

Buletinul Asociației Balint

Periodic trimestrial. Volumul XIX. Nr. 73



Martie 2017

Realitatea spirituală în Univers

– de la Divin la antropologic, eseu. p.4

- Prof. Dr. M. Dehelean, Conf. dr. Liana Dehelean,
Prof. Dr. Pompilia Dehelean

Sindromul de Burnout și combaterea lui prin activitatea de Grup Balint. p.8

- Almoș Bela Trif, M.D., Ph.D.

Reflecții asupra conducerii Grupurilor-Balint.

Repere de evaluare și autoevaluare. p.10

- Görög Ileana, Psiholog, Ph.D., Dr. Stelian Cîntea

Cauze și posibile măsuri de atenuare ale Stigmei în bolile mintale. p. 15

- Dr. Mircea Drăgan, Ploiești

Identificarea nevoilor personale și rolul lor în abilitarea profesională a specialiștilor debutanți în Psihologie Clinică. p. 20

- Cristina Alina Cucos, Katinca Major, Ovidiu Postolache
și Mihaela Maria Capriș



Cuprins

Prezentarea Asociației Balint din România	2
Realitatea spirituală în Univers – de la Divin la antropologic, eseu	4
■ Prof. Dr. M. Dehelean, Conf. dr. Liana Dehelean, Prof. Dr. Pompilia Dehelean, U.M.F. „Victor Babeș” Timișoara	
Sindromul de Burnout și combaterea lui prin activitatea de Grup Balint	8
■ Almoș Bela Trif, M.D., Ph.D., S.U.A.	
Reflecții asupra conducerii Grupurilor-Balint. Repere de evaluare și autoevaluare.	10
■ Görög Ileana, Psiholog, Ph.D., Dr. Stelian Cîntea, M.F., Brașov	
Cauze și posibile măsuri de atenuare ale Stigmei în bolile mintale	15
■ Dr. Mircea Drăgan, Ploiești	
Identificarea nevoilor personale și rolul lor în abilitarea profesională a specialiștilor debutanți în Psihologie Clinică	20
■ Cristina Alina Cucuș, Katinca Major, Ovidiu Postolache și Mihaela Maria Capriș Studenți Masterul de Psihologie Clinică, Consiliere și Psihoterapie al Facultății de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Transilvania Brașov	
Știri din viața Asociației	27
■ Dr. Albert Veress - Miercurea Ciuc	

MOTOURI:

Moartea naturală survine când mori singur, fără ajutorul unui medic. – *Mark Twain (1835-1910)*

Din toată suflarea omenească, medicii sunt cei mai fericiți; lumea le trâmbițează izbânzile, pământul le acoperă greșelile. – *Francis Quarles, (1592-1644)*

Martie 2017, Volumul XIX, Nr. 73 ■ 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: veressalbert02@gmail.com

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 2017 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 membri 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**.

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.

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**)



Biroul asociației



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



VICEPREȘEDINTE:
István VÁRADI
istvanvaradi@inbox.com



SECRETAR:
Ilona GÖRÖG
abr.secretariat@gmail.com



TREZORIER:
Albert VERESS
veressalbert02@gmail.com



MEMBRU:
Stelian CÎNTEA



MEMBRU:
Csilla VAJDA-HEGYI



MEMBRU:
Tünde BAKA

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 EMC**. Redactorul șef și / sau lectorul au dreptul de a face convenitele 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).

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 trebuiesc 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.

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.



Realitatea spirituală în Univers – de la Divin la antropologic, eseu ■ Prof. Dr. M. Dehelean, Conf. dr. Liana Dehelean, Prof. Dr. Pompilia Dehelean, U.M.F. „Victor Babeș” Timișoara

Rezumat: În prezenta comunicare autorii argumentează și exemplifică următoarele afirmații: Invocarea unei realități spirituale în univers presupune acceptarea existenței distincte a spiritului și a materiei. În domeniul filosofiei, de la extremul materialism (cel dialectic) la extremul idealism (subiectiv sau obiectiv) există consens privind existența separată a materiei și a spiritului. Doar că materialismul consideră că materia este primară și primordială, ea generând psihismul, în vreme ce idealismul susține primaritatea și primordialitatea spiritului, acesta dând naștere materiei. Din perspectiva scientismului materialist ateu, spiritul nu există. Dar oamenii de știință întotdeauna s-au împărțit în creaționiști (cei ce acceptă Creatorul, Spiritul Suprem, Divinitatea) și ateii, care neagă un Creator înlocuindu-l cu ceea ce s-a numit Big Bang, care nici el nu rezolvă problemele ultime: cum a apărut singularitatea, de ce înaintea ei nu a existat spațiu și timp (infinutul invalidează orice explicație științifică) ș.a. La rândul lor, savanții creaționiști se împart în cei ce acceptă adevărul teologic și agnostici, care susțin incognoscibilitatea principială a adevărului absolut, din cauza limitelor rațiunii umane când aceasta devine tangentă cu miracolul. Teologia, religia, proclamă Creatorul divin și creațiunile sale (materiale și spirituale) precum și o cunoaștere ultimă, redusă la adevărurile relevate omului de însuși Creatorul absolut. Pot fi delimitate mai multe realități ale universului: 1. Realitatea lumii fizice (de la microcosmos la macrocosmos) care este o realitate materială, corpusculară și măsurabilă, inanimată, cu o tendință la stabilitate; 2. Realitatea lumii chimice, de la elementele chimice la componentele biochimice nevii, „cărămizi” ale celor mai simple entități vii. Ea este tot materială, corpusculară, măsurabilă, inanimată. Înglobează o infrastructură fizică dar are și aspecte definitorii esențiale ce transcend fizicul; 3. Realitatea biologică, tot materială, corpusculară, măsurabilă, dar vie (animată), cu o infrastructură fizico-chimică și cu un esențial definitoriu ce transcende fizico-chimicul. Ființele vii au o ierarhizare evolutivă filogenetică, unde, la polul superior, apare bio-psihologicul (la animalele cu psihism, inferior celui uman); 4. Realitatea psihologică este, la animalele cu psihism, imaterială în componentele sale (instinctivitate, afectivitate, cognitivitate) dar cu un determinism genetic, material. Imaterialitatea se exprimă prin absența corpuscularității și a măsurabilității cu unități de măsură standardizate, unice, unanim admise. Psihismul animal este inseparabil de corpul animalului (de creierul său); 4/5 Ființa umană (ce poate fi concepută și ca realitate antropologică) are un psihism „de tip uman” care are, la polul său inferior, psihobiologic, instinctivitatea, determinată genetic dar care nu mai definește specia homo sapiens. Omul este definit prin psihismul său psihospiritual, aflat la polul superior al psihismului și constituit în principal de conștiința morală și promovarea valorilor fundamentale de bine, adevăr, frumos. Omul este singura ființă vie din univers cunoscut științific care are o dimensiune spirituală; 5. Realitatea spirituală, care este „întregul părții reprezentată de dimensiunea spirituală a psihismului uman”, este sub toate aspectele pur spirituală și conține alături de spiritele intermediare (angelice și demonice, și ele creaturi), pe Creatorul absolut (spiritul suprem, Divinitatea). Acesta este suficient sieși și este Creatorul tuturor realităților universului, sus-menționate).

Abstract: The spiritual reality in the universe – from divine to anthropologic. In this paper the authors argues and exemplifies the followings. In the universe, the matter and the spirit have an separate and interrelated existence. In the field of philosophy, all philosophers agree that; but the materialists consider the matter as primary, primordial and spirit generator and the idealists have opposite beliefs. In the field of science, the materialists, atheistic, scientists sustained the objective nonexistence of spirit or its secondary place. Conversely, other scientists have creationistic, theistic/deistic beliefs, but most of them are agnostics (uncognoscibility). So, “ignorabimus” perpetually the ultimate knowledge concerning the cosmologic (genesis), ontological, epistemological and teleological problems about universe. If the existence of a creator is out of the science capacity to solve, the problem is if the science, solely, can, even in time to understand and explain the entire universe in its depth (“ignoramus”) or must accepted its limits (“ignorabimus”). In the field of theology, spirit is considered primary (so, matter generator) and primordially. A spiritual reality must exist, separately from the material universe and influencing the latter. On its top must exist the unique, personal, creator of creatures (all material and spiritual entities existing within the



whole cosmos). God is self-sufficient, omnipotent, omniscient and omnipresent in his creation. He is also necessary and sufficient for the genesis and the finalistic evolution of the cosmos. Behind the scientific limits of knowledge, man only through God's revelations can obtain a "partial" (no absolute) knowledge. It exists five different realities in the universe, classified in a hierarchical order. Therefore, the superior one have common characters but also the differential (essential, transcendent) characters by comparison with the inferior one/ones (the under structure). 1. Physical reality (of Physics) comprises its entities from astrophysical macro-cosmos to Quantic subatomic micro-cosmos. These entities are material (corpuscular, definitely measurable with standardized, unanimous accepted measurement tools), unanimated, with defined tendency for stability. 2. Chemical reality (of Chemistry) comprises entities from chemical elements to ultimate inanimate bio-chemical components of the elementary living beings. Chemical substances (nonorganic and organic) are material, inanimate (physical ground) but with an essential instability (tendency for composition or decomposition). 3. Biological reality (of Biology) comprises living beings from the simplest animated, vital, entities to the plants and the animal's body, including human body. All of them are phylogenetically classified along a hierarchy and have a physic & chemical substructure (materiality) and a defining vitality. 4. Psychological reality (of animal and human Psychology). Does not exist a "pure" psychological living being, like as exist "pure" biological living being ("inferior" animals, without psychic activity). There are two kinds of psychic activity: a. "inferior" animal psychic activity within "superior" animals with psychic activity, where the latter is exist inseparable from the brain of animal body; b. "superior", human psychic activity within the human being and inseparable from human body's brain. Generally speaking, the "psyche", of both kinds, is related with "the bios" by: a. genetic, (so biological, material), determinism of the instinctive psychological level; b. the morphologic-functional "location" in the brain of the (inseparable) body living being. c. its vitality (psychological life). However, excepting these aspects, the "psyche" is distinct from all previous realities of universe, by its definable immateriality (non-corpuscular structure and only an ambiguous and partial measurability, of its components). Animal type "psyche" exists in all animals with psychic activity and its instinctive activity, as a whole, is definable for each animal species, separately. Its structural – functional levels comprise instinctive activity, affectivity, cognitive processes (attention, memory, perception and primitive intellectual activity). Human type "psyche" has in common with animal type one: instinctive activity (not definable for *Homo sapiens*), affectivity (more diverse and elaborated); 3. Cognitive processes (with attention, perception, memory, and intellect – the latter being discriminative, by its diversity and high performances). In addition, human "psyche" has: 1. Volition of an Ego with self-awareness and, also exclusive, a moral value – spiritual level defining *Homo sapiens*. This level comprises moral conscience, promotion of fundamental values judgements, creativity. Human creativity and its free will are, in a small degree, the characters in common with the God. Spiritual level of human "psyche" is the spiritual dimension of human being. 5. Spiritual reality comprises beware of this human spiritual dimension: "pure" spiritual entities, angelic or demonic type created, together with all reality of universe above mentioned, by the Supreme Spirit the Creator, self-sufficient in Itself.

.....



I. SPIRIT ȘI MATERIE

În univers (cosmos), componentele acestuia aparțin mai multor realități distincte, intercorelate și ierarhizate. Există, astfel, realitățile: fizică, chimică, biologică, psihologică și spirituală. Dintre acestea, realitățile fizică și chimică (integral) și cea biologică (doar prin corpul ființelor vii) sunt de natură pur materială. Realitatea biologică este pur biologică la plante și la animalele fără psihism. Realitatea psihologică apare la animalele superioare, cu psihism, care sunt ființe vii bio-psihologice și la care psihismul, de tip animal, este inseparabil de corpul animalului. Dacă psihis-

mul, în general și în totalitatea sa, este de natură imaterială în toate nivelele sale structural-funcționale, la nivelul său instinctiv (definitiv pentru o specie biologică) el are un determinism material, biologic, genetic. În ființa umană, realitate antropologică complexă și sistemul viu, se integrează indisociabil în subsistemul corpului său uman (realitate biologică, materială) și subsistemul psihismului său, de tip uman, realitate complexă bio-psiho-spirituală. Psihismul uman inferior (nivelul instinctiv) este, ca și cel animal, material în determinismul său și imaterial în natura tuturor structurilor sale funcționale. La om, nivelul instinctiv nu mai este definitiv pentru specia *Homo sapiens*. Nivelul afectiv și cel intelectual au aspecte cantitative și calitative, unele în exclusivitate, în comparație cu psihismul animal. În premieră absolută, psihismul are o dimensiune spiritual



valorică, care include conștiința morală, promovarea valorilor fundamentale de adevăr, frumos și bine, creativitatea, conștiința de sine, voința, liberul arbitru care, toate, permit afirmarea că este vorba de o dimensiune spirituală a psihismului uman superior, ce transcende psihologicul pur, din care se detașează. Realitatea spirituală a universului are la un pol dimensiunea umană psiho-spirituală iar la celălalt pol Spiritul suprem, Divinitatea a tot creatoare, între ele existând spiritele pure, intermediare, de tip angelic și demonic.

Deci se poate vorbi de existența în univers a spiritului și a materiei, ca realități separate și intercorelate. Această problemă este abordată de mai multe domenii ale cunoașterii omenești, în special de cele ale științei, filosofiei și teologiei.

Pentru unii oameni de știință (materialiști, atei), există în univers, în mod obiectiv, numai materia, a cărei diversitate este studiată de disciplinele științelor particulare. Prin urmare, pentru ei, spiritul (în general) și Creatorul divin personal nu există realmente, fiind vorba doar de niște constructe pur speculative. Teoria genezei universului în urma unui big-bang, care a generat materia, spațiul și timpul, ce nu au existat anterior, este considerată de acești oameni de știință, necesară și suficientă pentru înțelegerea și explicarea universului în totalitate, deci din toate perspectivele: cosmologică, ontologică, epistemologică, teleologică. Cunoașterea științifică nu ar avea limite.

Alți oameni de știință consideră nesatisfăcătoare explicativ teoria big bang-ului originar și aderă la creaționism, care implică un Creator unic, care a creat tot ceea ce există. Acest Spirit suprem va patrona și o realitate spirituală și deci o existență a spiritului, aparte de cea a materiei. Științistii creaționiști, deși admit existența unui Creator, îl consideră incognoscibil (agnosticism). Dar, după ei, știința și mintea umană au limite, deci sunt incognoscibile adevărurile ultime privitoare la geneza, structurarea și devenirea cosmosului. Pot fi cunoscute numai aspectele omenesc cognoscibile ale cunoașterii cosmosului, care, toate, dar numai până la o anumită limită, vor fi cunoscute în viitor. În concluzie, toți oamenii de știință admit existența materiei dar nu toți admit și existența spiritului.

În domeniul filosofiei, există două orientări extreme, opuse polar. Materialiștii susțin ca materia este primordială și primară iar spiritul este secundar, consecință a evoluției materiei, care, ajunsă într-un stadiu superior și suficient al evoluției, generează spiritul. Invers, idealiștii susțin că spiritul este primar și primordial, el creând materia, pe care permanent o subordonează și modelează. Prin urmare, ambele orientări admit existența distinctă și separată atât a

spiritului cât și a materiei.

