nu în ultimul rând, atitudinea conducătorului de grup sunt hotărâtoare pentru ca munca de grup să aibă rezultat.

În această lucrare nu ne ocupăm cu detaliile tehnice ale muncii de conducere, aceasta va fi subiectul unei alte lucrări, aflată în curs de pregătire. Doar menționăm aici că, conducătorul de grup se află într-o dublă situație delicată. Pe de-o parte, munca de grup îi pretinde să observe relativ pasiv evenimentele din grup, și acest lucru este valabil mai cu seamă pentru grupurile ”mature”, a căror creativitate

face și inutilă activitatea excesivă a conducătorului. Balint, el însuși, descrie aceasta în felul următor: conducătorul se dizolvă în grup și este aproape invizibil. Pe de altă parte, dimensiunile multiple ale temelor ce apar, complexitatea conținuturilor aduse de participanți, urmărirea fină a obiectivelor fac totuși necesare intervențiile cu caracter de compas ale conducătorului. De aceasta mai ține și faptul că, conducătorul trebuie să aibă în vedere și protejarea participanților.

GRUPUL CA FACTOR ÎN METODA BALINT

În această lucrare ne concentrăm mai cu seamă pe referințele medicale ale funcționării grupurilor. Am menționat, că Balint însuși a colaborat și cu lucrători sociali. Există numeroase exemple ale variatelor aplicații care s-au dezvoltat după moartea lui Balint. Gândirea și limbajul medicinal originar nu se potrivesc pe deplin în aceste contexte profesionale. Temele sunt altele, anturajul este altul, punerea problemelor este foarte diferită. Trebuie formulate acele aspecte comune, care fac posibilă aplicarea, dar și ce anume trebuie reformulat, într-un anumit proiect diferit, pentru ca adaptarea să ducă la succes.

Am putea pune de repetate ori întrebarea și în felul următor: ce este încă un grup-Balint și ce nu mai este. Formularea lasă să se intuiască că este vorba și de ciocnirea conservatorismului și a ideilor de reformă.

În prima variantă este satisfăcătoare exprimarea utilizată frecvent: ”Grupul-Balint în mediul profesiunilor ”helper” analizează relația client-helper”. De înțeles prin aceasta: domeniile psihoterapiei, ale pedagogiei, ale consilierii, ale dreptului, în care, pe lângă specialitățile medicinei, funcționează grupuri. Mai departe, există grupuri și în domeniul managementului, care urmăresc prelucrarea aspectelor umane ale acestuia.

Din perspectiva conducerii grupului, aceste aplicații presupun din partea conducătorului deținerea unor abilități adecvate domeniului respectiv, pentru a putea pătrunde mai bine în situațiile discutate. Această problemă este binecunoscută și în alte domenii ale superviziei. De altfel, există păreri ce trebuie amintite aici, de exemplu în orientarea rogersiană, după care abilitățile specifice domeniului nu sunt importante, deoarece munca de supervizare se referă la relația discutată, la ”subiectivul” persoanelor participante - ceea ce, firească, în opinia mea, este o temă componentă importantă, dar insuficientă pentru munca balintiană.

De acestea se leagă o anumită critică referitoare la munca Balint ce revine, și anume că este exagerat de



psihologizată, că se ocupă doar de aspectele abisale ale individului și nu este adecvată pentru prelucrarea aspectelor importante de mediu, de gândire sistemică, cu alte cuvinte, că este îndepărtată de viață. Cunoscând practica de azi, această critică trebuie respinsă, deși trebuie să vedem că această schimbare nu apare destul de clar în literatura privind evoluția metodei, poate datorită rezervei față de forțele conservatorismului deja menționat.

Literatura rămâne în termenii analizei balintiene a diagnosticului de relație (un pic mai accentuat în "diagnosticul nevrozei"), dar practica dovedește mai multă deschidere. În mod univoc, practica muncii-Balint de azi este și sistemică, acordă atenție diferențiată impactului asupra "relației" al domeniilor tuturor profesioniștilor participanți, al structurilor funcționale ale participanților, altfel zis, depășește relația analitică-duală, în care Balint a lucrat efectiv preponderent.

