Buletinul Asociației

Balint

Periodic trimestrial. Volumul XXVIII. Nr. 111 - 112

Iulie - Decembrie 2026

WE WISH TO YOU AND TO YOUR FAMILY
THE BEST FOR THE NEW YEAR 2027
AND THE WINTER HOLIDAYS.

MERRY CHRISTMAS!
HAPPY NEW YEAR!

Der Neues Jahr 2027 anfang ist der zeitraum für neue anfaenge, neue plaene. Für dass Wünschen wir Ihnen gute Erfolg noch am viele Menschen helfen zu können.

Frohes Weinachtfest und alles gutes für dass Neues Jahr,

2026/2027-es éveink fordulóján kivánunk
egy boldog, békességes, örömteli, sikerekben és egészségben
bövelkedő, DE: bajmentes Új esztendőt

La cumpăna anilor 2026/2027, vă doresc
Sărbători fericite
şi un "La mulţi ani"
cu sănătate, fericire, bucurii, realizări şi împliniri!
Fiţi şi pe mai departe frunoşi, doriţi/te şi adoraţi/te!

Bera Veress.

CUPRINS

- PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA 2
- BIROUL ASOCIAȚIEI 3
- CĂTRE AUTORI 3
- STIGMA ÎN ACTIVITATEA BALINTIANĂ 4
- ROLUL FANTASMELOR ÎN INFRACȚIUNILE SEXUALE
  „THE ROLE OF PHANTASIES IN SEXUAL OFFENDING” 7
- ÎN CĂUTAREA PARADISULUI PIERDUT - EPISODUL 5 16
- ECHIPA CA ORGANISM PSIHIC:
  DINAMICI INCONȘTIENTE ÎN ECHIPELE SUB PRESIUNE ȘI VINDECAREA PRIN GRUP* 18
- OPTIMIZARE ȘI DEZVOLTARE PROFESIONALĂ PRIN GRUP BALINT 23
- ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI 28

MOTTOURI CU MINCIUNI:

„Motto-ul lui Moisil: „Legile țării nu-i interzic nimănui să fie imbecil”.

- Mariajul e singura scăpare pentru un bărbat fără succese iar pentru o femeie cu prea multe.

- Scaunele prezidențiale sunt periculoase: au un microb care se urcă la cap.

- La ședința de Consiliu profesoral în vederea titularizării, prof. Ștefan Procopiu a votat contra numirii lui Moisil, „candidatul fiind prea tânăr” pentru ocuparea postului de profesor. E adevărat, replicase Moisil, „dar e un defect de care mă corectez în fiecare zi.”

Iulie - decembrie 2026, Volumul XXVIII, Nr. 111 - 112 ■ 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/Design:** Botond Miklós FORRÓ ■ **Editat de:** Asociația Balint din România ■ **Adresa redacției:** 530111 - MIERCUREA CIUC, str. Gábor Áron nr. 10, tel. 0744 812 900, E-mail: veressalbert1@gmail.com

COMITETUL DE REDACȚIE:
Tünde BAKA • Doina COZMAN • Dan Lucian DUMITRAȘCU • Radu Virgil ENĂTESCU • Liana FODOREANU • Mircea LĂZĂRESCU • Aurel NIREȘTEAN • Ovidiu POPA-VELEA • Almos Bela TRIF (USA) • Simona TRIFU

INDEX: ISSN L 2069–6388

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 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**.
Cvantumul ei se hotărăște anual de către Biroul Asociației, fiind confirmată la proxima A.G.
Cei care nu achită cotizația 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 2027: 40 EURO** (la cursul oficial BNR din ziua în care se face plata), prin decizia votată la Adunarea Generală din 14.IX.2025.
Nu se mai fac reduceri pentru pensionari sau în cazul în care 2 membri ai asociației aparțin aceleași familie.

Studenții sunt scutiți de la plata cotizației.

Taxa de înscriere în Asociație este de **20 EURO**.

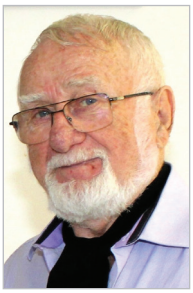
Plata cotizației se face în contul:
CEC Bank Miercurea Ciuc, nr. RO26CECEHR0143RON0029733, titular Asociația Balint, cod fiscal: 5023579 (**virament**) sau 25.11.01.03.19.19 (**depunere în numerar**).

Restanțele din anii anteriori după 1 ianuarie 2026, se plătesc la valoarea nou votată!!!

BIROUL ASOCIAȚIEI



PREȘEDINTE:
László Alma
abr.presedinte@gmail.com



VICEPREȘEDINTE:
Albert Veress
veressalbert1@gmail.com



SECRETAR:
Maria-Mihaela Mirea
abr.secretariat@gmail.com



TREZORIER:
Voicu Sorin
voicussorin@yahoo.com



MEMBRU:
Görög Ilona
ilon.gorog@gmail.com



CENSOR:
Eftimiu Sanda
sdeftimiu@yahoo.com

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 ale relației medic - pacient (medicină socială, responsabilitate medicală, bioetică, psihosomatică, tanatologie etc.).

Redactorul șef și / sau lectorul au dreptul de a face cuvenitele corecturi de formă și conținut ale 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, cu 3-5 cuvinte cheie.

Pentru rigoarea științifică, apreciem menționarea bibliografiei cât mai complet și mai corect, conform normelor **Vancouver**, atât pentru articolele din periodice cât și pentru monografii (citarea în text se notează cu cifre arabe în paranteză rotundă, iar în bibliografie se înșiră autorii în ordinea citării, nu în 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 memory-stick sau prin e-mail ca fișier atașat. Se vor folosi numai caractere românești din fontul Times New Roman, culese la mărimea 12, în WORD 6.0 sau 7.0 din WINDOWS.

Imaginile - fotografii, desene, caricaturi, grafice - vor fi trimise ca fișiere separate, cu specificarea locului unde trebuie inserate în text pentru lecturarea lor corectă. 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 trimite o fotografie digitală - tip pașaport sau eseu - pe care o vor trimite ca fișier (*.jpg) atașat la adresa redacției.

Autorii sunt rugați să se conformeze regulilor de redactare a 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 propune eventualele modificări, fiind apoi transmise autorului prin intermediul redacției. Decizia lor este incontestabilă.

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

STIGMA ÎN ACTIVITATEA BALINTIANĂ

Prof. dr. Dan I. Dumitrașcu - UMF Iuliu Hațieganu, SCJU Cluj-Napoca

Rezumat: *Stigma este o categorie psihosocială care definește o proprietate sau o caracteristică cu semnificație devalorizantă, aplicată unui individ sau unei colectivități (grup, rasă, boală, comportament etc). Practicianul balintian trebuie să identifice stigma pe care o poartă naratorul sau pacientul prezentat la cercul Balint. Odată identificată și recunoscută, stigma trebuie evaluată și stigmatizarea combătută.*
Cuvinte cheie: *balintianism, diagnostic, stigmă, stigmatizare, terapie*

Abstract: *Stigma is a psychosocial category that defines a property or characteristic with devaluing significance, applied to an individual or a collectivity (group, race, disease, behavior, etc.). The Balint practitioner must identify the stigma that the narrator or patient presented to the Balint circle carries. Once identified and recognized, stigma must be evaluated, and stigmatization combated.t*
Key words: *Balint group activity, diagnosis, stigma, treatment*

INTRODUCERE

Cuvântul *stigma* provine din limba greacă veche, unde *stigma* înseamnă marcă, însemnare). Conceptul psihologic este însă mai nou (1). Acest înțeles al cuvântului stigma nu trebuie confundat cu *stigmatul*. Acesta reprezintă consecința concretă negativă a unui eveniment, sau ce se poate denumi cicatrice, sau tară, ereditară sau neereditară.

Cuvântul se regăsește și în botanică, unde denumește o componentă a organelor de reproducere feminine. Stigma este, așadar, un proces social care influențează viața cuiva (1).

Cuvântul era folosit pentru prima oară de Erving Goffman (1922-1982), unul dintre cei mai reputați sociologi ai secolului XX. Cercetările clasice ale lui Goffman publicate în 1963, conceptualizau stigma ca un atribut discreditant, înjositor. Conform lui, persoanele stigmatizate sunt auto- sau hetero-percepute ca persoane subestimate (2). Studii din deceniile următoare de psihologie, sănătate publică, sociologie etc., au dezvoltat conceptul (1).

Există două forme de stigmatizare: *stigma* percepută și *stigma impusă.*

Stigma percepută se referă la conștientizarea sau anticiparea unei persoane față de atitudini sociale negative, stereotipuri sau comportamente discriminatorii îndreptate către sine sau grupul său social (de exemplu rasismul, homofobia).

Stigma impusă este normată instituțional sau acceptată moral-mental și se aplică acelor comunități sau categorii sociale care sunt considerate ca purtătoare de stigmă.



Se vorbește și de stigma aplicată, sau instituțională, care se referă la experiențe reale de discriminare, respingere sau tratament incorect.

Deși aceste forme de stigmă sunt conceptual diferite, ele sunt de fapt interconectate și se augmentează reciproc (2, 3). Este necesar ca populația și autoritățile să le depisteze și înțeleagă, de exemplu în cazul homofobiei, și a.m.d., pentru a se putea iniția măsuri și reglementări eficiente care să combată efectele nocive ale stigmatizării. Stigma este așadar un proces social constând în clasificare, etichetare, identificare, prejudecăți, stereotipuri și în fine, discriminare. Stigmatizarea se produc atunci când discriminarea conduce spre un mediu de inegalitate socială (3). De aici decurge că stigma nu este numai personală, ci că este înrădăcinată în instituții și norme culturale (1).

CLASIFICAREA STIGMEI PSIHOSOCIALE

Stigma percepută (numită și *stigma resimțită* sau *stigma anticipată*) se referă la expectanța subiectivă de a judecat și discriminat. Se deosebește de stigma adoptată, care se referă la experiența obiectivă de discriminare și excludere, așa cum a descris Scambler în 1998 (vezi mai jos. Stig-



matizarea percepută include următoarele: conștientizarea stereotipurilor negative; așteptarea discriminării; frica de respingerea socială; anticiparea hotărârii sau excluderii. Pe baza acestor caracteristici, putem identifica stigma percepută. Aceasta reprezintă așadar un construct subiectiv, cognitiv și emoțional, dar modelat de norme sociale și experiențe personale sau ale grupului social.

Modul prin care acționează stigmatizarea percepută cuprinde următoarele mecanisme: amenințarea identității sociale; perceperea unui stres minoritar; internalizarea atitudinilor sociale. Pentru evitarea stigmatului, subiecții pot încerca să se adapteze, prin modificarea comportamentului (de exemplu schimbarea religiei, a numelui). Altă măsură de adaptare poate consta în ascunderea stigmei sau evitarea solicitării de ajutor. Identificarea stigmei este importantă, pentru că stigmatizarea percepută este asociată cu oricare dintre cele de mai jos (tabelul 1) (1):

Tabelul 1: Atributele stigmei

Depresie și anxietate
Stima de sine scăzută
Izolare socială
Calitate mai scăzută a vieții
Adresabilitate întârziată către serviciile de sănătate
Prognostic mai rău

În multe cazuri, stigmatul perceput poate fi la fel de dăunător—sau chiar mai dăunător—decât stigmatul impus, deoarece modelează așteptările și comportamentul chiar și în absența discriminării evidente (3, 4).

Stigmatizarea instituționalizata sau **adoptată** se referă la acte discriminatorii reale, care pot fi formale sau nu. Aceasta implică: hărțuirea verbală și fizică; excluderea socială; refuzul serviciilor administrative sau sociale; inegalitate în domeniul asistenței medicale, angajării în muncă sau al educației (1,5). Acest tip de stigmatizarea poate fi impusă și nu se limitează la interacțiunile interpersonale. Dimpotrivă, ea poate include: politici părtinitoare; distribuție inegală a resurselor; criminalizarea anumitor identități sau comportamente, sau neglijență instituțională.

Stigma structurală, este o formă cu implicații mai grave, care poate justifica n legitimarea practicilor discriminatorii (5, 6). Un exemplu este stigmatizarea din cadrul politicii de *apartheid* din Africa de Sud. Consecințele acestei stigmatizări impuse are efecte nefavorabile asupra îngrijirii medicale și sănătății fizice și mentale. Persoanele stigmatizate au adesea acces redus la diagnostic și tratament, precum și la migrarea spre categorii sociale mai bogate (1).

Există o interacțiune bidirecțională între stigmatizarea percepută (subiectivă) și stigmatizarea instituționalizată (obiectivă). Stigmatul perceput și cel aplicat se întăresc reciproc. Experiențele de discriminare cresc așteptările privind stigmatizarea viitoare, în timp ce o stigmatizare percepută ridicată crește vigilența și sensibilitatea la indicii discriminatorii.

În producerea stigmatizării se descrie un cerc vicios (vezi tabelul 2).

Tabelul 2: Patogeneza stigmatizării (etapele):

Stereotipurile societății creează așteptări de respingere
Indivizii anticipează stigmatizarea și își modifică comportamentul
Schimbările comportamentale pot fi interpretate greșit de societate
Interpretările greșite întăresc stereotipurile
Stereotipurile alimentează și mai multă discriminare

Procesul nu se produce în mod simplist, ci traversează anumiți factori de moderare.

INTERFERENȚA STIGMEI CU MEDIUL MEDICAL

Stigmatizarea este bine documentată în boli considerate impropriu rușinoase, adică stigmatizante: obezitate, malformații congenitale sau dobândite, boli psihiatrice, HIV/SIDA, alcoolismul și alte adicții, tuberculoza, alte boli cronice. Stigmatizarea percepută determină pe pacient să nu apeleze la ajutor, nici la serviciile medicale ceea ce conduce adesea la întârziere a tratamentului; în paralel, stigmatul impus reduce calitatea îngrijirii. Exemple: refuzul personalului medical din unele țări de a lua în îngrijire pe pacienții cu HIV/SIDA (1).

Stigma nu lovește pe toți la fel. Există identități sociale marginalizate din cauza stimei în mod prevalent. Acestea sunt minoritățile rasiale, etnice, sexuale, imigranții, șomerii, persoanele cu mobilitate redusă etc. S-a elaborat chiar teoria stresului la minorități, care evidențiază modul în care stigma contribuie la disparitățile în sănătate. Stigmatizarea se poate produce din păcate și în sfera instituțiilor sanitare și educaționale, chiar la locul de muncă. Astfel, studenții și personalul angajat pot experimenta și raportează: hărțuire fizică și sexuală, diverse agresiuni, inegalitate de șanse, evaluări părtinitoare peiorative. Stigmatizarea percepută în aceste medii poate submina performanța și apartenența (1).