În domeniul teologiei, religiile monoteiste (creștine, islamice, iudaice) afirmă existența primară, primordială a unui unic Spirit suprem, o Divinitate personală, un Creator a tot ce există în univers. Încununarea creației sale este omul. În perspectivă teologică Creatorul, prin atributele sale este unica explicație necesară și suficientă pentru existența Cosmosului, adică a tot ceea ce există- material și spiritual - în afara Lui.

II. REALITĂȚILE UNIVERSULUI

1. Realitatea lumii fizice include entitățile lumii „fizice”, de la macro cosmosul astrofizicii și până la microcosmosul subatomic al particulelor ultime. Macrocosmosul este guvernat de legile disciplinelor fizicii, reducibile la două: gravitația și electromagnetismul. În schimb, microcosmosul este guvernat de alte legi, cea a legăturilor tari și cea a legăturilor slabe și poate fi înțeles numai prin ceea ce numim fizică cuantică. Caracteristicile definitorii ale lumii fizice sunt: 1.1.) natura materială a entităților sale, definită prin: a) structură corpusculară (tridimensionalitate), masă, greutate, și b) măsurabilitate precisă prin instrumente de măsură unice standardizate, unanim admise; 1.2. starea inanimată (nevie); 1.3. o tendință la stabilitate (diferența specifică față de lumea „fizică”).

2. Realitatea lumii chimice, include entități (chimice) de la elementele chimice (atomi), la substanțele chimiei neorganice și organice și până la componentele biochimice nevii, ce constituie „cărămizile” prin care se edifică cele mai elementare ființe vii. Entitățile chimice se dezvoltă pe un fundal infrastructural „fizic” și au ca trăsătură distinctivă instabilitatea, tendința de compunere și de descompunere.

3. Realitatea lumii biologice include ființele vii, de la cele mai simple ființe animate (viruși, bacterii, fungi, alge, amibe), la plante, la animalele „inferioare” (fără psihism) și până la corpul animalelor superioare (cu psihism), inclusiv omul, toate ierarhizate „zoologic” pe o scară filogenetică, unde treapta sa ultimă aparține taxonomic speciei *Homo sapiens*. Această realitate biologică are o infrastructură fizico-chimică de natură materială și o trăsătură distinctivă, definitorie, care este vitalul, vitalitatea (sunt ființe vii, animate). Animalele inferioare, fără psihism, reprezintă o realitate biologică pură; animalele superioare, cu psihism, sunt ființe vii, psihobiologice, în sensul că doar corpul animalului are o natură pur biologică și este indisociabil față de psihismul animalului, în cadrul ființei vii, animale, unitare.

4. Realitatea lumii psihologice. Nu există entități pur psihologice, așa cum există entități pur fizice, pur chimice și



pur biologice. Realitatea psihologică, psihismul în general, apare la animalele superioare cu psihism, despre care se afirmă că ar avea trăiri psihice conștiente interioare, dovedite printr-o expresivitate exterioară a acestor trăiri psihice interioare. Nu este stabilit cu certitudine la care specie animală apare o viață psihică rudimentară. Se poate doar presupune că o privire „sticloasă”, inexpresivă, a unui pește nu sugerează existența unor trăiri intra-psihice conștiente de tipul, de exemplu, a celor afective. Dar, la un mamifer putem constata cel puțin schițarea a unei expresivități corespondente unor trăiri intra-psihice rudimentare sau mai elaborate. Funcționalitatea unor organe de simț, care la unele animale este superioară celei umane, nu reflectă neapărat existența unor trăiri psihice dincolo de o programare genetică inconștientă, așa cum mișcarea unui braț la om poate fi consecința unei comenzi psihice conștiente sau poate fi doar un reflex inconștient, declanșat de o cauză pur neurologică, inconștientă, involuntară.

Psihismul animalelor superioare, cu psihism, este considerat unul „de tip animal”, care poate avea grade de complexitate diferite în funcție de poziția speciei zoologice a unui animal pe scară filogenetică, mai depărtată sau mai apropiată de cea a omului. Psihismul de tip animal nu apare ca o entitate autonomă, separată de restul ființei vii animale, ci este doar o parte (un subsistem) a unui întreg (un sistem viu al animalului respectiv). Ambele subsisteme, cel al corporalității și cel al psihismului de tip animal, sunt integrate indisociabil în unitatea sistemică a fiecărei ființe animale. Ființa vie animală, cu psihism de tip animal, este o realitate „mixtă”, psihobiologică. Psihismul de tip animal are și el, ca și cel uman, o serie de nivele structural funcționale: instinctiv, afectiv, cognitiv (cu percepție, atenție, memorie și un intelect rudimentar, în comparație cu cel uman). În cadrul psihismului animal, instinctivitatea, genetic determinată, este definitorie pentru fiecare specie animală în parte.

Psihismul uman este un psihism „de tip uman”, de asemenea inseparabil de creierul corpului său uman, ambele integrate în cadrul ființei umane integrale, unitare. Psihismul de tip uman are, în comun cu cel de tip animal, toate nivelele structural funcționale ale acestuia din urmă, cu unele deosebiri: a) instinctivitatea psihismului uman nu este definitorie pentru om; b) afectivitatea psihismului uman este superioară cantitativ și calitativ, este mai diversificată și mai elaborată, are aspecte apărute în exclusivitate (sentimente morale, empatia ș.a.); c) în cadrul cogniției, capacitățile perceptive ale omului pot fi inferioare față de cele ale unor animale; dar inteligența umană este net superioară calitativ și are unele facultăți existente în exclusivitate:

raționamentul logic, cel științific, gândirea speculativă, intuiția, imaginația creatoare ș.a. În plus, psihismul de tip uman are și alte nivele structural funcționale, inexistente la animal, cel volițional (voința eului conștient) și cel spiritual valoric, în cadrul căruia amintim promovarea valorilor, conștiința morală, creativitatea, liberul arbitru ș.a. Ultimele două sunt comune cu atributele divine corespondente și sunt definitorii pentru afirmarea unei dimensiuni spirituale a psihismului uman, prin care ființa poate fi încadrată în realitatea spirituală a universului, la polul inferior al acesteia.

Dacă considerăm realitatea psihologică în general (animală și umană) trăsătura definitorie și distinctivă a ei, prin comparație cu realitățile fizică, chimică și biologică, este imaterialitatea tuturor componentelor sale (pulsioni instinctive, trăiri afective, evocări mnezice, idei etc.). Doar vitalitatea (sub forma vieții psihice) este comună atât realității psihologice cât și celei biologice.

5. Realitatea spirituală. Am menționat mai sus că prin dimensiunea spirituală a psihismului uman, ființa umană are și ea o dimensiune spirituală la un pol inferior al unei realități supraordonate celei general psihologice și anume realitatea spirituală a universului (întregul, față de care dimensiunea spirituală a psihismului este o parte). De asemenea, am consemnat în cele de mai sus că la polul opus, cel superior al acestei realități spirituale, se plasează Spiritul suprem, creator al tuturor realităților din univers cu excepția Lui. Entitățile pur spirituale ale acestei realități mai sunt reprezentate de spiritele pure intermediare, de tip angelic sau demonic.

III. CONCLUZII

Ființa umană (*anthropos*) este suprema ființă vie terestră, cu o spiritualitate, pe de o parte asemănătoare cu cea a entităților pur spirituale, ale realității spirituale a universului, create și ele de Spiritul suprem, personal și unic, pe de altă parte este net diferită de acestea prin mixturile psiho-spiritualului cu psihologicul pur și cu psiho-biologicul, în cadrul psihismului uman integral și unitar.

Spiritualitatea omului diferențiază net ființa umană de celelalte ființe vii ale lanțului filogenetic, biologic, zoologic. În virtutea acestui fapt, credem că teoria darwinistă a originii omului din primate este una inconsistentă. În opinia noastră ființa umană este o entitate vie, distinctă de entitățile lanțului filogenetic, zoologic, cel al animalelor, inclusiv primatelor. Omul este o entitate vie antropologică și nu zoologică, o ființă vie intermediară între animalic și angelic.



Sindromul de Burnout și combaterea lui prin activitatea de Grup Balint ■ Almoș Bela Trif, M.D., Ph.D., S.U.A.

Abstract: *Fighting the burnout syndrome through practicing the Balint group*

The author is actualizing his personal thoughts about burnout syndrome published in a 2000 article in "The Informative Bulletin of Romanian Balint Association", number 5, March, p. 11-12. His way of identifying this syndrome in healthcare providers comes from the answer to the question "Who benefits if I continue working?" The causative agent may be the imbalance between the invested professional devotion, on one side, and the personal moral and financial satisfaction, on the other side. After listing the multiple symptoms composing the burnout syndrome, the author describes the beneficial Balint group activity for those doctors and nurses suffering of anguish, incertitude and frustrations. As a conclusion, the continuous changes in mentality of those attending the Balint group sessions may positively influence the deterrence the burnout syndrome.

Key words: *the prestige of the entire medical profession; burnout syndrome; imbalance between the investment and personal satisfaction; the doctor as a medicine; confession in front of the Balint group; benefits for both the patient and for the healthcare giver.*

Rezumat: *Autorul actualizează un articol de-al său publicat în anul 2000 în "Buletinul informativ al Asociației Balint din România", nr. 5, Martie 2000, p.11-12, despre Sindromul de secătuire. El identifică acest sindrom la profesioniștii medicali, căutând răspunsul la întrebarea „La ce bun să mai lucrez – Cui folosește?”. Dezechilibrul dintre devotamentul investit în profesie, pe de o parte și satisfacția personală – morală sau pecuniară, pe de altă parte poate fi un agent cauzator. După ce listează multiplele simptome ce compun sindromul de secătuire, autorul descrie beneficiile activității de grup Balint, pentru acei medici și surori medicale afectați de angoase, incertitudini și frustrări. În concluzie se subliniază rolul pozitiv al schimbărilor continue de mentalitate la cei ce frecventează grupul Balint, pentru a evita sindromul cunoscut sub numele de burnout.*

Cuvinte cheie: *prestigiului întregii tagme medicale, sindromul de secătuire; dezechilibrul dintre cele investite și satisfacția personală; medicul ca medicament, destăinuirea la grup Balint; beneficiul atât pentru pacient cât și pentru profesionistul medical.*



Exercițiul acțiunilor de îngrijire medicală angajează atât pe profesionistul medical care le exercită explicit, dar și, implicit, întregul corp profesional din care el sau ea face parte. De aceea, greșelile comise de unii medici sau surori medicale pot avea urmări asupra prestigiului întregii tagme medicale.

Îndeplinirea corectă a actului medical implică o bună cooperare (conlucrare) în interesul bolnavului și o permanentă educare a simțului de răspundere și al prudenței în decizia profesională. Pentru aceasta, medicii și surorile trebuie să execute actele profesiei medicale deopotrivă cu conștiință și cu demnitate. Ei nu au voie să folosească drepturile și atribuțiile care le sunt conferite pentru a îndeplini alte acte - străine de activitatea lor profesională.

Este ușor de înțeles că în oricare țară, diverși medici și surori din toate specialitățile medicale au avut rațiuni per-

sonale diferite pentru a începe studiul medicinei. Ulterior, alte rațiuni complementare i-au ghidat să se dedice unei anumite discipline medicale, mai bănoasă, dar obositoare (de exemplu neurochirurgie, chirurgie estetică), sau mai puțin bine remunerată, dar mai ușoară (medicină internă, endocrinologie).

Peste tot în lume, medicii reprezintă o categorie socială prestigioasă și nici o autoritate legală sau morală nu le poate opri sau critica dorința legitimă a fiecăruia de a câștiga bani din munca pe care o prestează. Cu toate acestea, se pare că tot mai mulți medici, din grupe de vârstă cuprinse între 35 și 55 de ani, de pe toate meridianele și din toate nivelele de asistență medicală – circumscripție medicală rurală, orășenească, spital orășenesc sau spital universitar, se plâng de lipsa satisfacțiilor profesionale și de lipsa de împlinire a scopului inițial ales, când și-au ales profesiunea de medic sau specializarea respectivă unde lucrează în prezent. Acestora li se alătură cohorte de surori medicale care renunță la profesiune imediat cum trec de vârsta de 50 de ani. Se pare că este vorba de un simplu dezechilibru între



energia și devotamentul investit în profesie și satisfacția personală – morală sau pecuniară - obținută ca rezultat al îndeplinirii obligațiilor profesionale.

Pentru un număr crescând de medici și surori medicale specializate (anesteziologie, sală de operații, etc.) găsirea menirii și înțelegerea-acceptarea rostului personal în exercitarea îngrijirilor medicale este destul de dificilă. În același timp, dezideratul lor de a se bucura de o viață personală satisfăcătoare, ce se îmbină perfect cu cea profesională pare greu de realizat pentru ei.

Peste toate se adaugă climatul de concurență, adesea pe criterii mai mult sau mai puțin obiective, dar și *"invidia profesională"*, care nu aduce nimic bun în această privință. Peste tot există cazuri anecdotice, astfel încât dacă vom întreba în jur, fiecare din noi ar putea găsi colegi care se confruntă cu refulările, cu izolarea, cu aparent insurmontabile probleme de familie, cu depresia sau onirofilia - dependența de droguri, dar în primul rând cu secătuirea profesională.

Fenomenul de secătuire este cunoscut în literatura anglo-saxonă sub numele de **burnout syndrome**. Deși sindromul de burnout este descris mereu în diverse publicații și a devenit un cuvânt uzual pe buzele tuturor, eu voi încerca în acest articol o descriere derivată din observații personale, făcute timp de 40 de ani asupra unor medici și surori medicale de specializări și calificări diferite.

Abordare mea e simplă: Cheia psihologică a manifestărilor clinice de secătuire este dată, aproape întotdeauna, de răspunsul obținut la întrebarea: *"Cui prodest?"* Sensul exact este: *"Cui folosește? Cui servește"*, iar eu voi folosi varianta completată cu *"Cui bono?"*, tradusă cu *"La ce bun să mai lucrez - Cui folosește?"*.