Aceasta este de fapt într-o oarecare măsură o regândire a concepției asupra grupului, o dezvoltare a acesteia, dar nu prin renunțare la ideile de bază, așa cum este formulat în temerile de tip conservator. Concepția a ajuns, sub dubla presiune specifică cunoscută și în alte domenii umane, între opiniile conservative și tendințele de reformare: eticheta de "metodă învechită, incapabilă de dezvoltare" și "aceasta nici nu mai este Balint adevărat" pe de alta parte.

Întrădevar metoda balintiană evoluează și e bine că este așa - ea trebuie să evolueze. Dezvoltarea științelor sociale înrudite i-au dat un puternic impuls metodei și până în prezent - din acest punct de vedere, admit că nu cunosc în profunzime toată literatura de referință. Pot însă afirma că deși metodele înrudite reprezintă o concurență și deși pe o parte atacă metoda balintiană clasică, subliniindu-i punctele slabe și limitele, fac însă să iasă la iveală cu certitudine că lucrarea de bază a lui Balint nu mai este suficientă în ziua de azi.

Dar este important ca și literatura despre grupul Balint să fie actualizată, pentru ca această metodă incredibil de valoroasă să poată dăinui. Aici devine clar titlul acestui subcapitol. Elementele stabile-durabile din munca Balint se referă la tehnica de grup, la "scenariul" acestuia, la modul de funcționare genial de simplu, pe care-l schițăm aici, fără a reda câtuși de puțin detaliile ce sunt necesare. Pachetul acestei metode ne amintește de acele unelte de lucru, respectiv mașini, universale folosite în tehnologii industriale, care pot fi ajustate în diferite moduri, și devin geniale tocmai datorită faptului că pot fi folosite astfel.

Construcția de grup a lui Balint poate fi ajustată, "focalizată" pe o multitudine de teme, fapt ce trebuie

cunoscut, nu evitat. Conținuturile diferite ale grupurilor diferite pretind aceste modificări, ajustări. Componenta grupului, mediul de lucru, sistemul în care activează grupul devin factori decisivi, ceea ce dă, putem formula așa, viziunea sistemică a muncii-Balint de azi. Astfel ajungem la posibilitățile ei multiple de aplicare, condiționate de această schimbare de perspectivă. Schimbarea nu vizează "scenariul" ședințelor, completările tehnice nu schimbă esențialul. Esența rămâne modul de lucru asociativ-regresiv, care la începutul și finalul ședinței se îmbină totodată cu stilul intelectual de muncă.

În cunoscuta concepție a lui Bion referitoare la grup, aceste faze pot fi raportate la modul de lucru regresiv al așa-numitului "grup de ipoteză de bază", respectiv cu funcționarea cognitiv-intelectuală a așa-numitului "grup de muncă".

Balint însuși a rămas la aplicarea practică a muncii de grup, nu s-a ocupat în mod specific cu definirea amănunțită a metodei sale prin prisma teoriei grupurilor, care a intrat mai târziu în preocuparea cercetătorilor grupurilor, și chiar și mișcarea generală de grup s-a diferențiat mai pregnant după perioada balintiană.

Un exemplu bun pentru aceasta este metoda sistemică de natură analitică și pedagogică a lui Ruth Cohn, "Interacțiunea Centrată pe Temă, TCI" (vezi și Szdny, 2005), care este o metodă didactică, din axiomele căreia am preluat și eu destul de multe în conducerea grupului-Balint, întrucât între cele două metode există numeroase suprapuneri.

Diferențierea elementelor grupului poate fi exemplificată prin clasificarea făcută de Kornelia Rappe-Giesecke (2000), care, din punctul de vedere al categoriilor țintă și în legătură cu conținutul lor principal, deosebește șase tipuri de bază ale grupului-Balint:

1. Muncă de cercetare, de exemplu orientată asupra relației medic-pacient sau asupra unor boli
2. Grup de formare, de exemplu formarea psihoterapeutică a medicilor
3. Explorarea conținuturilor/particularităților unor profesii
4. Dezvoltarea autocunoașterii și identității profesionale în cele mai variate profesii
5. Instrument de dezvoltare a grupului de angajați (supervizie de echipă)
6. Armonizarea funcționării unei organizații, respectiv cercetarea acesteia prin studiu de caz.