DIAGNOSTICAREA STIGMEI

Se realizează prin metode calitative și cantitative

Metode cantitative

Există mai multe scale validate pe care practicienii sănătății le pot utiliza. Se recomandă una dintre scalele de mai jos: **Scala percepută de devalorizare-discriminare** (Link, 1987) (scală generală); **Scala stigmatizării internalizate a bolilor mintale** (Ritsher et al., 2003) (în cazul bolilor psihiatrice); **Scala stigmatizării HIV** (Berger et al., 2001) (scală specializată pentru pacienții cu HIV/AIDS) (4).

Se pot elabora scale ad-hoc pe orice domeniu suntem interesați, are trebuie apoi validate, de exemplu pentru obezitate, pentru tulburarea folosirii de alcool (noul nume al alcoolismului) etc.

Metode calitative

Aici avem libertatea să creăm tot ceea ce ni se pare util, Este vorba despre interviuri, focus grupuri, metode etnografice, care surprind: experiențele trăite, semnificațiile culturale, sau nuanțele contextuale.

COMBATEREA STIGMATIZĂRII

Stigma percepută se tratează prin psihoterapie. Intervențiile se bazează pe psihoeducație, suport social, abordări cognitiv-comportamentale, intervenții comunitare. Sunt adesea necesare abordări pe mai multe niveluri, care se adresează credințelor individuale, interacțiunilor interpersonale, structurilor instituționale și normelor sociale (1, 7).

Pentru **stigma impusă**, sunt necesare strategii care depășesc sfera angajaților din sănătate. Este nevoie de abordare complexă, cu participarea autorităților. În intervenții trebuie incluse: promulgarea și aplicarea de legi anti-discriminare; reforme instituționale, inclusiv ale programelor analitice școlare; educație contra prejudecăților, politici incluzive. Nivelele de intervenție, ierarhizate după adresabilitatea lor socială, sunt redate în tabelul (3).

Tabelul 3. Nivele de intervenție în combaterea stigmei (după 1)

Individual: îmbunătățirea abilităților de adaptare și rezilienței
Interpersonal: îmbunătățirea comunicării și reducerea părtinirii
Instituțional: reformarea politicilor și practicilor clinice
Societal: educație publică și campanii anti stigmatizare

PRACTICA BALINTIANĂ ȘI STIGMA

Practica balintiană, prin însăși arhitectura sa conceptuală și metodologică, oferă un cadru terapeutic și reflexiv privilegiat pentru decodificarea, procesarea și neutralizarea stigmei în relația medic-pacient. În activitatea clinică cotidiană, stigma funcționează adesea ca o barieră invizibilă, dar extrem de rigidă, care distorsionează comunicarea și blochează empatia primară (8, 9).

În cadrul întâlnirilor de grup, stigma este extrasă din zona tabuurilor sau a vinovăției neexprimate și adusă în spațiul de siguranță al analizei profesionale. Prezentarea unui *„pacient dificil”* dezvăluie frecvent faptul că dificultatea resimțită de clinician nu derivă din complexitatea patologiei în sine, ci din încărcătura de stigmat pe care pacientul o poartă sau pe care medicul o proiectează asupra lui. Reacțiile de respingere, frustrare, anxietate sau chiar detașare rece – cunoscute în termeni balintieni drept elemente de contra-transfer – sunt adesea răspunsuri directe la stigma internalizată sau externă. Prin elaborarea colectivă al acestor trăiri, grupul Balint permite reîncadrarea pacientului: acesta încetează să mai fie definit prin eticheta stigmatizantă sau prin diagnosticul reductiv și își recapătă o identitate umană completă, nuanțată și singulară. Înțelegerea funcției de *„medic ca medicament”* presupune conștientizarea faptului că o doză necorespunzătoare din acest medicament — administrată prin atitudini neprincipiale poate accentua stigma pe care pacientul o trăiește deja în exteriorul cabinetului (9).

CONCLUZII

Stigma, este un concept tot mai mult folosit în medicina psihosomatică, sănătatea publică, psihologie. Reală sau percepută, stigma trebuie identificată sub toate formele ei și combătută. În societățile unde este instituționalizată, combaterea pretinde măsuri politice și administrative. Victime ale stigmatizării pot fi nu doar pacienții, ci și personalul sanitar. Balintianul trebuie să identifice stigma, să o combată sau când se poate, să o prevină.

Bibliografie

1. *Dumitrascu DL: Stigma în: Dumitrașcu DL, Fadgyas-Stănculete M (editori). Psihosomatică ed. 3-a, Ed. Med. Univ. Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca 2026*
2. *Goffman, E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Prentice-Hall, 1963*
3. *Hatzenbuehler, M. L., Link, B. G. Introduction to the special issue on structural stigma and health. Social Science & Medicine,2014, 103, 1–6.*



4. *Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. AIDS, 2008, 22(S2), S67–S79.*
5. *Meyer, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin, 2003, 129(5), 674–697.*
6. *Scambler G. Stigma and disease: changing paradigms. Lancet. 1998 Sep 26;352(9133):1054-5. doi: 10.1016/S0140-6736(98)08068-4. PMID: 9759769*
7. *Menexi C, Rai SS, Irwanto I, Peters RMH. ‚Stigma is a tough beast… we need all the allies': A qualitative study on prospects for an integrated approach to reduce health-related stigma from civil society organisations' perspective. Glob Public Health. 2026 Dec 31;21(1):2617774. doi: 10.1080/17441692.2026.2617774. Epub 2026 Jan 28. PMID: 41605885.*
8. *Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. Psychiatry Research, 2003, 121(1), 31–49.*
9. *Radu M, Ciucă A, Crișan CA, Pintea S, Predescu E, Șipos R, Moldovan R, Băban A. The impact of psychiatric disorders on caregivers: An integrative predictive model of burden, stigma, and well-being. Perspect Psychiatr Care. 2022 Oct;58(4):2372-2382. doi: 10.1111/ppc.13071. Epub 2022 Mar 28. PMID: 35347717; PMCID: PMC9790354.*

ROLUL FANTASMELOR ÎN INFRACȚIUNILE SEXUALE „THE ROLE OF PHANTASIES IN SEXUAL OFFENDING"

Dr. Alin Leș, Universitatea din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Laboratorul de Evaluare și Diferențe Individuale

Rezumat: *Articolul examinează rolul fantasmelor sexuale în dinamica infracțiunilor sexuale, având ca nucleu datele și ipotezele din volumul Expertiza sexualității (2026). Sunt diferențiate fantasma, preferința, intenția și acțiunea, pentru a evita atât criminalizarea vieții psihice, cât și ignorarea scenariilor relevante clinic. Este propusă o hartă euristică a cinci funcții: reprezentare, reglare afectivă, reparare narcisică, legitimare și scenarizare. Relevanța clinică crește când scenariul devine rigid, repetitiv, impermeabil la consimțământ și asociat cu factori facilitatori. Datele exploratorii obținute pe 82 de persoane condamnate pentru viol sau tentativă de viol din Românnia sunt interpretate prudent, fără valoare predictivă individuală. O vignetă ipotetică evidențiază contratransferul și utilitatea grupului Balint. Fantasma nu este nici verdict, nici element neglijabil; sensul ei depinde de funcție, context și raportul cu alteritatea și responsabilitatea.*
Cuvinte-cheie: *fantasmă sexuală; infracționalitate sexuală; consimțământ; psihodinamică; grup Balint.*

Abstract: *This article examines the role of sexual phantasies in sexual offending, using the data and hypotheses developed in Expertiza sexualității (2026) as its core. Phantasy, preference, intention, and action are differentiated to avoid both the criminalization of mental life and the neglect of clinically relevant scenarios. A heuristic map of five functions is proposed: representation, affect regulation, narcissistic repair, legitimization, and scripting. Clinical relevance increases when a scenario becomes rigid, repetitive, impermeable to consent, and associated with facilitating conditions. Exploratory findings*

obtained from 82 individuals from Romania convicted of rape or attempted rape are interpreted cautiously and are not assigned individual predictive value. A hypothetical vignette highlights countertransference and the usefulness of the Balint group. Phantasy is neither a verdict nor an irrelevant element; its meaning depends on function, context, and the person's relationship to otherness and responsibility.
Keywords: *sexual phantasy; sexual offending; consent; psychodynamics; Balint group*



EXPLICAȚIA AUTORULUI PENTRU NOȚIUNILE FANTASMĂ ȘI FANTEZIE

Ideea central: *„Fantasmă"* și *„fantezie"* nu sunt termeni obligatoriu interschimbabili, dar nici denumirile a două realități psihice complet separate. Într-un text psihodinamic, *„fantasmă"* poate desemna scenariul și organizarea afectiv-relațională prin care se articulează dorințe, apărări și conflicte. *„Fantezie"* poate desemna conținutul imaginativ accesibil relatării. Delimitarea privește, astfel, nu doar ceea ce este imaginat, ci și nivelul la care acel material este descris sau interpretat (Leș, 2026, pp. 35–51, 99–100).

Formula de reținut: fantezia ne permite să întrebăm *„Ce își imaginează persoana?"*; analiza fantasmei adaugă *„Cum se organizează, pentru această persoană, dorința, afectul, apărarea și relația cu celălalt?"*. Aceasta este o convenție de lucru explicită, nu o regulă lexicală universală.

Nu este însă riguros să afirmăm că orice fantasmă este exclusiv inconștientă, iar orice fantezie este conștientă și voluntară. Ar fi prea simplist. În schimb, Freud descrie atât forme conștiente, cât și inconștiente; literatura psihanalitică ulterioară păstrează definiții diferite ale conceptului (Freud, 1908/1924; Bohleber et al., 2015).

Recomandarea acestei note este păstrarea termenului *„fantasmă"* atunci când el exprimă cadrul psihodinamic al articolului, cu o definiție la prima utilizare. Înlocuirea mecanică prin *„fantezie"* poate pierde această precizare conceptuală. În sens invers, denumirea psihodinamică nu justifică prezentarea unui scor de auto-raportare ca măsurare directă a inconștientului, dar permite formularea unor ipoteze despre organizarea fantasmatică.

CONCLUZIA ȘI FORMULAREA EDITORIALĂ

• Paragraf propus pentru clarificarea terminologiei

În acest articol, folosim termenul *"fantasmă"* în accepțiune *psihodinamică, pentru scenariul și organizarea afectiv-relațională prin care se articulează dorințe, apărări și conflicte, inclusiv determinări inconștiente. Folosim "fantezie" atunci când accentul cade pe activitatea sau pe conținutul imaginativ accesibil relatării, iar această delimitare este relevantă pentru argument. Distincția nu presupune o separare absolută între conștient și inconștient - tradiția freudiană recunoaște și fantasme conștiente, iar utilizările internaționale diferă. Conținuturile auto-raportate sunt diferențiate de ipotezele privind funcția lor psihodinamică; un scor de chestionar nu este tratat ca observație directă a inconștientului (Freud, 1908/1924; Bohleber et al., 2015; Leș, 2026).*

• *Reguli de utilizare consecventă*

În pasajele teoretice, se precizează școala și accepțiunea conceptului. În prezentarea cercetărilor, se spune ce au raportat participanții și ce au măsurat instrumentele. În interpretarea clinică, se disting observația, ipoteza și concluzia susținută. La traducerea lui *"sexual fantasy", se verifică definiția studiului. Nici „fantezie sexuală", nici „fantasmă sexuală" nu trebuie impusă mecanic tuturor surselor.*

• *Limite care nu trebuie pierdute în textele despre sexualitate*

Un conținut imaginat nu este, prin simpla sa prezență, echivalent cu dorința de realizare, intenția, consimțământul sau comportamentul efectiv. Acestea trebuie documentate separat. Nici raritatea statistică, nici eticheta unei teme nu constituie singure un diagnostic. Studiul lui Joyal et al. (2015) este relevant tocmai pentru separarea frecvenței de presupunerile patologizante.

Într-un context judiciar, o ipoteză *psihodinamică nu stabilește singură existența unei fapte sau răspunderea unei persoane. Tot astfel, absența unui scenariu relatat nu permite concluzia că riscul este nul. Asemenea concluzii ar depăși ceea ce oferă, prin ele însele, relatarea sau interpretarea unui conținut imaginar.*

CONCLUZIE

Păstrăm diferența pentru a preciza obiectul analizei, nu pentru a institui o ierarhie între discipline. „Fantasmă" este justificat când articolul investighează organizarea psihodinamică; „fantezie" este util când descrie materialul imagi-



nativ raportabil. Rigoarea constă în definirea termenilor și în proporționalitatea concluziilor cu metoda folosită.

1. INTRODUCERE

În domeniul infracțiunilor sexuale, fantasma produce o neliniște aparte. Ea se află în interiorul persoanei, între imagine și faptă, și poate conține scene de dominare, constrângere, umilire sau anulare a voinței celuilalt. Tocmai de aceea, clinicianul și evaluatorul sunt expuși unei duble tentații. Prima este aceea de a transforma conținutul fantasmat într-o probă anticipată a faptei. A doua este de a considera că, fiind *„doar în minte”*, fantasma nu ar avea nicio relevanță pentru înțelegerea comportamentului. Ambele poziții simplifică excesiv o realitate psihică și criminologică în care conținutul fantasmat, funcția lui și condițiile trecerii la act trebuie evaluate distinct (1-4).

Volumul *Expertiza sexualității* a propus o cercetare autohtonă a fantasmelor sexuale în infracțiunea de viol, reunind o perspectivă psihologică, psihanalitică și criminologică, examinând date obținute inclusiv de la persoane condamnate pentru viol sau tentativă de viol (1). Punctul de plecare al articolului de față este că fantasma merită studiată nu pentru a incrimina gândirea, ci pentru a înțelege mai bine ceea ce se poate întâmpla între afect, reprezentare, dorință, justificare și acțiune (3,5,6).

Tema trebuie însă delimitată cu grijă. Cartea care constituie nucleul acestei reflecții investighează în principal infracțiunea de viol. Prin urmare, concluziile sale nu pot fi transferate automat asupra tuturor infracțiunilor sexuale, care includ conduite, victime, motivații și trasee etiologice diferite. În același timp, rolul fantasmei nu poate fi stabilit printr-o singură relație cauzală, căci ea poate preceda fapta, o poate însoți, o poate reorganiza retrospectiv sau poate rămâne complet separată de orice conduită ilegală (4,7,8).

