

Iunie 2010



# Buletinul Asociației Balint

Periodic trimestrial. Volumul XII. Nr. 46.

ABORDAREA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ  
A SINDROMULUI DISPEPTIC FUNCȚIONAL

*Omer Ioana*

MOTIVATIONAL INTERVIEW (MI) – A NEW METHOD TO  
APPROACH THE AMBIVALENT PATIENT IN PRIMARY CARE

*Adrian Nicolau*

STRATEGII DE COMUNICARE ÎN RELAȚIA MEDIC-PACIENT

*György Gáspár, Iuliana Eparu*

REFLECTIONS FROM THE BATTLEFIELD -  
FROM MISSION IMPOSSIBLE TO POSSIBLE

*E. L. Ryding, & H. Jablonski*



Iunie, 2010,  
Volumul XII, Nr. 46

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, coperta:**  
Botond Miklós FORRÓ

**Editat de** Asociația  
Balint din România

**Tipărit la** Tipografia  
Alutus, Miercurea-Ciuc

**Adresa redacției:**  
530.111 - MIERCUREA CIUC,  
str. Gábor Áron 10,  
tel./fax 0266-371.136;  
0744-812.900

**E-mail:**  
albert.veress@yahoo.com  
alveress@clicknet.ro

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

## CUPRINS

<b>ABORDAREA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ A SINDROMULUI DISPEPTIC FUNCȚIONAL - PREZENTARE DE CAZ</b>	<b>3</b>
- PSIHOLOG OMER IOANA	
<b>MOTIVATIONAL INTERVIEW (MI) – A NEW METHOD TO APPROACH THE AMBIVALENT PATIENT IN PRIMARY CARE</b>	<b>5</b>
- ADRIAN NICOLAU	
<b>THE IMPORTANCE OF THE BODY IN BALINT WORK BALINT PSYCHODRAMA</b>	<b>7</b>
- J.-P. BACHMANN	
<b>MEDICAL STUDENTS' BALINT GROUPS IN FORMING PROFESSIONAL IDENTITY AND WELL-BEING AT WORK</b>	<b>10</b>
- KRISTINA TOIVOLA	
<b>STRATEGII DE COMUNICARE ÎN RELAȚIA MEDIC-PACIENT</b>	<b>12</b>
- PSIH. GYÖRGY GÁSPÁR, DR. IULIANA EPARU	
<b>REFLECTIONS FROM THE BATTLEFIELD - FROM MISSION IMPOSSIBLE TO POSSIBLE</b>	<b>19</b>
- E. L. RYDING, & H. JABLONSKI	
<b>DESCRIEREA MUNCII UNUI GRUP BALINT DIN 9 MAI 2010, DESFĂȘURAT ÎN CADRUL WEEKEND-ULUI NAȚIONAL DE VARĂ DIN OCNA ȘUGATAG</b>	<b>25</b>
- DR. BAKA TÜNDE	
<b>POVESTEA UNEI GĂRZI DE DUMINICĂ</b>	<b>26</b>
- VAJDA-HEGYI CSILLA	
<b>ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI</b>	<b>28</b>
- ALBERT VERESS	

Manuscrisele sunt lecturate de un comitet de referenți, care primește manuscritele cu parolă, fără să cunoască numele autorilor și propune eventualele modificări care sunt apoi transmise autorului prin intermediul redacției. Decizia lor este necontestabilă. Toate drepturile de multiplicare sau reeditare, chiar și numai a unor părți din materiale aparțin Asociației Balint.

Plata abonamentului și a cotizației se face în cont CEC Miercurea Ciuc, nr. RO-26CECEHR0143RON0029733, titular Asociația Balint, cod fiscal: 5023579 (virament) sau 25.11.01.03.19.19 (depunere în numerar)

Prețul unui număr la vânzare liberă este de 2 EURO/număr la cursul BNR din ziua respectivă. Abonamentele pentru țările occidentale costă 50 EURO/an, incluzând taxele poștale și comisionul de ridicare a sumei din bancă.

INDEX: ISSN - 1454-6051

**Adresa de internet:** <http://www.balint.xhost.ro>



## 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, ne-religioasă, inter-universitară, multi-disciplinară, de formație polivalentă.

