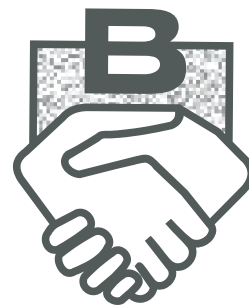


Buletinul Asociației Balint



Periodic trimestrial. Volumul XXVI. Nr. 103 - 104

Iulie - Decembrie 2024

FRAUDA ȘTIINȚIFICĂ ȘI IMPACTUL EI ASUPRA PRACTICII MEDICALE

Dan L. Dumitrașcu

ETICA RĂSPÂNDIRII INFORMAȚIILOR MEDICALE PE CALEA INTERNETULUI

Almoș Bela Trif

"MEDICAMENTUL MEDIC" ÎN FACILITAREA ADAPTĂRII ADULTULUI AFLAT LA TRATAMENT PRIN HEMODIALIZĂ

Diana Cecan

ÎN CĂUTAREA PARADISULUI PIERDUT - EPISODUL 2

Carmen Monica Petrescu

„RITMUL VINDECĂRII: TERAPIA PRIN DANS ÎN REDUCEREA STRESULUI”

Liliana Scarlat

“O CHESTIUNE DE VIAȚĂ ȘI DE MOARTE” – CUM ALEGEM CEEA CE SPUNEM ÎNTR-UN GRUP BALINT?

Livanov Maria

CONGRESUL IBF 2024 – INFORMAȚII ȘI IMPRESII PERSONALE

Ilona Görög

IMPRESII DE LA CEL DE-AL 23-LEA CONGRES INTERNAȚIONAL BALINT

Livanov Maria

2025



WE WISH TO YOU AND TO YOUR FAMILY
THE BEST FOR THE NEW YEAR AND THE WINTER HOLIDAYS.
MERRY CHRISTMAS! HAPPY NEW YEAR!

DER NEUES JAHR 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,

2024/2025-ÖS ÉVEINK FORDULÓJÁN KIVÁNUNK
EGY BOLDOG, BÉKESSÉGES, ÖRÖMTELI, SIKEREKBEN ÉS EGÉSZSÉGBEN
BŐVELKEDŐ, DE: COVID-MENTES ÉS BAJ MENTES ÚJESZTENDŐT

LA CUMPĂNA ANILOR 2024/2025, VĂ DORESC DIN PARTEA REDACȚIEI BULETINULUI BALINT
SĂRBĂTORI FERICITE ȘI UN "LA MULȚI ANI" CU SĂNĂTATE, FERICIRE, BUCURII, REALIZĂRI ȘI ÎMPLINIRI!FIȚI
ȘI PE MAI DEPARTE FRUMOȘI, DORIȚI/TE ȘI ADORAȚI/TE!





CUPRINS

■	PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA	2
■	FRAUDA ȘTIINȚIFICĂ ȘI IMPACTUL EI ASUPRA PRACTICII MEDICALE	4
■	ETICA RĂSPÂNDIRII INFORMAȚIILOR MEDICALE PE CALEA INTERNETULUI	10
■	„MEDICAMENTUL MEDIC” ÎN FACILITAREA ADAPTĂRII ADULTULUI AFLAT LA TRATAMENT PRIN HEMODIALIZĂ	14
■	ÎN CĂUTAREA PARADISULUI PIERDUT - EPISODUL 2	17
■	„RITMUL VINDECĂRII: TERAPIA PRIN DANS ÎN REDUCEREA STRESULUI”	21
■	“O CHESTIUNE DE VIAȚĂ ȘI DE MOARTE” – CUM ALEGEM CEEA CE SPUNEM ÎNTR-UN GRUP BALINT?	24
■	CONGRESUL IBF 2024 – INFORMAȚII ȘI IMPRESII PERSONALE	25
■	IMPRESII DE LA CEL DE-AL 23-LEA CONGRES INTERNAȚIONAL BALINT	26
■	ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI	27

MOTTOURI CU MINCIUNI:

„Încrederea inocentului este cea mai puternică unealtă a mincinosului ” (*Stephen King*)

„Un mincinos este întotdeauna gata să jure ” (*Pierre Corneille*)

„Cei mai mari mincinoși sunt cei care nu mai au nici pentru ei adevărul” (*Nicolae Iorga*)

Ianuarie - Iunie, 2024, Volumul XXVI, Nr. 103 - 104 ■ Periodic trimestrial, apare în ultima decadă a lunii a treia din trimestru.

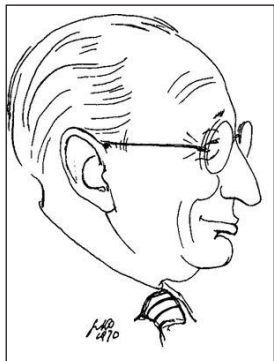
■ **Fondat:** 1999 ■ **Redactor șef:** Albert VERESS M.D. Sc.D. ■ **Lector:** Almoș Bela TRIF M.D., Sc.D., J.D., M.A ■ **Tehnoredactor/Design:** Botond Miklós FORRÓ ■ **Editat de:** Asociația Balint din România ■ **Tipărit la tipografia:** Pro-Print, Miercurea-Ciuc ■ **Adresa redacției:** 530 111 - MIERCUREA CIUC, str. Gábor Áron nr. 10, tel. 0744 812 900, E-mail: veressalbert02@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



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**. Cuantumul ei se hotărăște anual de către Biroul Asociației.

Cei care nu achită cotizația până la data de 31 martie a anului în curs nu vor mai primi Buletinul din luna iunie, iar cei care nu vor plăti cotizația nici până la data de **31 martie a anului următor** vor fi considerați restanțieri pe doi ani și vor fi excluși disciplinar din Asociație.

Cotizația **pentru anul 2025 rămâne 25 EURO** (la cursul oficial BNR din ziua în care se face plata), sumă în care se include și abonamentul la Buletin.

În cazul în care două persoane dintr-o familie sunt membrii Asociației, una dintre ele poate cere scutirea de la plata abonamentului la Buletinul Informativ, împreună revenindu-le doar o sumă de **42 euro**.

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

Taxa de înscriere în Asociație este de **20 EURO** (nu se face reducere nici unei categorii socio-profesionale). Abonamentul costă **8 EURO**. Plata abonamentului și a cotizației se face în cont CEC Bank Miercurea Ciuc, nr. RO26CECEHR0143RON0029733, titular Asociația Balint, cod fiscal: 5023579 (**virament**) sau 25.11.01.03.19.19 (**depunere în numerar**)



BIROUL ASOCIAȚIEI



PREȘEDINTE:

Ilona GÖRÖG

abr.presedinte@gmail.com



VICEPREȘEDINTE:

Alma LÁSZLÓ

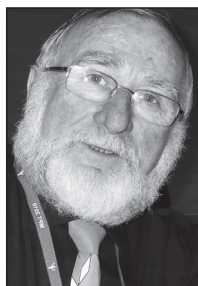
laszlo.alma@gmail.com



SECRETAR:

Maria-Mihaela PAP

abr.secretariat@gmail.com



TREZORIER:

Albert VERESS

veressalbert02@gmail.com



MEMBRU:

István VÁRADI

istvanvaradi@inbox.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 monografiile (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.



FRAUDA ȘTIINȚIFICĂ ȘI IMPACTUL EI ASUPRA PRACTICII MEDICALE

Prof. Dan L. Dumitrașcu, Clinica Medicală 2, SCJU Cluj, UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca

Rezumat: Medicamentul își poate îndeplini misiunea de a preveni sau vindeca bolile pe baza dovezilor științifice. Producerea de dovezi se bazează pe cercetarea științifică. Investigația științifică necesită onestitate, altfel pot fi luate decizii cu efecte dăunătoare asupra pacienților. Frauda științifică este diferită de șarlatanie și de greșeli. De obicei, este produsă din cauza ambițiilor unor cercetători în căutarea celebrității și a presiunii existente de a performa foarte bine în lumea academică competitivă. Balintienii trebuie să identifice adevărata știință de fraudă.

Cuvinte cheie: adevăr, decizia medicală, medicina bazată pe dovezi, fraudă medicală.

Abstract: The medicine can fill its mission to prevent or heal diseases based on scientific evidence. The production of evidence relies on scientific research. The scientific investigation requires honesty, otherwise decisions can be taken with detrimental effects on the patients. Scientific fraud is different from charlatanism or mistakes. It is usually produced because of the ambitions of some investigators in quest for celebrity, and by the pressure existing to perform very well in the competitive academic world. Balintians need to identify the true science from the fraudulent one.

Key words: veracity, medical decision, proof-based medicine, medical fraud.



Introducere

Problematika fraudei în știință nu este doar de natură morală, ci are importanță în modul în care decizia medicală bazată pe informații fraudate, are implicații în practica medicală. Desigur, știința medicală a evoluat, iar noi nu mai tratăm bolile ca acum 30-40 ani, de exemplu nu mai

dăm anticolinergice în ulcerul duodenal, nici dipiridamol în angina pectorală, nici săruri de aur în poliartrita reumatoidă. Progresul mare în terapie și schimbările noastre privind decizia medicală se bazează pe progresele științei. Dar dacă nu toți oamenii de știință sunt corecți? Dacă duși de pasiune sau de ambiție, unii cercetători modifică datele observate, le manipulează în sensul dorit? Atunci este riscul ca medicii practicieni să ia decizii nocive, din cauza fraudei științifice. Nu ne referim aici la greșelile de cercetare, care se pot produce chiar în condiții de bună credință, nici la șarlatanie, care de la început nu are nimic de a face cu medicina.

Deciziile în practica medicală

În fiecare moment al activității noastre, ba chiar și în

afara orarului de muncă sau chiar în concediu, profesioniștii sănătății sunt solicitați să ia decizii. Cum luăm noi decizii? Cel mai simplu este din experiență? Cum am văzut la facultate, cum știm că face vreun coleg, sau după cum am mai procedat până acum în cazuri similare. Acest mod este rapid și adesea corect, dar poate să nu corespundă cu standardele elaborate de specialiști pe baza dovezilor medicale. Iar unele sfaturi pe care le găsim pe internet pot fi dea dreptul neștiințifice sau nefundamentate științific, putând conduce la erori de decizie (vezi Tabel 1).

Tabel 1: Recomandări neștiințifice culese pe internet

Cura cu pepeni - un miracol!
Secretul fertilității - Semințele de țelină
Cura cu PRUNE
Detoxifiere de primăvară în 6 litere: S-A-L-A-T-Ă
Ciuperca tibetană - inamicul nr. 1 al cancerului
Imunostimulentul nr. 1 al toamnei: VARZA ROȘIE

Și atunci, cum să luăm deciziile? Pentru aceasta este important să nu uităm ce am învățat la facultate, la rezidențiat, la cursuri postuniversitare și a conferințe sau webinarii. O bună pregătire profesională permite



deci corecte. Dar la fel de mult ne poate influența propria personalitate: suntem optimiști sau pesimiști în fața unor simptome? Neglijăm simptomele? Căutăm boli rare și ciudate, solicitând numeroase analize? Avem o bună memorie sau simț de observație ascuțit? Știm să discutăm cu bolnavul spre a culege bine informațiile anamnestică? Iar propria experiență are rolul său, deoarece ne ghidează în privința sortării simptomelor și a indicațiilor diagnostice sau terapeutice.

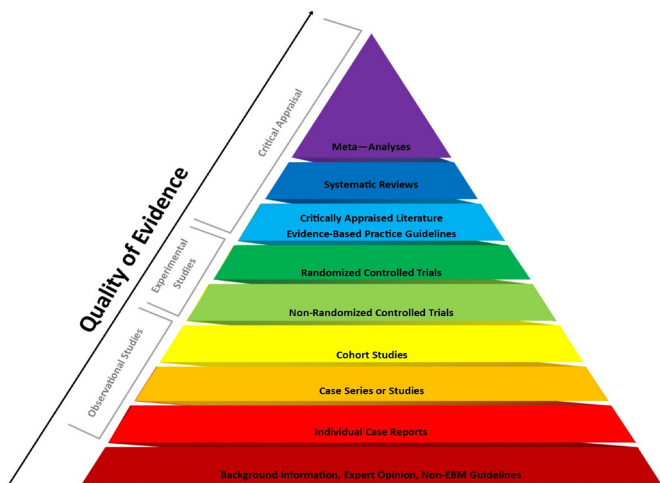


Fig.1. Ierarhia dovezilor (<https://www.researchsquare.com/>)

Pe baza dovezilor avem și recomandări, care nici ele nu sunt la fel. Dovezile bune se bucură de recomandări bune, dovezile slabe au recomandări slabe (vezi Tabel 2a și 2b)

O recomandare de nivel A se bazează pe dovezi consistente și de bună calitate orientate spre pacient; o recomandare de nivel B se bazează pe dovezi inconsecvente sau de calitate limitată orientate spre pacient; și o recomandare de nivel C se bazează pe consens, practică obișnuită, opinie, dovezi orientate spre boală sau serii de cazuri pentru studii de diagnostic, tratament, prevenire sau screening. (1-3).

Tabel 2a. Grade de recomandare decurgând din tipul de dovadă

<p>Recomandat cu tărie și nerecomandat = Dovada A Moderat recomandat și moderat nerecomandat = Dovada B recomandată și nerecomandată = Dovezi C recomandate, fără recomandare și nerecomandate = Dovezi I (bazate pe consens)</p>	<p>A = Bază de dovezi puternică: două sau mai multe studii de înaltă calitate B = Bază de dovezi moderată: cel puțin un studiu de înaltă calitate sau mai multe studii de calitate moderată C = Bază de dovezi limitată: cel puțin un studiu de calitate moderată I = Dovezi insuficiente: dovezile sunt insuficiente sau ireconciliabile</p>
<p>Recomandat cu tărie sau nerecomandat cu tărie = Dovada A Moderat recomandat sau moderat nerecomandat = Dovada B Recomandată sau nerecomandată = Dovezi C Recomandate, fără recomandare și nerecomandate = Dovezi I (insuficient) (bazate pe consens)</p>	

Este vorba dacă o metodă este recomandată, sau dimpotrivă, nerecomandată

Luarea deciziilor mai corectă se bazează însă în prezent pe dovezi. Ce este aceasta? Este definită astfel de unul dintre părinții ei:

Medicina bazată pe dovezi: Utilizarea judicioasă a celor mai bune dovezi actuale în luarea deciziilor cu privire la îngrijirea pacientului individual. Medicina bazată pe dovezi (EBM) este menită să integreze expertiza clinică cu cele mai bune dovezi de cercetare disponibile și valorile pacienților. (David Sackett et al, Universitatea McMasters din Ontario, Canada)

Medicina bazată pe dovezi este relativ tânără, are doar vreo 30 de ani, primul articol care o semnalizează este: Guyatt G, Cairns J, Churchill D, et al. [‘Evidence-Based Medicine Working Group’] „Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine.” JAMA 1992;268:2420-5.