Interesul specific pentru clinicienii balintieni apare în punctul în care această temă ajunge în relația clinică. Persoana care vorbește despre o fantasmă coercitivă nu aduce în cabinet doar un conținut sexual. Aduce mult mai mult, și anume rușine, teamă, negare, provocare, dorință de control și, uneori, așteptarea de a fi condamnată ori, dimpotrivă, absolvită. Clinicianul răspunde afectiv la toate acestea. De aceea, o înțelegere adecvată a fantasmei presupune atât rigoare forensică, cât și capacitatea de a gândi ce se produce în relația terapeutică (9-11).

2. FANTASMA, PREFERINȚA, INTENȚIA ȘI ACȚIUNEA

În literatura empirică, fantasma sexuală desemnează în general imagini, narațiuni sau gânduri cu potențial excitator. În tradiția psihodinamică, termenul are o deschidere mai amplă: fantasma poate organiza poziția subiectului față de dorință, obiect, pericol, pierdere și putere (2,12,13). În textul de față, termenul este folosit în acest sens larg, fără a presupune că fiecare scenariu conștient ascunde în mod necesar un conținut inconștient precis și fără a reduce viața psihică la sexualitate.

Fantasmele sexuale sunt răspândite în populația generală, iar simpla apariție a unui conținut neobișnuit nu este suficientă pentru a defini patologia sau periculozitatea (2,14,15). Unele scene care par coercitive la nivel imaginar pot aparține unor scenarii consensuale, în care limitele și rolurile sunt negociate. Alte fantasme pot fi trăite intruziv, cu teamă și fără dorința de realizare. În schimb, un scenariu aparent mai puțin spectaculos poate deveni clinic relevant dacă este compulsiv, dacă legitimează încălcarea consimțământului sau dacă este utilizat pentru a pregăti o conduită (3,16,17).

Din acest motiv, este utilă păstrarea a patru niveluri distincte. Fantasma este ceea ce persoana își reprezintă. Preferința privește ceea ce tinde să caute sau să considere semnificativ erotic. Intenția presupune orientarea deliberată către realizarea unui act. Acțiunea este conduita efectivă, desfășurată într-un context concret și supusă normelor juridice și etice. Nivelurile se pot influența, dar nu se suprapun: fantasma nu este o mărturisire, preferința nu este automat intenție, iar intenția trebuie evaluată prin date mai largi decât relatarea unui scenariu mental (3,4,14).

Această distincție are o valoare etică directă. O societate care confundă gândul cu fapta riscă să penalizeze spațiul interior și să descurajeze solicitarea ajutorului înaintea unei treceri la act. O practică ce ignoră complet viața fantasmatică riscă, la rândul ei, să piardă un posibil indicator al felului în care persoana își reglează afectele, își construiește justificările și își repetă scenariile (3,5,16). Întrebarea clinică nu este doar *„Ce conține fantasma?”*, ci *„Ce face această fantasmă pentru persoană și ce se întâmplă cu celălalt în interiorul ei?”*.

3. CINCI FUNCȚII POSIBILE ALE FANTASMEI

Cercetările calitative asupra persoanelor care au comis infracțiuni sexuale au arătat că fantasma poate avea funcții diferite în etapele procesului infracțional, între care *reglarea afectului*, *excitarea sexuală*, *adaptarea psihologică* și *modelarea unei conduite* (5,6). Literatura ulterioară a confirmat nevoia de a privi nu doar conținutul, ci și frecvența, contextul, caracterul repetitiv și relația dintre fantasmă,



personalitate și scenariile infracționale (3,16). Pornind de aici, propun o organizare clinică euristică în cinci funcții, care nu reprezintă o nouă scală și nu are pretenția unui model validat.

Prima este *funcția de reprezentare și simbolizare*. Fantasma poate oferi o formă psihică unui impuls, unei temeri sau unei dorințe care altfel ar rămâne difuză. În această ipostază, ea poate constitui un spațiu de transformare psihică. Astfel că, ceea ce poate fi imaginat, gândit și verbalizat nu trebuie în mod necesar să fie executat (12,13,18). Capacitatea de a menține scena psihică în registrul simbolic și de a tolera diferența dintre dorință și realitate este o resursă clinică, nu un semn de pericol în sine.

A doua este *funcția de reglare afectivă*. Unele persoane folosesc scenariile sexuale pentru a reduce singurătatea, furia, rușinea, anxietatea, umilința sau sentimentul de vid. Fantasma produce pentru scurt timp calm, putere sau continuitate de sine. Când devine singurul mijloc disponibil de reglare, repetarea fantasmei poate fi întărită independent de plăcerea sexuală propriu-zisă (5,7,19). În aceste situații, intervenția exclusiv asupra conținutului erotic lasă neatinsă nevoia afectivă care întreține scenariul.

A treia este *funcția de reparare narcisică*. Scena poate inversa o poziție resimțită ca pasivă, vulnerabilă sau umilitoare. Subiectul devine cel care decide, controlează și nu mai poate fi refuzat. Controlul sexual capătă atunci semnificația unei soluții imaginare pentru o rană de statut, o teamă de abandon sau o prăbușire a valorii de sine (8,20,21). Nu rezultă de aici că orice vulnerabilitate produce violență, ci că, pentru anumite persoane, puterea erotizată poate acoperi temporar o fragilitate insuficient mentalizată.

A patra este *funcția de legitimare*. Fantasma se poate asocia cu cogniții care reduc responsabilitatea: *„Ea a provocat”*, *„Și-a dorit în secret”*, *„Nu a refuzat suficient”* sau *„Merita!”*. Literatura asupra cogniților favorabile infracțiunii arată că asemenea teorii implicite pot organiza percepția victimei și interpretarea consimțământului (22-24). Un studiu recent pe persoane condamnate pentru infracțiuni sexuale a găsit relații diferențiate între anumite conținuturi fantasmatice, cogniții favorabile infracțiunii și tipul faptei, subliniind totodată caracterul preliminar al rezultatelor (25). Din punct de vedere clinic, problema nu este numai imaginea, ci felul în care ea este însoțită de o teorie despre dreptul propriu și despre lipsa de subiectivitate a celuilalt.

A cincea este *funcția de scenarizare și repetiție*. Prin reluare, fantasma poate organiza o succesiune: alegerea contextului, anticiparea reacțiilor, neutralizarea obstacolelor și imaginarea rezultatului (3,5,6). Repetiția poate crește familiaritatea și disponibilitatea unei conduite, dar nu o transformă inevitabil în faptă. Același mecanism imaginativ poate fi folosit terapeutic pentru anticiparea riscului, dezvoltarea unor răspunsuri alternative și consolidarea autocontrolului (16,17).

Ca specialiști, dar nu numai, este important să acceptăm că cele cinci funcții pot coexista. O fantasmă poate excita, calma, repara o umilință și justifica simultan încălcarea unei limite. Relevanța clinică crește atunci când scenariul încetează să mai fie un spațiu flexibil de reprezentare și devine un scenariu închis, repetitiv, trăit ca necesar, impermeabil la consimțământ și la existența psihică a celuilalt (3,4,25).

4. DE LA FANTASMĂ LA ACT: UN TRASEU NELINIAR

Modelele contemporane ale infracționalității sexuale resping explicațiile monocauzale. Modelul *motivație-facilitare* arată că o motivație sexuală nu este suficientă în absența unor factori facilitatori de trăsătură sau de stare și a unei oportunități concrete (4). Teoria integrată a infracționalității sexuale reunește factori neuropsihologici, de dezvoltare, afectivi, cognitivi, relaționali și contextuali (7). În acest cadru, fantasma este un element posibil al dinamicii, nu motorul unic al faptei.

Cercetările din populația generală și din eșantioane judiciare sugerează asocieri între fantasmele sexuale agresive și conduita coercitivă, însă mărimea și semnificația acestor legături depind de variabile precum atitudinile favorabile agresiunii, autocontrolul, sadismul sexual, trăsăturile antisociale, narcisismul sexual, consumul de pornografie, experiențele relaționale și contextul (21,26,27). Asocierea statistică nu permite deducerea unei traiectorii individuale, iar datele transversale nu pot substitui evaluarea longitudinală.

În practică, probabilitatea unei treceri la act devine mai îngrijorătoare când mai multe elemente converg: (a) scenariul este frecvent și specific; (b) produce o excitație intensă și este legat de situații reale accesibile; (c) apare ca răspuns la furie, respingere, intoxicare sau pierderea controlului; (d) este însoțit de justificări și devalorizarea victimei; (e) persoana a început să testeze limite, să urmărească oportunități ori să repete conduite pregătitoare; (f) lipsesc strategiile alternative de reglare



și relațiile protectoare (24,28,29). Niciunul dintre aceste elemente nu trebuie și nu ar trebui interpretat izolat.

La fel de importantă este identificarea factorilor protectivi, precum capacitatea de a cere ajutor, de a vorbi despre rușine fără a o evacua prin acțiune, de a recunoaște consimțământul ca limită reală, de a imagina perspectivele celuilalt, de a evita situațiile de risc, de a accepta monitorizarea și de a construi forme consensuale de intimitate (29-31). O evaluare serioasă nu întreabă doar *„Ce risc există?”*, ci și *„Ce mecanisme mențin distanța dintre fantasmă și faptă?”*.

Teoriile clasice ale violului au subliniat rolurile variabile ale puterii, furiei, sexualității, cogniților și autoreglării (7,8,32). Fantasma poate da formă acestor componente, dar nu le înlocuiește. Ea poate fi o verigă între afect și act, însă nu este însă o săgeată inevitabilă care pornește din minte și se termină în infracțiune.

5. REPERE EMPIRICE DIN *„EXPERTIZA SEXUALITĂȚII”*

Cercetarea prezentată în *Expertiza sexualității* a inclus un lot de 82 de bărbați condamnați pentru viol sau tentativă de viol, evaluați în șase penitenciare din România (1). Volumul a utilizat *Chestionarul de Evaluare a Fantasmelor Sexuale* (CEFS), alături de alte probe și analize construite pentru a explora preferințe, asocieri semantice, tipare fantasmatice și raporturi dintre personalitate și modul de operare.

În analiza exploratorie a răspunsurilor CEFS din lotul penitenciar, soluția factorială a reținut 19 factori și a explicat 63,57% din varianța răspunsurilor (1). Acest procent descrie performanța unei soluții statistice în eșantionul analizat. Nu înseamnă că o anumită proporție din *„psihicul”* unei persoane ar fi formată din fantasme. Precizarea este importantă deoarece indicatorii statistici devin ușor, dar incorect, metafore despre întreaga persoană, iar interpretarea unei structuri factoriale depinde de eșantion, calitatea itemilor și replicabilitate (33).

Rezultatele sugerează că fantasma nu apare doar ca imagine erotică izolată, ci ca scenariu relațional, legat de afect, statut interpersonal, control, inferioritate, respingere, valorizare și posesie (1). Unele răspunsuri au evidențiat dificultatea de a reprezenta refuzul celuilalt ca limită autonomă. În alte situații, scenariul părea să restabilească o poziție de superioritate ori să reducă o trăire de neputință. Aceste constatări sunt compatibile cu cercetările care leagă conținutul fantasmei de funcțiile sale afective și de cogniții favorabile infracțiunii (6,25).

Volumul propune, de asemenea, tipare exploratorii ale violului – trecere la act, tatonare, fulger și încredere – care descriu temporalități și moduri de apropiere diferite față de victimă (1). Ele pot orienta formularea unor ipoteze clinice, dar nu trebuie utilizate ca tipologii diagnostice definitive și nici ca substitute pentru analiza faptelor. Literatura asupra violului confirmă heterogenitatea traseelor și a configurațiilor motivaționale, ceea ce impune prudență față de orice clasificare rigidă (7,8).

Lectura datelor impune mai multe limite. Eșantionul este relativ redus și aparține unei categorii juridice specifice. Răspunsurile sunt retrospective și sensibile la dezirabilitate socială, negare și disimulare. Unele dimensiuni au consistență internă modestă, iar raportul dintre numărul de participanți și numărul de itemi recomandă prudență în interpretarea soluției factoriale. Nu există încă etaloane naționale definitive și nici validare prospectivă pentru predicția recidivei (1,33,34). Acest fapt nu înseamnă că CEFS nu poate sprijini formularea de ipoteze și structurarea interviului, dar nu stabilește existența infracțiunii, consimțământul, credibilitatea unei persoane ori probabilitatea individuală a recidivei. Asemenea concluzii cer integrarea mai multor surse de date și metode adecvate scopului evaluării (35).

În pofida acestor precauții, contribuția cercetării este semnificativă, deoarece mută întrebarea de la simpla prezență a unei fantasme la arhitectura ei afectivă și relațională. Pentru clinica forensic și judiciară românească, aceasta deschide un spațiu de investigație care poate fi continuat prin studii comparative, longitudinale și prin validări convergente cu interviul, dosarul, istoricul relațional și instrumentele consacrate de evaluare (1,29,35).

6. LECTURA PSIHODINAMICĂ A CELUILALT CA DECOR

Din perspectivă psihodinamică, fantasma este o scenă în care subiectul își distribuie roluri, afecte și poziții față de obiect. Ea poate transforma pasivitatea în activitate, neputința în control, respingerea în supunerea celuilalt sau rușinea în triumf (12,20). McDougall descria scena psihică drept un teatru în care conflictele, dorințele și apărările capătă personaje și acțiune (13). În sexualitatea obișnuită, această scenă poate rămâne deschisă jocului, ambivalenței și consimțământului.

În unele dinamici infracționale, scena se închide.



Celălalt nu mai este trăit ca subiect cu dorințe proprii, ci ca suport pentru restabilirea unei stări interne – obiect care confirmă puterea, neutralizează abandonul, repară umilința sau furnizează excitarea necesară (20,22). În acest sens, problema centrală nu este doar violența imaginii, ci pierderea alterității. Persoana reală este redusă la un rol scris deja, iar capacitatea de reprezentare a stării ei mentale se îngustează (18).

Această reducere nu apare numai prin sadism explicit. Ea poate fi prezentă și în convingerea că refuzul nu este autentic, că apropierea oferă automat un drept, că vulnerabilitatea celuilalt constituie disponibilitate sau că nevoia proprie are prioritate asupra limitelor sale (22-24). Fantasma devine, astfel, *o matrice de interpretare a relației.* Ea nu mai descrie doar ceea ce subiectul dorește, ci ceea ce crede că este celălalt.