Se poate prezuma că, *dacă profesionistul medical nu mai găsește răspunsul la această întrebare, presupunând că l-a avut vreodată, apare pericolul instalării sindromului de secătuire.*

Ordinea apariției cronologice a simptomelor acestui sindrom este variabilă, iar unele forme clinice prezintă câteva din trăsăturile din următoarea listă. Așadar, medicul sau sora medicală:

- își pierde interesul pentru cazurile așa-zis ușoare, cu excepția celor care sunt economic rentabile;
- manifestă o *"cumsecădenie"* exagerată față de pacienți - nu refuză nimic din ceea ce aceștia îi sugerează, propune sau îi cere;
- manifestă interes doar pentru consemnarea activității în registru, iar nu pentru activitatea însăși,

chiar dacă efortul pentru a o duce la bun sfârșit este minuscul;

- manifestă interes exagerat pentru imaginea sa față de oricine - superior, coleg, subaltern sau pacient – *"Orice ar fi, să fie, doar să nu-mi iasă vorbe!"*;
- practică așa numita *"medicină defensivă"* – abuz de recomandări de analize de laborator și de referințe la specialiști, la explorări funcționale și / sau imagistică pentru pacient;
- își pierde interesul pentru cazurile mai dificile;
- începe să aibă *"frică de pacienți"* – trimite imediat pacientul la un eșalon superior – spital universitar - fără să-l consulte și fără să emită un diagnostic prezumtiv sau pozitiv;
- manifestă un autoritarism exagerat față de cei din jur, uneori călcând în picioare orice umbră de autonomie a pacientului sau a familiei lui;
- își pierde interesul pentru opiniile profesionale consultative ale celorlalți colegi;
- își pierde interesul pentru imaginea sa în fața colegilor – halat boțit, păr dezordonat, lipsă machiaj ș.a.;
- își pierde interesul pentru imaginea sa în fața pacienților;
- își pierde interesul pentru imaginea sa în fața superiorilor;
- își pierde interesul pentru imaginea sa în fața profanilor, vizitatori etc.;
- își pierde interesul față de actul medical în general și față de onorabilitatea acestuia;
- își pierde respectul față de sine;
- renunță la profesiune și se dedă unor activități adictive.

Această listă nu trebuie luată neapărat ca o succesiune obligatorie de evenimente. Secvența poate fi diferită, dar ele vor afecta relația profesionist medical – pacient, deopotrivă în primă și în ultimă instanță.

Activitatea grupurilor Bálint este folosită în multe programe de training ale medicilor de medicină generală și în unele universități medicale. Ea furnizează un sistem de învățare experiențială legat de relația profesionist medical-pacient, plecând de la ideea originală a lui Michael Bálint de a da bolnavului o *"posologie adecvată"* de medic. El pleacă de la ideea că medicul poate fi administrat ca un medicament, iar bolnavul trebuie să primească *"atâta medic cât are nevoie"*. În consecință, ar fi necesar ca dozele *"de medic"*, sau de soră medicală – zicem noi astăzi - să nu fie nici prea mici, nici prea mari, nici prea rare, nici prea dese,



■ Referate

iar administrarea să nu fie nici prea scurtă, nici prea lungă. Acest dozaj echilibrat are ca scop prevenirea unui fenomen cunoscut de toți, chiar în afară de cei ce practică grupul Bálint, cel de *“rezistență la medic”*.

Practica de grup Bálint poate fi folosită ca metodă de prevenire a sindromului de secătuire, deoarece ea are ca scop ameliorarea relației profesionist medical-pacient, prin transformarea ei într-un soi de alianță. Această alianță nu are ca scop doar un diagnostic cât mai precis și o terapie cât mai adecvată, ci dorește - pe cât se poate - ameliorarea inserțiilor familiale, profesionale și sociale ale pacientului.

Chiar dacă achizițiile pozitive din primii ani de grup Bálint nu se pierd niciodată, fiecare participant la grup va avea întotdeauna ceva nou de învățat, iar fiecare va suferi mereu ameliorări psihologice, care vor ține la distanță sindromul de secătuire. Se spune astfel că doctorii *“cei mai buni”* sunt cei care se schimbă cel mai des, iar asta nu se referă numai la punctele acumulate pentru Educația Medicală Continuă.

Beneficiarul ameliorării relației profesionist medical - pacient nu va fi doar pacientul, căci este bine știut că simpla prezentare a unui caz problematic la un grup Bálint poate aduce o mare ușurare pentru cel care are oportunitatea să-l prezinte, împărtășindu-și totodată angoasele, incertitudinile și frustrările personale. Scăpând de singurătatea

care torturează, ba chiar ucide uneori, profesionistul medical care se destăinuie în grup poate scăpa și de refuzuri, de insomnie sau depresie, ba chiar își poate redobândi încrederea sau speranțele pierdute.

Nu în ultimul rând, el poate obține un fel de *“diluare a responsabilității morale”* față de sistemul medical sau față de profesiunea respectivă, fără ca aceasta să implice o vreo abatere de la normele juridice.

În concluzie, în opinia mea, grupul Bálint reprezintă un forum în care medicii sau surorile medicale se pot destăinui fără frica de a fi molestați moralicește, deoarece cel care își descarcă ofurile se eliberează mai ușor de dezamăgiri profesionale și de alte neajunsuri. În timpul activității de grup, profesionistul medical va primi unele critici pozitive și unele sugestii mai mult sau mai puțin adecvate, dar făcute într-o manieră protectivă, în așa fel încât el sau ea va putea să vadă din nou partea nobilă și aducătoare de satisfacții a activității sale.

Bibliografie:

1. Trif, A. B. (2000): Sindromul de secătuire - *Buletinul informativ al Asociației Balint din România*, nr. 5, Martie 2000, p.11-12.

Reflecții asupra conducerii Grupurilor-BALINT. Repere de evaluare și autoevaluare.

■ Görög Ileana, Psiholog, Ph.D., Dr. Stelian Cîntea, M.F., Brașov

Abstract: *Reflections on Balint groups management. Assessment and self-assessment*

Starting from practical aspects of Balint groups' leadership, the authors reveal the need for development and introduction of assessment tools that help group members, observers / supervisor to provide, in a consistent manner, feedback in formative purposes, addressing relevant issues of the group process and the performance of leader/co-leader.

Keywords: *Balint- group leader, co-leader, observer/supervisor; evaluation, feedback.*

Rezumat: *Pornind de la aspecte practice ale conducerii grupurilor-Balint, autorii relevă necesitatea elaborării și introducerii unor instrumente de evaluare cu ajutorul cărora membrii grupului, observatorii/supervizorul ar putea oferi într-o manieră unitară feedback în scop formativ, eficient, care să vizeze aspectele relevante ale procesului de grup și ale prestației liderului/co-liderului.*

Cuvinte cheie: *lider, co-lider, observator/supervizor de grup-Balint, evaluare, feedback.*



Introducere

Parafrazând un motto cunoscut de balintieni: *“Medicul - ajută pacienții, Grupul-Balint ajută medicii”*, se ivește întrebarea: *“Cine îi ajută pe liderii de grup-Balint?”*

Ca orice activitate umană desfășurată pe parcursul unei perioade suficient de îndelungate și aceea de lider de grup-Balint are de câștigat de pe urma unei priviri retrospective, a unui sui generis audit asupra a ceea ce facem, ce simțim și trăim în acest rol, asupra situațiilor dificile cărora le facem față, a supra satisfacțiilor, a frustrărilor dar și a izvoarelor acestora. Îndemnul atribuit de Heide Otten lui Michael Balint: *“Think freshly, think freely!”*(a) (*“Gândește altfel, cu un spirit nou, gândește liber!”*) presupune un continuu demers analitic, reflectiv, creativ, menit să prevină diluarea *“metodei analitice de formare cu cercetare”* spre o formă de grup de suport.

Am cules în prezentul articol câteva aspecte din conducerea grupurilor-Balint atât din literatura de referință, cât și din cele învățate la cursurile de formare a liderilor organizate de Asociația Balint din România .

Funcțiile liderului și co-liderului

Chiar de dinaintea de a da curs unui grup-Balint, trebuie clarificat dacă grupul va fi condus de un lider sau de echipa lider – co-lider și, în acest caz, ce rol va avea fiecare?

Dacă grupul este condus de lider – co-lider, va trebui să lucreze prin bună înțelegere, fiind atenți reciproc la semnalele stabilite. Cel mai frecvent mod de conlucrare este cel indicat de Salinsky (1) ca unul dintre ei să modereze discuția, iar celălalt să fie atent la cine dorește să intervină, respectiv să observe dacă cineva este prea afectat emoțional. O altă sarcină uzuală a co-liderului poate fi să urmărească încadrarea în timp.

Harmathy și Lajtai (2) consideră că este bine dacă liderul are ca ajutor un co-lider: *„unul dintre ei urmărește cuvintele, celălalt este atent la comunicarea nonverbală”*

Alegerea unui co-lider este mai importantă în grupurile mari sau în cele demonstrative, de inițiere. Co-liderul poate interveni în timpul grupului în primul rând prin meta-comunicație cu liderul, dar nu numai afirmă Veress (3). În Îndrumătorul metodologic pentru grupul Balint (4) este enunțat clar: *„co-liderul poate interveni în dirijarea discuțiilor”*. Rămâne neprecizat, care sunt așteptările față de co-lider, care sunt modalitățile sale de intervenție? La un seminar pentru lideri Balint din România condus de M. Delbrouck, (5), dumnealui a acordat o atenție deosebită experimentării momentului pregătitor în care liderul și co-

liderul stabilesc împreună modul în care vor colabora, funcțiile fiecăruia în grup.

Observatori și supervizor

Uneori se poate numi un observator (supervizor) intern, iar, în cazul grupurilor lărgite, și a unui observator extern, se afirmă în Îndrumătorul metodologic (4), precizându-se rolul acestora ca la terminarea discuției din grup să analizeze desfășurarea ședinței, prestația conducătorului de grup și dinamica discuțiilor.

Alegerea unor observatori interni și/sau externi poate fi deosebit de utilă în cazul grupurilor demonstrative și la grupurile de formare de lideri de grup. Observatorii desemnați nu intervin în discuțiile din grup, iar la final expun observațiile lor ca *„o analiză critică, constructiv-educativă asupra dinamicii de grup și a modului de conducere a liderului (și co-liderului)”* (3).

Se cuvine precizat: dacă pentru rolul de observator sunt invitați sau se pot anunța membrii de grup indiferent de experiența acumulată cu grupuri-Balint, supervizorul este desemnat din rândul formatorilor acreditați ai asociației. Funcția primordială a supervizorului este de a urmări/sprîjini evoluția liderilor aflați în procesul de acreditare, dar poate fi solicitat să observe și să aprecieze la final derularea unui grup.

În figura 1. am reprezentat un grup condus de lider – co-lider cu trei observatori, doi externi și unul intern. Sarcinile au fost stabilite dinainte de a începe prezentarea de caz. Liderul urmărea aspecte latente ale relației medic-pacient și modul în care sunt oglindite acestea în relaționarea membrilor de grup, co-liderul, în primul, rând facilita intervenția membrilor de grup care semnalau intenția, unuia din observatorii externi i s-a cerut să fie atent la intervențiile liderilor iar celuilalt, să urmărească atmosfera din grup. În exemplul ales, observatorul intern avea posibilitatea să participe la discuții, fiind întrebat ulterior cum s-a simțit în grup. (De obicei, aceeași întrebare li se adresează persoanelor care participă pentru prima oară la un grup-Balint).

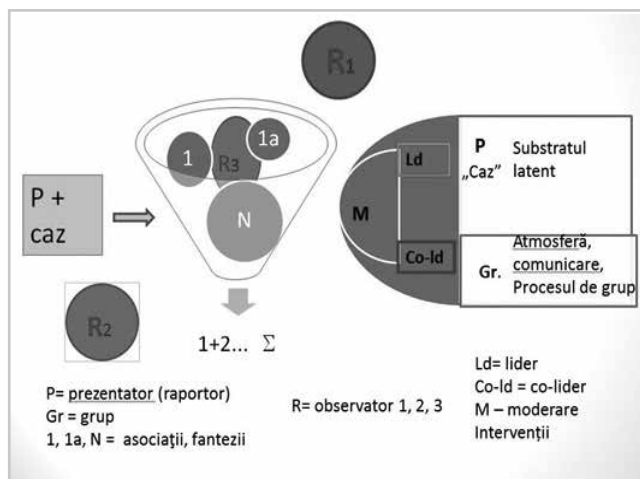
La una din formările recente ținute în țară, Friederike Ludwig-Eckelmann (6) a oferit posibilitatea exersării de că-





tre observatori voluntari a intervențiilor liderului, ale co-liderului, atmosfera din grup și, nu în ultimul rând, aducătorul de caz. Relatările finale ale observatorilor au îmbogățit semnificativ înțelegerea temei, a modului de funcționare a liderilor și a procesului de grup.

Fig.1 Funcțiile liderului, co-liderului, observatorilor



Referentul (raportor), medicul care aduce în grup un caz din experiența proprie, preferabil, cât mai recent, este ghidat, încă din faza de întrebări, să descrie aspecte relevante pentru relație reducând la minim necesar informațiile medicale (fără detalii de investigații și/sau tratament). Imaginea pacientului și a relației medic-pacient se nuanțează prin coloratura emoțională a descrierii.

În faza de fantezii, referentul se retrage (ascultă, observă, cu oarecare distanțare, fațetele variate aduse în discuție de către membrii grupului), grupul preia „problema” relațională (dilema/frustrarea/neputința, etc.) și, cu o atitudine „contemplativă” (A. Harrach, 7), de „rezonanță” (8), explorează semi-independent, susținut de intervențiile liderului – co-liderului, care veghează în această fază ca vorbitorii să nu se adreseze referentului, să nu transmită sfaturi sau critici și discuția să rămână focalizată pe caz.

Fanteziile, asociațiile și flash-urile participanților aduc la suprafață aspecte inconștiente ale relației dintre medic și pacient. Császár (8) afirmă că grupul Balint este un cadru care pune «percepția extinsă a mai multor ochi» în slujba înțelegerii mai profunde a pacientului. Prin modul de a relata cazul și răspunsurile sale la întrebări, medicul transmite celorlalți membri ai grupului, odată cu informațiile privind situația concretă, și emoțiile, tensiunile, preocupările, atitudinile sale legate de caz. Trăirile membrilor grupului de-

clanșate de relatare creează „un câmp de forță”, iar prin discutarea cazului apar amplificate «ca pe un ecran imens» atât trăsăturile pacientului, tabloul complex al problemelor sale, cât și trăirile, atitudinile inconștiente ale medicului. Trăirile grupului oglindesc transferul și contra-transferul dintre pacient și medic semnalat de M. Balint.

Rolul de moderator al liderului

Într-o sinteză despre grupurile Balint, J. Salinsky (1) evidențiază faptul că primul și cel mai important obiectiv al liderilor este să creeze un climat de confidențialitate, în care participanții să aibă curajul să se vorbească liber despre sentimentele lor, greutăți, inclusiv despre greșeli. Pentru a menține sentimentul de siguranță, liderii vor preveni intruziunea în viață personală a aducătorului de caz. Nu este un grup de terapie chiar dacă efectul poate fi terapeutic – subliniază Salinsky.

Cel de-al doilea rol al liderului este de a menține discuția centrată pe relația medic-pacient prin exprimarea unor fantezii.

Chiar și în grupuri ai căror membri au experiență „balintiană” putem întâlni tendința ca discuțiile să rămână sau să revină mereu la nivel rațional, tehnic, să alunece spre oferirea de sfaturi sau spre discuții despre deficiențele „sistemului”, toate acestea consumând timp și energie fără beneficii notabile pentru protagonist sau pentru participanți. Reorientarea grupului spre explorarea emoțiilor, a sentimentelor trezite de cazul adus în discuție devine o sarcină dificilă pentru echipa lider – co-lider. Deși posibilitatea oferită de grup de a „ventila” emoții și frustrări acumulate în activitatea profesională desfășurată adesea în condiții vitrege, ca și sentimentul de solidaritate care apare, poate conduce la o stare de bine, de eliberarea de tensiune, de satisfacție, evident este de evitat.