Aceasta este o scală de diferențiere deosebit de utilă



■ Referate

pentru că abordează problemele componenței grupului, ale categoriilor țintă, ale conducerii grupului, etc. În același timp, evidențiază spectrul incredibil de bogat al tematicii, pe care se construiește munca concretă de grup.

Bibliografie

1. *Bálint, M (1967): Die technischen Experimente Sandor Ferenczis, Psyche, XX: 904-25*
2. *Hermann, I (1922): Psychoanalytikusanamnéziszfelvétel neurotikusoknál (Anamneza psihanalitică la nevrotici, I. magh.) in Gyógyászat, 363-365, 379-382.*
3. *Ferenczi, S (1923) A pszichoanalízis a gyakorló orvos szolgálatában (Psihanaliza în serviciul medicului practicant, I. magh.) in Gyógyászat, 323-333, 350-351.*
4. *Bálint, M (1926) Pszichoanalízis és belgyógyászat ("Psihanaliza și medicina internă" I. magh.) in Gyógyászat, 439-445*
5. *Harmat, P (1994) Freud, Ferenczi és a magyarországi pszichoanalízis (Freud, Ferenczi și psihanaliza din Ungaria, I. magh.) Ed. II. adăugită, Ed. Bethlen Gábor, Sopron.*
6. *Kovács, V (1933) Kiképző analízis és kontroll analízis (Analiza de formare și analiza-control) in Lélekelemzési tanulmányok. Somló B. kiadó, Bp., reeditat in 1993, in Fortunatus öröksége, Párbeszéd könyvek, Bp.*
7. *Riskó, Á (2007): Dr. Székács-Schönberger István életrajza (Biografia lui dr. Székács-Schönberger István), URL: http://onkopszichologia.bencium.hu/?page_id=145*
8. *Székács-Schönberger, I (1993) Utószó, in Kovács, V, Fortunatus öröksége, Párbeszéd könyvek, Bp., pp. 77-83*
9. *Bálint, M (1948) On the psycho-analytic training system. International Journal of Psycho-Analysis, 29: 163-173.*
10. *Bálint, M (1957) The Doctor, his Patient and the Illness, Pitman Publishing Co., London*
11. *Szőnyi, G (2005) Csoportok és csoportozók. A lélektani munkára építő csoportok vezetése (Grupuri și cei care participă la grupuri. Conducerea grupurilor axate pe munca psihologică) Medicina, Budapest.*
12. *Rappe-Giesecke, K (2003) Supervision für Gruppen und Teams. 3. Auflage, Springer, Berlin.*
13. *Bálint, M (1968) Die Strukture der Training-cum-Research Gruppen und deren Auswirkungen auf die Medizin ("The structure of the training-cum-research seminars and their effect on medicine"), Jb. Psychoanal., 5: 125-146. Huber Verlag, Bern.*
14. *Balint, M, Balint, E (1961) Psychotherapeutic techniques in medicine. Tavistock, London*

A RESPONSE TO THE "CONSULTATION" SECTION OF THE RCGP DRAFT CURRICULUM FOR GP TRAINING, FROM THE COUNCIL OF THE BALINT SOCIETY

- On behalf of the Balint Society and John Salinsky, Editor, The Journal of the Balint Society
February 2006

1. We welcome the draft curriculum as a very thoughtful setting out of the personal qualities, educational background, responsibilities and competencies which make up the kind of doctor that all general practitioners at the present time should aspire to become.
2. We were pleased by the recognition in the curriculum

statement of the importance of the emotions in medicine and the consultation. In the words of Ian McWhinney: "There are good reasons for patients to pay attention to the emotions... Once we learn to listen our clinical method requires us to listen to the emotions in every case. It cannot do otherwise. We will no longer be able to live with the affect-denying



clinical method that dominates our medical schools.’¹ In the draft curriculum the importance of the emotions is underlined in the following sentences: ‘Patients have strong feelings when they are ill and consult a doctor’. “A sick patient is not a broken machine”. The doctor should show a constant willingness to enter the patients ‘life world’ and to see the issues of health and disease from a patient’s perspective.