Iar Guyatt observă foarte bine limitele deciziilor medicale bazate doar pe experiență: “Unii fac aceeași greșeală de 25 de ani și o numesc experiență personală”.

Nu toate dovezile sunt la fel de puternice. Există o ierarhie (fig.1) care plasează la bază experiența personală, apoi prezentarea de cazuri sau serii de cazuri, piramida ierarhiei urcând spre trialurile randomizate controlate. Dovezile următoare se bazează pe analiza trialurilor în review sistematice, review de tip umbrela (review de referate).



Referate

Tabel 2b. Nivele de dovezi

A = Bază de dovezi puternică: două sau mai multe studii de înaltă calitate
B = Bază de dovezi moderată: cel puțin un studiu de înaltă calitate sau mai multe studii de calitate moderată
C = Bază de dovezi limitată: cel puțin un studiu de calitate moderată
I = Dovezi insuficiente: dovezile sunt insuficiente sau ireconciliabile

Tipurile de studii pe baza cărora se clădesc dovezile sunt diferite (Tabel 3). Studiile multicentrice, controlate, prospective și ample sunt preferabile studiilor retrospective, unicentrice.

Tabel 3. Tipuri de studii

Observaționale
prezentare de caz
serie de cazuri
cross-sectional (orizontal)
de cohortă (longitudinal)
Randomizate
trialurile clinice

Cei care nu efectuează studii randomizate, deși acestea sunt foarte greu de acceptat spre publicare în prezent, se expun la potențiale erori, care nu sunt fraude :

Pericole în studiile nerandomizate (**Tabel 3**).

Tabel 3: Pericolele studiilor nerandomizate

Mecanisme biologice
- Timp limitat de boli
- Progresia ciclică a bolilor
- Când vedem pacienții?
Mecanism psihologic
- Efectul Rosenthal, vedem ce vrem pentru a vedea (părtinire)!
- Efectul Barnum, credem ceea ce vrem să creadă (astrologie)!
Confuzie prin indicație

Analiza comparativă a mai multor trialuri, duce la meta-analiză, cea mai bună producătoare de dovezi. Se definește ca : Meta-analiză - o analiză statistică a unei colecții de rezultate pentru a integra rezultatele avute la dispoziție.

Spre deosebire, un systematic review este – o revizuire bazată pe un protocol de cercetare primară revizuit de colegi și publicat pe o anumită întrebare care încearcă să identifice, să selecteze, să sintetizeze și să evalueze toate dovezile de cercetare de înaltă calitate relevante pentru acea întrebare pentru a răspunde la ea

Prezentăm mai jos expresia grafică în forrest plot a unei meta-analize. Are puține studii găsite, dar demonstrează rolul meditației asupra simptomelor și calității vieții bolnavilor cu intestin iritabil. (Fig. 2 a și 2b). (Meditation and Irritable Bowel Syndrome, a Systematic Review and Meta-Analysis Cristian-Ioan Baboș, Daniel-Corneliu Leucuța, Dan Lucian Dumitrașcu, J. Clin. Med. 2022, 11(21), 6516;

Fig. 2. Exemplu de meta-analiză. Fig 2 a: efectul meditației asupra simptomelor din intestinul iritabil; Fig. 2 b: efectul meditației asupra calității vieții în intestinul iritabil.

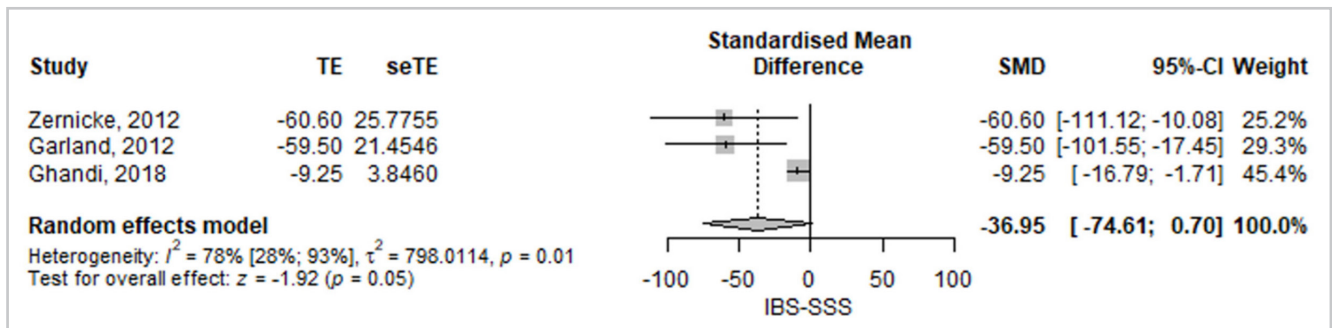




Fig. 2 a. Efectul meditației asupra simptomelor din intestinul iritabil;

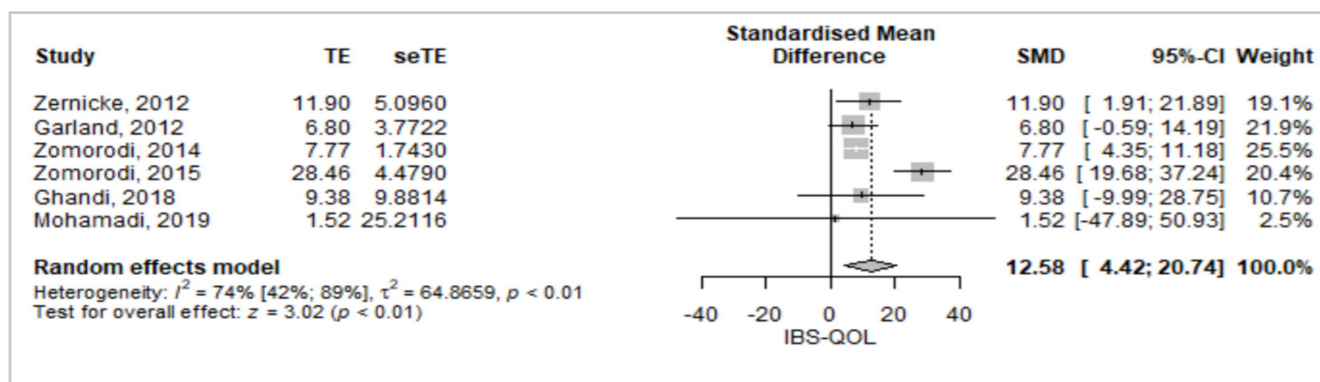


Fig. 2 b. Efectul meditației asupra calității vieții în intestinul iritabil.

Pe baza dovezilor, care cum am văzut, dorim să fie cât mai puternice și susținute de dovezi, se elaborează ghidurile, consensurile, recomandările care ne indică ce decizii să luăm.

Deontologia în practica medicală

Nevoia de a lucra deontologic în practica medicală, cu oameni și cu animale, este veche, dar prima dată a fost legalizată pe timpul lui Bismarck în Prusia și a fost întărită cu ocazia Procesului de la Nuerenberg din 1945, care a condus la elaborarea Declarației de la Helsinki privind examinările pe oameni și animale. Această declarație din 1964, a avut numeroase alte revizii până în prezent.

În prezent studiile nu se mai pot face oricum, ci cu aprobarea comisiei de etică și cu consimțământul informat al subiecților.

Adevăr și fraudă

Iată cum definește Dicționarul Explicativ al Limbii Române adevărul:

ADEVĂR, adevăruri, s. n. 1. Concordanță între cunoștințele noastre și realitatea obiectivă; oglindire fidelă a realității obiective în gândire; ceea ce corespunde realității, ceea ce există sau s-a întâmplat în realitate. ♦ Adevăr obiectiv = conținutul obiectiv al reprezentărilor omului, care corespunde realității, lumii obiective, independent de subiectul cunoscător. Adevăr relativ = reflectare justă, însă aproximativă, limitată a realității. 2. Justețe, exactitate. – Lat. ad + de + verum.

Și iată definiția fraudei:

FRĂUDĂ, fraude, s. f. (Jur.) Săvârșirea cu rea-credință, pentru a obține foloase, a unor acte de atingere a drepturilor altuia (păgubitoare pentru altă persoană); hoție. ♦ Sumă

sustrasă prin înșelăciune, prin defraudare. [Pr.: fra-u-] – Din fr. fraude, lat. fraus, fraudis.

Și iată conform tot cu definiția DEX ce este știința, din a cărei definiție se vede că adevărul este o condiție intrinsecă.

ȘTIINȚĂ, științe, s. f. I. 1. Faptul de a avea cunoștință (de ceva), de a fi informat; cunoaștere. ♦ Loc. adv. Cu (sau fără) știință = (ne)știind; (in)conștient; cu (sau fără) voie. Cu bună știință = conștient, având cunoștința deplină a faptelor. Cu (sau fără) știința cuiva = cu (sau fără) consimțământul ori aprobarea cuiva. Spre știință = ca să se știe. ♦ Vestă, știre. 2. Conștiință. II. 1. Tip de cunoaștere sigură și rațională în legătură cu natura lucrurilor și a condițiilor lor de existență în forma unui corp de adevăruri despre un obiect propriu. 2. Ansamblu de cunoștințe despre un obiect dat sau distinct (natură, societate, gândire etc.) dobândite prin descoperirea legilor obiective ale fenomenelor și explicarea lor. 3. Pregătire intelectuală, instrucție; învățătură, erudiție. ♦ Știință de carte = cunoștințe de scriere și de citire. ♦ Om de știință = savant, învățat. [Pr.: ști-in-] – Ști + suf. -ință (cu unele sensuri după fr. science).

Există două categorii principale de „știință”: știința faptică pură și știința aplicată.

Știința pură este una al cărei scop principal este de a îmbunătăți cunoștințele pe care umanitatea le are despre fapte. Descrie și analizează procesele și fenomenele lumii cu scopul de a crește cunoașterea. Un exemplu în acest sens este biologie.

Știința aplicată sau formală are un scop pur practic, cum ar fi, de exemplu, economie. Scopul său este de a dezvolta baze de cunoștințe și proceduri pentru a face posibilă obținerea celor mai dorite obiecte și servicii din viață. (apud Mario Bunge 1960 Știința, metoda și filozofia ei, 1960)

Pe de altă parte, alt mare filosof al științei, Karl Popper, considera că știința este arta soluțiilor, pe când politica este arta posibilităților. Și tot el: Știința este o succesiune



Referate

de conjuncturi și respingeri, care pot fi reformulate de o nouă teorie. Falsificarea este un concept care definește știința și o separă de pseudo-știință. O teorie trebuie să poată fi testată pentru posibilitatea de a fi falsă.

Ca mod de autoconservare, oamenii de știință se preocupă mult de problema abaterii de la deontologie, deci de fraudă. În fig. 3 se observă cum au crescut numărul articolelor despre fraudă indexate pe Pubmed.

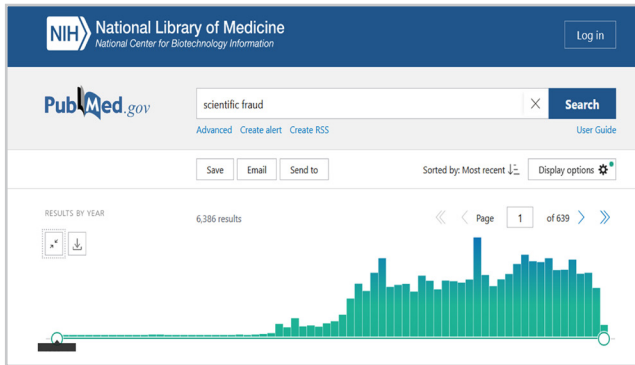


Fig. 3 Articole indexate pe Pubmed la cuvântul cheie Fraudă de la început până în septembrie 2024

Căutarea de cazuri fraudă științifică nu este nouă, dar uneori se face și retrospectiv. Astfel de exemplu s-a observat că înseși datele lui Gregor Mendel, pionierul geneticii, deși sunt în general corecte, se întâmplă să manipuleze datele sale din studiile genetice despre mazăre.

Oamenii de știință doresc să se ferească de cei care fraudează și astfel distorsionează deciziile noastre medicale. Astfel, în Statele Unite, există un Registru Federal unde sunt înregistrate toate cazurile demonstrate de fraudă științifică: **Findings of Research Misconduct**.

Autorii care sunt prinși sunt ostracizați pe bună dreptate. (4, 5).

Iată câteva cazuri celebre de fraudă științifică în medicină.

Cazul ivermectinei în perioada pandemiei SARS-Cov2 (Ivermectin and the Integrity of Healthcare Evidence During COVID-19. O'Mathúna DP. Front Public Health. 2021)

Pandemia de COVID-19 a fost caracterizată de lipsa unor dovezi clare care să ghideze profesioniștii din domeniul sănătății, publicul și factorii de decizie politică. Incertitudinea rezultată, împreună cu schimbarea liniilor directoare pe măsură ce dovezile suplimentare au devenit disponibile, s-a adăugat la stresul și anxietatea raportate de factorii de decizie. Au apărut întrebări importante dacă diferitele intervenții sunt sigure și eficiente. Ivermectina va fi folosită pentru a explora etica modulului în care dovezile medicale trebuie evaluate critic, chiar sau mai ales, în

timpul unei pandemii. Acest medicament este presupus a fi eficient în tratarea COVID-19, cu diverse studii și revizuirii sistematice care au găsit dovezi de susținere. Unele dintre acestea au fost acum legate de îngrijorări legate de fraudă sau de raportarea slabă a cercetărilor. Pentru a detecta și respinge cererile frauduloase de asistență medicală, cititorii au nevoie de abilități critice de evaluare care să corespundă nivelului lor de implicare cu acele articole.