Dacă grupul evită verbalizarea emoțiilor și recurge la generalizări, poate fi semnalul unor rezistențe, unor sentimente negative sau temeri legate de pacient sau de temă. Intervenția liderului ar putea viza atmosfera din grup, starea membrilor. Ca o măsură de readucere a atenției grupului la cazul concret pot fi repetate întrebările: „ce simțiți față de pacient?”, „care sunt așteptările acestuia?”. În cazul tăcerii generale liderul poate stârni empatia membrilor de grup prin exemplul personal: „eu în situația acestui pacient m-aș simți abandonat...” (1).

După Delbrouck (5), liderul de grup-Balint trebuie să observe și să deslușească ce se petrece în grup din „super-meta – perspectivă” și să intervină mai activ, în momente de blocaj, cu întrebări care ajută exprimarea fantasmelor din grup.



De asemenea, liderul trebuie (ar trebui) să-și urmărească propriile intervenții, posibile reacții de contra-transfer, care pot fi de patru tipuri după Császár (8): 1. „specifice funcției” (apar în modul de exercitare a conducerii), 2. „specifice personalității” – reacții declanșate de trăsături, manifestări ale referentului, 3. „specifice temei” – reacții inconștientefăț de „caz”, bolnav, circumstanțe de viață, (4) „specifice grupului” (compoziția, dimensiunea, anturajul, trăsăturile grupului).

Situații „dificile” și „ieșiri din rol”

Liderul de grup este unul din egalii grupului, „*primus inter pares*” - este un principiu de bază al conducerii grupurilor-Balint. Rolul de moderator, coordonator este enunțat și asumat de lideri, evitându-se postura de expert „*atotștiutor*”, astfel ca statutul diferit sau nivelele diferite de experiență profesională să nu devină un impediment în comunicarea liberă. Prin urmare, sunt de evitat „*ieșirile*” din rolul de lider apărute sub presiunea de a aduce „*clarificări*” tehnice sau de a împărtăși propriile emoții. Principiul „*abstinenței*” din psihanaliză este valabil și în conducerea grupului-Balint (Eicke, 9).

Cel mai bun lider de grup este, „*cu o oarecare exagerare poetică, - scriu Harmathy și Lajtai (2) - cel care nu este vizibil, nu este auzit – doar există*”, considerând că rolul liderilor este doar să aibă grijă ca discuția să nu se abată de la subiect și nimeni să nu fie rănit. Aten la procesul de grup, prin intervențiile sale, liderul oglindește demersul observat, „*ajută grupul să ia cunoștință de nivelul de comprehensiune atins, fără al devansa*”. (4)

Specificul intervențiilor liderului și co-liderului în procesul de grup sunt reprezentate în fig.2

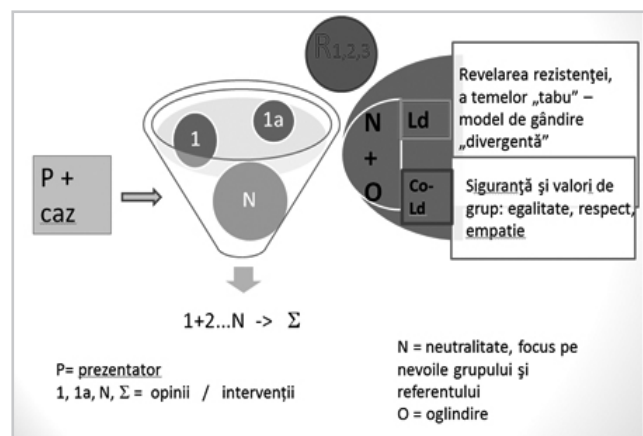


Fig.2 Funcțiile specifice ale liderului/co-liderului

În termenii lui W.R. Bion (10), grupul îndeplinește funcția α (alfa) de prelucrare a conținuturilor β (beta) aduse în grup de referent. Intervențiile nepartizane, impersonale, ale liderului și co-liderului presupun asumarea și îndeplinirea funcției de conținere (de „*container*”) în momente tensionate și/sau la confruntarea cu teme „*tabu*”, respectiv când funcția alfa a grupului este deficitară, îndeplinind astfel un rol de „*remediu*” similar cu cel al medicului în relația sa cu bolnavul (5). (Fig.3)

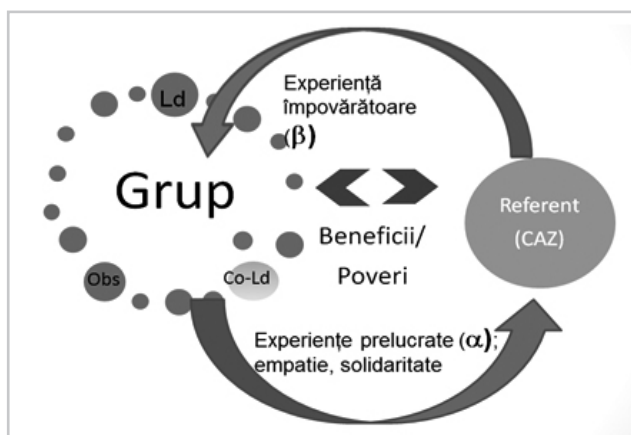


Fig.3 Funcția de conținere a grupului și a liderului – co-liderului

Repere pentru evaluare și feed-back

Un colectiv de autori americani (11) a publicat rezultatele unui studiu în care urmăreau să identifice elemente definitorii ale conducerii eficiente a unui grup Balint. La studiu au participat lideri de grup cu experiență bogată, metodele de cercetare fiind calitative și cantitative (focus grupuri, analiză pe text, analiză factorială). Au fost evidențiate câteva calități/abilități (*skills*) ale liderului eficiente ca și trăsăturile principale care le definesc.

Mai întâi capacitatea de a crea un climat de siguranță, acceptare, încredere prin asigurarea unui mediu pozitiv, suportiv, prin promovarea susținerii individuale și prin menținerea în siguranță a referentului. Apoi stabilirea și respectarea regulilor de grup de către lider sau de către echipa lider-co-lider a fost percepută ca importantă, prin aceasta asigurându-se structura de grup și menținerea limitelor (granițelor), a echilibrului între referent și grup ca și între membrii grupului.

Capacitatea de a orienta grupul spre sarcina asumată și a-l menține focalizat asupra acesteia; a-l dinamiza și a crea premisele modificării de perspectivă asupra cazului (*case reframe*), mai ales din partea prezentatorului. Este,



Referate

de asemenea, important ca liderul să înțeleagă procesul de grup: dinamica grupului și stadiul de dezvoltare a acestuia, adaptându-și stilul de conducere și modalitățile de intervenție astfel încât acestea să fie adecvate și eficiente, să „aducă lumină” în relația medic-pacient. În fine, personalitatea liderului, stilul său au fost percepute ca fiind importante de către participanții la studiu. Respectul pentru persoană, curiozitatea, capacitatea speculativă, toleranța la incertitudine (nesiguranță) au fost desemnate ca definitorii pentru personalitatea unui lider eficient, alături de empatie (față de prezentator și pacient), stil non-autoritar, centrat pe grup, ca și capacitatea de a gestiona situațiile dificile.

Concluzii

Stabilirea unui set de criterii privind abilitățile și prestațiile liderului – co-liderului, având în vedere obiectivele și specificul grupurilor-Balint, ar putea constitui un instrument util de observare, evaluare, autoevaluare curentă și retrospectivă a liderilor, ar mări contribuția feedback-ului în procesul de formare și perfecționare a liderilor de grup.

De altfel, este înrădăcinată uzanța ca, la finalul manifestărilor Balint, liderii de grup și co-liderii să se întâlnească și să-și împărtășească impresii, emoții, sentimente trăite în grupurile la care au participat, să dea și să primească feedback, să reflecteze, să tragă învățăminte. Reflecțiile din grupul liderilor, ghidate de un set de întrebări țintite, ar asigura o analiză mai complexă asupra procesului de grup și asupra prestației liderilor/co-liderilor/membrilor, ajutând liderii să-și dea seama și să-și poată perfecționa propria funcționare, respectiv pentru a înțelege mai bine dinamica latentă de grup, pentru a identifica teme focale sau „unghiul orb”, teme evitate la un moment dat, sau modificările funcționării membrilor de grup după anumite „șabloane”, etc.

Astfel de instrumente de evaluare ar fi utile și pentru liderii care activează cu grupuri stabile. Cu ajutorul acestora membrii grupului ar putea oferi feedback într-o manieră unitară și care să vizeze aspectele relevante ale activității de grup.

Referințe:

«Think fresh, think freely» The 2nd International Conference for Preservation and Improvement of Health and Well-being in Specialists of Helping Professions. The Role of Balint Movement. July 21-24, 2016; Armenia, Yerevan.

1. Salinsky, J. (2009) A very short introduction to Balint groups, transfer de pe adresa <http://balint.co.uk/about/introduction/> în 2016
2. Harmathy Éva, Lajtai László : Bálint Mihály hagyatéka, transfer de pe adresa http://www.behsci.sote.hu/laj_harm.htm în 2013
3. Veress, A. (2003) Mișcarea Balint. Grupurile Balint Ascona și Monte-Verita în Luban-Plozza, B., Iamandescu, I-B., Dimensiunea psihosocială a Practicii Medicale, Ed. InfoMedica, Buc., cap.9, pp. 333-342
4. Moldovan, Csilla., Zielinski, R., Trif A.B. (red.) (1997) Îndrumător metodologic pentru grupul Bálint, Ed. Quadrata, Botoșani
5. Delbrouck, M., Curs pentru lideri de grup-Balint, Poiana Brașov, 2008
6. Ludwig-Eckelmann, F., Curs pentru lideri de grup-Balint, Frumoasa, 2016
7. Harrach, A., Curs pentru lideri de grup-Balint, Miercurea-Ciuc, 2015
8. Császár, Gy. (1998) A Bálint-csoportmódszer egyes kérdései (Unele întrebări ale metodei de grup-Balint) in Luban-Plozza, B., Dickhaut, H.H., red., A Bálint csoportok elméleti és gyakorlati kérdései, ed. Animula, pp.156-168
9. Eicke, D. (1998) A Bálint-csoportok vezetésének kérdései (Întrebări privind conducerea grupurilor-Balint) in Luban-Plozza, B., Dickhaut, H.H., red., A Bálint csoportok elméleti és gyakorlati kérdései, ed. Animula, pp.83-89
10. Bion, W.R. (1993), Gânduri secunde. Lucrări selectate de psihanaliză, Ed. S. Freud
11. Johnson, A. H, Nease, D. E, Milberg, Addison, R. B - Essential Characteristics of Effective Balint Group Leadership, Family Medicine, 2004, Vol. 36, No. 4, p 253-257(Fam Med 2004;36(4):253-9.)



Cauze și posibile măsuri de atenuare ale Stigmei în bolile mintale ■ Dr. Mircea Drăgan, Ploiești

Abstract: Causes of mental illness-stigma and suggested measures for its mitigation

Objectives: The need to use the concept of person-centred psychiatry, not the institution beds one.

Material and method: Using literature mostly provided by WHO and personal professional experience.

Results: According to the W.H.O., "stigma and discrimination are the single most important barrier to overcome in the community". They are the outcome of improper personal, group and institutional ways of managing that situation, hindering good social integration of people that suffer from mental disorders. This paper lists and discusses some of the causes leading to stigma in contemporary Romanian society, such as: insufficiency and wasting of the allotted resources; bureaucracy; poor access to quality medical and social care; citizen rights infringement; several functional deficiencies of the Romanian psychiatric system; lack of community psychiatric nursing system; and the negative role often played by the media.

Conclusions: Discrimination of people with mental health disorders continues to be a painful social reality. From the few suggested solutions, the most important are deinstitutionalization and empowerment.

Key words: empowerment, stigma, mental health legislation.

Rezumat: Obiectivul studiului: Demonstrarea necesității utilizării conceptului de psihiatrie centrată pe persoană și nu pe cea a instituțiilor cu paturi.

Material și metodă: Utilizarea literaturii de specialitate mai ales cea elaborată de OMS și a experienței personale.

Rezultate: Conform OMS, stigma este principala barieră în calea unei bune reușite sociale. Este produsă de manifestări neadecvate, la nivel individual, de grup și instituțional, ce împiedică buna inserare în societate a persoanelor suferind de afecțiuni psihiatrice. În articol se enunță și se dezbat unele cauze ce conduc la stigmatizare în societatea românească contemporană: alocarea de resurse insuficiente și risipa acestora, birocrăția, îngrădirea accesului la îngrijiri medicale și sociale de calitate, neacordarea de drepturi cetățenești, unele deficiențe ale funcționării sistemului psihiatric, lipsa structurilor de îngrijire de tip comunitar, rolul negativ pe care presa îl joacă uneori.

Concluzii: Discriminarea persoanelor cu tulburări mintale continuă să fie o realitate socială dureroasă. Se propun unele soluții, dintre cele mai importante fiind dezinstituționalizarea și empowermentul.

Cuvinte cheie: empowerment, stigma, legislație în sănătatea mintală.

Definiția stigmei

Ervin Goffman definește stigma ca fiind fenomenul prin care un individ este respins de către societate deoarece posedă un atribut care este profund discreditat de către aceasta. Stigmatizarea este un proces prin care identitatea normală este distrusă de reacția altora (2). Stigma este produsă de manifestări neadecvate la nivel individual, de grup și instituțional ce împiedică buna inserare în societate a persoanelor suferind de afecțiuni psihiatrice (3).

Conținutul semantic al termenului în limba română

În limba română termenul de stigmă este un barbarism. El nu există în principalele dicționare editate în ultimii 30 de ani (4). Totuși psihiatrii români îl folosesc. În acest context contradictoriu, în care limba vorbită încalcă regulile limbii

academice, se pune cu legitimitate întrebarea dacă este bine să utilizăm în textele științificeromânești substantivul *stigma*, sau pe cel de *stigmat*. O temă semantică și psiholingvistică ce rămâne pe mai departe de analizat. În virtutea argumentării expuse mai sus îmi permit să sugerez cititorilor punctul meu de vedere, să utilizeze termenul de *stigmat*.



Scurt istoric al noțiunii de stigmat

Cuvântul își trage originea din limba greacă veche, din verbul a înțepa, a împunge; desemna însemnarea, marca-



rea unei persoane. Slavii erau marcați pe piele pentru a li se cunoaște statutul față de cel al oamenilor liberi. Prima menționare a unei persoane marcate apare în Vechiul Testament: „Și Domnul a hotărât un semn pentru Cain, ca oricine îl va găsi, să nu-l omoare”(5).

În Creștinism se vorbește despre stigmat; este vorba despre rănilor sângerânde care apar pe trupul unor persoane credincioase, asemănătoare cu cele ale Iisus Christos.

În evul mediu, condamnării la muncă grea, ocașii, erau marcați pe piele pentru a putea fi identificați dacă fugeau.