Totuși, un avertisment pentru clinicieni, avocați și/sau magistrați, arată că o explicație psihodinamică nu trebuie folosită pentru a dilua responsabilitatea. Faptul că o persoană încearcă să repare prin control o trăire de inferioritate poate ajuta tratamentul, dar nu transformă constrângerea într-un accident psihologic care ar alunga, automat, impunitatea. A înțelege mecanismul înseamnă a identifica locul în care poate fi introdusă schimbarea : tolerarea vulnerabilității, recunoașterea refuzului, mentalizarea stării celuilalt și elaborarea unor forme nonviolente de autoreglare (7,18,36).

Un criteriu clinic util este permeabilitatea fantasmei la alteritate. Poate persoana să introducă în scenă vocea celuilalt, consecințele și limita ? Poate imagina că dorința proprie rămâne reală chiar dacă nu este satisfăcută ? Poate suporta ca refuzul să nu fie o anihilare a sinelui? Capacitatea de mentalizare și de adoptare a perspectivei celuilalt nu poate fi redusă la un singur scor de empatie, dar reprezintă o dimensiune importantă a formulării clinice (18,36). Acolo unde orice limită trebuie anulată, riscul relațional va crește.

7. CLINICIANUL ÎN FAȚA FANTASMEI COERCITIVE

Relatarea unei fantasme coercitive poate provoca în clinician dezgust, teamă, furie, neîncredere, curiozitate, fascinație sau o neașteptată amorțeală. Poate apărea impulsul de a interoga, de a demasca, de a moraliza, de a salva ori de a încheia repede întâlnirea. Niciuna dintre aceste reacții nu este, în sine, o eroare. Ele devin problematice când sunt negate sau transformate automat în acțiune, fără reflecție asupra relației și cadrului (9-11,39).

Două riscuri opuse sunt frecvente. Primul este reducerea persoanei la infracțiunea sa, într-o relație în care clinicianul nu mai poate vedea decât pericolul și pierde accesul la mecanismele schimbării. Al doilea este dizolvarea faptei în explicație, atunci când empatia pentru vulnerabilitatea autorului estompează consimțământul, suferința victimei și responsabilitatea. Poziția clinică matură păstrează simultan două adevăruri: persoana este mai mult decât infracțiunea sa, iar infracțiunea nu devine mai puțin reală pentru că îi înțelegem antecedentele psihice (11,31).

Contratransferul poate oferi informație despre câmpul relațional, dar nu este probă despre trecutul persoanei și nici vreun detector de sinceritate. Dacă terapeutul se simte împins să domine, să se apere sau să cedeze, reacția poate indica felul în care pacientul organizează apropierea. În supervizare, reacția trebuie totuși examinată, nu convertită imediat într-o interpretare (9,10). În evaluarea judiciară, această precauție este și mai importantă, deoarece rolul evaluatorului, dar și scopul examinării și limitele confidențialității diferă de psihoterapie (35).

Balint a descris clinicianul însuși ca parte activă a tratamentului, un *„medicament”* cu efecte care trebuie cunoscute (9). Grupul Balint oferă un spațiu în care întrebarea se poate deplasa de la *„Ce fel de om are asemenea fantasme?”* la *„Ce se întâmplă între noi când această fantasmă este spusă?”*. Literatura de sinteză sugerează valoarea potențială a grupurilor Balint pentru lărgirea perspectivei asupra relațiilor clinice dificile, deși baza empirică rămâne eterogenă (10). Această schimbare nu relativizează pericolul, dimpotrivă, face posibilă gândirea lui fără ca terapeutul să devină, fără să se auto-observe, judecător punitiv, complice liniștit sau obiect capturat în jocul de putere al pacientului (11).

8. VIGNETĂ CLINICĂ

Următoarea vignetă este construită în scop didactic și nu reproduce un caz identificabil. M., un bărbat de 38 de ani condamnat pentru viol, descrie în terapie scene recurente în care partenera nu-l poate refuza. Vorbește rece, insistând că fapta pentru care a fost condamnat a fost *„o neînțelegere”*, iar relațiile anterioare sunt prezentate ca succesiuni de trădări. În ședință, terapeutul simte o furie bruscă și impulsul de a-l confrunta direct cu formularea victimei din dosar. În același timp, observă că orice întrebare despre vulnerabilitate este întâmpinată de M. cu ironie.

În grupul Balint, terapeutul își dă seama că a fost atras



într-o poziție familiară pacientului, aceea a unui celuilalt care-l umilește și trebuie învins. Dacă ar fi răspuns numai prin confruntare, ar fi riscat să reproducă o luptă pentru control. Dacă ar fi evitat subiectul, ar fi confirmat că tema este prea periculoasă pentru a fi gândită. Grupul nu-i oferă un diagnostic nou, ci îi redă libertatea de a rămâne prezent fără a intra în scenariul impus.

În ședința următoare, terapeutul nu începe prin a interpreta fantasma și nici prin a negocia realitatea juridică a faptei. Întreabă ce se întâmplă în M. în secunda în care aude un refuz. După o perioadă de tăcere, acesta vorbește despre o senzație de prăbușire și despre convingerea că este *„nimeni”* dacă nu este dorit. Pentru prima dată, controlul sexual poate fi legat de rușine fără a deveni scuză.

Această deschidere nu demonstrează că rușinea a cauzat infracțiunea și nu diminuează răspunderea. În schimb, identifică o zonă care poate fi tratată : tolerarea refuzului, separarea valorii de sine de disponibilitatea sexuală a celuilalt, recunoașterea escaladării afective, dezvoltarea unor acțiuni alternative și asumarea impactului produs (31,36). Victima, absentă din cabinet, nu trebuie să dispară din mintea terapeutului, astfel că prezența ei etică păstrează consimțământul și consecințele în centrul formulării.

9. IMPLICAȚII PENTRU EVALUARE ȘI TRATAMENT

Evaluarea fantasmei trebuie să fie descriptivă înainte de a fi interpretativă. Clinicianul are nevoie să înțeleagă forma și conținutul scenariului, debutul și evoluția lui, frecvența, intensitatea, caracterul voluntar, gradul de excitare, afectele care-l precedă și-l urmează, legătura cu masturbarea, pornografia ori situațiile reale, existența unor conduite pregătitoare, raportul cu consimțământul și capacitatea persoanei de a întrerupe secvența (3,16). De menționat că este la fel de important să fie explorate scenariile consensuale, resursele relaționale, strategiile de adaptare și momentele în care persoana a ales să nu acționeze (29,30).

Într-un context clinic-judiciar, nicio concluzie nu ar trebui să se sprijine exclusiv pe un chestionar sau pe o singură relatare. CEFS poate ordona informația și poate sugera arii de interviu, dar interpretarea trebuie integrată cu istoricul, documentele judiciare, observația clinică, datele colaterale și instrumentele validate pentru întrebarea concretă (1,35). Teza centrală a articolului rămâne sub următoarea formă: o fantasmă coercitivă nu stabilește vinovăția, iar absența ei declarată nu infirmă fapta. De asemenea, un profil exploratoriu nu poate fi transformat, fără validare, în predicție a recidivei sau în criteriu pentru liberare condiționată (28,29).

Obiectivul terapeutic nu este eradicarea vieții fantasmatice. O asemenea țintă ar fi nerealistă și ar favoriza ascunderea fantasmelor sexuale. Intervenția urmărește creșterea libertății dintre impuls și acțiune, prin: (a) recunoașterea factorilor declanșatori, (b) tolerarea afectului, (c) diferențierea dorinței de îndreptățire, (d) restructurarea cogniților favorabile infracțiunii, (e) consolidarea consimțământului, (f) dezvoltarea empatiei și mentalizării, (g) planificarea situațiilor de risc și (h) construirea unor forme consensuale de intimitate (24,28,31,36).

Literatura descrie intervenții comportamentale, cognitive, bazate pe imaginație și pe mindfulness pentru gestionarea fantasmelor cu risc ridicat, dar baza empirică rămâne eterogenă și necesită aplicare individualizată (16,17). În anumite cazuri, reducerea intensității ori modificarea scenariului este indicată. În altele, prioritară este schimbarea funcției pe care acesta o îndeplinește. Dacă fantasma este principalul reglator al rușinii sau al distresului, simpla ei suprimare poate lăsa persoana fără alternativă și poate amplifica secretul (5,19).

Modelele orientate spre o viață bună propun ca reducerea riscului să fie legată de dezvoltarea unor modalități prosociale de a obține intimitate, autonomie, competență și sens (31). Această perspectivă este compatibilă cu exigența responsabilității, concretizată în ideea că nevoia poate fi legitimă, dar strategia coercitivă, nu. Studiile arată că programele care respectă principiile risc-nevoie-responsivitate și sunt livrate de personal competent tind să aibă rezultate mai bune. Meta-analizele susțin eficiența tratamentelor psihologice specializate atunci când sunt bine implementate (37,38).

Relația terapeutică rămâne o condiție a acestei munci. Pacientul trebuie să poată vorbi fără a fi umilit (39), dar și fără ca terapeutul să participe la negare. Responsabilitatea nu se construiește numai prin confruntare, ci și prin capacitatea de a suporta adevărul despre sine în prezența unui altul care nu abandonează cadrul. Cercetările asupra procesului terapeutic în tratamentul persoanelor care au comis infracțiuni sexuale subliniază relevanța stilului terapeutului, a respectului, clarității și colaborării (11). În această privință, contribuția Balint este esențială, pentru că-l ajută pe clinician să observe ce oferă, ce refuză și ce repetă în relație (9,10).

10. DISCUȚIE

Rolul fantasmelor în infracțiunile sexuale nu poate fi exprimat prin formula simplă *„fantasma produce fapta”*. Uneori, fantasma conține și simbolizează impulsul. Alteori, reglează o stare dureroasă, repară imaginar o rană narcisică, susține o justificare sau repetă un scenariu care apropie persoana de acțiune (3,5,25). Sensul ei rezultă din combinarea conținutului cu funcția, intensitatea, flexibilitatea, contextul și factorii de facilitare (4,7).

Datele din *Expertiza sexualității* susțin utilitatea examinării arhitecturii afective și relaționale a fantasmelor la persoanele condamnate pentru viol, dar nu autorizează generalizări nelimitate sau inferențe individuale automate (1). Valoarea CEFS și a tiparelor descrise în volum este, în această etapă, în primul rând euristică – ele pot ajuta clinicianul să pună întrebări mai bune, să distingă ipoteze și să construiască cercetări ulterioare. Pentru validarea aplicativă sunt necesare eșantioane mai mari, comparații între categorii de infracțiuni, date prospective și verificarea incrementală față de instrumentele consacrate (29,33,35).

Propunerea celor cinci funcții – de reprezentare, reglare afectivă, reparare narcisică, legitimare și scenarizare – oferă o hartă clinică, nicidecum o clasificare a persoanelor. Ea sintetizează direcții deja recognoscibile în literatura despre funcțiile fantasmei, cognițiile favorabile infracțiunii și condițiile de facilitare a comportamentului (3-5,25). Harta permite evitarea a două erori. Pe de-o parte, presupunerea că orice fantasmă coercitivă indică un agresor potențial; pe de altă parte, presupunerea că fantasma este irelevantă până în momentul faptei. Întrebarea decisivă rămâne: ce rol joacă scenariul pentru această persoană, în acest moment, în această relație și cu ce efect asupra recunoașterii celuilalt?

În practica psihoterapeutică și judiciară, siguranța nu se măsoară prin absența totală a imaginilor tulburătoare, ci prin capacitatea persoanei de a le observa, de a le pune în cuvinte, de a le supune realității consimțământului și de a alege o acțiune diferită. Un spațiu clinic care poate primi fantasma fără a o valida comportamental poate deveni locul în care distanța dintre imagine și faptă este consolidată (11,16,17).

11. CONCLUZII

Fantasma sexuală nu este nici sentință, nici zgomot psihic fără o semnificație anume. Ea poate fi loc de simbolizare sau verigă de facilitare, resursă de autoreglare sau scenariu care exclude alteritatea (2-4). Evaluarea ei responsabilă cere distincții clare între conținut, funcție, preferință, intenție și acțiune, precum și integrarea datelor psihice cu factorii de personalitate, situaționali și relaționali (7,35).

Pentru clinician, conisder că provocarea este să înțeleagă fără a scuza și să păstreze responsabilitatea fără a dezumaniza. Grupul Balint susține această poziție dificilă, transformând reacțiile profesionale din impulsuri de acțiune în material pentru reflecție (9,10).

În ultimă instanță, miza terapeutică nu este să obținem o minte fără fantasme, ceea ce este imposibil, ci o minte capabilă să păstreze fantasma în spațiul psihic și pe celălalt în spațiul uman (11,18).

Bibliografie

1. *Leș A. Expertiza sexualității. Contribuții psihologice, psihanalitice și criminologice la studiul fantasmelor sexuale în infracțiunea de viol. București: Editura Academiei Române; 2026.*
2. *Leitenberg H, Henning K. Sexual fantasy. Psychol Bull. 1995;117(3):469-496. doi:10.1037/0033-2909.117.3.469.*
3. *Bartels RM, Gannon TA. Understanding the sexual fantasies of sex offenders and their correlates. Aggress Violent Behav. 2011;16(6):551-561. doi:10.1016/j.avb.2011.08.002.*
4. *Seto MC. The motivation-facilitation model of sexual offending. Sex Abuse. 2019;31(1):3-24. doi:10.1177/1079063217720919.*
5. *Gee D, Ward T, Eccleston L. The function of sexual fantasies for sexual offenders: A preliminary model. Behav Change. 2003;20(1):44-60. doi:10.1375/bech.20.1.44.24846.*
6. *Gee DG, Devilly GJ, Ward T. The content of sexual fantasies for sexual offenders. Sex Abuse. 2004;16(4):315-331. doi:10.1177/107906320401600405.*
7. *Ward T, Beech A. An integrated theory of sexual offending. Aggress Violent Behav. 2006;11(1):44-63. doi:10.1016/j.avb.2005.05.002.*
8. *Polaschek DLL, Ward T, Hudson SM. Rape and rapists: Theory and treatment. Clin Psychol Rev. 1997;17(2):117-144. doi:10.1016/S0272-7358(96)00048-7.*
9. *Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman Medical; 1957.*
10. *Van Roy K, Vanheule S, Inslegers R. Research on Balint groups: A literature review. Patient Educ Couns. 2015;98(6):685-694. doi:10.1016/j.pec.2015.01.014.*
11. *Marshall WL, Fernandez YM, Serran GA, Mulloy R, Thornton D, Mann RE, Anderson D. Process variables in the treatment of sexual offenders: A review of the relevant literature. Aggress Violent Behav. 2003;8(2):205-234. doi:10.1016/S1359-1789(01)00065-9.*
12. *Laplanche J, Pontalis JB. Limbajul psihanalizei. București:*



Humanitas; 1994.