3. We would like to see some space in the curriculum devoted to the teaching of “emotional intelligence”. It seems to us that, while we have become expert at teaching behavioural skills in the consultation, we are neglecting (at our peril) the powerful emotional component of the doctor patient relationship. This is important not just to provide good single consultations but to achieve good continuity of psychological care.
4. Consultation skills may enable a GP to recognise distress in a patient, but the recognition may be purely intellectual. The doctor’s own emotions may switch off as an automatic defence.’
5. To respond effectively, the doctor needs to have an emotional response himself but one that does not get out of control and disable him e.g. by making him feel overwhelmed by the patient’s grief, or too angry with him to function properly.
6. The doctor needs to listen but also to hear and to absorb the emotions without breaking down or reacting negatively. The doctor must be able to act as “a container” for powerful feelings such as distress, grief, anxiety or anger, much as a mother is able to contain the crying of her baby.
7. To meet these needs which occur frequently in general practice, GPs need education in emotional intelligence, that is the ability to be aware of emotions in oneself and others, to contain them safe and to respond in ways that are empathetic and constructive.
8. We do not believe that the present system of teaching consultation skills teaching is sufficient because it is essentially behavioural i.e. it teaches behaviours rather than the awareness and management of emotions. How might these more subtle qualities and skills be taught?
9. The curriculum already acknowledges the value of small group work in the vocational training release course. These groups are already in place in most VTS schemes and they provide a ready-made setting and structure for this kind of education.⁴ But the small groups need to be led in a way that focuses at least

some of the time on emotional education. Educators need the necessary skills.

10. The Balint group is a highly developed and tested method of small group consultation analysis which aims specifically to focus on the emotional content, not just of single consultations but of ongoing doctor-patient relationships.
11. We would recommend that the Balint group or something like it has an important part to play in teaching the new curriculum.

Michael Balint was a psychoanalyst and the first Balint groups were led by psychoanalysts or psychotherapists. Many group leaders in the UK are now experienced GPs. We would be very willing to help with training for small group facilitators including VTS course organisers which will equip them to lead a group according to the principles and practices developed by the Balint Society.

The aims of a Balint group (as recognised by the Society) are:

- To provide a safe environment where group members are able to talk in confidence about the feelings aroused in them by their patients.
- To encourage the doctors to see their patients as human beings with a life and relationships outside the surgery and a history going back to childhood which has helped to determine what they have become.
- To help the doctors to explore in detail the emotional content of their interaction with a particular patient: to understand how their behaviour and reactions have been unconsciously affected by the feelings projected by the patient and resonating with those of the doctor.
- To help them to learn how to contain a patient’s feelings even when these are uncomfortable and to tolerate feelings such as helplessness and anxiety.
- To help them to understand how a distressed patient may need to be held and supported in ongoing therapeutic relationship in a series of consultations with the same doctor over a period of time.
- Doctors who have had the experience of Balint training will attest to the life long benefits that it can bring in terms of interest in patients’ lives, self knowledge, job satisfaction and prevention of ‘burn out’. A growing body of research evidence supports the effectiveness of Balint training in many countries.



■ Referate

Objections to Balint:

Some educators seem to dismiss or distrust the Balint method in spite of its obvious advantages. Some acknowledge Balint's important historical role but regard it as too time consuming and impracticable. There is a widespread view that it has been 'replaced' by the analysis of recorded consultations. A more extreme view is that the Balint group can be psychologically damaging. This view holds that the group and especially its leaders may be too intrusive in doctors' personal world, upsetting their stability and damaging their defences.

Some people recall incidents' in which a group member was pressed into a personal disclosure which he or she found upsetting and had cause to regret. In any case, too much introspection and 'navel-gazing' is seen as self indulgent or even unhealthy. The influence of psychoanalysis is seen to be harmful. It is not 'evidence-based' and its practitioners are thought to be reliant on outmoded theories.

The reality of Balint groups today is somewhat different, (groups are organised and regulated by the Balint Society whose founder members were GPs trained by the Michael and Enid Balint. They also contributed to the ranks of the first generation of GP course organisers and helped to establish the tradition of small group work in Vocational Training Schemes.