În romanul Cei trei muschetari a lui Alexandru Dumas tatăl, Milady de Winter (Ann de Breuil, contesă de la Fère) este înfierată, pe umărul stâng cu floarea de crin, de către călăul orașului Lille, semn al osândiților, fiindcă aceasta a sedus un preot tânăr.

Conceptul actual de stigmat/stigmă

În prezent există câteva moduri de abordare. Link și Phelan au dezvoltat în psihologia socială un model în care aceștia argumentează faptul că stigma apare atunci când, în privința unui individ sau grup, se întrunesc concomitent mai multe condiții: **separarea, pierderea de statut, identificarea diferențelor considerate negative și etichetarea, stereotipizarea, discriminarea** (6).

Modelul Corrigan identifică trei componente:

- **Stereotipurile**, care reprezintă structuri cognitive învățate de majoritatea populației unui grup social;
- **prejudiciul**, care este răspunsul emoțional și cognitiv la stereotipuri și
- **discriminarea**, care este consecința comportamentului negativă a prejudiciului.
- Stigma este clasificată de Corrigan în două categorii:
- **stigma socială** (publică) - reacția generală a populației față de persoanele bolnave mintal și
- **auto-stigma** (self-stigma) prin care persoanele suferind de afecțiuni mintale au o atitudine de segregare față de ele însele (7).

Modelul cercului vicios al stigmatizării propus de Norman Sartorius; preluat și utilizat de către actualele recomandări ale OMS. El presupune că orice persoană care posedă o caracteristică vizibil anormală, va fi etichetată în mod negativ datorită ei. Acest lucru se realizează pe baza informațiilor căpătate din presă, din filme, sau din ceea ce se discută în mod obișnuit. Când această caracteristică a fost înregistrată ca atare în mentalitatea comunității, ea va opera ca o stigmă pentru oricine o posedă. Faptul aduce cu

sine mari prejucții privitor la îngrijirile de care ar fi putut beneficia persoana, la diminuarea stimei de sine și la discriminare. În astfel de condiții, intervențiile pe oricare dintre etapele cercului vicios devin salutare (8).

Factori principali cauzatori de stigmă din România de azi

Psihiatria comunitară

Existența acestora are un important rol în combaterea stimei. Absența ei este un important factor de stigmatizare (9). La noi în țară constatăm o alocare exclusivistă și discriminativă de resurse către serviciile de sănătate mintală intra-muros în comparație cu serviciile de sănătate de tip extra-muros. Progresele mari făcute în domeniul psihofarmacologiei au îmbunătățit radical evoluția și prognosticul tulburărilor mintale.

De aceea în multe state politicile de dezinstituționalizare în psihiatrie recomandate de către OMS au făcut pași importanți. Vechile aziluri s-au închis și în locul acestora au apărut o întreagă diversitate de servicii de asistență psihiatrică comunitară. În țara noastră nu. Dispunem încă de azilurile gigantice construite în secolul XIX. Situate de parte de marile centre urbane, în timp ce serviciile comunitare medico-psiho-sociale sunt aproape inexistente.

Despre psihiatria comunitară se vorbește și se scrie mult, dar se face puțin. De ce acest fenomen? Serviciile psihiatrice de tip ambulator au o serie de atribute pozitive, care ar trebui să le recomande:

- Consumă resurse mult mai puține decât spitalele.
- Comparativ cu spitalul clasic de psihiatrie, au un rol mult mai important în prevenție.
- Fiind în proximitatea pacienților, sunt mai aproape de mediul lor natural de viață.
- Sunt mai flexibile și mai adaptabile.

Cu toate acestea ele continuă să fie defavorizate.

Fenomenul se explică prin influența factorilor de decizie, de la nivel central și local, chemați să aplice reforma în sănătate, să întocmească bugetele și să le repartizeze. Aceștia se comportă discriminator și stigmatizant față de proprii cetățeni, considerând că persoanele cu tulburări mintale ar fi vinovate de simptomele și de tulburările lor de comportament. Ei nu înțeleg tulburarea mintală și nici nu cer sfatul avizat al unor consilieri. Consecința este că acești conducători acționează după un model punitiv în fața bolii mintale, preluând intuitiv modele ancestrale de comportament, conform cu care nebunul este un pericol social și el trebuie îndepărtat din societate. Acesta este mecanismul mental prin care decidenții atribuie serviciilor de sănătate



mentală un rol coercitiv, de segregare a bolnavilor față de restul populației.

Rolul de pază și de izolare este argumentul principal pentru care marile aziluri continuă să își justifice existența. Că se risipesc inutil bani și resurse care ar fi putut fi mult mai bine utilizate de către psihiatria comunitară, că aceste aziluri nu sprijină remisiunea ci cronicitatea, se pare că pe nimeni nu interesează (10).

Discriminarea personalului care lucrează în sănătatea mentală

Persoanele care lucrează în sănătatea mentală sunt privilegiate de adeseori de mulți membri ai societății ca fiind inferioare altor categorii de personal sanitar. Ei capătă adeseori atribute peiorative, cum ar fi „doctori de nebuni”. E vorba de un proces de condensare mitologică stigmatizantă operată și menținută în inconștientul colectiv.

A doua stigmatizare se petrece în interiorul sistemului de îngrijiri din sănătatea mentală. Personalul care lucrează în spitalele de psihiatrie este considerat superior ca importanță socială celui din ambulatorii. Fapt care se constată în salarizarea discriminatorie; mult superioară în spitale: 75% spor salarial în spitale, 50% spor în ambulatorii. Ceea ce face ca majoritatea medicilor psihiatri să prefere să lucreze în spitalele de psihiatrie și nu în ambulatorii. De exemplu, asistentul medical, director cu îngrijirile dintr-un mare spital de psihiatrie, primește un salariu net superior unui medic psihiatru din ambulatoriul unui spital general (11). Medicii de spital mai pot beneficia de un al doilea contract cu Casa de Asigurări pentru o jumătate de normă într-un ambulatoriu, altul decât al spitalului unde lucrează. Medicilor de ambulatoriu nu li se permite acest lucru (12).

Acest fapt demonstrează directă legătură, între politicile de susținere a marilor spitale de psihiatrie și de minimalizare a serviciilor extra-muros, comunitare, prin politicile de salarizare ale personalului. Spitalul este important, salariații primesc mai mulți bani. Ambulatoriul este neimportant, salariații primesc mai puțini bani. Consecința este raportul de 3/1 între personalul încadrat în spitale și cel din ambulatoriile din România, raport invers față de cel recomandat de către OMS de 1/3 (13).

Lipsa psihiatriei de legătură în majoritatea spitalelor generale

Comorbiditățile psihiatrice sunt deosebit de răspândite, mai ales în serviciile de urgență, oncologie, cardiologie, neurologie. Lipsa acestor servicii conduce la ignorare

și neglijarea patologiei mintale ceea ce aduce prejudicii pacienților, agravându-le suferința.

Medicii psihiatri care oferă rețete în ambulatoriu pacienților spitalizați în alte servicii sunt penalizați de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și obligați să plătească costul medicamentelor, în condițiile în care farmacia cu circuit închis a spitalului nu deține acele psihotrope tocmai pentru faptul că spitalul nu are un serviciu de psihiatrie de legătură, iar așa s-a creat un cerc vicios.

Să exemplificăm: un bolnav oncologic are o depresie, oncologul solicită psihiatrului de ambulatoriu să efectueze un consult. Se stabilește diagnosticul de depresie severă cu tendințe suicidare, tulburare care reprezintă o mare urgență psihiatrică. Cum spitalul nu deține antidepresive, psihiatrul nu le poate prescrie pe fișa de internare a pacientului. Dacă va elibera rețetă în circuitul exterior al farmaciilor, el va fi penalizat. Dacă se va abține de la prescriere și pacientul va trece la act, tot psihiatrul va fi chemat să răspundă (14).

Absența politicilor ușilor deschise

Până acum câțiva ani, persoanele afectate de tulburări mentale severe aveau acces neîngrădit la asistență psihiatrică specializată în ambulatoriul de specialitate. În prezent acest lucru este mai dificil. Contractul Cadru al CNAS impune ca obligatorie o trimitere inițială de la medicul de familie pentru confirmarea unei afecțiuni psihice majore.

Nu de puține ori, se constată însă din partea medicilor de familie o atitudine de negare a maladiei mintale, de moralizare, de respingere a persoanelor afectate de tulburări mentale. Aceasta este o altă fațetă a stigmei. Consecința este întârzierea diagnosticului și tratamentului ceea ce duce la agravarea suferinței, la complicații redutabile, precum suicidul, și la spitalizări de multe ori inutile și costisitoare (15).

Discriminarea persoanelor neasigurate față de cele asigurate

Multe dintre afecțiunile psihiatrice debutează în adolescență și prima tinerețe. Bolile în sine cât și impactul stigmatului diagnosticului se constituie într-o imensă barieră întâmpinată de către cel afectat la accesul pe piața forței de muncă. Lipsa unui contract de muncă implică lipsa unei asigurări medicale. În astfel de condiții și conform legislației actuale pentru marea majoritate a unor astfel de persoane, accesul gratuit la servicii medicale calificate este imposibil (16).



Discriminarea privitoare la obținerea și păstrarea unui contract de muncă

Din cauza concepției că persoanele cu afecțiuni mintale sunt considerate periculoase, cu mintea rătăcită și incapabile de activități; ele sunt primele excluse de la angajare și sunt primele disponibilizate. Anumiți medici de întreprindere în loc să respecte jurământul hipocratic în apărarea pacienților lor, sunt printre primii care declară patronatelor morbiditatea psihiatrică favorizând astfel excluderea. Pentru păstrarea locului de muncă, a ajunge la un medic psihiatru pentru o consultație, o rețetă, un concediu medical, sau o spitalizare psihiatrică, constituie actualmente un risc personal.

Rolul uneori negativ al mijloacelor de informare în masă

În ultimii 20 de ani, odată cu câștigarea libertății de exprimare, se constată și o **lipsă majoră de autocenzură a ziariștilor față de problematica bolii mintale**. În goana după audiență, unele posturi de televiziune și unele ziare dau știri care utilizează termeni psihiatrici cu conotație peiorativă împotriva unor persoane. Se desecretizează diagnostice medicale și se expun figurile unor bolnavi care conform legislației ar trebui să beneficieze de confidențialitate și de protecție. Reciproca este și ea valabilă.

Unii hoți, borfași, violatori, ucigași, sau traficanți, sunt etichetați de presă ca fiind bolnavi mintali, în loc să li se confere statutul desemnat de codul penal.

Modalități de a atenua stigmatizarea persoanelor afectate de tulburări mintale din România

Iată câteva dintre metodele principale de intervenție anti-stigma:

- **Campaniile în presă** - Cu excepția campaniei de acum câțiva ani a „Ligii Române pentru sănătate mintală”, realizată pe TVR nu am cunoștință de alte acțiuni similare. Presa, ca vehicul al opiniei cetățenilor, ar trebui să joace în România un rol mult mai mare în favoarea de-stigmatizării și în promovarea sănătății mintale.
- **Acțiunile de protest public** - Nu am cunoștință să se fi organizat în România astfel de acțiuni.
- **Activismul social și civic** - Sunt câteva ONG-uri care activează pe plan local; de exemplu: „CRY FOR HELP” din Miercurea Ciuc și „Trepte” București. Nu am cunoștință să aibă un impact la nivel național.
- **Implementarea de programe** - Programul Ministerului Sănătății privind sănătatea mintală a fost de-

mult sistat.

- **Utilizarea conceptului de medicină centrată pe persoană** - Un mod de abordare apacienților la îndemâna tuturor profesioniștilor. Persoana cu o suferință mintală este înțeleasă holistic ca făcând parte dintr-o cultură, împărtășind anumite credințe și obiceiuri. Biologia ființei se conjugă cu o complexă activitate cognitivă și afectivă; toate aflate în legătură cu mediul natural, domiciliul, educația și profesia. Conceptul în cauză propune repunerea individului uman în centrul atenției ca singularitate și unicitate, el fiind opusul curentului standardizării, computerizării și robotizării la care asistăm în prezent în practica medicală (17).
- **Psiho-educația** - Un domeniu aproape deloc explorat la noi, la ea participă: familia, școala, psihopedagogii (aproape inexistenți), mass-media, ONG-urile, cultele, medicii.
- **Empowermentul** - Definit de dicționar ca *the process of becoming stronger and more confident, especially in controlling one's life and claiming one's rights*, în sănătatea mintală se referă la *capacitatea de alegere, de decizie, de influență și de control*, pe care pacienții utilizatori de servicii de sănătate mintală pot să o exerseze asupra evenimentelor din viață lor. Termenul este dificil de tradus în limba română. Ar putea semnifica **împuternicire**, **darea**, **cedarea**, **primirea sau câștigarea de putere**, **competență**, **autonomie**, **capacitate de decizie**. *Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale* traduce cuvântul în limba franceză drept AUTONOMISATION, ușor de tradus în românește ca **autonomizare**. (21)

Cheia autonomizării se află în transformarea raportului de forțe și de relații de putere între indivizi, grupuri, serviciile de sănătate și guverne. Empowermentul/ autonomizarea previne stigma (18).

În definiția operațională a noțiunii de empowerment / autonomizare oferită de către Judi Chamberlin, aceasta arată că la nivel individual, **pentru ca o persoană să devină „autonomizată”, ea trebuie să întrunească mai multe caracteristici operaționale:**

1. Să ia decizii pentru a lua puterea.
2. Să aibă acces la informații și resurse.
3. Să beneficieze de o gamă de opțiuni din care să poată face alegeri. Nu numai cu da sau nu, ci și cu ori, sau fie.



4. Să fie asertivă, adică capabilă de a da și asuma declarații.
5. Să simtă că ea, ca subiect, poate face diferența față de situația sa din trecut, că poate astfel să aibă speranță pentru un nou viitor.
6. Să învețe să gândească critic, să vadă lucrurile diferit:
 - Să învețe să se redefiniească pe sine; să vorbească în propriul său fel de a gândi.
 - Să învețe să redefiniească ce poate face.
 - Să învețe să redefiniească relațiile de putere cu instituțiile.
7. Să învețe cum să își exprime nemulțumirea și furia.
8. Să nu se mai simtă singur ci parte a unui grup.
9. Să înțeleagă că are drepturi și obligații.
10. Să producă schimbări în propria viață și în propria comunitate.
11. Să deprindă abilități de comunicare care să o facă capabilă să se definească ca individ și ca importantă(19).

La nivel social, instituțional, empowermentul semnifică adoptarea unor măsuri structurale care să permită manifestarea la nivel individual.

Conferința de la Leuven din 2010 a sintetizat următoarele măsuri de trecere / transformare:

- de la îngrijirile în instituții (aziluri) la îngrijiri comunitare;
- de la spitale la activități de suport;
- de la paternalism și ierarhie la egalitate în abordare și parteneriat;
- de la tratare la remisiune și vindecare;
- de la tratarea bolii la promovarea și menținerea abilităților de a trăi în societate;
- de la coerciție la cooperare;
- de la modelul biomedical la modelul holistic bio-psiho-social;
- de la control asupra bolnavului la autodeterminare și autonomie;
- de la furnizarea de îngrijiri singulare (un medic-un bolnav) la echipe terapeutice;
- de la "pacientul nebun" la cetățeanul utilizator de servicii;
- de la bolnavul privit ca obiect la persoana privită ca subiect;
- de la bolnavul privit în termeni de deficit la persoana definită în termenii posibilităților;

- de la îngrijirea unde familia este exclusă la îngrijirile unde familia este luată ca partener (20).