13. *McDougall J. Theaters of the mind: Illusion and truth on the psychoanalytic stage. New York: Basic Books; 1985.*
14. *Joyal CC, Cossette A, Lapierre V. What exactly is an unusual sexual fantasy? J Sex Med. 2015;12(2):328-340. doi:10.1111/jsm.12734.*
15. *Joyal CC, Carpentier J. The prevalence of paraphilic interests and behaviors in the general population: A provincial survey. J Sex Res. 2017;54(2):161-171. doi:10.1080/00224499.2016.1139034.*
16. *Rossegger A, Bartels RM, Endrass J, Borchard B, Singh JP. High risk sexual fantasies and sexual offending: An overview of fundamentals and interventions. Sex Offending Theory Res Prev. 2021;16:e5291. doi:10.5964/sotrap.5291.*
17. *Allen A, Katsikitis M, Millear P, McKillop N. Psychological interventions for sexual fantasies and implications for sexual violence: A systematic review. Aggress Violent Behav. 2020;55:101465. doi:10.1016/j.avb.2020.101465.*
18. *Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2002.*
19. *Cortoni F, Marshall WL. Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders. Sex Abuse. 2001;13(1):27-43. doi:10.1177/107906320101300104.*
20. *Kernberg OF. Aggression in personality disorders and perversions. New Haven: Yale University Press; 1992.*
21. *Widman L, McNulty JK. Sexual narcissism and the perpetration of sexual aggression. Arch Sex Behav. 2010;39(4):926-939. doi:10.1007/s10508-008-9461-7.*
22. *Ward T. Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. Aggress Violent Behav. 2000;5(5):491-507. doi:10.1016/S1359-1789(98)00036-6.*
23. *Polaschek DLL, Gannon TA. The implicit theories of rapists: What convicted offenders tell us. Sex Abuse. 2004;16(4):299-314. doi:10.1177/107906320401600404.*
24. *Helmus L, Hanson RK, Babchishin KM, Mann RE. Attitudes supportive of sexual offending predict recidivism: A meta-analysis. Trauma Violence Abuse. 2013;14(1):34-53. doi:10.1177/1524838012462244.*
25. *Riberas-Gutiérrez M, Prieto Ursúa M, Martínez-Huertas JA, Bueno-Guerra N. The relation between sexual fantasies and offense-supportive cognitions in people convicted of sexual offenses: A preliminary study. Sex Abuse. 2025;37(3):251-281. doi:10.1177/10790632241271226.*
26. *Birke JB, Jern P, Johansson A, Bondü R. Links between aggressive sexual fantasies and sexual coercion: A replication and extension of a multifactorial model. Arch Sex Behav. 2024;53(3):1047-1063. doi:10.1007/s10508-023-02782-5.*
27. *Williams KM, Cooper BS, Howell TM, Yuille JC, Paulhus DL. Inferring sexually deviant behavior from corresponding fantasies: The role of personality and pornography consumption. Crim Justice Behav. 2009;36(2):198-222. doi:10.1177/0093854808327277.*
28. *Mann RE, Hanson RK, Thornton D. Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. Sex Abuse. 2010;22(2):191-217. doi:10.1177/1079063210366039.*
29. *29. Seto MC, Augustyn C, Roche KM, Hilkes G. Empirically-based dynamic risk and protective factors for sexual offending. Clin Psychol Rev. 2023;106:102355. doi:10.1016/j.cpr.2023.102355.*
30. *de Vries Robbé M, Mann RE, Maruna S, Thornton D. An exploration of protective factors supporting desistance from sexual offending. Sex Abuse. 2015;27(1):16-33. doi:10.1177/1079063214547582.*
31. *Ward T, Mann RE, Gannon TA. The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. Aggress Violent Behav. 2007;12(1):87-107. doi:10.1016/j.avb.2006.03.004.*
32. *32. Groth AN, Burgess AW, Holmstrom LL. Rape: Power, anger, and sexuality. Am J Psychiatry. 1977;134(11):1239-1243. doi:10.1176/ajp.134.11.1239.*
33. *MacCallum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong S. Sample size in factor analysis. Psychol Methods. 1999;4(1):84-99. doi:10.1037/1082-989X.4.1.84.*
34. *McNeish D. Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. Psychol Methods. 2018;23(3):412-433. doi:10.1037/met0000144.*
35. *American Psychological Association. Specialty guidelines for forensic psychology. Am Psychol. 2013;68(1):7-19. doi:10.1037/a0029889.*
36. *Barnett GD, Mann RE. Cognition, empathy, and sexual offending. Trauma Violence Abuse. 2013;14(1):22-33. doi:10.1177/1524838012467857.*
37. *Hanson RK, Bourgon G, Helmus L, Hodgson S. The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. Crim Justice Behav. 2009;36(9):865-891. doi:10.1177/0093854809338545.*
38. *Gannon TA, Olver ME, Mallion JS, James M. Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness. Clin Psychol Rev. 2019;73:101752. doi:10.1016/j.cpr.2019.101752.*
39. *Leș A. Criminologie și psihologie criminologică. Pluridisciplinaritatea perspectivelor pentru înțelegerea crimei, criminalului și criminalității. București: Oscar Print, 2013.*

ÎN CĂUTAREA PARADISULUI PIERDUT - EPISODUL 5

Psih. Dr. Carmen Monica Petrescu, București

Rezumat: *Înțelepciunea milenară din ikigai și argumentele științifice moderne demonstrează că fericirea poate emerge și din lucrurile mărunte, nu numai din atingerea unor scopuri importante. Cheia fericirii se află deja în mâinile noastre prin cultivarea cotidiană a unei stări de spirit pozitive, de bucurie, de flow.*
Cuvinte-cheie: *ikigai, strategii cotidiene, flow, mecanisme biologice.*

Abstract: *The ancient wisdom of ikigai and modern scientific arguments demonstrate that happiness can emerge from small things, not only from achieving important goals. The key to happiness is already in our hands by cultivating a positive state of mind, of joy, of flow, on a daily basis.*
Keywords: *ikigai, everyday strategies, flow, biological mechanisms.*

Așa cum am ilustrat în episoadele anterioare, căutarea paradisului, a stării de wellbeing, poate avea multiple abordări, întrucât complexitatea temei crează oportunitatea unor noi căi de explorare și experimentare. In acest episod, prospectăm universul fericirii prin perspectiva culturii japoneze, abordând conceptul *"ikigai"* (3).

Când asociem căutarea fericirii cu înțelepciunea, ne dăm o șansă mult mai mare să o găsim. Înțelepciunea japoneză vorbește cu ton modest și ponderat, dar cu o deosebită finețe despre cum putem descoperi starea de bine, fericirea chiar în aspectele cotidiene simple, în ikigai, spre exemplu.

Ikigai, în fondul său cultural japonez, este de fapt o filozofie de viață deghizată în psihologie practică ce cultivă atenția față de lucrurile mărunte, de ce sensul care contează, în alegerile cotidiene care treptat îți definesc sensul și scopul devenirii.

Cuvântul *„ikigai"* este format din două caractere japoneze: *„iki"* care înseamnă *„viață"* și *„gai"* care înseamnă valoare sau merit. Dar există o nuanță esențială pe care Yukari Mitsuhashi (1) o subliniază: *„viața ca întreg"* (jinsei) și *„viața de zi cu zi"* (seikatsu). Ikigai se referă la cel de-al doilea aspect, anume la bucuria găsită în viața cotidiană, fără de care viața în ansamblu nu poate fi fericită.

Ikigai nu se referă la o destinație, el este un verb și presupune cufundarea într-o stare în care ești absorbit de ceva, oricât de banal, de mărunt. Care ar fi aceste mărunte lucruri prin care putem aduce bucurie în sufletele noastre?



Proverbul japonez *„jūnin toiro"* înseamnă literalmente *„zece oameni, zece culori"*. Cu alte cuvinte, Ikigai-ul fiecăruia este unic. Acesta poate fi regăsit în acțiuni simple, modeste, cum ar fi plimbatul câinelui, gătitul, grădăritul, în orice fel de muncă sau petrecere a timpului liber. Ikigai acordă atenție micilor detalii prin care omul își aduce bucurie.

A acorda atenție detaliilor, a descompune viața în momente mici spre a descoperi elementele care aduc satisfacție, încântare, este un principiu de bază în Ikigai. A te cufunda în vraja momentului prezent, definită în Occident ca mindfulness se asociază în mod dialectic cu recunoașterea caracterului tranzitoriu, efemer al tuturor lucrurilor. Subtilitatea și profunzimea acestei perspective este adânc înrădăcinată în cultura japoneză.

Ikigai presupune savurarea bucuriilor efemere ale vieții și recunoașterea frumuseții în tranzitoriu. Această perspectivă o regăsim și în filozofia budistă în conceptul numit anicca — impermanența. Tot ceea ce există este tranzitoriu, inclusiv bucuriile, durerile și momentele însele. Budismul nu privește aceasta ca pe un motiv de tristețe, ci ca pe o invitație la prezență deplină — tocmai pentru că momentul va trece, merită trăit complet.



Ikigai împărtășește exact această înțelepciune, dar o exprimă pragmatic, fără aparatul filozofic explicit. Savurarea cafelei de dimineață, plimbarea cu câinele, conversația cu un prieten — toate sunt impermanente și tocmai de aceea extrem de prețioase.

Ikigai este o modalitate de extindere a momentului prezent și în viitorul imediat, prin anticiparea consecinței plăcute a acțiunilor noastre, dar rămâne totuși ancorat în momentul prezent. În această viziune, este acceptat caracterul vremelnic al lucrurilor, fără melancolie sau resemnare. Acceptarea perisabilității pare a fi o modalitate inspirată de a curge cu timpul, de ajustare la schimbare, explorând creativ oferta momentului, încurajând adaptarea la schimbare și oferta prezentului.

Trecutul poate deveni o bibliotecă, un tezaur de informație și învățătură, o sursă de înțelepciune. Categoric trebuie considerat, onorat. Dar fără atașament. Altfel riscăm să cădem într-o nostalgie păguboasă care ne închide accesul spre bucuria prezentă.

Ne jucăm starea de bine pe muchia subțire a momentului prezent, ancorată puternic pe înțelegerea trecutului pentru proiectarea viitorului, păstrând o atitudine de nonatașament față de tot și toate, dar în același timp lăsându-ne cuceriți de frumusețea momentului și recunoștința față de ofertele vieții.

Wellbeing-ul nu presupune negarea suferinței, ci acceptarea ei cu compasiune și speranță. Ikigai nu este o explorare în teritoriu necunoscut, ci mai curând o recuperare a unui aspect familiar dar acoperit. O invitație să priviți mai atent în propria viață, descoperind bucuria și sensul. Nu este o stare de euforie. Acesta poate coexista cu dificultatea, cu suferința chiar. Este mai degrabă un fir de sens care rămâne prezent chiar și în momentele grele. Un ikigai autentic nu dispare când viața devine dificilă. Dimpotrivă, tocmai atunci devine ancora.

Neurocercetătorul japonez Ken Mogi, în cartea sa *Mica enciclopedie Ikigai*, susține că prin ikigai se activează *"sistemul de recompensă"* din creier, întrucât atunci când ești absorbit de o acțiune, chiar măruntă, cum ar fi repararea unui ceas, ascultarea ploii sau savurarea unui fruct, creierul produce dopamină și serotonină. Prin urmare nu este nevoie de un scop măreț, ci doar de momente de flow mărunt. Bucuria lucrurilor mărunte, atenția pe detalii senzoriale, calmează amigdala. Intrarea într-o stare de flow facilitează detașarea de sine, se activează *"default mode network"* și se deschide câmpul creativității.

În mod subtil, Ikigai, include *wabi-sabi,* filozofia estetică japoneză care celebrează **frumusețea imperfecțiunii,** a nepermanenței și a simplității. Este budism aplicat estetic. Un vas de ceai crăpat, reparat cu aur, nu ascunde impermanența, ci o celebrează. Rănile integrate și vizibile nu diminuează valoarea, ci o amplifică. Vasul reparat cu aur este mai prețios decât cel niciodată spart — pentru că poartă în el istoria traversării.

La fel, Ikigai nu caută fericirea perfectă și permanentă, ci extrage sens din textura imperfectă a zilelor obișnuite. Într-o cultură care găsește frumusețe în floarea de cireș tocmai pentru că aceasta cade repede, suferința și dificultatea nu sunt inamici ai fericirii. Sunt parte din textura vieții autentice.

Interesant este că și din Occident a venit o idee similară, pe un drum complet diferit. Frankl, după experiența din lagărele de concentrare, a ajuns la concluzia că omul poate găsi sens în orice circumstanță — nu neapărat într-un scop mare, ci în atitudinea față de suferință, în conectarea cu un alt om, în crearea unui moment de frumusețe. Sensul nu are nevoie de permanență pentru a se valida.

De asemenea, Garcia și Miralles (2) vin ca exploratori fascinați, cu ochii larg deschiși și cu instrumentele cercetătorului și aduc o perspectivă occidental, mai pragmatică, completând filozofia japoneză a Ikigai-ului printr-o perspectivă a sociologiei și biologiei.

Punctul lor de plecare — Okinawa. Totul începe cu o întrebare empirică simplă și profundă: de ce trăiesc oamenii din Okinawa atât de mult — și atât de bine? Nu doar longevitate biologică. Ci longevitate cu sens — activi, implicați, veseli, prezenți până la sfârșitul vieții

Cheia longevității, potrivit cercetătorilor care au studiat cele cinci Blue Zone-uri ale lumii, constă în dietă, mișcare, găsirea unui scop în viață și formarea unor legături sociale puternice. Ei observă că ikigai apare aici nu ca filozofie abstractă — ci ca factor biologic măsurabil. Sensul vieții prelungește viața. Aceasta este o afirmație extraordinară, susținută empiric.

Față de Mitsuhashi care spune *"recunoaște-ți ikigai-ul în lucrurile mici"*, García și Miralles adaugă dimensiunea

biologică și socială, iar acest lucru îți schimbă literalmente biologia, relațiile și durata vieții. Ei ancorează filozofia în corp, comunitate și timp. Ei afirmă că ikigai nu este doar o stare psihologică — el are efecte fiziologice măsurabile. Sensul vieții reduce cortizolul, menține sistemul imunitar activ, păstrează creierul alert. În Okinawa, rata demenței este mult sub media globală.