Alte cazuri au fost de asemenea devoalate, așa cum arată Registrul de Conduită Incorectă.

William Summerlin (SUA), un dermatolog fost la Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, în 1974 a comis o abatere științifică în munca sa privind imunologia transplantului. Din acest caz expresia „*pictarea șoarecilor*” a apărut ca sinonim cu fraudă în cercetare.

Andrew Wakefield (Marea Britanie), fost chirurg și lector senior la Royal Free Hospital din Londra, a fost găsit vinovat de lipsă de onestitate în cercetarea sa și a fost interzis de medicină de către Consiliul Medical General din Marea Britanie în urma unei investigații a lui Brian Deer de la Sunday Times. fraudă deliberată”, iar lucrarea din 1998 care prezenta inițial teoria sa a fost retrasă în 2010 de The Lancet. Wakefield nu a avut succes în încercarea de a-i da în judecată pe detractori/critici pentru calomnie și defăimare. Wakefield a avut două lucrări retrase și una corectată Industrial Bio-Test Laboratories a fabricat date de cercetare în măsura în care, la analiza FDA a 867 de studii, 618 (71%) au fost considerate invalide, inclusiv multe dintre ele au fost folosite pentru a obține aprobarea de reglementare pentru produse de uz casnic și industriale utilizate pe scară largă

Paolo Macchiarini (Suedia, Italia), chirurg toracic și cercetător la Karolinska Institutet, a fost găsit în 2017 de către o comisie de revizuire a eticii că a comis abateri în cercetare, inclusiv afirmații false de succes clinic și solicitarea falsă a aprobării etice pentru intervențiile sale chirurgicale, în munca sa privind implantarea chirurgicală a traheei artificiale înșămânțate cu celulele stem ale pacienților. Consiliul de revizuire a recomandat ca șase dintre publicațiile lui Macchiarini să fie retrase. Macchiarini a avut opt dintre lucrările sale de cercetare retrase, iar două au stârnit dubii.

William McBride (Australia), un medic care a descoperit teratogenitatea talidomidei, a fost găsit de un tribunal medical australian că „*a publicat în mod deliberat rapoarte științifice false și înșelătoare și a modificat rezultatele experimentelor*” privind efectele Debendox/Bendectin asupra sarcinii.



Moon Hyung-in (Coreea de Sud), fost profesor la Departamentul de Biotehnologie Medicinală de la Universitatea Dong-A (Coreea de Sud), a folosit nume false și adrese de e-mail pentru a-și revizui propriile publicații de cercetare. Moon a avut 35 de publicații de cercetare retrase.

Eric Poehlman (SUA), fost profesor la Departamentul de Medicină al Universității din Vermont, a fost condamnat în 2005 pentru fraudă de granturi după ce a falsificat date în mai puțin de 17 cereri de grant între 1992 și 2000. El a fost primul academician din Statele Unite care a fost închis pentru falsificarea datelor într-o cerere de grant. Poehlman a avut șapte dintre publicațiile sale retrase.

Anil Potti (SUA), fost profesor asociat de medicină la Universitatea Duke, s-a angajat într-o abatere științifică „prin includerea de date false de cercetare în... lucrări publicate, manuscris trimis, cerere de grant și înregistrarea cercetării. Comportamentul necorespunzător al lui Potti a dus la suspendarea a trei studii clinice bazate pe cercetările sale și la un proces intentat împotriva lui Duke de către pacienții înscrși în acele studii. Începând cu 2021, Potti a avut 11 dintre publicațiile sale de cercetare retrase, iar o altă lucrare a primit o expresie de îngrijorare.

Jonathan Pruitt (SUA, Canada), un ecologist comportamental de la Universitatea McMaster, a fost acuzat că a folosit date fabricate în mai multe publicații de cercetare, un grup de peste 20 de oameni de știință găsind dovezi ale numerelor manipulate sau fabricate în mai multe dintre publicațiile lui Pruitt. În 2021, Pruitt și-a retras teza de doctorat de către Universitatea din Tennessee Knoxville. Începând cu 2021, Pruitt a avut 13 dintre publicațiile sale de cercetare retrase, iar alte zece lucrări au primit o expresie de îngrijorare.

Compania Surgisphere a susținut că are date din spitale care au fost utilizate pentru a susține studiile privind eficacitatea hidroxichlorochinei în tratarea COVID-19. Lucrările din *The Lancet* și *New England Journal of Medicine* au fost retrase în iunie 2020, când datele s-au dovedit a fi neplauzibile.

H.M. Krishna Murthy (SUA), cristalograf de proteine și fost profesor asociat de cercetare la Universitatea din Alabama din Birmingham, a fost găsit în 2009 de către un comitet universitar ca fiind „singurul responsabil pentru ... date frauduloase” despre structurile proteinelor publicate în nouă lucrări.

Scott Reuben (SUA), fost profesor de anestezie la Universitatea Tufts, a falsificat și fabricat studii clinice care implică medicamente analgezice. Reuben a pledat vinovat

în 2010 pentru o acuzație de fraudă în domeniul sănătății și a fost condamnat la șase luni de închisoare.

Decurge din exemplele de mai sus că fraudă se face prin manipularea datelor, omiterea datelor care nu convin, inventarea de date sau experiment. Există și aspecte negative de etica cercetării, care este ceva diferit de fraudă științifică. Exemple: plagiatul și autoplagiatul, publicarea multiplă, omiterea unor autori, acordarea onorifică a autoratului, publicarea pe cont propriu a unor date aparținând ni grup mai larg, etc.

Ce se poate face în acest caz? revistele trebuie să adere la **COPE**, retragerea manuscriselor publicate, crearea de platforme cu articole plagiare, așa cum este **Plagiate.ro** sau **GRAUR**, retragerea titlului de doctor pentru plagiat.

Din păcate la noi lupta cu abaterile este de formă, iar culmea ipocriziei, s-au introdus la masterate și doctorate cursuri de etica cercetării, ca și cum hoțul nu ar ști că nu trebuie să fure!

Cursurile de etică și integritate academică par o insultă la adresa tinerilor care doresc sincer să facă cercetare nefrauduloasă.

Concluzii

Medicul cu pregătire balintiană trebuie mai mult decât orice alt profesionist al sănătății, să ia decizii corecte. Deciziile corecte se iau pe baza dovezilor, dar sunt modulate și de experiență și personalitate. De aceea trebuie să combatem fraudă științifică, o expresie a goanei după onoruri, succese financiare, succese academice.

Bibliografie

1. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*, 2nd ed. Edinburgh & New York: Churchill Livingstone, 2000
2. Guyatt GH. *Evidence-Based Medicine [editorial]*. *ACP Journal Club* 1991:A-16. *Annals of Internal Medicine*; vol. 114, suppl.2
3. Guyatt G, Cairns J, Churchill D, et al. *Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine*. *JAMA*.1992, 268 (17): 2420–5. PMID 1404801. doi:10.1001/jama.268.17.2420.
4. Dumitrascu D, Dumitrascu DL. *Introducere in metodologia cercetării*, Ed Med Univ Iuliu Hatieganu 2007
5. Dumitrascu D. *Trepte spre stiință* Ed Dacia Cluj-Napoca 1974



ETICA RĂSPÂNDIRII INFORMAȚIILOR MEDICALE PE CALEA INTERNETULUI - UN DOMENIU ÎN PERMANENTĂ EVOLUȚIE

■ Almoș Bela Trif, MD, JD, PhD, Masters of Arts in Medical Ethics, USA.

Rezumat: Autorul prezintă principalele aspecte privind răspândirea informațiilor medicale pe calea internetului și elementele lor critice, incluzând consultațiile medicale oferite furnizorii de servicii de sănătate și publicitatea medicală.

Cuvinte cheie: redefinirea eticii medicale; găsirea unui model de etică medicală pentru cei ce răspândesc informații medicale cu ajutorul internetului.

Abstract: The author lists the main aspects and their caveats regarding the dissemination of medical information through internet, including medical consultations by health providers and medical advertising.

Key words: redefining medical ethics; finding a model of medical ethics for those who disseminate medical information through internet.



Introducere

Obiectivul principal al profesiei medicale este de a oferi un serviciu umanității; recompensa sau câștigul financiar este o considerație subordonată. Acest obiectiv este bine cunoscut din *Principiile AMA de etică medicală*. În *Codurile de etică medicală: opinii curente cu adnotări* - American

College of Physicians Ethics Manual, 7th Edition (1) au fost adăugate secțiuni noi sau extinse pe teme adiacente:

- Completarea Fișelor electronice de sănătate
- Medicina de precizie și genetică
- Mediul de practică este în continuă schimbare
- Cadouri de la pacienți sau de la reprezentanți ai firmelor medicale
- Sănătatea generală a populației și prevenția
- Voluntariatul medicului
- Îngrijirea de sine, de persoane cu care medicul are o relație preexistentă apropiată neprofesională sau de raportare și „persoane foarte importante”
- Terapii și cercetare medicală inovatoare
- Cercetarea și protecția subiecților umani
- Comunicații electronice
- Etica telemedicinii

- Social media și profesionalism online
- Cercetare pe internet și rețelele sociale

Etică, deontologie și medicină

Etica poate fi privită ca o condiție *sine qua non* pentru succesul practicii și al cercetării medicale, precum controlul tehnic al automobilului personal este imperios necesar pentru a asigura ajungerea la destinația unei călătorii lungi. Neîndoios, nimeni nu va accepta să fie tratat de un cadru medical a cărui etică este îndoielnică, așa cum nimeni nu va accepta transportul cu o mașină cu defecte vizibile.

Deontologia se referă la modul corect de a proceda indiferent de consecințele actului medical.

Din literatură se cunosc figuri de personaje literare - șarlatani care practicau medicina fără licență sau exclusiv în scopuri pecuniare.

Majoritatea medicilor sunt guvernați de propriul cod intern de etică. Angajamentul de a ajuta și de a servi pe ceilalți a avut în mod tradițional prioritate față de interesele economice. Codul de etică al medicinei este considerat a fi mult mai strict decât legea. Organizațiile profesionale au dezvoltat coduri mai formalizate pentru a se asigura că membrii lor se comportă etic. Codurile de conduită medicale – AMA – American Medical Association din 1997 au fost considerate revoluate, iar unii autori au venit cu viziuni noi, după cum urmează:



„... Să redefinim etica medicală, nu ca un cod de etichetă medicală între medici, ci ca un cod de moralitate fundamentală și dreptate între medicină și oameni.” - Stewart R. Bethune 1973 Shoe String Pr Inc. (2)

„Nu suntem cazuri care trebuie gestionate, ci oameni necesari, care trebuie ascultați, înțeleși, iubiți, și onorați.” - Putting People First the Reform of mental Health Services in Ontario Ministry of Health Ontario, 1993 (3)

Etica medicinei trebuie să caute să echilibreze responsabilitatea medicului față de fiecare pacient în parte și obligația sa profesională, colectivă față de toți cei care au nevoie de îngrijiri medicale. - Charles SC. WJM 2000;173:198-201 (4)

„Medicina este în centrul ei o întreprindere morală bazată pe un legământ de încredere. Pactul în sine îi obligă pe medici să fie competenți și să-și folosească competența în interesul pacientului..., iar prima noastră obligație trebuie să fie să slujim binele acelor persoane care ne caută ajutorul și au încredere în noi pentru a-l oferi.” „Medicii, ca medici, nu sunt și nu trebuie să fie niciodată antreprenori comerciali, factori de negare a ajutorului medical sau agenți ai politicii fiscale care contravin încrederii noastre.” - Crawshaw R et al. Patient-Physician Covenant. JAMA. 1995: 273;1553 (5)

Etica medicală în psihiatrie și psihologie

Natura și calitatea relației dintre medic și pacient este centrală pentru toate eforturile terapeutice. Relația este pivotul în jurul căruia se învârt toate celelalte activități.

Atributele relației dintre medic și pacient îmbunătățesc sau împiedică procesul de evaluare, diagnostic și tratament. În psihiatrie acest lucru este mai important deoarece relația terapeutică este, de asemenea, principalul agent de vindecare.

În psihoterapie, 80% din variația rezultatului este explicată de calitatea relațiilor dintre pacient și terapeut. Variabilele relaționale sunt mai predictive ale rezultatului decât cadrul teoretic particular folosit de terapeut.

Alan Eppel-journalofpsychiatryreform.com/2016/08/29/the-psychiatrist-patient-relationship (6)

Pionierii inovației au cuvântul

„Într-o lume a birocrățiilor administrative gigantice, atât publice, cât și private, căutarea unei noi căi ar putea părea ca și cum ai spera la un miracol. De fapt, dacă afacerile americane vor avea succes, vom avea nevoie de sute sau chiar mii de miracole. Acest lucru ar fi deprimant dacă nu ar fi un fapt crucial: oamenii se disting de alte specii prin capacitatea noastră de a face minuni. Noi numim aceste miracole tehnologie.”

Excerpt From: Zero to One: Notes on Startups, or How to Build the Future by Peter Thiel (7)

Etica medicală lipsește pe Internet

Internetul este astăzi la îndemâna oricui. Antreprenorii de afaceri online și cei medicali, încearcă să profite cât mai mult de internet, cu promisiuni de facilități inimaginabile înainte, ba chiar și de îmbogățire potențială în timp scurt. De la o zi la alta apar website-uri de tipul HEALTHY LIFE, NECESSARY SUPPLEMENTS, 24-HOURS ACCESS NURSE etc. ca să nu mai vorbim de vânzare de medicamente ieftine, aparate de slăbit, aparatură cu teste de glicemie, colesterol sau telemedicină la cerere pe bani. Interesele investitorilor și acționarilor la asemenea afaceri online sunt adesea plasate mai presus de bunăstarea pacienților. Aceste website-uri și acțiunile lor sunt în conflict direct cu multe dintre codurile de conduită medicale existente.