Concluzii

Discriminarea persoanelor cu tulburări mintale continuă să fie o realitate socială dureroasă. Ar fi o utopie să credem că aceasta va dispărea într-un orizont de timp previzibil. Există însă soluții de atenuare care au fost cu succes aplicate în unele țări, care, pentru acest motiv, au fost și recomandate în rapoartele Organizației Mondiale a Sănătății și ale Asociației Mondiale de Psihiatrie. Pentru această etapă evolutivă a țării noastre, primele măsuri care ar trebui luate ar trebui să fie empowermentul și dezinstituționalizarea.

Bibliografie:

1. Promoting mental health; chapter 4; 2001. <http://www.who.int/whr/2001/chapter4/en/index2.html>
2. [Erving Goffman](#) (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Prentice-Hall. ISBN 0-671-62244-7.
3. Ibidem.
4. Dicționarul enciclopedic român 1987, DEX (Dicționarul explicativ limbii române) DEX; on line. Editura Academiei Române 2010. Noul Dicționar Universal al Limbii Române; Editura Litera Internațional; București–Chișinău 2006 (Italia); Marele dicționar al Psihologiei; Larousse, 2006 Editura TREI.
5. Biblia sau Sfânta Scriptură, București Editura Institutului Biblic de Misiune Ortodoxă al Bisericii Ortodoxe Române 1975, Geneza 4:14-16; pag 14-15.
6. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annu Rev. Sociol. 2001.
7. Corigan PW. Mental Health stigma as social attributions: Implications for research methods and attitude change. Clinical Psychology: Science and practice. V7 N1 Spring 2000; 48-67.
8. Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Programme for World Psychiatric Association, Norman Sartorius, Hugh Schulze, Cambridge University Press 2005.
9. WHO. The World Health Report 2001; New Understanding, New Hope; Developing Community Mental Health Services. pg. 89. 2001.
10. Stigmatizing Attitudes about Mental Illness and Allocation of Resources to Mental Health Services Patrick W. Corrigan, Amy C. Watson, Amy C. Warpinski, Gabriela Gracia; Community Mental Health Journal, Vol. 40, No. 4, August 2004.
11. Ordinul MS 547/2010 ; Regulamentul privind acordarea sporurilor de bază. Ministrul Sănătății Cseke Attila.



Referate

12. Contractul Cadru CNAS 2014-2015. <http://www.cnas.ro/page/alte-modificari-conform-contractului-cadru-2014-2015.html>.
13. Report from the WHO European Ministerial Conference; Facing the challenges, building solutions, Mental health Action Plan 2005.
14. Evolution of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine; Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry; Leight ,H.; Streltzer, J.(Eds) 2007, Hardcover.
15. The World Psychiatric Association. The WPA global programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia, Schizophrenia - Open the Doors Training Manual, September 2005.
16. From Alma-Ata to the Millennium Development Declaration International Conference on Health for Development Rights, Facts and Realities, Eliot Sorel. Towards a health strategy for equity, based on primary health care August 17 th 2007, Buenos Aires, Argentina.
17. World Psychiatric Association perspectives on person-centered psychiatry and medicine; Juan E. Mezzich 2010.
18. Santé mentale en Europe : Indicateurs favorables à l'autonomisation des usagers aidants; 4^{es} Rencontres internationales du COMS, 30-31 janvier 2014 - Lille, France.
19. Judi Chamberlin; A Working Definition of Empowerment - NEC Article National Empowerment 17/12/2013.
20. WHO. Empowerment in Mental Health Working together towards Leadership; 27-28 October 2010, Leuven, Belgium.
21. Les quatrièmes rencontres internationales du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France) 30 & 31 Janvier 2014.

Identificarea nevoilor personale și rolul lor în abilitarea profesională a specialiștilor debutanți în Psihologie Clinică

■ Cristina Alina Cucuș, Katinca Major, Ovidiu Postolache și Mihaela Maria Capriș
Studenți Masterul de Psihologie Clinică, Consiliere și Psihoterapie al Facultății de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Transilvania Brașov

Rezumat: Ne propunem o incursiune în universul complex și plin de provocări al psihologului clinician debutant, în care Grupul Balint ar putea să fie o oportunitate de dezvoltare profesională, o modalitate de interviziune, de ventilare emoțională, care să permită optimizarea anumitor competențe necesare acestei profesii.

Cuvinte cheie: Psiholog clinician debutant, dificultăți profesionale, capacitatea de ascultare, comunicare empatică, interpretare, optimizare și dezvoltare profesională, Grup Balint, autoanaliză, abordare holistică.

Abstract: We propose an introduction in the complex universe, which is full of provocations for the clinical psychologist beginner in which, the Balint Group could be an opportunity for professional development, a possible way for professional intervention and emotional ventilation, where it is allowed to improve special abilities for this profession.

Key words: Clinical psychologist in supervision, professional difficulties, listening ability, emphatic communication, interpretation, optimization and professional's development, Balint Group, introspection, holistic approach.

Psihologia clinică abordează omul ca pe un subiect cu particularități proprii și cu o istorie, astfel psihologia clinică înseamnă o confruntare cu un subiect aparte, într-un spațiu aparte de suferință și cerințe. Prin această cerință

specială, psihologul intră într-un rol, pe care îl primește și îl acceptă în funcție de competențele, cunoștințele, instrumentele și experiența sa. Astfel, psihologul trebuie să intre în întâlnirea clinică suficient de profund, încât și pacientul



să poată să se angajeze în aceeași măsură, iar pentru ca această întâlnire să poată susține un travaliu de cunoaștere și de elaborare, psihologul clinician are nevoie să-și identifice nevoile personale și să le dezvolte.

Începutul în orice profesie este anevoios din mai multe privințe, fiecare specialitate având specificul

ei. Psihologia clinică necesită atât cunoștințe, abilități, cât și capacitatea de a evalua și de a exprima emoțiile, reglarea acestora și de a face diferență între emoție și „*informația de tip emoțional*” (Anghel, Năstasă & Mitrofan, 2010, pag. 575). (2) Astfel, primul pas este identificarea nevoilor psihologului clinician debutant, pentru ca acesta să poată răspunde corespunzător la solicitarea pacientului, să traducă adecvat semnificația solicitării, deoarece „*Relația clinică implică faptul că solicitantul caută sensul ascuns al comportamentelor sale nesatisfăcătoare, al emoțiilor nejustificabile, al angoaselor și a suferințelor sale*” (3) (Robinson, 2010, pag.70).

Dar cum răspunde la acesta psihologul clinician? Posibil să reducă solicitarea la o schemă relațională elementară, ca în exemplul următor: „*Suferiți de o ignoranță în ceea ce privește viața cotidiană și în funcționarea dvs. psihică, vă dau un sfat, informația de care aveți nevoie...*” (3) (Robinson, 2010, pag. 42), adică la o relație pur comercială (vă lipsește zahărul, găsiți în alimentară). Dar prin acest răspuns de fapt neagă realitatea clinică, conform căreia orice solicitare din partea pacientului are de asemenea și un înțeles (sens). Astfel, prin răspunsul direct (interpretare), psihologul clinician anulează sensul solicitării, așadar este una dintre dificultățile cu care se confruntă; mai ales la început, este necesar să învețe să asculte și să nu răspundă direct, oferind soluții imediate. Există o deosebire între a auzi și a asculta. A auzi semnifică „*capacitatea de a fi conștient și de a recepționa sunete*” (Nelson-Jones, 2014, pag.76). (4)

A asculta presupune nu numai recepționarea sunetelor, ci și capacitatea de a pricepe în mod adecvat înțelesul lor. Totuși, unii dintre psihologii debutanți au dificultăți în a asculta pacientul fără să acorde o gratificare imediată.

Psihologii debutanți au probleme și în delimitarea corectă între vocile interioare proprii și vocile pacienților; ei ar trebui să fie sensibili la propriile gânduri și sentimente, tocmai pentru a recunoaște propriile voci, de vocile externe. Această capacitate dezvoltată ajută la ascultarea celui lăsat și produce o atitudine de acceptare și respectare a

pacienților, ca persoane distincte, care au dreptul asupra gândurilor personale, emoțiilor și sentimentelor lor. Respectul înseamnă capacitatea de a nu-l judeca pe celălalt, de a-l vedea așa cum este, de a-i aprecia personalitatea lui unică, adică de a nu exercita nici un control asupra lui.

Pacienții simt nevoia să fie înțeleși în felul lor propriu, au nevoie de atitudini empaticе din partea psihologului. În empatie „*nu este vorba despre simpatie, ci despre o anume identificare profundă a celui lăsat, dar nu cu celălalt.*” (Robinson, 2010, pag.53)(3). O altă dificultate a psihologului clinician debutant este să înțeleagă ceea ce simte, cum vede, cum înțelege, care sunt valorile lui și cum sunt trăite acestea de către pacientul său. Întrebarea este cum comunică ceea ce înțelege psihologul clinician și care este modalitatea lui de acțiune, în a arăta pacienților compasiunea și empatia lui? Răspunsul este prin comunicare, atât verbală cât și nonverbală. Această abilitate de a comunica variază de la un psiholog la altul și reprezintă o provocare mai ales la începutul carierei.

Comunicarea înseamnă în același timp interpretare, acesta este un lucru iminent, este efectul specific al limbajului uman. Astfel, psihologul clinician este supus legii limbajului și „*cuvântului, el înțelege ce poate din ceea ce i se spune*” (Robinson, 2010, pag.62)(3), semnificând că în momentul ascultării are tendința de a interpreta spusele clientului din poziția pe care o are. Totuși, el, în primul rând, are rolul de a afla informații despre pacient și de a-l susține pe acesta să se descopere. În timpul ședințelor, între psihologul clinician și pacient sunt transmise mesaje unul altuia, atât prin comunicare verbală, cât și nonverbală. Mesajele corporale sunt o formă de comunicare nonverbală care arată disponibilitatea emoțională, interesul și atenția acordată față de pacient. Mesajele corporale privind sentimentele se pot surprinde cel mai bine pe fețele oamenilor, o expresie prietenoasă, relaxată, care mai și zâmbeste, arată de obicei interes.

În momentul când pacientul vorbește, aceste expresii trebuie să se modifice în funcție de cele relatate de acesta, tocmai pentru indicarea înțelegerii sentimentelor, gândurilor acestuia. Este necesar ca psihologul să utilizeze mesajele corporale în așa fel încât să arate interes și atenție într-un mod selectiv.

Psihologii debutanți se confruntă cu anumite dificultăți, nevoi ca cele amintite, dar acestea odată cu acumularea experienței se diminuează. Pentru debutanți este utilă conștientizarea nevoilor, deoarece practica în clinică se poate numi o artă, pe care practicianul o descoperă și o redescoperă cu fiecare pacient.



Grup demonstrativ Balint – optimizare și dezvoltare personală pentru Psihologii clinicieni

Pentru Seminarul din cadrul Cursului de Dezvoltare personală și profesională al Masterului de Psihologie Clinică, Consiliere și Psihoterapie, prezentarea unui grup demonstrativ Balint poate să fie o invitație pentru colegii noștri la intercunoaștere a fiecăruia dintre noi, viitori psihologi clinicieni, consilieri, psihoterapeuți, o oportunitate de dezvoltare profesională, o modalitate de intervizare, majoritatea aflându-ne la începutul experiențelor în relațiile cu pacienții noștri, de ventilare al transferului și al contratransferului din relațiile terapeutice; toate acestea și multe altele, ce țin de individualitatea fiecăruia dintre noi, creează premiza spre dezvoltare și optimizare a anumitor competențe personale și profesionale, ce sunt necesare acestei profesiuni. Colegii noștri au răspuns acestei invitații și s-au lăsat purtați prin intermediul secvențelor specifice Grupului Balint; la discuțiile de caz au participat fiecare în felul său, oferind întrebări, fantazări, feedback-uri persoanei care a prezentat cazul.

Cazul adus în discuție de către unul dintre participanții la grup a fost relevant pentru fiecare dintre noi, deoarece a reușit să pună în discuție o problemă ce lasă amprente asupra specialistului clinician și anume impactul emoțional pe care l-a avut momentul în care persoana respectivă a ajuns pe o secție de psihiatrie, în care erau spitalizați pacienți grav afectați de boală psihică. Iată pe scurt prezentarea cazului:

„... Eu o să vă prezint un caz, de fapt o experiență personală pe care am trăit-o în timpul practicii la un Spital de Psihiatrie, cu doi ani în urmă. În spitalul respectiv sunt internați pacienți cronici cu diferite boli psihice (schizofrenie, oligofrenie, demență). Unii dintre pacienți sunt internați de ani de zile, neavând nici un contact cu lumea exterioară, nici măcar cu familia. Primele întâlniri cu acești pacienți au fost în cabinetul psihologului clinician unde eram supravegheați de acesta. Pacienții evaluați de noi erau sub tratament, cooperanți și chiar doreau să fie ascultați, așadar fiecare dintre noi se simțea în siguranță. Am efectuat în prima etapă observări, după aceea testări și interviuri, neavând dificultăți. Până când ni s-a permis să intrăm și pe secția (cu ocazia unui eveniment). Spitalul are două etaje, la parter fiind internați pacienții cei mai cooperanți (remiși), la primul etaj pacienții sunt sub medicație având crize mai dese față de cei de la parter (sunt mai agitați), dar cu care am reușit să relaționăm, fără să simt o anxietate exagerată sau repulsie. În schimb, când am ajuns la etajul doi, eu personal am avut un șoc de câteva secunde, deoarece nu știam că

primul etaj și al doilea sunt despărțite de gratii. M-am și oprit deoarece era o scenă parcă ruptă din filme. - Gratii și, în spatele gratiilor, pacienții care se țineau de ele, am avut senzația că trăiesc o altă realitate. Psihologul clinician ne-a întrebat (pe mine și colegii-studenți) dacă dorim să mai urcăm; deoarece toți au acceptat, m-am conformat și eu, deși eram cuprinsă de o teamă imensă. S-au deschis gratiile și am intrat; eram cuprinsă de atâtea senzații, emoții (frică, repulsie, furie, oroare), dar în același timp înaintam pe coridor și vedeam viața acelor oameni, unii dintre ei ruși total de realitate (catatonici), alții foarte agitați și insistenți (ne cereau bani într-un mod agresiv). Unii dintre ei mâncau, dar în același timp își făceau și nevoile (moment în care mi s-a făcut și rău fizic, din cauza mirosurilor), doream să ies cât mai repede din aceea „nebulă”. Norocul meu că vizita nu a fost prea lungă, dar a fost o experiență pe care v-aș recomanda să o efectuați, dacă aveți posibilitatea, deoarece aveți ocazia să vă dați seama dacă chiar doriți să practicați. Eu ulterior am reușit să îmi răspund și să-mi depășesc teama, dar primul contact în acel mediu nu o să-l uit toată viața.”