Conexiunea pe care o fac ei este îndrăzneață — ikigai nu doar îmbunătățește calitatea vieții, ci îi influențează direct durata. Mulți japonezi nu se retrag niciodată cu adevărat — continuă să facă ceea ce iubesc atâta timp cât sănătatea le permite. Ideea nu este că trebuie să muncești până la moarte — ci că implicarea în ceva cu sens nu se pensionează. Forma se schimbă, intensitatea se ajustează, dar firul rămâne.

García și Miralles preiau teoria lui Csikszentmihalyi (autorul conceptului stării de Flow) și o integrează direct în ikigai, subliniind că starea de absorbție completă în activitate nu este un lux sau o excepție, ci o practică cultivabilă zilnic în lucruri aparent banale. Grădinăritul, gătitul, meșteșugul repetat — toate pot deveni surse de flow dacă sunt făcute cu atenție deplină și cu implicare autentică.

Ikigai dezvăluie secretele longevității și fericirii locuitorilor din Okinawa — cum mănâncă, cum se mișcă, cum muncesc, cum cultivă colaborarea și comunitatea.

Putem afirma, deci, că acest concept- ikigai- specific culturii orientale, extinde și completează modalitățile de înțelegere și trăire a fericirii, fiind, totodată, validat și de recentele cercetări din perspectiva neuroștiinței și a științelor sociale.

Bibliografia selectivă:

1. *Yukari Mitsuhashi* — **Ikigai: Giving Every Day Meaning and Joy**, *Ed Octopus Publishing Group, 2018.*
2. *Héctor García & Francesc Miralles, Metoda Ikigai, secrete japoneze pentru a-ti descoperi adevarata pasiune si a-ti atinge telurile in viata, Ed. Humanitas, 2023*
3. *Ken Mogi,* **Mica enciclopedie Ikigai: Metoda japoneză de descoperire a scopului în viață, Ed. Litera,** *2018.*

ECHIPA CA ORGANISM PSIHIC: DINAMICI INCONȘTIENTE ÎN ECHIPELE SUB PRESIUNE ȘI VINDECAREA PRIN GRUP*

Ioana Georgiana Dragomir

Nota Autorului: *Ioana Georgiana Dragomir este psiholog clinician, psiholog sportiv si psihoterapeut psihanalitic, membră a Asociației Balint România și cercetător la CRSSE (Centrul Român de Studii Sportiv Educaționale). Corespondența privind acest articol poate fi adresata la: georgiana.dragomir@crsse.ro .*

Rezumat: *Discursul contemporan despre burnout s-a concentrat preponderent pe individ: pe medicul epuizat, pe sportivul care nu mai poate performa, pe profesionistul ajuns la limita resurselor sale psihice. Prezentul articol propune o deplasare de perspectivă: de la individul care se prăbușește la echipa care obosește. Pornind de la cadrul teoretic oferit de Bion (1961), Anzieu (1975) și Winnicott (1971), articolul tratează grupul profesional ca organism psihic viu, cu propria viață interioară, propriile mecanisme de apărare și propriile resurse de vindecare. Sunt explorate paralele structurale între*

două ecosisteme profesionale aparent diferite: echipa sportivă de performanță și echipa medicală, care împărtășesc, în profunzime, același pact al negării vulnerabilității, aceleași mecanisme de apărare colective și aceeași erodare a spațiilor de procesare emoțională. Două mini-cazuri anonimizate ilustrează burnout-ul colectiv ca fenomen sistemic, distinct de epuizarea individuală. În secțiunea de intervenție, grupul Balint este propus ca model privilegiat de vindecare instituțională și igienă psihică colectivă, complementat de instrumente practice aplicabile imediat în echipele medicale și sportive.
Cuvinte cheie: *echipă, dinamici de grup, psihodinamică, burnout colectiv, grup Balint, psihologie sportivă, psihologie medicală, reziliență colectivă.*

Abstract: *Contemporary discourse on burnout has focused predominantly on the individual: the exhausted physician, the athlete who can no longer perform, the professional who has reached the limits of their psychological resources. This article proposes a shift in perspective: from the individual who collapses to the team that wears out. Drawing on the theoretical frameworks of Bion (1961), Anzieu (1975), and Winnicott (1971), the article treats the professional group as a living psychic organism, with its own inner life, its own defense mechanisms, and its own healing resources. Structural parallels are explored between two apparently different professional ecosystems (the elite sports team and the medical team) which share, at a deeper level, the same implicit pact of denying vulnerability, the same collective defense mechanisms, and the same progressive erosion of spaces for emotional processing. Two composite fictional case studies illustrate collective burnout as a systemic phenomenon, distinct from individual exhaustion. In the intervention section, the Balint group is proposed as a privileged model of institutional healing and collective psychological hygiene, complemented by practical tools that can be applied immediately in medical and sports teams.*
Keywords: *team, group dynamics, psychodynamics, collective burnout, Balint group, sports psychology, medical psychology, collective resilience.*

ECHIPA CA ORGANISM PSIHIC: DINAMICI INCONȘTIENTE ÎN ECHIPELE SUB PRESIUNE ȘI VINDECAREA PRIN GRUP

INTRODUCERE: DE LA INDIVID LA GRUP ÎN DISCURSUL DESPRE BURNOUT

În ultimii ani, cercetarea și practica clinică în domeniul burnout-ului au avansat semnificativ în înțelegerea epuizării profesionale individuale. Medicii care nu mai pot face față, sportivii de performanță care abandonează înainte de vreme, psihoterapeuții care își pierd capacitatea empatică, toate aceste tablouri clinice au generat o literatură abundentă și intervenții validate (Maslach & Leiter, 1997; Freudenberger, 1974). Cu toate acestea, o dimensiune rămâne sistematic subliniată: aceea că epuizarea profesională nu se produce niciodată într-un vacuum individual, ci întotdeauna într-un context relațional și sistemic.

Prezentul articol propune o deplasare de perspectivă: de la individul care se prăbușește la echipa care obosește. Această mutare nu invalidează abordările individuale, ci le completează cu o înțelegere mai profundă a dinamicilor colective care pot accelera, amplifica sau, dimpotrivă, preveni epuizarea profesională. Argumentul central este următorul: burnout-ul colectiv este un fenomen sistemic distinct, cu propria sa logică psihodinamică, care necesită intervenții la nivelul întregului grup, nu doar al membrilor săi.



Profilul profesional al autoarei (psiholog clinician, psiholog sportiv și psihoterapeut psihanalitic, membră a Asociației Balint România) oferă o perspectivă privilegiată de observație comparativă. Două tipuri de echipe, aparent diferite, dar surprinzător de înrudite în structura lor psihică profundă, constituie materialul de analiză: echipa sportivă de performanță și echipa medicală.

Articolul se înscrie în continuarea unei prezentări anterioare (2024) privind burnout-ul individual al medicilor și sportivilor de top, extinzând cadrul analitic de la dinamica individuală la cea colectivă.



ECHIPA CA ORGANISM PSIHODINAMIC: CADRU TEORETIC - BION ȘI IPOTEZELE DE BAZĂ ALE GRUPULUI

Wilfred Bion (1961), a fost primul care a descris sistematic fenomenul grupului ca entitate psihică autonomă. În lucrarea sa fundamentală *Experiences in Groups*, Bion introduce distincția dintre grupul de lucru (*work group*) care funcționează rațional, orientat spre sarcină și grupul dominat de ipoteze de bază (*basic assumptions*), care funcționează inconștient, guvernat de anxietăți colective primitive. Cele trei ipoteze de bază (dependența, cuplarea și lupta-fuga) reprezintă modalități prin care grupul evită confruntarea cu sarcina reală și cu anxietatea pe care aceasta o generează.

În echipele sub presiune cronică, aceste dinamici devin ușor recognoscibile. Dependența de lider (antrenorul omniscient, medicul senior infailibil) permite o funcționare eficientă pe termen scurt, dar golește echipa de inițiativă proprie. Ipoteza cuplării investește doi membri ai grupului cu misiunea implicită de a salva situația, descărcând restul echipei de responsabilitate. Iar ipoteza luptei-fugii transformă anxietatea colectivă în agresivitate îndreptată spre un inamic extern sau intern, ori în retragere și evitare. Fiecare dintre aceste dinamici poate fi citită ca un semn al unui grup care suferă și care nu dispune de mecanisme adecvate de procesare ale anxietății.

ANZIEU ȘI PIELEA DE GRUP

Didier Anzieu (1975) adaugă acestui tablou conceptul de eu-piele al grupului (*moi-peau du groupe*): o funcție de container și de frontieră care permite grupului să conțină anxietatea membrilor săi, să diferențieze interiorul de exterior și să mențină o identitate colectivă coerentă. Grupul sănătos are o piele care îl protejează și îl susține; grupul în suferință are o piele perforată.

Perforările pot veni din exterior (suprasolicitare instituțională, resurse insuficiente, presiune de performanță excesivă) sau din interior: conflicte nerezolvate, pierderi succesive, absența ritualurilor de integrare. Când pielea de grup este grav afectată, echipa pierde funcția de container și devine ea însăși o sursă de anxietate. Membrii nu mai pot depune în grup emoțiile dificile; fiecare se izolează și poartă singur povara colectivă. Această dinamică este frecvent întâlnită în secțiile de terapie intensivă după episoade traumatice neasimilate sau în loturile sportive aflate într-o serie de înfrângeri fără spațiu de procesare.

WINNICOTT ȘI SPAȚIUL TRANZIȚIONAL

Donald Winnicott (1971), deși nu a scris direct despre grupuri, oferă prin conceptul de spațiu tranzițional (*transitional space*) un cadru esențial pentru înțelegerea vindecării colective. Spațiul tranzițional este locul intermediar (nici pur interior, nici pur exterior) în care creativitatea, jocul și elaborarea psihică devin posibile. Grupurile sănătoase creează spontan astfel de spații: vestiarul după meci, sala de gardă la sfârșitul nopții, pauza de cafea în care se vorbește în afara rolului profesional.

Paradoxal, tocmai aceste spații sunt primele eliminate în instituțiile sub presiune. Raționaluri de tip *„nu avem timp”* sau *„nu e profesionist să vorbim despre asta”* distrug infrastructura psihică informală a grupului. Eliminarea spațiilor tranziționale lasă echipa fără capacitate de procesare emoțională și accelerează progresiv epuizarea colectivă (Menzies Lyth, 1960).

DE LA VESTIAR, LA GARDA DE NOAPTE: PARALELE PSIHODINAMICE - STRUCTURI COMUNE, CONTEXTE DIFERITE

La prima vedere, echipa sportivă de performanță și echipa medicală par să aparțină unor lumi complet diferite. O analiză psihodinamică mai atentă relevă însă structuri psihice profund similare, alimentate de aceleași anxietăți fundamentale și apărate prin mecanisme aproape identice.

În ambele sisteme, presiunea de performanță este maximă și publică: sportivul riscă podiumul, medicul riscă viața pacientului. În ambele sisteme există un lider cu funcție de atașament (antrenorul ca figură parentală, medicul senior ca autoritate omnipotentă) a cărui reglare emoțională o calibrează pe a întregii echipe. În ambele sisteme funcționează ritualuri colective cu rol de container: vestiarul pre-meci și raportul de gardă au, din perspectivă psihodinamică, aceeași funcție: pregătesc grupul pentru confruntarea cu anxietatea și îl ajută să o conțină colectiv. Iar în ambele sisteme acționează același pact implicit al negării vulnerabilității: sportivul care se plânge nu are mentalitate de campion; medicul care cere ajutor nu este suficient de competent.

PACTUL TĂCERII CA FACTOR DE RISC SISTEMIC

Consecința clinică al acestui pact este aceeași în ambele sisteme: emoțiile dificile nu dispar, ci se depun. Se depun în corp (somatizări, accidentări repetate, tulburări de somn), se depun în relații (conflicte interpersonale, izolare, cinism) sau se depun în simptome colective: absenteism, fluctuație de personal, erori repetate. Tocmai această ultimă catego-



rie de simptome (erorile sistemice) reprezintă cel mai îngrijorător indicator al unui grup în suferință, deoarece are consecințe directe asupra celor din grija echipei: pacienții sau sportivii. Liderul are un rol central în perpetuarea sau în dizolvarea acestui pact. Un lider care neagă oboseala conduce o echipă care neagă oboseala. Un lider care pune întrebări deschise despre dificultăți creează spații în care vulnerabilitatea devine posibilă. Această constatare are implicații practice majore: orice program de prevenție a burnout-ului colectiv care omite transformarea culturii liderului este sortit unui efect limitat și tranzitoriu.

BURNOUT-UL COLECTIV: DOUĂ STUDII DE CAZ

Următoarele două cazuri sunt anonimizate, care evidențiază tipare clinice recurente și sunt prezentate exclusiv în scop ilustrativ și didactic, în conformitate cu normele deontologice ale profesiei.

Cazul 1: Lotul de handbal - când echipa nu mai vorbește

Un lot de handbal feminin de club, care evoluează în prima ligă, traversează al doilea sezon consecutiv cu un program încărcat: campionat, cupă națională și participare în competiție europeană. Stafful tehnic funcționează de trei ani împreună, rezultatele sunt bune, dar în ultimele două luni performanța a scăzut vizibil, iar atmosfera în vestiar s-a schimbat într-un mod pe care nimeni nu îl poate descrie clar: ceva nu mai e ca înainte.

Primele semne apar cu șase luni înainte de criză: două jucătoare cheie acuză accidentări minore repetate; căpitanul echipei începe să lipsească de la mesele comune de după antrenament; ședințele tehnice devin formale. Medicul de lot semnalează antrenorului că vede *„oboseală în corp”*, dar discuția se încheie rapid: *„nu e momentul, suntem în play-off”.* Spațiul tranzițional al echipei este eliminat sistematic în favoarea eficienței.

Criza izbucnește după o înfrângere acasă, în fața unui adversar mai slab. În vestiar, antrenorul ține un discurs dur despre lipsa de implicare. Două jucătoare plâng. Una dintre cele mai tinere spune cu voce joasă: *„nu mai pot”*. Nimeni nu răspunde. A doua zi, trei jucătoare se prezintă la medicul de lot cu acuze somatice diferite. În aceeași săptămână, căpitanul cere să renunțe la căpitănat.