Definiție și Elementele majore care necesită linii directoare în etica medicală a internetului

Etica medicală a internetului este un domeniu interdisciplinar în curs de dezvoltare care ia în considerare implicațiile cunoștințelor medicale utilizate prin intermediul internetului și încearcă să determine liniile directoare etice conform cărorora participanții etici vor practica medicina sau terapia online, vor efectua cercetări online, se vor angaja în comerțul electronic medical și contribuie la site-urile medicale.

- Relația medic-pacient, furnizor de servicii de sănătate - pacient, terapeut-client
- Medicina online, terapie online
- Cercetare online
- Calitatea informațiilor pe site-urile web medicale și de asistență medicală
- Conduita etică a site-urilor web medicale și de asistență medicală
- Confidențialitatea și securitatea pacienților / clienților
- Relația pacient – furnizor de sănătate reflectată pe internet (on line)

International Society of Mental Health Online - ‘Societatea Internațională de Sănătate Mintală Online’ și *Psychiatric Society for Informatics* Societatea Psihiatrică pentru Informatică’ au aprobat Principiile pentru furnizarea online de servicii de sănătate mintală care definesc relația online client-terapeut și ce înseamnă exact furnizarea de servicii online de sănătate mintală.

National Board of Certified Counselors - ‘Consiliul Național al Consilierilor Certificați’ a stabilit standarde pentru practica etică a consilierii web.

Committee on Ethical and Judicial Affairs - “Comisia pentru afaceri etice și judiciare” a AMA determină modul în care relația tradițională medic-pacient poate fi tradusă pe internet.



Medicină și terapie online

Etica asistenței medicale pe Internet ar implica principiile etice care se aplică medicilor, asistenților medicali, surorilor medicale și altor furnizori de servicii medicale, cu toate acestea, în contextul acestei discuții, folosim „*asistență medicală*” în mod interschimbabil cu „*medicină*” sau „*medicinală*” atunci când ne referim la etica pe internet.

Medicii și terapeuții online sunt inovatori, extinzând granițele relațiilor medic-pacient sau client-terapeut și explorând tipurile de interacțiuni și servicii care pot fi furnizate prin Internet.

Întrebări ridicate de furnizarea de servicii medicale pe internet:

- Un medic sau un terapeut consultant al unui site web are vreo obligație etică față de vizitatorii website-ului – pacienți potențiali?
- În ce moment există o relație pacient - furnizor de servicii de sănătate?
- Se aplică vreunul dintre ghidurile etice care ghidează și protejează relația pacient-furnizor în spațiul cibernetic?
- O relație online necesită și una offline?
- Care este obligația etică față de un e-mail nesolicitat?

Cercetare medicală cu ajutorul Internetului

Mai multe aspecte sunt importante în ceea ce privește cercetarea pe Internet:

- Determinarea validității publicațiilor online.
- Începând cu 2010, sute de articole aparent „*inovatoare*” au fost retrase cu retractări explicite.
- Cercetare bazată pe verificare în loc de „*a sta la pândă pentru o noutate*” în setările online.
- Dreptul la confidențialitatea subiectului vs. colectarea informațiilor de cercetare.
- Etica solicitării de participanți la cercetare (subiecți) online pentru trialuri de stadiul I – safety.
- A existat un interes în dezvoltarea unui echivalent al Jurământului Hipocratic pentru oameni de știință, informaticieni, ingineri și directori de institute de cercetare. Susținătorii unui jurământ pentru oameni de știință promovează marea sa valoare simbolică pentru a reafirma importanța ca oamenii de știință să se comporte etic.

Medicină și asistență medicală pe Internet

- Ca și în cazul profesiei medicale, valoarea principală a unui jurământ ar fi simbolică, dar susținătorii cred că ar stimula și tinerii oameni de știință și profesioniști să reflecteze asupra consecințelor mai ample ale do-

meniului lor de studiu înainte de a începe o carieră în mediul academic sau în industrie.

- Susținătorii cred că jurământul ar încuraja o reflecție mai profundă a oamenilor de știință și inginerilor asupra comportamentului și impactului muncii lor și va crea un sentiment mai mare de responsabilitate.
- *Site-urile web medicale, mai mult decât orice alt tip de site de pe Internet, ar trebui să asigure confidențialitatea personală a vizitatorilor și să prevină ca informațiile medicale personale, inclusiv modelele de utilizare și interesele personale, să fie vândute, cumpărate sau să intre în mod involuntar în mâinile agenților de marketing, angajatorilor și asigurătorilor.*

Ghid pentru site-urile web AMA

1. principii pentru conținut
2. principii pentru publicitate și sponsorizare
3. principiile de confidențialitatea datelor personale și confidențialitatea relației lucrător medical – pacient
4. principii pentru comerțul electronic

Margaret A. Winker, MD; Annette Flanagan, RN, MA; Bonnie Chi-Lum, MD, MPH; et al John White, MS; Karen Andrews; Robert L. Kennett; Catherine D. DeAngelis, MD, MPH; Robert A. Musacchio, PhD - Principles Governing AMA Web Sites - JAMA. 2000;283(12):1600-1606. doi:10.1001/jama.283.12.1600 (8)

Margaret A. Winker, MD; Catherine D. DeAngelis, MD, MPH - JAMA, s Online Evolution - JAMA. 2010; 304(24):2746-2746. 10.1001/jama.2010.1832 (9)

De ce Confidențialitatea și Securizarea datelor sunt importante?

Fără linii directoare aplicabile pentru crearea site-urilor de asistență medicală și asigurarea confidențialității și a unor standarde pentru efectuarea cercetărilor online, utilizatorii de internet - pacienți riscă ca viața lor privată să devină publică în mod neașteptat și să se confrunte cu potențiale repercusiuni, dacă companiile de asigurări, angajatorii, prietenii sau familia descoperă informații confidențiale despre sănătatea lor.

Există utilizatori de internet cu preocupări ilegale / criminale

Pe lângă toți practicienii online legitimi, care respectă principiile etice actuale, există și oamenii lipsiți de etică, voyeurști, sau chiar indivizi cu clare intenții criminale, care funcționează în afara granițelor tradiționale ale eticii internetului medical și medical.

Acești indivizi depășesc adesea limitele legilor internetului și ale codului de etică existent al site-ului web, ignorând



chiar în mod flagrant unul dintre fundamentele eticii medicale prin care pacienții au încredere în medicul sau furnizorul lor pentru a păstra confidențialitatea informațiilor lor medicale personale.

Pentru aceste persoane fără scrupule care doresc să facă bani ușor pe internet înainte de a fi prinși, auto-reglementarea poate să nu fie suficientă pentru a proteja consumatorii de asistență medicală. Riscul de a pierde în fața concurenței îi determină pe mulți să-și compromită etica, înclinând, chiar încălcând regulile, crezând că, dacă nu o fac, concurenții lor își vor câștiga cota de piață.

În SUA există *The Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP)* adică Biroul pentru Prevenirea Bolilor și Promovarea Sănătății, pe site-ul web <https://health.gov>

ODPHP se angajează să ofere publicului său informații de încredere și de înaltă calitate. Una dintre modalitățile prin care ODPHP atinge acest obiectiv este aplicarea următoarelor linii directoare privind calitatea site-ului web la health.gov și micro-site-urile sale.

Se arată clar scopul site-ului, publicul vizat și cine este responsabil pentru actualizarea și întreținerea acestuia. Se oferă un formular web în care utilizatorii pot pune întrebări sau pot împărtăși feedback.

Nu se acceptă publicitate plătită sau conținut neverificat pe health.gov sau pe micro-site-urile sale. Aici se oferă informații clare, accesibile și relevante pentru public. Se asigură că site-urile lor sunt bine organizate și ușor de navigat, accesibile unui public larg, inclusiv persoanelor cu dizabilități

ODPHP își revizuieste și evaluează în mod regulat site-urile și le actualizează pe baza feedback-ului utilizatorilor, a testării și a celor mai bune practici de utilizare, pentru a se asigura că informațiile sunt fiabile și actualizate.

ODPHP are o politică de confidențialitate clară. Acest link este derivat de la health.gov. care explică pașii pe care îi face ODPHP pentru a proteja informațiile personale ale utilizatorilor.

Există o tendință către o organizație medicală internațională a Internetului?

Succesele unificatoare din trecut ale OMS sau UNESCO ar putea fi utilizate pentru a crea un Consiliu Internațional de Internet Medical sau o Comisie ONU pentru Internetul Medical.

Un astfel de organism ar fi ideal pentru stabilirea și reglementarea unui cod unic de etică medicală a internetului, care ar include publicitatea, detectarea fraudelor în domeniul sănătății și asigurarea confidențialității consumatorilor.

Din nefericire, există o oarecare rezistență la atare unifi-

care din partea actualelor site-uri web medicale consacrate, deoarece anumite diagnostice de boli cu nume proprii sunt mereu contestate pe felurite criterii, medicația folosită în unele țări nu este folosită în altele ș.a.m.d.

În loc de concluzii să recapitulăm ce am vrea să știm?

Cum ar trebui să fie asigurate confidențialitatea, securitatea și confidențialitatea vizitatorilor atunci când vizitează un site web sau efectuează tranzacții de servicii sau aparatură medicală pe internet?

Cum pot determina vizitatorii site-ului web calitatea informațiilor de pe un site web?

Cum ar trebui transpuse relațiile medic-pacient, pacient-furnizor de servicii de sănătate și terapeut-client în practica medicinei online și a terapiei online?

Care e modul ideal în care designerii, dezvoltatorii, managerii și sponsorii de site-uri web ar trebui să dezvolte și să mențină site-uri web etice medicale și de asistență medicală?

Cum ar trebui să fie conduse etic afacerile medicale și de asistență medicală online?

Cum ar trebui efectuată cercetarea online în mod etic?

Cum ar trebui să se comporte etic toate profesiile implicate în Internetul medical sau medical?

Se impune o trecere în revistă a tuturor opiniilor din toate țările asupra acestei topici.

Bibliografie

1. *American College of Physicians Ethics Manual, 7th Edition*
2. *Stewart R. Bethune - 1973 Shoe String Pr Inc.*
3. *Putting People First the Reform of mental Health Services in Ontario Ministry of Health Ontario, 1993*
4. *Charles SC. WJM 2000;173:198-201*
5. *Crawshaw R et al. Patient-Physician Covenant. JAMA. 1995; 273;1553*
6. *Alan Eppel - journalofpsychiatryreform.com/2016/08/29/the-psychiatrist-patient-relationship*
7. *Peter Thiel - Zero to One: Notes on Startups, or How to Build the Future*
8. *Margaret A. Winker, MD; Annette Flanagan, RN, MA; Bonnie Chi-Lum, MD, MPH; et al John White, MS; Karen Andrews; Robert L. Kennett; Catherine D. DeAngelis, MD, MPH; Robert A. Musacchio, PhD- Principles Governing AMA Web Sites - JAMA. 2000;283(12):1600-1606. doi:10.1001/jama.283.12.1600*
9. *Margaret A. Winker, MD; Catherine D. DeAngelis, MD, MPH - JAMA, s Online Evolution - JAMA. 2010; 304(24):2746-2746. 10.1001/jama.2010.1832*
10. *The Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP) - <https://health.gov>*



”MEDICAMENTUL MEDIC” ÎN FACILITAREA ADAPTĂRII ADULTULUI AFLAT LA TRATAMENT PRIN HEMODIALIZĂ

■ Diana CECAN, drd. în psihologie USM, psiholog clinician BB-Dializă, Chișinău

Rezumat: În articolul este descris conceptul de medicul ca medicament, dar și importanța relației medic-pacient, a educației terapeutice și a comunicării în facilitarea adaptării psihosociale, precum și influența asupra actului terapeutic, în menținerea stării de bine și a calității vieții adultului aflat la tratament prin hemodializă.

Cuvinte cheie: adaptare, medicamentul medic, hemodializă, relația medic-pacient, educație terapeutică

Abstract: The article describes the concept of the doctor as medicine, but also the importance of the doctor-patient relationship, therapeutic education and communication in facilitating psychosocial adaptation, as well as the influence on the therapeutic act, in maintaining the well-being and quality of life of the adult undergoing treatment through hemodialysis.

Keywords: adaptation, the doctor's medicine, hemodialysis, doctor-patient relationship, therapeutic education

”Dacă este aleasă în mod liber, orice meserie devine izvor de satisfacții deosebite, atâta timp cât îți îngăduie să tragi foloase din înclinațiile afective și din energiile instinctive”

SIGMUND FREUD, *Angoasa în civilizație*



Bolile cronice prezintă în ultimii ani o tendință ascendentă, mai ales în contextul creșterii globale a speranței de viață. Au tendința de a fi de lungă durată și sunt rezultatul unei combinații între factorii genetici, fiziologici, mezologici și tipul de comportament. Patologia cronică nu dispare brusc, și mai ales, nu

poate fi considerată curabilă definitiv și total.

Bolile cronice de rinichi implică reducerea ratei de filtrare glomerulară de cel puțin trei luni sau afectarea renală cu o durată mai mare de trei luni și includ pacienții cu diferite nefropatii care au sau nu și insuficiență renală [2]. Factorii de risc asociați bolii renale cronice sunt vârsta a treia (peste 65 de ani), existența în istoricul familial a nefropatiilor, a insuficienței renale, a hemodializei sau a transplantului renal. Multe dintre afecțiunile cronice sunt diagnosticate la vârste înaintate, iar vârsta înaintată are propriile sale particularități: rezistență scăzută a organismului, multiple comorbidități – care necesită la rândul lor administrarea de multiple medicamente; declin cognitiv – care se accentuează treptat, toate acestea constituie riscuri pentru aderența la terapie [5]. La rândul ei, vârsta tânără se asociază cu particularități precum nevoia de activitate

și de educație, astfel că terapia trebuie adaptată pe cât posibil acestor nevoi, pentru a nu interfera prea mult cu dezvoltarea psihosocială a tânărului [7].