Pentru că fiecare dintre noi putea să fie în locul persoanei care a prezentat cazul, majoritatea dintre colegii participanți au fost interesați și au participat activ la următoarea etapă, cea a întrebărilor. Amintim câteva dintre întrebările propuse de către participanți, dintr-o serie de destul de mare, lansate de către membrii grupului, ce au solicitat informații legate de experiența kolegei noastre, informații legate de sistemul medical dar și legate de clarificarea emoțiilor trăite de aceasta.

- Dacă nu erai cu colegii, mai urcai la etajul doi?
- Cum anume poate grupul să o ajute pe kolega noastră?
- Ce așteaptă de la cei care participă la grup?
- Crezi că te-a revoltat situația acelor pacienți?
- Crezi că sunt vinovați personalul spitalului, sau sistemul?
- Crezi că dacă s-ar ocupa mai mult de ei (pacienți) aceștia și-ar îmbunătăți situația?
- Ce trăiri au trezit acei pacienți în tine?
- Ce reacții, comportamente sau emoții au avut pacienții în contactul cu tine?
- Cum crezi că face față personalul acestor pacienți, zi de zi?
- Cum ar fi să fie internat un membru al familiei în așa o secție?
- Cum vede ea o alternativă pozitivă la această situație?
- Cum ar fi să lucrezi cu astfel de pacienți în așa o suferință?



- Ce anume a fost mai greu de digerat pentru tine în situația prezentată?

Următorul pas, în care prezentatorul de caz s-a retras, lăsând discuțiile la nivelul grupului, a fost binevenit, căci punându-se în locul acestuia și al celorlalți implicați în situația clinică, au intervenit cu propriile lor perspective, au empatizat, au împărtășit experiențe și afecte ce i-au vizat personal. Discuțiile au fost libere, au fost mediate de liderul de grup, susținut de către co-liderul grupului. Au fost evitate judecățile și prejudecățile, criticile la adresa persoanelor în cauză, au fost verbalizate trăiri pe care și alți colegi le-au avut în urmă întâlnirii cu pacienți afectați de boală psihică, unii au empatizat și s-au pus în rolul acestor pacienți, s-a discutat despre trăiri și nevoi ale pacientului nevrotic dar mai ales psihotic, s-au pus în discuție limitele profesionale dar și personale pe care fiecare dintre noi le avem în interacțiunea cu pacienții și de care este nevoie să ținem cont. Grupul a fost activ prin participarea aproape a fiecărei persoane ce a făcut parte din grup. Liderul a mediat aceste fantazări, a invitat la reflecție, problematizând anumite conținuturi, ce s-au evidențiat în urma dinamicii relaționale și a verbalizărilor grupului.

Revenirea în grup a prezentatorului de caz și împărtășirea pe care acesta a făcut-o grupului a venit să ne confirme, încă o dată, valoarea suportivă, efectele de detensionare prin apartenența la grupul profesional și multe alte rezonanțe care sunt stimulate și dezvoltate de Grupul Balint, pentru toți cei care lucrăm în acest controversat, solicitant și poate epuizant domeniu, cel psiho-socio uman.

Pentru că aproape toți cei din grup participaseră pentru primă dată la un astfel de grup, liderul a invitat câteva persoane, care doresc, să împărtășească cum a fost resimțită și trăită această experiență. Feedback-urile primite de la colegii noștri au fost pertinente, au fost captivați de această metodă, foarte implicați și receptivi, toate acestea fiind atent înregistrate de către întreaga noastră echipă.

Eseu auto-analitic privind abilitățile personale și profesionale dezvoltate în cadrul Grupului Balint

Rolul de lider:

Propunerea unui Grup demonstrativ Balint pentru Seminarul de la Dezvoltare personală și profesională a fost primită cu entuziasm de către colegii din echipa mea.

Particip la Grupurile Balint de câțiva ani buni de zile, grupuri desfășurate sub umbrela Asociației Naționale Balint din România, în cadrul cărora de mai multe ori am adus cazuri din experiența mea profesională, dileme, întrebări, provocări născute în interacțiunea cu pacienții. Aceste în-

tâlniri de lucru, diferite de grupurile de supervizare, au însemnat pentru mine o modalitate de întâlnire cu alți colegi de breaslă și cu alți profesioniști, medici, asistenți, pedagogi, întâlniri pe care le consider de dezvoltare profesională împreună, de ventilare a unor trăiri, emoții, clarificarea unor conflicte personale interne, chiar de promovare în comunitatea profesională a serviciilor pe care le face psihologul clinician, consilierul, psihoterapeutul.

Acest seminar mi-a oferit șansa, prin provocarea lansată, de a deschide porțița Balint colegilor mei, întâi a celor din echipa din care am făcut parte și apoi a colegilor de la Masterul pentru Psihologie clinică. Pentru a ne face pregătirea împreună, am antrenat echipa pentru a participa împreună la un Grup Balint și astfel colegii mei vedeau și simțeau pe pielea lor ce este și care sunt pașii unei astfel de întâlniri de lucru. Și așa, ne-am decis apoi, împreună, să organizăm un astfel de grup demonstrativ în cadrul seminarului. Fiecare dintre noi ne-am asumat un rol, eu asumându-mi rolul de lider de grup, fiind cel care coordonează desfășurarea grupului, am avut nevoie de un co-lider, persoana care ajută liderul în a gestiona cât mai adecvat dinamica grupului, și doi observatori. Așa cum spuneam, această provocare a fost o șansă pentru mine, fiind o premieră, rolul de lider de grup în cadrul exercițiului demonstrativ din cadrul seminarului fiind prima mea experiență trăită în acest rol. Emoțiile și stările care m-au traversat au fost foarte multe, plecând de la teama că nu mă voi descurca, la o anume stinghereală și timiditate, erau colegi în grupul de la master pe care aproape îi vedeam pentru prima oară, simțeam emoțiile și nesiguranța colegilor mei din echipă, mă simțeam responsabilă pentru ceea ce urma să se desfășoare, eu fiind cea care îi ademenisem în universul Balint. Pe undeva mă bazam mult pe metodă în sine, știam cât de mult mă ajutase pe mine personal, grupul Balint la începuturile carierei mele, știam că este o veritabilă formulă de dezvoltare profesională, mai ales pentru toți cei care sunt în copleșitorul domeniu al însoțirii și al asistării ființei în suferință.

Am avut feed-backurile celor din echipa mea, după prima lor participare, dar probabil faptul că eu eram acum în rolul de a coordona grupul îmi crea multe emoții și întrebări legate de felul în care mă voi descurca. Până la urmă toate aceste emoții, cred eu că și-au avut rolul lor, căci le-am transmis cumva grupului, printr-un soi de căldură și de prezență a mea în discuțiile lansate, am însoțit cu atenție și grijă prezentarea cazului, a celorlalte etape ale grupului, am reușit să fiu fermă în câteva momente, când am considerat că este nevoie de o astfel de intervenție din partea mea.

Echipa noastră a reușit să-și ducă sarcina și misiunea



■ Referate

până la final, cred eu, cu succes. Grupul Balint și metoda a trezit interes în rândul colegilor, unii dintre ei și-au mărturisit entuziasmul pentru acest gen de activitate, am primit feed-backuri, pe care le-am discutat apoi împreună cu echipa.

În final am lansat invitația colegilor pentru a se alătura Grupului Balint, ce se derulează în cadrul comunității Brașovului cu o frecvență de o întâlnire pe lună. Între timp, în urma discuțiilor și ideilor pe care mi le-a trezit acest grup din cadrul seminarului, împreună cu una dintre colegele de echipă ne gândim foarte serios să inițiem un proiect, Grupul Balint pentru psihologi, astfel să ne putem continua dezvoltarea împreună, mulți dintre noi aflându-ne în mare nevoie de a împărtăși cu ceilalți colegi, cazurile noastre clinice.

Rolul de co-lider

Am participat pentru prima oară la un grup Balint anul acesta, în noiembrie în cadrul grupului din Brașov. Colega mea de la Masterul de Psihologie clinică m-a introdus în această echipă frumoasă, unde am cunoscut oameni dedicați meseriei pe care o practică, oameni sensibili la problemele celorlalți, oameni care nu se sfiesc să vorbească deschis despre dificultățile pe care le întâmpină în meseria lor și care sunt acolo nu doar pentru ei, dar mai ales pentru pacienții lor. Am fost atât de încântată de felul în care decurg discuțiile, de sentimentul de echipă și de emoțiile care te încearcă în urma ascultării experiențelor celor care îndrăznesc să preia cuvântul, încât am certitudinea că nu te poți plasa în afara cercului prietenos și totodată profesional, indiferent de starea de oboseală sau de problemele personale care îți trec poate involuntar prin gânduri.

Simplu fapt că te poți adresa celorlalți la persoana a II-a singular, îți creează senzația că nu ești inferior nimănui de acolo, că faci parte din aceeași lume cu ei, în ciuda lipsei tale de experiență și profesionalism. Nu am profesat și nu profesez în acest moment și mărturisesc că mi-e frică de acest pas și că mă simt nesigură. Îmi amintesc acum cuvintele profesoarei mele de psihologie din liceu, un om atât de blând, empatic și sufletist: „*Când am terminat eu facultatea, pe atunci se făceau 4 ani nu ca acum 3, simțeam că nu sunt pregătită să practic această meserie. Aveam senzația că nu o să mă descurc, că nu voi ști ce să fac, că toată teoria nu avea să mă ajute la nimic în fața clientului meu*”. Și câtă dreptate avea. Cred că începi să te simți bun în meseria ta, indiferent care e aceea, atunci când începi efectiv să o practici.

Consider că organizarea unui grup Balint demonstrativ în cadrul seminarului aferent acestei discipline a fost utilă

tuturor. Colega mea de grupă X. a prezentat un caz cu care s-a confruntat la un moment dat, urmând ca apoi lucrurile să decurgă de la sine. Etapele au fost prezentate încă de la început și amintite apoi la momentul potrivit succesiunii lor. Colega mea Y, care a și avut ideea excelentă de a desfășura în acest fel timpul alocat echipei noastre, a avut rolul de lider iar eu am fost în rolul de co-lider.

După ce am organizat spațiul, liderul a prezentat colegilor în ce constă activitatea noastră de grup și care sunt regulile grupului Balint. Eu am oferit apoi informațiile de care aveau nevoie pentru a înțelege ce înseamnă un astfel de grup, cu ce se ocupă, din ce este format, la ce perioadă de timp se stabilesc întâlnirile, ce fel de probleme se discută și cum ne ajută pe noi participarea la astfel de întruniri. Personal, aștept în fiecare lună să fim anunțați cu privire la data următoarei întâlniri, sunt dornică să ascult dificultățile unor profesioniști, să mă implic în toate etapele și să mă gândesc ce aș fi făcut și simțit eu dacă m-aș fi aflat în aceea situație.

Empatia, capacitatea de ascultare, spiritul de observație, atenția sunt câteva din abilitățile dezvoltate continuu în cadrul acestor întâlniri.

Rolul Prezentatorului de caz:

Activitățile efectuate pe tot parcursul seminarului cât și activitatea realizată în grup mi-a oferit posibilitatea de a mă cunoaște mai profund. Experiența personală anterioară în ceea ce privește lucrul în echipă, dar și asumarea unui rol activ în cadrul unui grup, mărturisesc că îmi era limitată. De aceea faptul că am avut posibilitatea de a fi membru activ al unui grup -Grupul Balint- demonstrativ, unde mi-am asumat un rol activ, inițial ca observator, apoi chiar de prezentator al cazului.

Am fost implicată direct cu trăirile mele și ale celorlalți participanți și aceasta mi-a oferit o experiență de neuitat. Eu personal nu am participat și nu cunoșteam demersul întâlnirilor Grupului Balint, dar am fost invitată de colega mea de la Master să particip la o întâlnire pentru a mă familiariza și pentru a cunoaște etapele. La acea întâlnire am avut șansa să cunosc mai multe persoane și am văzut beneficiile prezentării unui caz, suportul acordat de ceilalți participanți, cât și discuțiile care au ajutat la clarificarea unor aspecte. În urma acestei întâlniri, am decis cu toții din echipă că și în cadrul Seminarului de Dezvoltare personală, organizarea unui grup demonstrativ Balint ar ajuta la clarificarea unor aspecte ce pot fi trăite cu dificultate în practica profesională a psihologului clinician.

Astfel fiecare dintre noi și-a asumat un rol. Eu m-am de-



cis chiar să aduc un caz din experiența mea profesională. Acest rol mi-a dat ocazia experimentării unor situații ne-măiîntâlnite (să îmi împărtășesc experiența, trăirile, gândurile mele în fața unui grup) și în același timp la testarea abilităților mele de comunicare. Emoțiile și stările de la început (teama de a nu fi coerentă sau că nu voi fi înțeleasă, ori că voi fi judecată) au dispărut cu fiecare cuvânt rostit, m-am simțit eliberată și înțeleasă. Atât suportul echipei cât și implicarea, interesul acordat de ceilalți participanți, m-au ajutat să-mi înving propriile limite. Mai mult de atât, exersarea comunicării în fața mai multor persoane, dar și simțirea propriilor emoții, cât și ale celorlalți participanți au fost un beneficiu, prin care mi-am dezvoltat capacitatea de a identifica mai clar dinamica personală. Feedback-urile din partea celorlalți și întrebările adresate după prezentarea cazului au arătat interesul legat de tema prezentată; unii dintre colegi identificându-se mult cu cele prezentate, au început să-și povestească propriile experiențe emoționale. Mi-a fost de ajutor deschiderea și destăinuirile lor despre situația respectivă, ce trăiri a provocat în ei situația pe care eu am prezentat-o, am reușit să-mi clarific unele limite, dar și abilități.

Experiența trăită, atât în grupul demonstrativ Balint, cât și la celelalte activități la care am participat, mă va ajuta în activitatea mea viitoare. Astfel, metodele care au diferit la fiecare activitate, interacționarea cu ceilalți participanți, diferite capacități exersate, toate acestea reprezintă un câștig atât pentru dezvoltarea personală cât și pentru cea profesională.

Rolul Observatorului extern

Întreaga activitate a reprezentat un câștig în ceea ce privește propria dezvoltare personală. Participările mele trecute la diferite manifestări culturale din domeniul psihologiei m-au găsit în postura de invitat. Însă, de această dată am făcut parte din echipa care a organizat un atelier de dezvoltare personală și profesională –prin Grup Balint și această perspectivă mi-a oferit o altă experiență. Întregul demers a determinat o atenție sporită asupra interacțiunilor din cadrul evenimentului. Această realitate m-a făcut să privesc prin „emoția” organizatorului, acum în postura de observator extern al desfășurării grupului și să mă pun în situații ce ar fi putut reprezenta un impediment. Mai mult de atât, am câștigat un plus în ceea ce privește comunicarea cu ceilalți colegi și însușirea rolului prestabilit. Este un exercițiu care te familiarizează cu situațiile în care trebuie să iei atitudine, doar când este în atribuțiile tale.