**Obiective:** Formarea psihologică

continuă a participanților. Încercarea de a îmbunătăți prin cuvânt calitatea relației terapeutice medic-pacient și a comunicării dintre membrii diferitelor categorii profesionale. Rol de "punte" între etnii, confesiuni, categorii sociale, regiuni, țări.

### Activitatea Asociației:

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

**Cotizația** se achită până la **31 martie a.c.** Cvantumul ei se hotărăște anual de către Biroul Asociației. În cazul când ambii soți dintr-o familie sunt membrii Asociației, unul din ei poate cere scutirea de la plata abonamentului la Buletinul Asociației, al cărui cost

se stabilește anual. Cei care nu achită cotizația până la data de 31 martie a anului în curs nu vor mai primi Buletinul din luna iunie, iar cei care nu vor plăti cotizația nici până la data de 31 martie a anului următor vor fi penalizați cu o majorare de 50%!!! Cei cu o restanță de doi ani vor fi excluși disciplinar din Asociație.

Studentii și pensionarii sunt scutiți de plata cotizației, fiind necesară doar abonarea la Buletinul Asociației. **Cotizația** pentru anul 2010 este de **20 EURO** (la cursul oficial BNR din ziua în care se face plata), în care se include și abonamentul la Buletin. **Taxa** de înscriere în Asociație este de **20 EURO** (nu se face reducere nici unei categorii socio-profesionale).

Abonamentul costă **6 EURO**.

### BIROUL ASOCIAȚIEI:

Președinte: Tünde BAKA – tunde13@freemail.hu

Vicepreședinte: István VÁRADI – istvanvaradi@inbox.com

Secretar: Csilla HEGYI – cs\_hegyi@yahoo.com

Trezorier: Albert VERESS – alveress@clicknet.ro

Membri: Rita-Lenke FERENCZ, Holger Ortwin LUX, Attila MUNZLINGER,

Ovidiu POPA-VELEA, Éva VERESS.

## CĂTRE AUTORI

Se primesc articole cu tematică legată de activitatea grupurilor Balint din România și din străinătate, de orice fel de terapie de grup, de psihoterapie, de psihologie aplicată și de alte abordări de ordin psihologic al relației medic - pacient (medicină socială, responsabilitate medicală, bioetică, psihosomatică, tanatologie). Materialele scrise la solicitarea redacției vor fi remunerate. Buletinul este creditat de către CMR ca prestator de EMC, deci orice articol publicat se creditează cu 25 de credite EMC. Abonamentul la Buletin se creditează cu 5 credite. Redactorul șef și / sau lectorul au dreptul de a face convenitele corecturi de formă, iar în cazul neconcordanțelor de fond vor retrimite articolele autorilor cu sugestiile pentru corectare.

Deoarece revista se difuzează și în alte țări, articolele care nu se limitează doar la descrierea evenimentelor balintiene, trebuie să aibă un rezumat în limba română și engleză, de maximum 10 rânduri dactilografiate. Lectorul își impune responsabilitatea de a face la nevoie corectura rezumatului

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

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

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

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

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



# ABORDAREA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ A SINDROMULUI DISPEPTIC FUNCȚIONAL - PREZENTARE DE CAZ

- Psiholog Omer Ioana, București



**Abstract:** *The functional dyspeptic syndromes are included among the psychosomatic diseases because the medical procedures cannot find any organic etiology. The treatment can be pharmacological, with psychotherapy or without drugs. The case presented demonstrates the efficiency of behavior cognitive*

*therapy in the treatment of this syndrome.*

**Key words:** *dyspeptic syndromes, treatment, behavior cognitive therapy*

«Medicina psihosomatică este o ramură interdisciplinară a medicinei care studiază patologia psihosomatică. Complexitatea ei constă în faptul că pune în centrul atenției interacțiunea dintre minte, spirit și corp, dintre boală și comportament individual pentru promovarea stării de bine a individului și pentru diagnosticarea și tratarea unor situații clinice complexe» (1).

O altă definiție a medicinei psihosomatice arată că ea desemnează un sistem al medicinei care evidențiază rolul factorilor psihologici și fiziologici în studierea cauzelor și tratamentul tulburărilor psihosomatice (2).

Bolile digestive se clasifică în boli organice la care se evidențiază cauze de natură organică și tulburări funcționale la care nu se evidențiază modificări organice, sau biochimice care să explice etiologia lor. La pacienții cu tulburări funcționale digestive care sunt de fapt boli psihosomatice, suferința cronică determină tulburări de personalitate și scăderea calității vieții (3).