Jucătoarea care a spus nu mai pot nu vorbea doar pentru ea. Vorbea pentru întregul lot. Era țapul ispășitor care a îndrăznit să exprime ceea ce grupul nu își putea permite să recunoască colectiv.

Echipa funcționase luni întregi în ipoteza de bază a dependenței (Bion, 1961): antrenorul știe, antrenorul decide, antrenorul va rezolva. Pielea de grup (Anzieu, 1975) fusese deja perforată prin suprasolicitare și prin absența oricărui ritual de procesare emoțională. Intervenția psihologului sportiv (structurată după principiile grupului Balint) aduce, la prima ședință autentică, o surpriză: primul care vorbește despre oboseală este antrenorul secund. După patru ședințe lunare de grup, clima se schimbă vizibil: apar din nou glumele, căpitanul revine la mesele comune, iar antrenorul introduce un ritual nou: cinci minute de debriefing emoțional la finalul fiecărui antrenament greu.

Cazul 2: Secția de terapie intensivă - suferință împărtășită purtată solitar

O secție de terapie intensivă dintr-un spital universitar funcționează de optsprezece luni cu personal redus: doi medici, au plecat în străinătate și, nu au fost înlocuiți. Gărzi de 24 de ore la patru zile. Șeful de secție (un medic cu douăzeci de ani de experiență, respectat de toți) menține standardele de calitate cu un efort crescând pe care nu îl exprimă niciodată.

Primele semne sunt și ele ignorate: două asistente experimentate solicită transferul fără explicații clare; numărul incidentelor minore crește ușor, dar rămâne sub pragul de raportare; un rezident începe să greșească dozele în prescripții și este mustrat privat: *„trebuie să fii mai atent, nu ne permitem erori”.* Răspunsul instituțional la dificultate este cel descris de Menzies Lyth (1960): proceduri noi, formulare suplimentare, protocoale de prioritizare. Niciodată o întrebare despre cum se simte echipa.

Declanșatorul vine într-o noapte de gardă: un pacient decedează în circumstanțe care ridică semne de întrebare. Ancheta internă nu găsește o eroare individuală clară: sistem suprasolicitat, fără culpă individuală identificabilă. Șeful de secție prezintă raportul, la ședința de departament și propune un protocol nou. Nimeni nu pune întrebări. Nimeni nu vorbește despre acea noapte. Ședința durează douăzeci de minute.

Niciun medic din acea secție nu dormea bine. Niciun medic nu știa că nici ceilalți nu dorm bine. Fiecare credea că, el este singurul care nu mai face față. Aceasta este esența burnout-ului colectiv: suferință împărtășită, dar purtată solitar.

Intervenția vine dinspre un psiholog extern care propune grupuri Balint pentru echipă: prezentate nu ca terapie, ci ca spațiu de reflecție profesională. La a patra ședință, cazul din noaptea decesului este prezentat în sfârșit, de către medicul de gardă: nu ce s-a întâmplat clinic, ci cum a simțit *”am simțit că eram singur pe o barcă în furtună și nimeni nu știa că mă scufund”*. După o lungă tăcere, un coleg spune: *„eu am simțit asta de doi ani”.* Este prima dată când echipa vorbește despre acea noapte.



LECTURĂ COMPARATIVĂ

Dincolo de diferențele de context (vestiar versus secție) cele două cazuri urmează același scenariu psihodinamic: suprasolicitare prelungită, erodarea spațiilor de procesare, apariția unui declanșator, răspuns instituțional procedural și, în final, o intervenție care creează spațiu de autenticitate. Elementul cel mai semnificativ al acestei comparații este identitatea răspunsului la întrebarea ce lipsea: în ambele cazuri, nu competența sau resursele tehnice, ci un spațiu în care suferința colectivă să poată fi numită, auzită și împărtășită.

VINDECAREA PRIN GRUP: GRUPUL BALINT ȘI ALTE INSTRUMENTE - GRUPUL BALINT CA MODEL DE INTERVENȚIE SISTEMICĂ

Metoda Balint, dezvoltată de medicul și psihoanalistul de origine maghiară, Michael Balint, la Tavistock Clinic din Londra în anii 1950, a fost concepută inițial ca spațiu de reflecție pentru medicii de familie asupra relației medic-pacient (Balint, 1957). Esența metodei constă în prezentarea unui caz clinic dificil în fața unui grup de colegi, urmată de o discuție ghidată care explorează nu tehnica medicală, ci emoțiile, fantasmele și trăirile contratransferențiale pe care cazul le-a generat în practician.

Ceea ce face din grupul Balint un instrument unic nu este conținutul discuțiilor, ci structura spațiului: un loc protejat, fără ierarhie operațională, în care vulnerabilitatea devine nu numai permisă, ci necesară. Această structură este o veritabilă revoluție în culturile profesionale ale medicilor și sportivilor, unde vulnerabilitatea este sistematic suprimată.

BALINT DE ECHIPĂ: ADAPTAREA METODEI LA DINAMICA COLECTIVĂ.

Extinderea metodei Balint de la practicianul individual la echipa multidisciplinară modifică substanțial structura intervenției. În Balint de echipă, cazul prezentat nu mai aparține unui singur om, ci unei situații trăite colectiv: un pacient dificil gestionat împreună, un conflict intern care a paralizat echipa, un deces care a lăsat urme nevorbite. Materialul de lucru este experiența grupului, nu a individului.

Contratransferul devine și el colectiv: membrii aceleiași echipe au reacții emoționale diferite față de același caz (unul simte furie, altul neputință, altul detașare), iar aceste diferențe sunt materialul cel mai fertil al procesului. Facilitatorul gestionează simultan două niveluri: **conținutul** (ce spune echipa despre caz) și **procesul** (cum funcționează echipa în timp ce vorbește). Această dublă atenție presupune o formare specifică în dinamica grupurilor și o poziție de exterioritate față de ierarhia instituției.

Mecanismele de vindecare specifice grupului Balint de echipă sunt multiple. *Normalizarea vulnerabilității*: când un coleg cu experiență mărturisește neputința, ceilalți pot respira. *Restituirea complexității*: grupul reintroduce nuanța acolo unde presiunea impusese gândire binară. *Dezactivarea țapului ispășitor*: când dinamica devine vizibilă, membrul care poartă anxietatea colectivă nu mai poate fi eliminat fără că grupul să observe. Și, poate cel mai durabil efect, *crearea unui precedent relațional*: în grupul nostru se poate vorbi despre dificultăți.

INSTRUMENTE COMPLEMENTARE DE ECHILIBRU COLECTIV

Grupul Balint reprezintă o intervenție de profunzime, care necesită un facilitator format și un angajament pe termen mediu. Alături de aceasta, există instrumente mai accesibile cu impact semnificativ asupra sănătății psihice colective.

Ritualurile de tranziție și încheiere marchează psihic tranzițiile importante ale echipei: finalul unei gărzi dificile, încheierea unui sezon, procesarea unui eșec colectiv. Ele nu trebuie să fie elaborate (câteva minute de debriefing emoțional autentic sunt suficiente), dar regularitatea lor este esențială. Ritualurile golite de sens, așa cum apar ele în grupurile epuizate, sunt un indicator diagnostic, nu un simptom minor.

Supervizarea de grup regulată (distinctă de evaluare și de controlul calității) oferă un spațiu de reflecție asupra dificultăților relaționale ale muncii. Cultura vulnerabilității asumate a liderului transformă stilul defensiv al conducătorului într-un model de identificare accesibil întregii echipe. Iar protejarea spațiilor informale (vestiarul, sala de gardă, pauza de cafea) recunoaște și susține infrastructura psihică spontană a grupului, pe care instituțiile sub presiune o elimină sistematic în numele eficienței.

O practică minimală, dar cu efecte cumulative, constă în trei întrebări săptămânale adresate grupului: *Ce a fost greu pentru noi, ca echipă, în această săptămână? Cine dintre noi are nevoie de mai mult sprijin în acest moment? Ce am făcut bine și merită să fie recunoscut?* Practica regulată a acestor întrebări construiește în timp o cultură a atenției reciproce — antidotul cel mai eficient al epuizării colective.

CONCLUZII

Burnout-ul colectiv nu este suma burnout-urilor individuale ale membrilor săi. Este un fenomen sistemic cu o logică proprie, alimentat de dinamici psihodinamice spe-



cifice grupurilor sub presiune cronică. Echipa sportivă de performanță și echipa medicală, deși aparent diferite, împărtășesc structuri psihice profund similare: același pact al negării vulnerabilității, aceleași mecanisme de apărare colective, aceeași fragilizare progresivă a spațiilor de procesare emoțională.

O abordare psihodinamică a sănătății echipei presupune: recunoașterea grupului ca organism psihic cu viață interioară proprie; identificarea timpurie a semnelor unui grup în suferință; investiția în spații de reflecție colectivă, cu grupul Balint ca model privilegiat; transformarea culturii liderului ca condiție a oricărei schimbări sistemice durabile; și protejarea spațiilor informale de procesare ca infrastructură psihică a echipei.

Studiile de caz prezentate ilustrează o concluzie simplă și profundă în același timp: ceea ce vindecă o echipă nu este întotdeauna o intervenție tehnică sau un protocol nou. Uneori este suficient un spațiu în care cineva poate spune *„nu mai pot”* și în care grupul poate, în sfârșit, să audă.

O echipă sănătoasă nu este o echipă fără suferință. Este o echipă care a construit, în timp, capacitatea de a o recunoaște, de a o numi și de a o împărtăși fără să o arunce în cel mai slab dintre ai săi.

**Lucrare prezentată la Conferința Asociației Balint Moldova, Chișinău, mai 2025*

Referințe

1. *Anzieu, D. (1975). Le groupe et l’inconscient. Dunod.*
2. *Balint, M. (1957). Medicul, pacientul sau si boala. Editura Trei*
3. *Bion, W. R. (1961). Experiences in groups and other papers. Tavistock Publications.*
4. *Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. Journal of Social Issues, 45 (1), 159–165. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x*
5. *Kaës, R. (1976). L’appareil psychique groupal. Dunod.*
6. *Kaës, R. (1993). Le groupe et le sujet du groupe. Dunod.*
7. *Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). Banishing burnout: Six strategies for improving your relationship with work. Jossey-Bass.*
8. *Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. Jossey-Bass.*

Menzies Lyth, I. (1960). Social systems as a defence against anxiety: An empirical study of the nursing service of a general hospital. Human Relations, 13 (1), 95–121. https://doi.org/10.1177/001872676001300101

9. *Winnicott, D. W. (1971). Playing and reality. Tavistock Publications.*
10. *Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). The theory and practice of group psychotherapy (5th ed.). Basic Books.*

OPTIMIZARE ȘI DEZVOLTARE PROFESIONALĂ PRIN GRUP BALINT

■ Psiholog - Capriș Maria Mihaela, Brașov

Rezumat: *În prima parte al acestui articol propun o prezentare teoretică a conceptelor Dezvoltare și Optimizare profesională și a modelelor de Invățare activă și participativă, pentru ca apoi să introduc modelul de lucru al Grupului Balint ca o posibilă manieră de Îmbunătățire și eficientizare al abilităților necesare în domeniul profesiilor medico-socio-psihologice, în care consumul și epuizarea pot afecta dimensiunea emoțională, personală si profesională.*

Cuvinte cheie: *discuția libera, optimizare, abilități profesionale, învățare activă și participativă, abordare holistică, medicul–medicament, epuizare și secătuire emoțională, echipă medicală.*

Abstract: *I propose in the beginning of this article a theoretical presentation of the concepts Professional Developments and Improvments, and of the ways of active and participative learning. After that I present the Balint Group as a possible manner to improve and to efficient the skills needed in the medical-socio-psychological field, where the Burn-out Sindrom affects the emotional, personal and professional dimension.*
Key words: *free association, improvment, professional abilities, active and participative learning, holistic perspective, burn out, medical team.*



Printr-o analiză al unui grup se va putea identifica structura sociometrică a grupului şi de asemenea se pot puncta anumite frământări, probleme, tensiuni, dinamica existentă în grupul respectiv. Aceste lucruri identificate ar putea face posibilă RECONSTRUCȚIA GRUPULUI: restructurarea lui, evidențierea anumitor lacune în interacțiunea membrilor săi, pentru a putea face posibilă o intervenție în scopul de a imbunătăți și eficientiza rezultatele activităților profesionale.

Reconstrucția grupului scrie V. Miftode se poate realiza prin ameliorarea comunicării în cadrul grupului. Prin ***comunicare***, relațiile interpersonale dintre membrii grupului, prin climatul afectiv existent în cadrul grupului, membrii grupului respectiv vor începe să aibă mai multă încredere unii în ceilalți, se vor aprecia mai mult, se vor manifesta mai deschis, mai sincer, mai atent și asfel întreaga activitate a grupului se poate redimensiona.

Grupul în sine, scrie V.Miftode (1) este o unitate integrală, un tot structurat ale cărui proprietăți nu coincid cu cele ale sumei membrilor lui. Orice tentativă de a modifica obișnuințele colective întâmpină rezistențe. Atunci apare întrebarea: cum se pot influența *„pasivitatea, somnolența afectivă, plafonarea intelectuală”*?

S-a constat experimental că:

- ***e mai ușor*** să schimbi un grup decât un individ
- ***e mai ușor*** să schimbi un grup prin ***discuții libere decât prin – conferințe si prelegeri.***

DISCUȚIA LIBERĂ este superioară pentru că:

Are avantajul de a angaja Eul fiecărui participant într-o interacțiune socială, printr-o confruntare a opiniilor, atitudinilor, obișnuințelor celor prezenți.

Astfel, fiecare devine pentru celălalt un suport moral şi intelectual în acceptare, se pot impartasi diverse situatii problematice, tensionate, sau construirea unei solutii. Teama de schimbare atunci va fi atenuată de sentimentul apartenenței la grup, aceasta determina o crestere a siguranței pentru ceea ce stie si ceea ce poate sa faca, creste iniatiativa personala devenind mai activa si actualizandu-si astfel resursele si potentialul creativ.