Balint Society leaders are trained to respect the emotional safety and integrity of all group members. They do not go in for psychological intrusiveness and they protect the group from any activities of this sort from group members. They establish a culture of confidentiality, safety and respect. The focus is always on the doctor patient relationship and not on the doctors' personal lives. Everyone is free to use their imagination to explore the meaning of the clinical material presented. Interpretations based on a particular theory are rarely heard. Jargon is discouraged. Everything is very down to earth.

Nevertheless the discoveries of psychoanalysis remain an important influence as they do in psychotherapy, counseling, social work and teaching. Not all of Freud's ideas are out of fashion. Most psychologists and educators would agree that:

- Parts of the human mind are active below the surface of consciousness with a capacity to trip us up by betraying our true feelings.
- Truths may be expressed as metaphors
- We often attribute our own unacceptable thoughts and feelings to other people.

- One person's emotions may affect another more powerfully than is realised at first
- We can all hold opposing desires or attitudes at the same time.
- Patients will frequently respond to the concerned attention of a clinician by transferring to him or her, some powerful emotions which originally belong to parents or other important figures from childhood.

To summarise we believe that:

- Emotional Intelligence needs to be taught and provision for its teaching should be included in the new GP curriculum.
- The Balint group method provides an excellent method for teaching emotional intelligence to JPs in training.
- There is good evidence both from personal experience and research of the beneficial effects of Balint group participation.
- Balint work can be fitted in to the existing structure of small group work in VTS courses
- Course organisers and others can be trained in the principles of Balint group leadership with the help of the Balint Society.
- The objections to the Balint method that it is too rooted in out dated psychological ideas are misguided and unfounded.

We would like the curriculum group to consider including a recommendation that Balint group experience should be included, where possible, in the small group work provided in vocational training for general practice.

References:

- 1 McWhinney I. (1998) *The Physician as Healer: the Legacy of Michael Balint. In: Proceedings of the 11th International Balint Congress. Limited Edition Press Southport pp. 63-69.*
- 2 Golcman D (1996) *Emotional Intelligence. Bloomsbury: London.*
- 3 Salinsky J and Sackin P (2000) *What are You Feeling Doctor? Identifying and avoiding defensive patterns in the consultation. Radcliffe Medical Press: Oxford.*
- 4 Gidekel. L. Topolevski L. Abccasis G and Giovannoni A (1998) *Balint group operation in Internal Medicine Residents of an Emergency Hospital. Proceedings of the 11th International Balint Congress. Limited Edition Press: Southport. pp. 134-150.*



- 5 Matalon A. Rabin S and Maoz B (2005) *Communication, Relationships and Balint groups*. In: *Proceedings of the 14th International Balint Congress*. International Balint federation and the Swedish Association of Medical Psychology: Stockholm, pp. 25-29.
- 6 Kjeldmand D (2004) *Balint training makes GPs thrive better in their job*. *Patient Education and Counselling*; 2: 230-235.
- 7 Samuel O, Sackin P. Salinsky J. Suckling H. McKee A and Pinder R (2004) *Balint in GP Vocational Training Schemes*. *Work-Based Learning in Primary Care* 2 26-35.
- 8 Pinder R. McKee A. Sackin P. Salinsky J. Samuel O and Suckling H (2006) *Talking about m\ Patient: the Balint approach in GP education*. *Occasional Paper 87: RCGP Publications: London*.

„SOLÍA SER MÉDICO”

CONFESIONES DEL PRESTIGIOSO MÉDICO ARGENTINO Y DOCTOR EN MEDICINA DR. DON SALOMÓN SCHACHTER

- “I used to be a doctor” - Confessions of a prestigious Argentinian doctor
- “Înainte eram medic” - Confesiunile unui prestigios medic din Argentina

For more information about the author please see the following website: http://www.medicinaintegrativa.org.ar/comision/cc_schachter.htm

Translation from Spanish in English and Romanian by Almoş Bela Trif, MD, Ph.D, S.U.A.

NOTA TRADUCĂTORULUI:

Orice asemănare cu sistemul Caselor de Asigurări de Sănătate din România este complet întâmplătoare.

Solía ser médico; Ahora soy prestador de salud.

I used to be a doctor; now I am a health-provider.
Înainte eram medic; Acum sunt prestator de servicii de sănătate.

Solía practicar la medicina; Ahora trabajo en un sistema gerenciado de salud.