Tulburările funcționale digestive cele mai frecvent întâlnite sunt: dispepsia funcțională și intestinul iritabil.

Conform modelului biopsihosocial tulburările de personalitate, factorii genetici, ambientali, și educaționali pot determina unele modificări funcționale de sensibilitate, secreție, motilitate la nivelul tubului digestiv (3). Stresul și emoțiile negative influențează activitatea mai tuturor organelor, inclusiv a celor digestive, care sunt foarte receptive la stres. Întrucât stresul poate modifica secreția, motilitatea digestivă și aportul sanguin, factorii emoționali pot interveni deci în apariția sindromului dispeptic. S-a observat că tentativa de a rezista, controla, suprima sau păstra mania, incapacitatea de rezolvare a conflictelor sau adoptarea unei atitudini combative în fața stresorilor cronici anunță tulburări de motilitate, precum evacuarea întârziată a stomacului. Ca urmare, factorii psihologici se pot corela cu tulburări de motilitate, de exemplu staza gastrică, deci cu simptome dispeptice consecutive (3,4). Unele cercetări au relevat corelații pozitive între trăsăturile de personalitate de tipul depresie, anxietate, isterie, somatizarea afectelor, ostilitate, sensibilitate interpersonală, dependență, mânie, negare, egocentrism și dispepsia funcțională (5).

Sindroamele dispeptice funcționale sunt acele sindroame dispeptice fără o cauză organică sau biochimică evidențiată prin mijloacele actuale de explorare existente în medicină. La acești bolnavi după prealabila explorare gastroenterologică (analize de sânge, examen radiologic, gastroscopie, ecografie de abdomen superior) nu se pun în evidență boli organice. Simptomele mai frecvent întâlnite sunt: durere abdominală sau disconfort, plenitudine postprandială (=senzație de plin după mese), balonări abdominale, eructații (=eliminări de gaze), sațietate precoce, anorexie, greață, vărsături, pirozis (arsuri), regurgitații (conținut gastric care revine în esofag și cavitatea bucală).

Tratamentul poate fi farmacologic (medicamente antiacide, antisecretorii, antispastice, antidepresive, anxiolitice, etc.) sau nemedicamentos: măsuri igienico-dietetice (scădere ponderală, renunțarea la fumat, mese mici și repetate, evitarea anumitor alimente cafea, ciocolată, grăsimi, etc.), psihoterapie (pentru combaterea proceselor psihice de acompaniament: anxietatea, depresia, etc). Cea mai eficientă dintre tehnicile psihoterapeutice s-a demonstrat a fi terapia cognitiv-comportamentală.

Am făcut această introducere asupra sindromului dispeptic funcțional, a modalităților de tratament al acestuia pentru a facilita înțelegerea cazului pe care îl voi prezenta în continuare.

Pacienta M.I. (34 de ani) s-a prezentat la psihoterapie întrucât tratamentele medicamentoase prescrise de medici

## ANUNȚURI IMPORTANTE

Asociația Balint are un site.

Adresa: <http://www.balint.xhost.ro>

Buletinul este cotate în COPERNICUS INTERNATIONAL  
Autorii sunt rugați să se conformeze regulilor de redactare a articolelor.



pentru tulburările sale digestive determinaseră doar ameliorări temporare ale simptomatologiei. Simptomatologia prezentată a fost: „nervi la stomac”, durere abdominală, plenitudine postprandială, balonări abdominale, eructații, sațietate precoce, greață, regurgitații. Investigațiile efectuate în mai multe clinici de gastroenterologie (ecografii, endoscopie, examen radiologic cu bariu, analize de sânge) nu au evidențiat prezența unei suferințe organice digestive. Tratamentele medicamentoase prescrise (antiacide: Maalox, Almagel; inhibitoare de pompă de protoni: Omeprazol, Pantoprazol; prokinetice: Motilium, Metoclopramid; absorbante de gaze: Espumisan) au dus la ameliorări temporare ale simptomatologiei digestive cu acutizări periodice, moment în care medicii i-au recomandat să încerce și o abordare psihoterapeutică ca tratament adjuvant alături de tratamentele farmacologice în speranța că aceasta ar putea să-i amelioreze starea depresivă instalată. Pacienta, de profesie ingineră, este căsătorită, fără copii. În paralel urmează o a doua facultate la care se află în ultimul an și pe care se teme că nu o mai poate termina din cauza problemelor de sănătate apărute. Lucrează împreună cu soțul în același birou, la același loc de muncă.