Terapia în boala cronică renală, îndeosebi pentru persoanele aflate la tratament prin hemodializă cronică presupune adesea mai mult decât medicație – include regim alimentar particular, renunțarea la obiceiuri nesănătoase (fumat, consum de alcool), somn regulat. Managementul adecvat al bolii cronice renale schimbă radical existența bolnavului, iar acesta trebuie să se adapteze și să trăiască cu boala sa, în acest sens un rol important îl are educația terapeutică.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește „educația terapeutică a pacientului” ca o sintagmă care se referă la instruirea pe care medicul o oferă persoanei aflate la tratament, pentru ca aceasta să dobândească și să mențină abilitățile care să-i permită să-și gestioneze o parte a tratamentului și să prevină apariția complicațiilor, astfel încât să aibă o calitate a vieții mai bună în ciuda afecțiunii de care suferă. Include informații și suport psihologic cu privire la boală, tratament, instituții de îngrijire și comportamente legate de sănătate și boală [8].

Educația terapeutică adresată pacienților aflați la tratament prin hemodializă include activități prin care atât pacientul cât și membrii familiei sunt sensibilizați, informați, evaluați psihosocial, având ca scop principal adaptarea, dezvoltarea compliancei la terapie și reușita actului terapeutic.



Conceptul de „*medicul ca medicament*” se referă la rolul esențial pe care medicul îl joacă nu doar în aspectele tehnice ale tratamentului prin hemodializă, ci și în susținerea emoțională și psihologică a pacientului.

Aici se include:

Informarea pacientului: Informarea detaliată a pacientului despre ce implică hemodializa, cum funcționează, la ce să se aștepte și cum să gestioneze efectele secundare și complicațiile potențiale. Un pacient bine informat este mai capabil să se adapteze și să colaboreze cu întreaga echipă terapeutică.

Suportul emoțional: Medicul trebuie să fie empatic și să ofere suport emoțional, ajutând pacientul să facă față stresului, anxietății și depresiei care pot apărea odată cu diagnosticul și tratamentul prin hemodializă.

Managementul simptomelor: Medicul trebuie să monitorizeze și să ajusteze tratamentul pentru a controla simptomele asociate cu boala cronică renală și hemodializa, cum ar fi oboseala, crampele musculare și pruritul.

Promovarea unui stil de viață sănătos: Consilierea privind alimentația, exercițiile fizice și evitarea factorilor de risc care pot agrava starea pacientului.

Construirea unei relații de încredere: Pacienții care au încredere în medicul lor sunt mai susceptibili să respecte recomandările medicale și devin mai complianți la tratament.

Îndrumarea către suport suplimentar: Referirea pacienților către psiholog, grupuri de suport, medici specialiști sau alte resurse, care pot ajuta nemijlocit la adaptarea lor la viața cu hemodializă și la menținerea unei vieți calitative.

Pacienții își doresc ca relațiile de lucru cu medicii lor să fie apropiate, își doresc să fie îngrijiți de către medici umani, care să îi recunoască în calitate de ființe umane și să le respecte valorile. De asemenea, și medicii își doresc o relație personală cu pacienții lor, nu doar una tehnologizată [1].

Relația medic-pacient reprezintă cadrul în care se desfășoară actul medical și este o relație specială. Actualmente se remarcă o orientare a atenției dinspre medic spre pacient, oferindu-i acestuia din urmă posibilitatea de a se implica în mod cât mai activ în luarea deciziilor privind abordarea afecțiunii de care suferă. De la relația medic-pacient de tip paternalist se ajunge astăzi la o colaborare între protagoniștii acestei relații, pacientul fiind acel care poate filtra prin prisma propriilor valori și nevoi cea mai potrivită abordare terapeutică, ceea ce îl va ajuta să devină independent, îl va responsabiliza, îi va permite să facă față mai ușor bolii și va asigura satisfacția acestuia, complianța la terapie și implicit, succesul actului medical. Pacientul poate îndeplini acest rol activ numai după ce primește din partea medicului informațiile corespunzătoare adaptate nivelului său de cunoștințe și mediului cultural din care

provine, într-un limbaj accesibil [6].

Medicul are întotdeauna un rol activ, pacientul poate rămâne pasiv, deși pasiv-cooperant. Așadar, rezultă că pilonul esențial în aderența la tratament prin hemodializă și în facilitarea adaptării prin educație terapeutică este comunicarea eficientă între medic și pacient, cunoscută fiind și componenta educațională a consultației pe care medicul o oferă pacientului.

Pentru a construi o relație eficientă și deschisă cu pacientul, este important de luat în considerare câteva momente – cheie în comportamentul și atitudinea medicului:

Algoritmizarea relației cu pacientul (L.E.A.R.N.

– engleză)

1. **LISTEN - ASCULTĂ** cu bunăvoință și empatie perceperea de către pacient a problemei sale (medicale).
2. **EXPLAIN - EXPLICĂ** perceperea problemei (medicale) din punctul tău de vedere.
3. **ACKNOWLEDGE - IDENTIFICĂ** și discută diferențele și asemănările (de percepere a problemei de către pacient și medic).
4. **RECOMMEND - RECOMANDĂ** tratamentul.
5. **NEGOTIATE-NEGOCIAZĂ** obținerea consimțământului (față de schema terapeutică).

La realizarea mediului lucrativ și consecutiv a unei relații eficiente dintre medic și pacient concurează un șir de factori verbali, nonverbali și para-verbali, inclusiv un șir de tehnici de comunicare și competență emoțională, și anume: - manifestarea empatiei; - validarea emoțiilor pacientului; - conștientizarea propriilor gânduri și emoții; - informarea, psiho-educarea pacientului; - reasigurarea realistă a pacientului; - negocierea; - asistare/ajutorarea pacientului de a-și asuma responsabilitatea; - stabilirea limitelor. Orice medic trebuie nu doar să aibă cunoștințe practice despre starea medicală a pacientului, dar și să fie familiarizat asupra psihologiei individuale a pacientului.

Tabelul 1. Modelul nivelurilor relației medic-pacient

Nivelul	Obiectivul	Modalitatea
Nivelul intelectual	Înțelegerea și explicarea bolii în acord cu modelele științifice	Conceptualizare
Nivelul afectiv	Înțelegerea personalității pacientului și a particularităților căilor sale subiective	Identificare

Atitudinea și adaptarea la o boală cronică este diferită în conformitate cu caracterul persoanei și caracterul maladiei. În calitate de comportament în boala cronică putem estima negarea bolii, tristețea, disperarea,



Referate

culpabilitatea, nesiguranța, furia, revolta, supărarea, iar mecanismele psihice pot purta un caracter atât adaptativ, cât și dezadaptativ.

Adaptarea după Haynal, la hemodializă (la rinichiul artificial) este legată de următoarele condiții:

- a) existența unui anturaj cu semnificație afectivă;
- b) o activitate profesională investită cu interes;
- c) capacitatea de a admite și a verbaliza anxietatea și a suporta dificultățile emoționale;
- d) absența posibilităților de a recurge la mecanismele de apărare, ca somatizarea [4].

Medicamentul cel mai des folosit în medicina generală este medicul însuși: astfel spus, nu doar flaconul sau cutia cu medicamente contează, ci maniera în care acestea sunt prescrise pacientului de fapt, ansamblul atmosferei în care medicamentul este dat și luat [1].

În dependență de tipologia pacientului aflat în relație cu medicul se folosesc diverse moduri specifice de comunicare. În funcție de profilul psihosocial, sunt evidențiate mai multe tipuri de pacienți și moduri oportune de interacțiune cu ei:

- *pacientul anxios* - ținând cont de nevoia de securitate a acestui pacient, medicul poate adopta o tactică mai directă, totodată, ținând cont de orice amănunt semnalat de pacient.

- *pacientul depresiv* - în cazul pacienților depresivi o comunicare eficientă cu familia facilitează adaptarea la nevoile pacientului, iar aceasta, la rândul său, poate duce la diminuarea emoțiilor negative ale pacientului și la înlocuirea lor cu speranța.

- *pacientul dramatic* - în decursul asistării medicale el poate manifesta conduite regresive din perioada infantilă, iar medicul trebuie să fie atent să nu lezeze demnitatea lui în asemenea circumstanțe.

- *pacientul obsesional* - pune multe întrebări despre boală și tratament; vrea să fie informat despre cele mai mici amănunte; deseori nu acceptă tratamentul până nu-l înțelege cu exactitate.

- *pacientul suspicios* - are mereu senzația că nu are cel mai bun tratament, că diagnosticul nu este real. Fiind nemulțumit permanent reproșează ceva. Cea mai bună strategie de interrelaționare cu asemenea pacient este ascultarea acestor reproșuri cu o atitudine de încredere, fără a exprima opinii pro sau contra.

- *pacientul antisocial* - în cazul unor asemenea pacienți medicul trebuie să explice ferm regulile de interacționare.

- *pacientul cu statut economic și social înalt* - preferă să discute cu personalul cu cel mai înalt rang ierarhic. Alianța terapeutică în cazul acestor pacienți este mereu subminată de nevoia de autoritate a pacientului.

- *pacientul medic* - doresc atitudini colegiale. În același timp, echipa medicală trebuie să conștientizeze că acest medic (coleg) este mai întâi de toate om și pacient, care are nevoie de suport emoțional, spiritual și social, neoferit, în mod normal, unui coleg [3].

Educația terapeutică trebuie să urmărească dobândirea încrederii pacientului în sine și a abilităților necesare pentru luarea deciziilor zilnice, pentru a ști ce modificări trebuie realizate pentru a gestiona încărcătura emoțională care însoțește adesea procedura de hemodializă. Parte din educația terapeutică este și recomandarea unor surse suplimentare de informare și îndrumare. Medicul îi poate indica pacientului diferite cărți, resurse online sau grupuri de suport în care pacientul să găsească ajutor pentru supraviețuirea cu boală cronică renală și aflat la tratament prin hemodializă.

În concluzie menționez că adaptarea este o condiție a vieții și este orientată spre susținerea echilibrului între interiorul organismului și între organism și mediu. Adaptarea la tratamentul prin hemodializă cronică este un proces complex și individualizat, iar implicarea activă a medicului poate îmbunătăți semnificativ calitatea vieții pacienților. Stabilirea și menținerea unei relații medic-pacient funcționale, însoțită de educația terapeutică actualizată periodic pentru adultul aflat la tratament prin hemodializă, asigură succesul aderenței la terapia de substituție.

Bibliografie:

1. Balint M. *Medicul, pacientul său și boala*. București: Editura Trei, 2017.
2. Covic A., Mircescu G., Gluhovschi G., Schiller A. *Boala cronică de rinichi*. București: Artprint, 2007.
3. Gilcă B., Gramma R., Paladi A. *GHID privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților*. Chișinău, 2018.
4. Ionescu G. *Psihologie clinică*. București: Academiei, 1985.
5. Bourbeau J., Barlett S.J. *Patient adherence in COPD*. Trohax. 2008.
6. Oliver S.M. *Living with failing lungs. The doctor-patient relationship*. Fam. Pract., 2001.
7. Rabindranath K.S., Adams J., Ali T.Z., Daly C., Vale L., Macleod A.M. *Automated vs continuous ambulatory peritoneal dialysis: A systematic review of randomized controlled trials*. Nephrol. Dial. Transplant., 2007.
8. World Health Organization. *Therapeutic Patient Education: Continuing Education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO Working Group*. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1998.



ÎN CĂUTAREA PARADISULUI PIERDUT - EPISODUL 2

■ Psih. Dr. Carmen Monica Petrescu, București

Rezumat: Într-o lume tot mai copleșită de depresie și tendințe autodestructive, găsirea unor căi sanogene de amplificare a stării de bine (well-being), de fericire, devine un obiectiv important în a ne susține și ameliora viața. Reflexiile filozofice sau experiențe milenare sunt tot mai frecvent supuse unor validări prin mijloacele actuale ale cercetării științifice. Concepția eudemonică aristoteliană și cea introspectivă a meditației sunt două din direcțiile de cercetare științifică prezentate.

Cuvinte-cheie: fericire, viață cu sens, condiționare genetică, atitudini personale și efort

Abstract: In a world more and more overwhelmed by depression and self-destructive tendencies, finding healthy ways to increase well-being and happiness becomes an important objective to sustain and improve our lives. Philosophical reflections or millennia-old experiences are increasingly often subject to validation by today's means of scientific research. Aristotelian eudaimonic and introspective concepts of meditation are two of the directions of scientific research presented in this episode.

Key words: happiness, meaningful life, genetic conditioning, personal attitudes and effort

Motto: „Nimic în lumea asta nu este mai discutat și mai neînțeles decât chestiunea vieții fericite“

Seneca (3 î.Hr. - 62 d.Hr.)



Deși continuăm tradiții milenare, secolul nostru încearcă în tot mai mare măsură să-și întemeieze convingerile pe dovezi științifice și atunci când este vorba de găsirea paradisiului, adică a fericirii, a împlinirii. Într-un ocean imens de experiențe, tradiții, mituri, credințe, nostalgii, busola spre paradis poate fi ușor deviată.

Căutarea paradisiului, adică a stării de bine, de împlinire, satisfacție, fericire rămâne o persistentă motivație a explorărilor și luptelor noastre, indiferent de vârstă, condiție socială, culturală sau economică. Cum menționam în episodul anterior, este o căutare veche, aparută în zorii conștiinței umanității, de multe ori o fata morgana și, tocmai de aceea, rămânem încă în zilele noastre într-o febrilă și continuă explorare a acestui teritoriu. Numărul mare al depresiilor înregistrate azi în lume, peste 300 milioane (conform OMS 2021), ceea ce reprezenta 5% din numărul adulților și 5,7% din rândul celor peste 60 de ani, califică depresia ca fiind a doua cauză de dizabilitate la nivel mondial, după afecțiunile cardiovasculare. Nefericirea oamenilor pare să prindă contur încă din copilărie. Conform datelor centralizate de Asociația Telefonului Copilului la nivelul ser-

viciului de urgență, depresia, tulburările de comportament, gândurile suicidare, automutilarea, reprezintă un procent de 30,27% din numărul apelurilor, afirmă Asociația Psihologilor din România într-un recent articol, iar suicidul tinerilor cu vârste cuprinse între 15 și 19 ani se situează pe locul doi în rândul cauzelor de deces (1). Strâns legată de nefericire, de depresie, suicidul a devenit o alarmantă cauză de deces atât la adulți cât și la copii. Chiar și Finlanda „cea mai fericită țară din lume“ a avut până de curând una din cele mai mari rate a mortalității prin sinucidere din lume, iar în SUA suicidul este de asemenea semnalat pe locul doi în rândul tinerilor (conform *Centers for Disease Control and Prevention Data & Statistics, May 11, 2024*).