I used to practice medicine; now I work in a managerial system of health.
Înainte practicam medicina; Acum lucrez într-un sistem de management al sănătății.

Solía tener pacientes; Ahora tengo una lista de clientes.

I used to have patients; now I have a list of clients.
Înainte aveam pacienți; Acum am o listă de clienți.

Solía diagnosticar; Ahora me aprueban una consulta por vez.

I used to diagnose; now they approve me one consultation at a time.
Înainte puneam diagnostic; Acum mi se aprobă câte o consultație pe rând.

Solía efectuar tratamientos; Ahora espero autorización para proveer servicios.

I use to give treatments; now I have to get an authorization to provide services.
Înainte obișnuiam să administrez tratamente; Acum aștept să primesc autorizația să prestez servicii.

Solía tener una práctica exitosa colmada de pacientes; Ahora estoy repleto de papeles.

I used to run a successful practice with lots of patients; now I am drowning in papers.
Înainte aveam un cabinet medical plin de pacienți; Acum mă îngrop în hârtoage.

Solía emplear mi tiempo para escuchar a mis pacientes; Ahora debo utilizarlo para justificarme ante los auditores.

I was using my time listening to my patients; now I use my time to justify myself in front of the auditors.
Înainte obișnuiam să-mi folosesc timpul ascultându-mi



■ Știri și planuri de viitor

pacienții; Acum trebuie să mi-l folosesc ca să mă justific în fața contabililor.

Solía tener sentimientos; Ahora solo tengo funciones.
I used to have feelings; now I have only functions.
Înainte aveam sentimente; acum am doar funcții.

Solía ser médico; Ahora, no sé lo que soy.
I used to be a doctor; now I do not know what I am.
Înainte eram medic; Acum nu mai știu ce sunt.

ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI



• **25-27 octombrie 2013 Weekend Național Balint de toamnă.** A 10-a întâlnire organizată de echipa de balintieni din Sighetu Marmăției, derulată și de acea dată la Ocna Șugatag. Ne-am luat rămas bun de la peisajele maramureșene, de la prietenii noștri din Sighet care au depus „armele”, nemaidorind să organizeze și alte întâlniri în zona lor. A fost o frumoasă luare de adio!

• **Decembrie 2014: Reanimarea grupului Balint din Zona Ciucului.** Dr. Oltean Iuliu a solicitat întrunirea grupului având un caz urgent pe care dorea să-l discute cu noi. Tragem speranța ca aceste întâlniri – fixate pentru fiecare a 3-a joi din lună la orele 18,00 – să-și tragă o lungă perioadă sufletul.

• **10-12 ianuarie 2014: Weekend Național Balint de iarnă, cu Postrevelion.** La o nouă locație, hotelul Royal din Roman, dar nu mai puțin plăcută. Echipa locală de organizare (familiile Țubucanu și Costin) au dat totul din sufletul și timpul lor pentru ca noi, care am răzbit până acolo, să simțim din plin ospitalitatea moldovenească. Programul artistic prezentat de două studente de la Conservatorul din București ne-a dat ocazia să gustăm frumusețea muzicii canto. Am plecat de la ei cu o condiționare pozitivă pentru a ne reîntoarce de câte ori ne vor mai invita. A avut loc și ședința ordinară de Birou a Asociației

PLANURI DE VIITOR

■ Dr. Albert Veress - Miercurea Ciuc

- **28-30 martie 2014: Modul de formare pentru lideri de grup,** Pensiunea LOBOGO din Homorod-Băi
- **9-11 mai 2014: Weekend Național Balint de Vară,** Pensiunea LOBOGO din Homorod-Băi. Taxă de participare: **35 euro** pentru balintieni cu cotizația achitată la zi, **45 euro** pentru alți participanți. Cazare: 50 RON/zi/pers. cu mic dejun tip bufet, în camere cu 2 paturi.
- **3-5 octombrie 2014: A XXI-a Conferință Națională Balint cu Adunare Generală și alegerea noului Birou.** Sibiu, Academia Evanghelică Transilvania. Taxă de participare: **35 euro** pentru balintieni cu cotizația achitată la zi, **45 euro** pentru alți participanți. Cazare: 60 lei în regim dublă, 70 lei în regim sgl.

Albert Veress.