Grupul Balint a decurs, poate, mai bine decât m-am aș-

teptat. Fiecare coleg organizator și-a respectat limitele rolului, iar ceilalți colegi au fost activi în cadrul grupului. S-au simțit emoțiile din sală la prezentarea cazului, iar acest aspect a coincis cu alte evenimente la care am participat. Am considerat că este un lucru bun să percep că este implicată o parte mare din colegi. Prin acest feedback am putut să notez aspecte sesizate pe parcursul atelierului, folosindu-mă și de limbajul corpului. Mi-am îmbunătățit capacitatea de a observa și de a rezuma trăirile colegilor și aici, cred că este un mare câștig. Pe lângă aceasta, am căutat să elimin acele trăiri care deveneau mai puternice și care ar fi putut să-mi afecteze capacitatea de percepție. Am reușit să văd și partea ce ține de limitele atelierului și am fost atent la scurgerea timpului. De altfel, acesta este un aspect important în tot ceea ce facem în viața cotidiană. Exersarea limitelor timpului ajută în abordarea tuturor situațiilor de viață.

Coroborat cu activitatea de curs, am trecut prin ambele roluri, atât prin cel de organizator cât și prin cel de invitat la atelier, ceea ce m-a ajutat să am o optică mai comprehensivă. În ceea ce privește domeniul de activitate profesională, această experiență m-a ajutat să cunosc tehnici diferite, stări diferite, tipuri diferite de relaționare, m-a ajutat să exersez limite ale cadrului, m-a ajutat să-mi exersez capacitatea de empatizare. Per ansamblu, întregul grup la care am participat reprezintă un câștig și un exemplu de urmat în abordarea și altor discipline.

Un moment pentru reflecții

Provocarea lansată de Seminarul Cursului de Dezvoltare profesională din cadrul Masterului de Psihologie clinică, Consiliere și Psihoterapie ne-a oferit oportunitatea de a prezenta maniera de lucru a Grupului Balint viitorilor specialiști în Psihologie Clinică. În acest domeniu vast, al clinicii în psihologie, aș introduce aici și aspectele ce țin de consiliere și psihoterapie; drumul de unul singur este greu de imaginat. Întâlnirile în grupul clinic de lucru, discuțiile pe caz, întrebările, problematizările sunt inerente mai ales în cazul prospeților inițiați. Supervizarea poate să fie o modalitate de sprijin; deasemenea, grupurile de intervizare. Grupul Balint, prin cadrul pe care îl oferă, constituie o șansă de întâlnire cu alți specialiști din clinică, șansă prin care se pot împărtăși perspective diverse, cu accente pe aspectele ce țin de dinamicile transferențiale și contratransferențiale din relațiile cu pacienții noștri. De reținut și de subliniat că în Balint prioritară este relația terapeutică și mai puțin orientarea specialistului, tehnica în care acesta este format, deciziile terapeutice.

Balint, în singura carte tradusă în România- „Defec-



Referate

tul fundamental” din 1968, își împărtășea conceptele sale comunității psihanalitice. El scrie „Înainte de a pleca într-o călătorie, trebuie să decidem care sunt lucrurile de care vom avea nevoie în timpul călătoriei și să ne facem bagajele adecvat” (5). Aceasta ne duce cu gândul la bagajele fiecăruia dintre noi, pe care ni le-am pregătit atunci când am plecat în călătoria cunoașterii naturii umane. Aici mulți dintre noi am pregătit tot felul de cărți de specialitate, cursuri pe care le-am audiat, facultăți care ne-au dat tot felul de competențe, lecturi peste lecturi, formări peste formări, un bagaj teoretic destul de greu de asimilat și niciodată îndeajuns. Dar oare ce vom face în întâlnirea cu pacientul nostru? Ce fișier vom accesa? Ce teorie ne va sprijini? Cum vom putea înțelege? Cum vom putea fi acolo pentru pacienții noștri?

Balint ne spune că importante sunt datele subtile ale experiențelor ce se dezvoltă între noi și pacienții noștri, el respingea și descuraja interpretările speculative despre psihopatologia pacientului, aderările pur teoretice și etichetante ale dinamicii și geneticii acestei psihopatologii și se concentra asupra relației, a ceea ce pacientul și terapeutul său trăiau împreună. (5) Atenția și înțelegerea lui erau focalizate la „cum doctorul a tratat pacientul și cum pacientul a tratat doctorul”, acestea fiind reperele lui în elaborarea și construirea specificului activității terapeutice, aducând în fața comunităților medicale și psihanalitice necesitatea unui model de prezentă mai flexibilă și mai emoțională a terapeutului, o acceptare a contribuțiilor acestuia la procesul terapeutic prin natura sa umană în primul rând și o recunoaștere a importanței aportului ambilor participanți în cura terapeutică. (5)

Să ne facem bine așadar bagajele, cu tot ce am pus noi până acum pe plan teoretic și să ne amintim aceste perspective ale lui Balint, să punem acolo în bagaj, o parte probabil foarte consistentă, să NE punem și pe noi înșine, cu lucrurile care ne plac, dar și care nu ne plac la noi, să punem puterile dar și slăbiciunile noastre acolo, să le așezăm în ordine, să le organizăm și să ni le îngrijim cu atenție și considerație așa cum vom face și cu pacienții noștri. Dacă devine evident că avem nevoie de altceva, trebuie să îl achiziționăm de pe drum, nu există altă soluție” (6). Pacienții noștri ne vor spune, cu siguranță, și ne vor reaminti ce anume vom mai așeza în bagaj. Așadar CURAJ! Noi am plecat la Drum! Să încheiem tot în tonuri poetice, ale lui Alexandru Mușina:

*De ce vine tristețea? De ce stă mereu
După colțul casei, în dulap, sub măsuța din sufragerie,
În spatele cărților din bibliotecă?
De ce se strecoară? De ce pândește?*

*Am fost buni și cuminți. Ce are cu noi?
De ce ni se arată în ochii prietenului,
Pe fața, în zâmbetul femeii iubite?
De ce, de ce? De ce ne trezim, dimineața
Și oftăm și privim în gol? Ce caută-n visele noastre,
În somnul nostru? Am fost buni și cuminți.
De ce nu ne lasă în pace?
De ce se așterne ca o peliculă, pe parbrizul mașinii,
De ce aburește oglinda din hol? De ce pătrunde
Ca un virus în ficat, în creier, în plămâni, în pancreas?
De ce ne macină oasele, ne obosește inima,
Ne-ngroașă vinele mâinii?
Am fost buni, am fost cuminți, am fost buni,
Am fost cuminți... Ce mai vrea de la noi?”
(Alexandru Mușina-„De ce?”) (7)*

Glosar de termeni:

1. Intervizarea: „oferă posibilitatea de a utiliza eficient expertiza disponibilă în cadrul unei echipe sau al unui grup de experți”. (8)

Intervision (not found in regular dictionaries): defined as a method of learning from one another in a self-orienting way within a group of colleagues and professionals regarding everyday work issues. It also means a moment of rest and reflection in a work environment that demands much more adaptation due to current cutbacks and reorganisations. Intervision then becomes even more valuable, as it increases learning about the organisation at a relatively low cost. From <http://www.carmenbarnhoorn.com/en/intervisie-intervision/>

2. Intercunoaștere: Termen preluat din teoria psihodramatică moreniană, care, printre multiplele sale obiective specifice, îl are și pe cel de stimulare a intercunoașterii și a comunicării interpersonale, consecințe ale activităților desfășurate în grupul psihodramatic. Conceptul specific psihodramatic are denumirea de „tele”.(9)

Bibliografie:

1. Mușina, A. (2016): *Regele dimineții, poeme alese de Radu Vanco*. Editura Cartier
2. Anghel, E., Năstasă, L.E. & Mitrofan I. (2010): *Studii de validare și cercetări aplicative ale psihologiei și psihoterapiei experiențiale a unificării (în educație, dezvoltare personală și clinică)*. București: Editura Universității București.
3. Robinson, B. (2010): *Psihologie clinică - De la inițiere la cercetare*. Iași: Editura Polirom.



4. Nelson-Jones, R. (2014): *Manual de consiliere, Învăță ce să spui că să ajuți!*. București: Editura Trei.
5. Orstein, P.H. (1992): Cum să citim "Defectul fundamental" - O introducere la ideile semnificative ale lui Michael Balint cu privire la procesul tratamentului psihanalitic. În M.Balint *Defectul fundamental*. București: Editura Trei.
6. Balint, M. (2014): *Defectul fundamental*. București: Editura Trei.
7. Mușina, A. (2016): *Regele dimineții, poeme alese de Radu Vancu*. Editura Cartier
8. Cum să faci interviu în echipă multidisciplinară-Ghid detaliat, în Linii directoare pentru îmbunătățirea serviciilor de sănătate mintală în România-Ministerul Sănătății. (2009) București, pag.75. Sursa: <http://cnsm.org.ro/documente/manual1.pdf>
9. Sursa: <http://www.psihodramaclasica.ro/dictionar/A> se vedea și Ionescu,A., *Psihoterapie. Noțiuni introductive*. Găsit la adresa <http://www.consultanta-psihologica.com/psihodrama-clasica-moreniana/>

Știri din viața Asociației ■ Dr. Albert Veress - Miercurea Ciuc



13-15 ianuarie, 2017: Weekend Național Balint de Iarnă, Roman. Ne-am adunat în grupuri mai mulți ca de obicei. Iar gazdele noastre și de această dată au fost la înălțime cu ospitalitatea lor și valențele organizatorice. Ca o culoare specială, colegii sosiți din Chișinău ne-au urât:

Urătură din Moldova pentru Weekend Balint de Iarnă 2017

Aho, Aho,
În seara Sfântului Vasile,
La mulți ani români cu bine.
De când seara s-a făcut,
Noi am pornit la drum lung,
Sa stărnim câinii din sat,
Sa sculăm oamenii din pat.
Trageți plugul la părete
Și boii la iarbă verde,
Zurgălăi și clopoței,
Trageți roata măi flăcăi
Hăăăăi! Hăăăăi!

S-au sculat stăpânii gazdă,
Costinii și Țubucanii,

Într-o zi care face cât anu,
Într-o sfântăzi de 12, joi,
Cu un sac de pesmeți moi,
Și un plug cu 12 boi,
Nu ca plugul lui Tărăță,
Tras de zece pui de mătă.
Și-au pornit la bal,
La Hotel Royal,
Unde-i Balint iarnă anual.
Un an întreg au lucrat
Și pe alții au ajutat
Și-n sfârșit au hotărât
Să le mai treacă de urât
Să ne cheme la o masă
Cu friptura lor de casă,

Cu pălincă By Red Berci -
Un leac bun de impotență
Și dulceață de afine –
de la Éva pentru zâne...
Și când colo, ce să vadă:
Soarele a răsărit
Și colegii au sosit.
Marcel-crai, Ica – crăiasă
Așteptau vestea frumoasă...
Lucian și cu Mirela
Făcu-se planul de-acasă...
Vili și Rita s-au bucurat
Când Ionel și Marlena i-au invitat.
Împreună au adunat fine și vecine
Și vreo 3 fete nemăritate



■ Știri din viața Asociației

Care stau în rând la toate...
Zurgălăi și clopoței,
Trageți roata măi flăcăi,
Hăăăăi! Hăăăăi!

La toți Mirela le-a spus,
Si Laurențiu i-a dus,
La lucrul pământului,
În lanurile Romanului.
Ionel se cam grăbea,
Marlena îl dojenea...
Alexandru grâu secera
Petronela îl lega.
Stelian cu István la moară îl cărau.
Și Holger meșter mare,
Tu-i, măicuța cui îl are,
Cu Claudia îndată
Bătu-n sîtă și-n covată
Și cernu făina toată.
Enikő făcu un colac frumos,
Cum îi fața lui Hristos.

Și-l rupse-n două,
Ne dădu și nouă.
Și-l rupse-n trei,
Dădu și lui Tünde.
Ea tare s-a bucurat -
Și din colacul primit
Cu Ilona s-a împărțit !
Și-l rupse Erika în cinci,
Și mi-a dat și mie - în loc de opinci,
Am pantofi îngurguiți
Cu fire de argint legați !
La ureche zurgălăi,
La chicioare clopoței,
Și-ncă o data măi flăcăi,
Hăăăăi! Hăăăăi!
De urat am mai ura,
Dar ni-e frica că ne-o plăcea,
Să fim primiți împărătește
Precum oricine dorește.
Ne e frică și de căciulă,
Că este din miel târcat,

De când tata s-o însurat.
Și dosu din chiele de mătă,
De când era mama de țată.
Câte paie sunt pe casă,
Atâtea sticle să fie pe masă.
Câte pene pe cucos,
Atâția copchii sănătoși!
Trageți plugul la părete,
Că avem fete de măritat,
Și băieți de însurat -
Că anul ista nu-i păcat !!!
La anul și la mulți ani!
Pentru Costini și Țubucani !!!
Că îngheață apa-n toc
Și găluștele la foc,
Se face limba acoladă -
Fără gram de afinată !
Zurgălăi și clopoței,
Trageți roata măi flăcăi,
Hăăăăi! Hăăăăi!

Planuri de viitor:

16-19 martie, 2017: A II-a Conferință Națională a Asociației Balint din Chișinău, Republica Moldova.

12-14 mai, 2017: Weekend Național Balint de Vară, Stațiunea montană Comandău (plecare din orașul Covasna, cu mașinile proprii, sau după o înțelegere prealabilă, cu cineva dintre cei care oferă loc în mașina lor). Taxa de participare: 40 euro (cuprinde pentru cei cu cotizația plătită la zi și c.v. banchetului). Cazare: 40 RON/pers./zi în cam. dublă sau 80RON/pers./zi în regim Sgl. La locația evenimentului sunt 20 de camere. Alte cazări se pot solicita la pensiunile din apropiere (nu sunt contractate!). Rezervarea în sistemul „primul venit, primul servit”. (fără supărare!). Cina festivă 50 lei. Prânzuri și cina din 12. V. La 20-25 lei. Creditarea va fi solicitată.

6-10 septembrie 2017: al XX-lea Congres Internațional Balint, Oxford. Biroul asociației și Adunarea Generală din septembrie 2016 a decis acordarea unei sponsorizări în suma totală de 1.000 euro pentru participanții la Congres. Termen limită de

solicitare a sponsorizării este 30 iunie 2017, cu dovada plății taxei de participare.

22-24 septembrie, 2017: a XXIV-a Conferință Națională Balint, cu alegerea noului Birou. Casa de Studii Jakab Antal, Șumuleu-Ciuc. Taxa de participare: 40 euro (cuprinde pentru cei cu cotizația plătită la zi și c.v. banchetului). Cazare: 55 RON/pers./zi în cam. dublă sau 75 RON/pers./zi în regim Sgl. Micul dejun: la solicitare anterioară: 15 RON. Cina festivă 50 lei. Prânzuri și cina din 22. IX: 20 RON, cu desert. Creditarea va fi solicitată.

3-4 noiembrie, 2017: Conferință Națională cu ocazia Zilei Naționale de Prevenție a Suicidului. Casa de Studii Jakab Antal, Șumuleu-Ciuc.

Berica Veress.