O asemenea statistică a nefericirii și eșecului existențial au stimulat nu numai găsirea de tratamente medicamentoase și psihoterapeutice pentru contracararea a disperării, ci și explorarea și identificarea modului de a crește nivelul de well-being, de fericire. Deci, încotro ar trebui să o apucăm? Să urmărim câteva direcții de cercetare spre a identifica răspunsuri ce ar contura drumul spre paradisiul pierdut.

O amplă cercetare în acest sens, publicată cu titlul „*The Secret to Happiness: Feeling Good or Feeling Right?*“ a realizat-o Maya Tamir (2), profesor și cercetător la Hebrew University, împreună cu echipa sa pe 2324 de participanți din opt țări și mai multe culturi.



Direcția lor de cercetare se abate de la convingerile care au persistat în ultimii 30 de ani în lumea psihologiei, care considerau că pentru a atinge fericirea este necesară creșterea plăcerii și descreșterea durerii, respectiv maximizarea emoțiilor plăcute/pozitive și minimizarea emoțiilor neplăcute.

Tamir și echipa sa explorează în studiul realizat varianta bazată pe concepția eudaimonică promovată de Aristotel. Dacă în concepția hedonică fericirea se poate realiza trăind experiențe plăcute și evitând suferința, în concepția eudaimonică accentul se pune pe realizarea potențialului uman și găsirea unui sens în viață, prin virtuți și trăirea unei vieți conforme cu rațiunea. Aceasta înseamnă că nu doar trăirile pozitive și experiențele plăcute ar trebui privilegiate, ci orice trăire și experiență care conduce spre o viață împlinită și valoroasă, cu sens, și asta indiferent de gradul de pozitivitate sau negativitate a trăirii.

Eudaimonia provine din limba greacă și semnifică „înflorire umană” sau „stare de binecuvântare” *εὐδαιμονία* [eu.daj.monía]. Concluziile mai multor cercetări indică faptul că oamenii care urmăresc obiective semnificative și care își dezvoltă punctele forte personale, au niveluri mai ridicate de satisfacție și bunăstare pe termen lung. Aristotel considera că eudaimonia depășește fericirea de moment și se întemeiază pe excelența morală și intelectuală.

Din concluziile acestui studiu rezultă că fericirea se corelează cu experiențele care sunt acordate mai curând cu dorințele și valorile individuale, decât cu maximizarea plăcerii. Se pare că cel mai important aspect care aduce fericire este ca experiența emoțională trăită să fie în concordanță cu aceste dorințe și valori. Cu cât discrepanța este mai mică, cu atât satisfacția vieții și starea de well-being este mai mare, iar acest aspect este validat pe întreaga gamă de emoții și în toate țările și culturile în care s-au efectuat cercetările. Cei mai satisfăcuți și fericiți oameni sunt cei care experimentează emoțiile pe care chiar doresc să le experimenteze. Marele filozof considera că acele emoții care apar la momentul oportun, orientate spre persoanele potrivite, din motive justificate/corecte, dacă sunt exprimate într-o manieră potrivită reprezintă o importantă caracteristică a virtuții. O emoție poate fi considerată ca fiind corectă în funcție de scopurile și nevoile individuale. Așa de pildă, o stare de mânie poate fi considerată perfect justificată de unii, dar complet greșită de alții. Fericirea, în perspectiva aristotelică, este condiționată de trăirea unor emoții pe care omul le consideră justificate, corecte și adecvate motivelor și nevoilor sale. În baza acestei perspective aristotelice, Tamir și echipa definesc ca fiind „emoție co-

rectă” acele emoții dezirabile pentru un anumit tip de personalitate și într-un anumit context cultural și situațional. Studiul confirmă afirmația aristoteliană din „*Etica Nicomahică*” cum că a avea emoții, chiar și negative nu știrbește starea de well-being, de împlinire și fericire, atâta vreme cât aceste emoții servesc atingerii unui scop mai înalt, sau oferă sens vieții. Sensul în viață nu este doar o componentă semnificativă a stării de bine psihologice, dar este un aspect frecvent neglijat, deși prezintă o importanță clinică ce necesită să fie studiată în continuare, în special în asocieri cu starea de sănătate și utilizarea serviciilor medicale la persoanele în vârstă. Lipsa de sens sau vidul existențial este frecvent asociată cu aspecte psihopatologice cum ar fi depresia, comportamentul suicidar, consumul de alcool, de droguri. Știm că depresia este destul de frecventă în rândul vârstnicilor și s-a putut observa că persoanele care acordă o semnificație mai înaltă vieții lor au risc mai mic de depresie (Zhang D. et al., 2017; Baumeister, 2011).

Un nivel înalt de sens în viață este asociat cu o stare de fericire, o sănătate mai bună (stare de sănătate autoevaluată mai bună, mai puține boli cronice, nivel mai scăzut de fragilitate, nelimitarea activităților) și cu o scădere a probabilității de utilizare a serviciilor medicale (numărul de medicamente consumate, spitalizări, internare acută și de urgență) în rândul vârstnicilor (3). Autorii studiului au verificat două ipoteze:

1. Un nivel înalt de sens în viață este asociat cu un nivel mai înalt de fericire, o stare de sănătate mai bună și mai puțină solicitare a asistenței medicale;
2. Starea de sănătate este un mediator pentru sens și utilizarea asistenței medicale în rândul vârstnicilor, care s-a bazat pe studii anterioare care indicau că progresia probabilă a fost de la sens la sănătate și de la sens la atenția acordată îngrijirii sănătății.

Studiile anterioare acestei cercetări care au examinat sensul vieții, s-au concentrat în principal pe adulți, iar adolescenții au fost subinvestigați și nu s-a știut dacă sensul vieții are un impact asupra stării de bine și în rândul adolescenților. Găsirea sensului vieții și stabilirea unei filozofii a vieții sunt problemele critice aflate în curs de dezvoltare **în perioada adolescenței**, deoarece această perioadă de vârstă se află încă în stadiul confuziei identitate versus rol. *În consecință, a fost important să fie pus în evidență dacă sensul vieții este un predictor util al bunăstării și în rândul adolescenților (4). Rezultatele cercetării au indicat, de asemenea, că atât sensul vieții, cât și optimismul sunt asociate în mod semnificativ cu satisfacția, cu viața multidimensională și cu structura multidimensională a problemelor psihosociale în rândul adolescenților. Optimismul a servit și ca mediator*



parțial în relațiile dintre sensul vieții și aspectele pozitive și negative ale stării de bine. Rolul de mediere al optimismului nu a fost diferit în funcție de gen. Adolescenții care au așteptări pozitive pentru viitor au mai multe șanse să raporteze niveluri ridicate de satisfacție în diferite domenii ale vieții. În general, optimiștii sunt mai puțin probabil să se asocieze cu probleme psihosociale. Optimiștii folosesc strategii de coping mai constructive, în timp ce pesimiștii se bazează pe mai mult **abordări** dezadaptative care îi fac mai vulnerabili la stresul psihologic. Optimismul poate avea legătură cu sensul vieții datorită relației sale cu direcția scopului. Aceste descoperiri sugerează că sensul vieții este crucial pentru optimism și contribuie la o viață mai fericită și satisfăcătoare.

Într-un alt studiu, combinând direcții filozofice (Confucius, Mencius și Aristotel) și de cercetare, Martin E.P. Seligman (5) dezvoltă una din cele mai influente teorii din psihologia pozitivă, în care descrie un model a ceea ce înseamnă să ai o Viață Plină (*Full life*). Acest model se numește PERMA, adică:

1. **Positive emotions (Emoții pozitive)** care se referă la **viața plăcută** – cea văzută prin perspectiva hedonică, în care ai emoții pozitive legate de trecut, prezent și viitor;
2. **Engagement (Angajament)** care face referire la **viața bună** – combină cele două perspective și se referă la a-ți folosi punctele forte pentru a obține satisfacții în cele mai importante domenii ale vieții. Viața bună nu e ceva la care ajungi odată pentru totdeauna, ci este o continuă dezvoltare;
3. **Positive Relationships (Relații pozitive)** – care pune accentul pe relațiile sociale pe care le dezvoltăm;
4. **Meaning (Sensul)** care e **viața cu sens** – e cea unde regăsim perspectiva eudaimonică și ne referim la cea mai înaltă formă a fericirii, care presupune găsirea unui scop care e mult mai mare decât noi și folosirea punctelor forte și a virtuților în a-l atinge și obține;
5. **Acomplishment (Împlinire)** care aici face referire la **succesul și sentimentul succesului**. Ea presupune stabilirea obiectivelor care, odată atinse, ne vor ajuta să ne simțim competenți, promovându-ne autonomia. Se referă la realizarea obiectivelor în legătură cu îmbunătățirea abilităților noastre.

E important să fim conștienți de faptul că urmărirea fericirii poate avea consecințe paradoxale, iar setarea unui scop rigid precum „*Dacă viața mea nu e fericită, nu merită să o trăiesc*” poate să ne aducă contrariul. Cu cât valorizăm mai exagerat fericirea, cu atât riscăm să devenim mai nefericiți, singuri și cu eventualitatea de a fi depresivi, afir-

mă un studiu realizat în 2014.

“*Dacă vrei să înțelegi semnificația fericirii, trebuie să o privești ca pe o recompensă, nu ca pe un scop*” (Antoine de Saint-Exupery)

Alți specialiști în psihologia pozitivă cum sunt Sheldon, Lyubomirsky și Schottl (6) descriu fericirea ca fiind o experimentare a bucuriei, mulțumirii, a well-being-ului și a sentimentului de sens și valoare a vieții pe care o trăiești. Acesta afirmă că formula fericirii este condiționată de trei factori:

- Structura genetică, (S) = 50%. Aceasta reprezintă capacitatea native de a fi fericit;
- Condițiile vieții, circumstanțele, (C) = 10%. Reprezintă atât lucrurile pe care le poți schimba, cât și cele pe care nu le poți schimba. Acestea includ: mediul în care trăiești și în care lucrezi, starea civilă, ocupația, dacă ești sănătos și bogat;
- Toate activitățile voluntare (V) = 40%. Aici intră tot ce alegi să faci legat de plăcere, atât pentru plăcerea imediată, cât și pentru cea pe termen lung. Dintre toți factorii, cel mai puțin îți afectează potențialul de fericire condițiile de viață. A avea sau nu bani, a fi sau nu sănătos, influențează nivelul nostru de fericire mult mai puțin decât acele lucruri pe care alegem să le facem voluntar.

Sonja Liubomirsky, profesoară de psihologie la Universitatea din California, premiată pentru studiile ei asupra fericirii, a alcătuit lista cu lucruri pe care ea și ceilalți psihologi pozitiviști le-au evidențiat ca fiind caracteristici comune ale celor mai fericiți participanți la studiu.

- au o viață plină, activă din punct de vedere social și își petrec timpul implicându-se în viața prietenilor și a familiei;
- sunt recunoscători pentru ceea ce au și declară deschis acest lucru;
- sunt generoși, altruști și solidari;
- au o perspectivă pozitivă;
- se bucură de fiecare clipă și savurează plăcerile vieții;
- fac sport măcar o dată pe săptămână, adesea zilnic;
- își urmăresc cu perseverență obiectivele și aspirațiile;
- au puterea și abilitatea de a face față dificultăților, tragediilor și adversităților.

Bunăstarea psihologică nu este fericire, dar fericirea este miezul ei. Fericirea, bucuria, mulțumirea, împlinirea, sunt doar câteva feluri de a descrie emoția pozitivă, iar aceasta este un indiciu că totul este bine, în timp ce tristețea, suferința, supărarea sau frica sunt emoții negative, indică contrariul.



Referate

Cel mai cunoscut psiholog care a trecut în revistă aceste nevoi este Abraham Maslow. Lista nevoilor întocmită de acesta este un model devenit clasic, dar ea a fost completată și refăcută relativ recent (Koltko-Rivera, 2006), fiindcă viața este mai mult decât o satisfacere a nevoilor. Oamenii cu adevărat fericiți își petrec o mare parte din timp fiind generoși. De fapt, Maslow a adăugat o a șasea categorie de nevoi, pe cea a transcendenței sinelui, adică nevoia de a fi altruist, generos și de a acționa cu empatie, ca necesitate pentru prosperitatea umană – nevoia oamenilor de a privi în afara lor, către alții.