În cartea *”Optimizarea comportamentului profesional”* Cătălin Nedelcea şi Paula Dumitru propun varianta ***trainingului de abilități profesionale*** prin care se pot optimiza acele aspecte, trăsături, deprinderi, abilități implicate în activitatea profesională a persoanei.(2) Aceste traininguri au ca şi obiective:

1. **optimizarea** în sens larg a persoanei;
2. **abilitarea profesională**: câștigarea, formarea şi perfecționarea unor abilități implicate, necesare desfășurării profesiei. Se vor adresa preponderent anumitor profesii, care presupun lucrul cu oamenii şi relaționarea directă:
   - educatorilor,
   - psihologilor,
   - personalului medical;

În funcție de profesiunea avută în vedere, conținuturile, exemplificările abordate in cadrul şedinţelor de grup vor fi parțial diferite, mai ales în ceea ce privește domeniile specifice, particularități ale domeniilor respective.

Autorii subliniază că în această manieră de lucru se pune accent pe:

1. **conștientizarea de sine** în diferite situații profesionale;
2. **explorarea situației;**
3. **invatarea activa,** bazata pe descoperirea solutiilor si abilitățiilor necesare pentru a face față cu succes situațiilor.

Invățarea activă se diferențiază preponderent de cea informativă. Invățarea prin acumulare de noi cunoștințe se centrează pe transmiterea şi însuşirea de informații, bazându-se mai mult pe metode pasive de învăţare, in care individul este un simplu receptor, îşi însuşeşte continuturi pe care le primește fără a fi stimulat să caute.

Procesul de **educație activă** mută accentul de pe însuşirea informatiilor în această manieră informațională,



pe procesul educației în care prioritare sunt:

» formarea unor deprinderi;
» actualizarea resurselor creative;
» stimularea autonomiei şi independenței persoanle;
» formarea unor atitudini specifice mediului socio-profesional şi cultural.

Aceasta presupune o **participarea activă** a persoanelor şi astfel învățarea **se face prin descoperire**. Ea stimulează actualizarea resurselor creative, deoarece provoacă punerea întrebărilor şi găsirea de soluții personale la acestea.

Se folosește ca metodă de bază **experimentul**, pentru că acesta este cea mai eficientă cale de învăţare – *„învăţăm prin experiență, prin descoperire”*.

Finalitatea procesului educațional prin învăţare din experiență este aceea de a învăţa experimentând, făcând şi trăind şi nu de a învăţa citind despre, sau audiind prelegeri despre. Învățarea prin experiență / descoperire are ca scop să ofere informațiile de care are nevoie persoana atunci când este nevoie, sau să formeze deprinderi. Cel care oferă aceste informații nu este neaparat educatorul sau formatorul, ci aceste informații deseori vin de la ceilalți membri ai grupului sau sunt autodescoperite prin învăţare.

Philip Burnard în cartea sa *”Acquiring interpersonal skills – a handbook of experiential learning for health professionals”* pornind de la ideea că *„noi toți învăţăm din experiență”*, constată că toți profesioniştii din sănătate învaţă de fapt, cel mai mult din reflectarea muncii lor. El punctează această idee de reflecție, de a se rememora şi reflecta. Astfel *„vom deveni mai conştienți de anumite sensuri, de consecințele acțiunilor noastre, de gândurile şi sentimentele noastre”*,(3) şi acesta va aduce beneficii pacienților nostri.

Învăţarea prin experiență spune el, ***learning through doing***, *„este* ***learning through reflecting on doing***”- (învăţarea prin reflectarea în acțiune).

Toți profesioniştii din domeniul psiho-socio-medical sunt în primul rând persoane care însotesc, ajută la rezolvarea sau ameliorarea unor suferințe ale pacienților, beneficiarilor, ei sunt angajați în a reduce disconfortul trăit de pacienți /beneficiari. Ei dispun de o bază solidă de pregătiri teoretice, în urma anilor de formare academica, unii dintre ei poate dispun şi de o experiență profesională, dar fiecare dintre ei au modalități proprii de comunicare, relaționare şi interacțiune cu pacienții, cu ceilalți membrii ai grupului de lucru, iar acestea pot fi optimizate si dezvoltate.

Ar fi mai bine dacă cei care lucrează în zona aceasta psiho-socio-medicală, chiar și cei din domeniul educațional, care sunt implicați în îngrijirea, însoțirea, dezvoltarea si învățarea altor oameni să înţeleagă interacțiunea evenimentelor şi a sistemelor: biologic, psihologic, social, familial şi profesional.

Organizarea fie sub forma atelierelor msau trainingurilor vor avea consecințe in optimizarea şi dezvoltarea anumitor atitudini, al unui comportament interpersonal între membrii grupului, al echipei de lucru, care să favorizeze o adevărată colaborare între ei, care facilitează coeziunea grupului, dezvoltarea unor aptitudini de comunicare şi relaționare cu pacienții sau beneficiarii lor, dezvoltarea unei conduite empatice.

Aceaste modalități de optimizare a comportamentului profesional ar fi extraordinar de benefice, iar **Grupul Balint** poate sa fie o astfel variantă de dezvoltare și optimizare.

Grupurile Balint se constituie în reuniuni periodice al unui numar de 8 – 15 persoane care își desfașoară activitatea în domeniul psiho-socio-medical: medici, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali. În cadrul grupului sunt analizate nu numai anumite cazuri problematice, cât mai ales sentimentele și reacțiile medicului / asistentului /psihologului în relația profesională cu un anumit pacient.

Astfel profesionistul nu mai simte de unul singur povara unui caz nerezolvat, își împărtășește trăirile sale altor colegi, având loc un *„veritabil catharsis emoțional”*.

Părintele *„conceptului si metodei Balint”* care se refera practic ***la umanizarea relației medic - pacient, la o abordare holistică a pacientului*** este Mihaly (Michael) Balint.

Albert Veress, președintele fondator al Asociației Balint în Romania, consideră, că tehnica nouă inaugurată de Balint se incadrează în noțiunea de psihoterapie comportamentală, reunind diverse proceduri de abordare a psihologiei umane. La fundamentul conceptului se regăseste ideea ca *„pentru un om bolnav cel mai eficace și mai valoros medicament este insuși medicul”*, care va trebui să se cunoască bine pe sine însuși / precum și efectul pe care-l poate exercită asupra bolnavului.

Astfel și doar astfel, scrie dr. Veress, esența activității medicale poate deveni RELAȚIA MEDIC – BOLNAV și nu atitudinea medicului față de boală, privită doar din dimensiunea clinică.

În viziunea aceasta al autorului, **GRUPUL BALINT** ESTE UN GRUP DE:

- discuție de caz
- autocunoaștere şi
- de combinare în stil mozaic a diferitelor grupuri de



psihoterapie care determină schimbarea lentă dar esențială a personalității.

Aceasta interrelaționare analitică presupune o comunicare la nivelul inconștientului si una afectivă fiind completată de elemente emoționale. (4) Iata in continuare cum dr. Veress în lucrarea,,METODA BALINTIANĂ ÎN SINDROMUL DE SECĂTUIRE (BURNOUT)'' prezentată la Conferința de Medicină Psihosomatică, Brașov (2015), (5), descrie climatul și felul în care Grupul Balint poate trezi, optimiza, dezvolta, ameliora relația profesională cu ceilalti, fie ei colegi sau beneficiari - pacienți, dar și cu noi înșine:

- re-devenim noi înşine;
- ne recunoaștem propriile limite fără a fi ironizati;
- aflăm, că şi alții se confruntă cu probleme asemănătoare;
- ne cunoaștem *"lungul nasului"*, adică limitele;
- primim şi învățăm să oferim empatie;
- ne reîncărcăm bateriile energetice epuizate.

Participarea la grupurile Balint ajută la depistarea factorilor de stres, la conștientizarea efectelor acestora, jucând astfel un rol în prevenirea **secătuirii emoționale**, asa cum este tradus și numit de către dr. Veress, Sindromul Burnout, o traducere ce vine să adauge alte nuanțe. Termenul pe care l-am întalnit în literatura de specialitate a fost cel de **epuizare** și dimensiunea aceasta de **secătuire** aduce perspevtive de adâncime, atunci cand sondăm efectele muncii noastre zilnice, pe baricada bolilor, emoțiilor spuse și nespuse, satisfacțiilor și insatisfacțiilor noastre profesionale.

Prevenția epuizării și a secătuirii poate să fie efectul a ceea ce se creează în cadrul grupului Balint, prin discuțiile și intervențiile fiecărui participant, astfel:

- feed-backurile directe primite din partea participanților ajută la înțelegerea problemelor proprii;
- împărtăşirea acestor probleme celorlalți participanți poate avea un efect detensionant ;
- se dezvoltă capacitatea de rezolvare a problemelor;
- apartenența la grup poate diminua sentimentul izolării profesionale;
- ne poate ajuta în delimitarea corectă a limitelor de competență;
- ne crește rezistența la frustrări;
- are un rol împortant în acceptarea diversității altora;
- se declanseaza autoreflexivitate şi sondarea trăirilor lăuntrice;
- se dezvoltă capacitatea:
- de a face şi accepta compromisuri
- de a rezolva conflictele (5).

Exista posibilitatea de a folosi intrumente de interventie specifice psihodramatice în grupul Balint. Atunci vom vorbi despre **Psihodrama Balint.** Dacă în Grupul Balint, prezentarea cazului problemă se face prin simpla verbalizare, în Psihodrama Balint se va face apel la tehnicile psihodramatice: inversiunea de rol, oglinda, dublul etc. Astfel prin participarea activă şi experimentarea în situația respectivă prin intermediul jocului de rol, al exercițiilor şi tehnicilor provocative se face posibilă o nouă învăţare, bazată pe experiența directă şi nu pe o mediere relațională, o optimizare a unor abilități şi nu o învăţare la nivelul cunoștințelor teoretice.

In concluziile dr Veress, Grupul Balint :

- ajută în delimitarea problemelor profesionale de cele familiale;
- are efect de devoltare a personalității (autostimă, autoapreciere, spirit echilibrat);
- ajută în repartizarea judicioasă a bugetului de timp liber;
- determină recunoașterea propriilor capacități de împovărare.

În finalul acestei prezentari revin la ceea ce considera fondatorul Metodei Balint, de o necesitate majoră în orice fel de act de îngrijire al unui pacient. El propune **UMANIZAREA** relației medic (profesionist)-pacient, o abordare **HOLISTICĂ** a pacientului. El considera că a vindeca un om corect și bine presupune și este condiționată de existența unei atmosfere de căldură si emoție autentică, presupune receptivitate, amabilitate, deschidere din partea medicului – profesionistului în fața pacientului și a suferinței cu care acesta se confruntă. (6) Aceste cerințe pot fi extise și consider că această abordare holistică, asigurarea unei relații de comunicare empatică cu pacientul aparține atât medicului cât și celorlalte persoane ce fac parte din orice echipă de ingrijire psiho-socio-medicală, așadar și psihologului clinician, al consilierului și psihoterapeutului. Avem nevoie unul de celălalt, atât în dezvoltarea noastră personală cât și în cea profesională, avem nevoie să lucrăm în echipă, avem nevoie de supervizări, intervizări, avem nevoie să invățam unii de la ceilalti, odată pentru a asigura și a oferi pacienților noștri servicii cât mai profesionale și competente, iar pe de alta parte, avem nevoie de toate acestea și pentru propria noastra stare de bine, pentru menținerea și susținerea propriei noastre stări de sănătate mentală și psihică, această profesiune aflându-se printre cele supuse riscului de epuizare psiho-emotională, sindromul Burnout.

A devenit un truism ideea lucrului în ECHIPĂ, ceea ce

presupune solidaritate și colaborare în toate etapele de îngrijire a pacientului. Dar. de la intentiile declarative și până la practica curentă mai este probabil un drum lung, pentru că în realitate fiecare specialist lucrează independent*" (7). Din perspectiva personalului medical, Ovidiu Velea-Popa (8) scrie că "*deși se recunoaște în continuare importanța pe care o are competența individuală și responsabilitatea personală în desfășurarea unui act terapeutic, accentul s-a deplasat treptat de la UN OM spre o intragă **ECHIPĂ**, de la unul la ceilalți.''

Popa-Velea consideră că secolul XXI nu mai este în domeniul medical un secol al personalităților, ci în primul rând al ECHIPELOR - remarcabile prin omogenitate, creativitate, eficiență. *"Evantaiul din ce în ce mai larg al mijloacelor de investigație, necesitatea de a urmări pacientul dintr-o perspectivă mai largă"* (o perspectiva holistică), de a *"depista precoce anumite boli, de a monitoriza evoluția bolii'', complexitatea nevoilor de ingrijire a pacientilor noștri pe paliere somatice, corporale dar si psihoemoționale - toate acestea lărgesc și justifică importanța acordată termenului de* « ECHIPĂ ».

Referințe bibliografice:

1. *Miftode, V.(1995). - Metodologia sociologică. Galati: Editura Porto-Franco.*
2. *Nedelcea, C. , Dumitru, P. (1999). Optimizarea comportamentului profesional în educație și psihoterapie. București: Editura S.P.E.R.*
3. *Burnard, P. (1996). Acquiring interpersonal skills – a handbook of experiential learnind for health professionals. London: Editura Chapman Hall.*
4. *Veress, A. (2oo3). Mișcarea Balint. Grupurile Balint. In (coord) Dimensiunea psihosocială a Practicii Medicale . București: Editura Infomedica.*
5. *Veress, A.(2015). Metoda balintiană în sindromul de secătuire (burnout) Lucrare prezentată la Conferința de Medicină Psihosomatică, Brașov*
6. *Buletinul Asociației Balint, nr. 15 sept. 2000*
7. *Brașoveanu Anca. (2000). Modalități psihoterapeutice în secțiile de obstetrică și ginecologie. Buletinul informativ al Asociației Balint, nr. 6*
8. *Popa Velea, O.(2000). "Dimensiunea psihologică a actului chirurgical". București: Editura Infomedia*



ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI

18-20 septembrie, a XXXIII-A CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ BALINT, ȘUMULEU-CIUC, în cadrul căreia a avut loc și Adunarea Generală extraordinară a Asociației, cu alegerea noului Birou al Asociației, excluderea unor membri și cooptarea altora noi. A primit Premuil Veress pentru anul 2026, colega noastră din Constanța, Fătu Iuliana. Au fost acreditate lideri de grup László Alma și Livanov Maria, iar Calancea Veonica și Ilona au primit diploma onorifică a Asociației

S-au reacreditat liderii de grup acreditați, cu obligativitatea participării în mandatul lor de 5 ani, la minim 2 etape de formare și perfecționare a liderilor de grup.

Se pornește un nou curs de formare pentru liderii de grup, planificată în 8 etape. Amănunte se pot obține de la secretariatul asociței: ***abr.secretariat@gmail.com***



Szera Veress.

INDEX: ISSN - 1454-6051