Bibliografie selectiva:

1. Ovidiu Balaban Popa, *Suicidul la adolescent, artic in Sfatul Medicului.ro*, 2024
2. *Journal of Experimental Psychology: Vol. 146, No. 10, 1448-1459*
3. Zhang D. et al., *Meaning and its association with happiness, health and healthcare utilization: A cross-sectional study, Journal of Affective Disorders, 227:795-802.*
4. 2017
5. Ho M.Y., Cheung F.M., Cheung S.F. *The role of meaning in life and optimism in promoting well-being, Personality and Individual Differences 48: 658-663, 2010*
6. Seligman Martin, *Flourish A New Understanding of Happiness and Well-Being - and how to Achieve Them*, Ed. Carturesti, 2011
7. Brett Q Ford , Amanda J Shallcross , Iris B Mauss , Victoria A Floerke , June Gruber . *Desperately seeking happiness: valuing happiness is associated with symptoms and diagnosis of depression J Soc Clin Psychol. 2014*

Grup BALINT



„RITMUL VINDECĂRII: TERAPIA PRIN DANS ÎN REDUCEREA STRESULUI”

■ Liliana Scarlat, psiholog clinician, pedagog de coregrafie, coregraf, terapeut prin dans și mișcare, Chișinău

Rezumat: Terapia prin dans și mișcare (TDM) este o formă de psihoterapie ce valorifică conexiunea profundă dintre minte și corp, cu rădăcini în ritualuri arhaice de vindecare. Prin TDM, participanții exprimă și eliberează tensiunea emoțională și fizică, găsind un echilibru între gânduri, emoții și acțiuni. Aceasta presupune tehnici precum „embodiment” (încorporare) și exerciții de echilibru, care întăresc conștientizarea de sine și reduc anxietatea. Dansul terapeutic combină ritmul muzicii, care facilitează sincronizarea și conectarea între minte și corp, cu o exprimare liberă a mișcărilor, eliminând rigiditatea coregrafică și estetica specifică dansului. Respirația conștientă și explorarea spațiului personal contribuie la ancorarea în prezent și gestionarea stresului. În mod specific, dansul stimulează eliberarea endorfinelor și reducerea tensiunii musculare, oferind o cale sigură pentru exprimarea furiei sau a frustrării acumulate. Practica TDM este susținută de cercetări privind beneficiile neuro-plasticității și îmbunătățirea funcțiilor cognitive prin mișcare. Aceasta nu doar că ajută la reducerea stresului și a epuizării profesionale, dar poate fi utilizată ca intervenție de sănătate mentală în organizații, sprijinind dezvoltarea unui climat de lucru pozitiv și gestionarea emoțiilor.

Abstract: Dance and Movement Therapy (DMT) is a form of psychotherapy that leverages the deep connection between mind and body, with roots in ancient healing rituals. Through DMT, participants express and release emotional and physical tension, finding balance between thoughts, emotions, and actions. Techniques like „embodiment” and balance exercises enhance self-awareness and reduce anxiety. Therapeutic dance combines the rhythm of music, which facilitates synchronization and mind-body connection, with free movement expression, eliminating the rigid choreography and aesthetics specific to traditional dance. Conscious breathing and exploration of personal space help ground individuals in the present and manage stress. Specifically, dance stimulates the release of endorphins and reduces muscular tension, providing a safe way to express repressed anger or frustration. DMT practice is supported by research on the neuroplastic benefits and cognitive improvements through movement. It not only helps to reduce stress and prevent professional burnout but can also be used as a mental health intervention within organizations, fostering a positive work climate and supporting emotional regulation

Terapia prin dans și mișcare este o metodă de psihoterapie care se bazează pe ideea că psihicul și corpul uman sunt interconectate și se influențează reciproc în mod constant.

Încă din vremurile arhaice, dansul a fost un atribut indispensabil al ritualurilor și practicilor de vindecare, îndeplinind mai multe funcții sociale și psihologice importante:

- De identificare - dansul ca modalitate de exprimare a apartenenței;
- Sacră (rituală);
- Expresivă;
- Comunicativă;
- Cathartică – o modalitate de descărcare a tensiunii emoționale și fizice.

Deși mișcarea și dansul au fost utilizate în scopuri terapeutice încă din antichitate, dezvoltarea TDM ca domeniu distinct în psihoterapie s-a concretizat abia în secolul XX.

Peter Levine descriind procesul transformării somatice menționează: „Experiența somatică ajută la crearea unor stări fiziologice, senzoriale și afective care le transformă pe cele de frică și neputință, accesând diferite reacții instinctuale prin conștientizarea senzațiilor corpului fizic” [1].

Specialiștii ce studiază dansul specifică faptul că dansul nu poate exista în absența corpului: nici mintea, nici spiritul, nici cuvintele, și nici măcar corpul în sine, care se mișcă și dansează. Această incorporare este vehiculul și instrumentul pentru a simți, a observa, a răspunde, a interacționa și în a vindeca [2]. Noțiunea de „embodiment” în TDM se referă



Referate

la procesul de a trăi și de a fi conștient și prezent în propriul corp. Prin embodiment, se urmărește integrarea emoțiilor, a gândurilor și a experiențelor trăite în corp, pentru a promova sănătatea mentală și emoțională.

Cercetând impactul dansului asupra psihicului, Graciova scrie: *“Înnoirea plasticității corpului extinde paleta reacțiilor individului. Prin efectuarea unor mișcări neobișnuite corpului nostru, trimitem sistemului nervos impulsuri noi, deblocând constrângerile interioare. Atunci simțiți o mai mare libertate, vă deblocați psiho-emoțional și apare un sentiment de bucurie. Lucrând cu corpul, putem iniția procesul de schimbare internă”* [3]

În timp ce în pedagogia dansului se concentrează pe corectitudinea coregrafică și forma estetică a exprimării în dans, în terapie de dans și mișcare aceste aspecte nu au importanță, esențială fiind exprimarea emoțiilor, sentimentelor prin mișcare corporală, iar metodele terapiei sunt concepute pentru a crea condițiile în care o persoană poate să-și trăiască experiența, să înțeleagă interconexiunea dintre mentalul, emoționalul și fizic, îmbunătățind propria existență.

Principiile TDM sunt:

- *Principiul interacțiunii.* Corpul, Minte și Sufletul sunt entități indivizibile care interacționează constant;
- *Principiul comunicării.* Dansul este un mod de comunicare la trei niveluri: cu sine, cu alți oameni și cu mediul înconjurător;
- *Principiul unității și interinfluențării.* Gândurile, emoțiile și comportamentul formează un sistem unitar, iar schimbările într-o sferă pot influența celelalte două;
- *Principiul dezvoltării și schimbării.* Corpul este privit ca un proces în evoluție.

Când vorbim despre stres, nu putem să nu ne amintim de homeostazie. Cannon scria: *“Condițiile constante care sunt menținute în corp ar putea fi numite “echilibru”* [4]. Noțiunea de Echilibru este una centrală în practica dansului terapeutic. Capacitatea de a percepe echilibrul ajută la combaterea efectelor gravitației și la conștientizarea corpului în spațiu.

A. Girshon scrie: *“În corp permanent există un „dans” - mișcări involuntare menite să mențină echilibrul, ritmul respirației, contracțiile și relaxările musculare. O atenție activă și receptivă descoperă în această diversitate cel mai captivant, cel mai surprinzător impuls, transformându-l în mișcare”* [5].

Prin integrarea conceptelor de „echilibru” și „grounding” (conectare emoțională cu pământul), creează un cadru ce promovează stabilitatea, conștientizarea corpului în timp și spațiu, și ancorarea în prezent, „aici și acum”, reflectând astfel starea de echilibru interior. Studiile realizate de cercetătorii chinezi evidențiază o legătură strânsă între echilibru și funcția cognitivă. Menținerea unui echilibru adecvat solicită creierul, activând conexiunile neuronale și încurajând vigilența mentală, iar practicarea regulată a echilibrului contribuie la îmbunătățirea abilităților cognitive și la reducerea riscului de declin cognitiv. Totodată, ancorarea la momentul prezent, datorită conștientizării propriului corp în spațiu, diminuează semnificativ anxietatea.

Concentrarea pe respirație favorizează conectarea cu sinele interior și conștientizarea corpului, reducând tensiunea emoțională și fizică. Respirația în TDM este considerată un instrument de ancorare în prezent, contribuind la reducerea anxietății și a stresului acumulat. Printr-o respirație controlată și conștientă, participanții își dezvoltă abilități de relaxare și gestionare a emoțiilor, facilitând astfel procesul terapeutic.

Conceptul de „spațiu” abordat în cadrul TDM devine terapeutic prin modul în care este explorat și integrat în procesul terapeutic. Exercițiile care implică întinderi în spațiu presupun extinderea zonei percepute ca fiind zona personală a individului, diminuând nivelul de presiune sau tensiune, asociate adesea stărilor psiho-emoționale a unei persoane aflate în stres.

Concentrarea atenției pe mișcare și senzațiile propriului corp în timp și spațiu valorifică conexiunea dintre minte și corp, promovând conștientizarea de sine și reducând anxietatea. În acest proces dansul devine o metaforă, iar mișcarea fizică prinde forme expresive, devenind creativă datorită ritmului și muzicii care o însoțesc, condiții ce stimulează eliberarea endorfinelor și a altor substanțe chimice în organism asociate cu starea de bine.

Muzica din cadrul TDM cuprinde o diversitate ritmică, iar ritmicitatea sa are un efect terapeutic profund. Ritmul prevede ordinea și continuitatea și poate crea un cadru stabil și previzibil, facilitând conexiunea între minte și corp și contribuind la integrarea experiențelor și la dezvoltarea conștientizării de sine. De asemenea, ritmul, sincronizarea și colaborarea membrilor din grup în cadrul anumitor practici din TDM, datorită naturii lor dinamice, sporesc simțul de unicitate, putere și curaj al participanților, reducând anxietatea și consolidând încrederea în sine.

Valorificând sensul și puterea ritmului, Bassel van der Kolk susține că muzica unește oamenii care ar putea fi



speriați, dacă ar fi separați, însă, împreună aceștia devin apărători hotărâți ai drepturilor lor și ale altora. Cuvintele, dansurile, marșurile sunt modalități tipice care au capacitatea de a insufla omului speranță și curaj [6].

Bazându-se pe expresivitate și introspecție, TDM a integrat și anumite aspecte ale artei actoricești. Mihail Cehov, elevul lui Stanislavski, actor, pedagog teatral și regizor, a introdus noțiunea de *“gestul psihologic”*, susținând că energia provine din interior, iar un gest puternic, expresiv, bine conturat, poate trezi în interiorul omului o emoție sau o dorință corespunzătoare [7]. Astfel, fiind o sursă de energie pozitivă și de susținere pentru schimbare dansul poate deveni o resursă, efectul terapeutic al căruia constă în inițierea schimbării într-o anumită stare, deoarece însuși transformarea este esența dansului. Cercetătorul Andre Lepecki atribuie dansului două calități specifice – efemeritate și corporalitate. Vorbind despre efemeritate, autorul se referă la faptul că mișcarea, dansul există în spațiu doar în momentul prezent, aici și acum, fără ca să lase urme sau obiecte după el. Ne putem conecta la el, îl putem vedea sau trăi doar pe parcursul desfășurării sale, interpretându-l sau admirându-l. *“CorpoRealitatea”* inevitabilă a dansului (autorul folosește anume acest termen pentru a evidenția trăirea corporală în momentul prezent, în realitate, aici și acum) demonstrează constant atât dansatorilor, cât și publicului posibilitatea de refigurare subiectivă a contextului, a trăirilor prin încorporare, dez-încorporare și reîncorporare [8].

Impactul TDM asupra neuro-plasticității și funcționării creierului este benefic, iar practicile regulate de dans și mișcare ar putea contribui la îmbunătățirea funcțiilor cognitive. Exercițiile de dans și mișcare pot îmbunătăți coordonarea și flexibilitatea corpului, contribuind la menținerea sănătății și mobilității, precum și la menținerea echilibrului psiho-emoțional al persoanei, iar influența muzicii asupra psihicului, reprezintă o resursă valoroasă în diminuarea nivelului de stres și anxietate, contribuind la relaxare și eliberarea tensiunilor acumulate.

Printre activitățile care au fost susținute în mod constant de cercetarea științifică ca fiind eficiente în reducerea simptomelor de epuizare profesională și care au fost stipulate de către Maslach se află: îngrijirea sănătății și fitnessul, tehnici de relaxare, introspecție, autocunoaștere [9]. Sarcini excesive, recunoașterea insuficientă, conflicte personale, toate acestea sunt surse de stres ocupațional care pot genera furie. Dansul și mișcarea sunt metode excelente pentru exprimarea furiei, care canalizează energia într-un

mod productiv, nejudicat prin intermediul exprimării creative sigure. Componenta meditativă a terapiei prin dans și mișcare, favorizând trăirea momentului prezent, diminuează intensitatea furiei, iar exercițiile speciale au menirea și capacitatea de descărcare a furiei acumulate la nivel de corp, oferind astfel acestei energii un tratament și o eliberare adecvată.

Terapia prin dans și mișcare oferă un cadru terapeutic sigur și creativ pentru exprimarea și gestionarea emoțiilor, având un impact pozitiv asupra stării mentale și emoționale a omului. Prin intermediul mișcării artistice și a expresiei nonverbale, TDM facilitează conexiunea dintre corp și minte, promovând vindecarea psihică și integrarea într-un mod holistic. Considerăm că intervențiile la nivel organizațional, precum programele de promovare a sănătății mentale la locul de muncă și crearea unui climat de lucru pozitiv, pot contribui la reducerea incidenței epuizării profesionale și a stresului cronic, inclusiv prin introducerea ședințelor de terapie prin dans și mișcare.

Bibliografie

1. Levine P. *Într-o voce nerostită. Deblocarea traumelor și restabilirea stării de bine*. București: Pagina de Psihologie, 2022, pp. 33-39.
2. Wengrower H., Chaiklin Sh., *Dance and Creativity within Dance Movement Therapy. International Perspectives*, Routledge, 2021.
3. Грачева В, *Тело – зеркало нашей жизни. Телесно-ориентированный тренинг*. СПб.: Речь, 2011, p. 5.
4. Cannon W. *The Wisdom of the Body*. New York: W. W. Norton Co., 1932, p. 24.
5. Гиришон А. Е. *Истории, рассказанные телом. Практика аутентичного движения*. СПб.: Речь, 2010, p. 50.
6. Бессел ван дер Колк. *Тело помнит все – какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть*. Москва: Бомбора, 2023.
7. *Studiul artelor și culturologie: istorie, teorie, practică 2021* Adresa URL: https://revista.amtap.md/wpcontent/files/mf/162219649824.Catereva_Tehnicileactoricestivevectorul.pdf.
8. Lepecki A. *Dance*. London: Whitechapel Gallery, 2012, p.15.
9. Maslach, C. *Finding solutions to the problem of burnout. Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. Adresa URL: <https://psycnet.apa.org/record/2017-23694-007>.



“O CHESTIUNE DE VIAȚĂ ȘI DE MOARTE” – CUM ALEGEM CEEA CE SPUNEM ÎNTR-UN GRUP BALINT?

■ Dr. Livanov Maria, București

“O chestiune de viață și de moarte” rămâne una dintre cărțile care m-au atins profund și care, la trei ani de la prima citire, continuă să mă învețe multe lucruri despre viață.

„when one is numb from grief, sex helps one feel something.”

Unul dintre multele lucrurile pe care le-am învățat citind această carte a fost că doliul poate crește dorința sexuală. Această idee, pe care am exprimat-o în cadrul unui grup Balint, m-a stimulat ulterior să mă întreb: cum alegem ceea ce spunem într-un grup Balint?

În cadrul grupului Balint la care fac referire a fost prezentat cazul unui tânăr care, părăsit de partenera cu care avea o relație de lungă durată, a început o relație în care sexualitatea ocupa locul central. Deși sursa unei mari suferințe, el a rămas fidel acestei relații în favoarea căreia a refuzat perspectiva unei alte legături romantice.

“Câtă dezamăgire și furie și umilire trebuie să fi simțit acest tânăr când a fost părăsit! Câtă tensiune sexuală între el și noua parteneră! Câtă dorință sexuală ce se cerea satisfăcută!” Meditam asupra acestor trăiri în etapa de fanstasmare a grupului Balint când un gând a apărut pe neașteptate în mintea mea: “doliul poate crește dorința sexuală” și totul a căpătat dintr-odată sens.

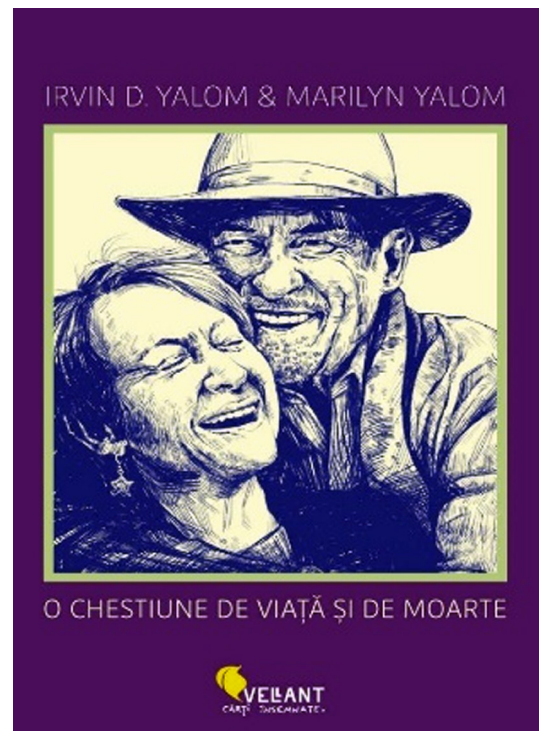
Totuși nu puteam încă să vorbesc. Căci dacă mă refeream doar la emoțiile trezite în mine de ascultarea cazului prezentat simțeam că nu reușeam să surprind întreaga complexitate a situației. Iar dacă făceam referire la cartea scrisă de soții Yalom simțeam că intervenția mea ar fi părut didactică. După o îndelungă dezbateră interioară am ridicat mâna. Când mi-a venit rândul am vorbit despre emoții și despre relația dintre doliu și sexualitate. Am precizat că am întâlnit această temă prezentată într-o carte, fără a oferi însă mai multe detalii despre lucrarea respectivă.

Ulterior grupului Balint am fost cu toții invitați să ne gândim cât din intervențiile noastre au avut un rol didactic. Această întrebare mi-a adus în față propria intervenție. Puteam spune cu siguranță că nu am urmărit să învăț pe cineva ceva. Dar nu puteam spune de ce am simțit nevoia

să aduc în discuție relația dintre doliu și sexualitate și, mai ales, de ce am simțit nevoia să precizez că am întâlnit acest subiect tratat într-o carte?

Felul în care dialogul dintre noi s-a dezvoltat pornind de la întrebarea care ne-a fost adresată m-a ajutat să realizez importanța contextului istoric, social, familial și profesional în care fiecare dintre noi a trăit. O realitate istorică și socială nefavorabilă și-a pus puternic amprenta asupra felului în care trăim sexualitatea și asupra felului în care vorbim despre ea. Iar această influență nu a putut fi decât parțial îndepărtată de climatul familial sau profesional prielnic discuțiilor despre sexualitate. Pare că încă încercăm să găsim drumul spre recunoașterea sexualității ca parte importantă a vieții noastre.

Căsătorii aranjate, abuzuri conjugale tolerate pentru că “locul unei femei e lângă soțul ei, nu poți să divorțezi”, sexu-





alitatea văzută ca având dreptul să fie trăită doar în cadrul instituției căsătoriei, curajul de a-ți trăi liber sexualitatea etichetat ca promiscuitate, avorturile interzise legal dar desfășurate clandestin, discuțiile despre sexualitate văzute ca având potențialul de a perveti mințile și sufletele copiilor, intoleranța față de cei diferiți. Toate au făcut sau fac parte din realitatea înconjurătoare.

Într-un astfel de context istoric și social, sexualitatea poate părea un subiect periculos de atins în afara grupului de prieteni sau în afara unui context profesional clar favorabil. În aceste condiții trimiterea la literatura care abordează tematica sexualității poate fi resimțită ca un sprijin: iată, și alții au vorbit despre asta, e în regulă să

vorbim și noi despre asta. *“Nu suntem niște dezmățați dacă facem asta”* ar trebui, poate, să le strigăm vocilor din trecut care ne urmăresc.

Închei prin a menționa că acest grup Balint s-a desfășurat într-una dintre locațiile unei asociații caritabile a Bisericii Catolice, într-o cameră pe ai cărei pereți erau scene cu patimile lui Isus Hristos. Niciun moment nu am simțit presiune din cauza acestui lucru. Poate pentru că, mai presus de orice altceva, Isus ne-a transmis lecția iubirii. Iubire care, așa cum grupul a concluzionat la finalul etapei de fantasmare, pentru noi oamenii obișnuiți înseamnă îmbinarea armonioasă a pasiunii și romantismului.

CONGRESUL IBF 2024 – INFORMAȚII ȘI IMPRESII PERSONALE

■ Psih. Ilona Görög Ph.D.



Anul acesta, în perioada 9-13 septembrie s-a desfășurat Congresul Federației Internaționale Balint (IBF) organizat împreună cu Asociația Balint din America (ABS) în localitatea Boulder, Statul Colorado situată în coasta de vest a SUA. Cel de al 23-lea Congres al Federației Balint a fost primul eveniment hibrid. Programul virtual

al congresului a permis participarea unui număr mare de balintieni din cele 28 de țări membre. Participanții au fost repartizați în trei zone de orar: America de Sud și Est, Europa și Estul Mijlociu și Australia/Noua Zeelandă și Asia.

Pe lângă experiența bogată profesională, diversă, multiculturală, multidisciplinară, împărtășită de contributorii la program, a fost un prilej de a cunoaște balintieni din țări îndepărtate precum și din domenii noi în care a pătruns filosofia și metoda Balint. Am auzit pentru prima oară, de exemplu, despre grupul Balint al medicilor veterinari sau al preoților.

Cei care ne-am înscris la întregul program - Ioana Georgescu, Ramona Lupescu și cu mine, am putut urmări toate secvențele transmise direct și/sau înregistrarea acestora, și am luat parte la grupul mic Balint al regiunii în care am fost incluși Australia/Noua Zeelandă și Asia. Fiecare grup mic a avut 4 întâlniri. Modul inovativ în care au structurat cei doi lideri timpul în grupul nostru, Prue Bonifant și Nish Jayarajan, - 5 minute pentru expunerea cazului, 30-35 de minute discutarea, 5 minute reflecții, a făcut posibilă discutarea a două cazuri la fiecare întâlnire. Argumentul principal pentru scurtarea timpului tradițional a fost ca fiecare dintre cei 8 participanți să poată aduce un caz. Liderii grupului au exprimat și opinia că acest mod de abordare, prin suprimarea fazei de întrebări, este mai adecvată ritmului actual, motivează referentul să expună informațiile pe care le consideră relevante, respectiv focusează mai mult atenția grupului pe perspectiva și nevoile referentului.

Titlul *“Cultivarea înțelegerii și compasiunii prin Balint”* (*“Cultivating Understanding and Compassion Through Balint,”*) a pus amprenta pe atmosfera acestui eveniment excepțional. Mesajul a fost întărit și de imaginea simbolică



Referate

aleasă: mesteceni, "copacii care șușotes" ("whispering trees"). Împărtășirile de pe parcursul întâlnirilor în grup mare, la prelegeri, în timpul programului social și la momentul de încheiere, au evidențiat aprecierea apartenenței la comunitate balintiană: "Balint este un loc sigur, unde ne simțim printre prieteni, ne regăsim energia", "Balint – familie sub-

stitut", "Balint este o oază într-o lume care a luat-o razna". Mesaje pe care dorim să transmitem, să le cultivăm și noi în asociația noastră.

Mulțumiri organizatorilor, recunoștință tuturor pentru contribuțiile valoroase la acest eveniment și, nu în ultimul rând, mulțumiri pentru sprijinul acordat de ABR.

IMPRESII DE LA CEL DE-AL 23-LEA CONGRES INTERNAȚIONAL BALINT

■ Dr. Livanov Maria, București.

În perioada 9-13 septembrie 2024 s-a desfășurat al 23-lea Congres Internațional Balint cu participare atât fizică în Boulder, Colorado, cât și online. Participanții online au putut opta pentru audierea lucrărilor sau pentru audierea lucrărilor și participarea la grupuri Balint. Eu am ales prima variantă.

Încep prin a spune că am apreciat faptul că organizatorii au încercat să stabilească o legătură între prezent și trecut prin prisma locului în care s-a desfășurat congresul. Ei au avut printre invitați nativi americani care au vorbit despre istoria locului, limba și tradițiile lor și au prezentat câteva momente artistice tradiționale.

Mi-a plăcut felul în care organizatorii au stimulat stabilirea unui prim contact între cei prezenți rugându-i să se ridice în picioare atunci când aveau rostit numele țării din care proveneau.

Lucrările prezentate au aparținut atât unor persoane cu o bogată experiență de grup Balint cât și unor colegi mai tineri. Fiecare lucrare a fost tratată cu respect și a stimulat schimburi valoroase de idei între cei prezenți în sală.

Unele dintre lucrările prezentate au avut un impact emoțional puternic asupra mea.

Andrew Leggett (Australia) a prezentat lucrarea *May We Speak of the Dead?* El a povestit, cu evidentă emoție, despre momentul în care, din postura de leader de grup Balint, a acceptat ca grupul pe care îl conducea să lucreze asupra unui caz în care pacientul a murit. Acesta a fost, pentru el, un moment de abatere de la învățăturile școlii în care s-a format. Timpul care a trecut nu a reușit să îi înlăture sen-

timentul de vinovăție și întrebarea dacă a procedat corect sau nu. Cei din sală s-au implicat într-un dialog autentic și viu, oferindu-i prezentatorului întreaga lor susținere.

Shai Krontaj și Daniella Cohen (Israel) au prezentat lucrarea *Balint Work in Times of National Trauma: Caring for Oneself in Order to Care for Another*. Ei au prezentat un grup Balint online care a avut loc după începerea războiului din Israel. Ei au vorbit despre cum a fost nevoie ca participanților să li se ofere timp și spațiu să vorbească despre propriile experiențe dureroase legate de izbucnirea războiului. Abia apoi ei au putut să își îndrepte atenția spre lucrul asupra unui caz. Această lucrare a adus în atenția noastră efectele traumatice ale războiului și fragilitatea condiției umane. Ea a fost urmată de un moment de reculegere în memoria victimelor războiului din Israel.

Shana O'Marra și Jillian Romm (SUA) cu lucrarea *You Can Teach an Old Dog New Tricks: Balint in the Veterinary World* și Veerle Van Geenhoven (Germania) cu lucrarea *All Creatures Great and Small: Cultivating Understanding of Human-Animal Relationships in Balint Work* au adus în atenția celor prezenți experiența în grupurile Balint adresate medicilor veterinari. Ele ne-au lăsat să pătrundem în complexitatea relațiilor care se stabilesc între animale, stăpânii lor și medicii veterinari la care aceștia apelează în situații de criză. A fost o perspectivă care, prin noutatea ei pentru mine, m-a stimulat să mă gândesc la modul în care grupurile Balint pot răspunde nevoilor unor variate categorii profesionale.



Privind în urmă pot spune că fiecare lucrare prezentată m-a stimulat să îmi pun întrebări, și, că din fiecare am avut câte ceva de învățat. Îmi rămân în amintire, pentru a numi doar câteva dintre ele, discuțiile despre impactul orientării religioase asupra lucrului în grup, despre cum alegem momentele în care să intervenim atunci când suntem în postura de lider sau de colider de grup Balint, despre beneficiile

sau dezavantajele existenței unei selecții a participanților la un grup Balint.

Oricine este curios să parcurgă lucrările celui de-al 23-lea Congres al Federației Internaționale Balint (Proceedings of the 23rd International Balint Congress) o poate face achiziționându-le de pe site-ul www.amazon.com.

La cât mai multe astfel de evenimente Balint!



ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI

- **27-29 septembrie, 2024:** a XXXII-a Conferință Națională Balint și etapa IV a Cursului pentru liderii de grup Balint, Șumuleu-Ciuc
- **Grupuri Balint on-line**, în prima zi de miercuri a lunilor
- **Grupuri Balint periodice** la Constanța conduse sau supervizate de Váradi István

PLANURI DE VIITOR

- **23-25 mai 2025:** Weekend Național de vară (locația se va decide)
- **26-28 septembrie, 2025:** a XXXIII-a Conferință Națională Balint, Constanța
- **Noiembrie 2025:** Curs pentru liderii de grup Balint (data și locația se va decide mai târziu)

Béni Ferenc.



INDEX: ISSN - 1454-6051