Prima consultație a evidențiat alături de simptomele digestive prezența unei tulburări depresive instalată progresiv odată cu constatarea că tratamentele prescrise sunt eficiente doar temporar și simptomatologia digestivă nu dispare. Simptomele depresive prezente au fost: tristețe, plâns facil, scăderea energiei, somn agitat, scăderea interesului pentru activități altădată plăcute, dificultăți de concentrare, amețeli, tulburări de memorie, scăderea libidoului, nervozitate. Ca urmare i s-a recomandat să consulte un psihiatru pentru precizare de diagnostic și tratament. În urma consultului i s-a recomandat câteva scheme de tratament în funcție de toleranța digestivă cu: Coaxil, Doxepin, Amitriptilină, Ciprallex și control periodic o dată / lună.

În cadrul ședințelor de psihoterapie pacientei i s-a explicat în ce constă terapia cognitiv-comportamentală care pornește de la premisa că tulburările emoționale nu sunt cauzate de evenimentele și situațiile în sine, ci de interpretările pe care oamenii le dau acestora. Problemele psihice apar în mare măsură datorită unor distorsionări ale realității care au la bază concepții greșite dobândite pe parcursul dezvoltării, scheme cognitive consolidate și care se activează la momentul respectiv.

Tehnicile psihoterapeutice îi ajută pe pacienți să facă față problemelor și dificultăților determinate de aceste distorsiuni, prin izolarea gândurilor negative, învățarea unor modalități mai realiste și mai raționale pentru emoțiile lor și găsirea unor comportamente mai eficiente în depășirea problemelor care apar.

I s-a explicat deasemenea modul de lucru pe parcursul ședințelor precum și necesitatea temelor pentru acasă. I s-a demonstrat cu exemplificări rolul gândurilor «negative» în generarea emoțiilor și consecințele acestora în plan soma-

tic. Ca teme pentru acasă pacienta a fost rugată să realizeze un jurnal în care să monitorizeze situațiile care se însoțeau de apariția simptomatologiei digestive, alături de gândurile perturbatoare și emoțiile asociate. Totodată, i s-au recomandat cărți de specialitate pentru a înțelege și aprofunda cele discutate în timpul consultațiilor.

Pe parcursul ședințelor pacienta a descoperit că simptomele digestive apăreau nu neapărat legate de mese dar și în situații cu încărcătură emoțională negativă cum ar fi:

- discuții cu șefii sau colegii legate de rezolvarea unor sarcini de muncă
- discuții cu partenerul la locul de muncă legate de rezolvarea unor sarcini de muncă (i s-a sugerat de către terapeut să încerce să nu mai lucreze în același birou cu partenerul și dacă este posibil să-și găsească loc de muncă diferit de al partenerului)
- insatisfacție la locul de muncă (pacienta își dorea să-și schimbe locul de muncă dar nu avea suficientă încredere în ea că ar putea face față unor noi provocări datorită problemelor de sănătate)
- dificultăți de relaționare în cuplu (comunicare defectuoasă, preocupări și interese diferite, absența suportului partenerului în momentele dificile)
- certuri cu părinții

Gândurile negative identificate de pacientă au fost de tipul: «nu o să mă mai fac bine niciodată», «sunt incapabilă să-mi găsesc alt loc de muncă», «colegii mă consideră nebună», «cei din jur trebuie să-mi înțeleagă problemele», «partenerul nu mă iubește». Emoțiile resimțite în aceste situații erau: frustrare, furie, tristețe, dezamăgire, disperare, anxietate și consecutiv lor apărea agravarea simptomelor digestive. Pe parcursul terapiei pacienta a învățat să găsească gânduri alternative «mai bune» și a constatat că emoțiile își schimbă coloratura și simptomele digestive o supără mai puțin. Pe tot parcursul psihoterapiei pacienta a urmat atât tratamentele prescrise pentru probleme digestive cât și pe cele psihiatrice. Soțul care la început a însoțit-o frecvent la consultații a relatat pe parcurs că soția se simte mult mai bine. Totodată, tratamentele au suferit modificări ale dozelor și numărului de medicamente în sensul micșorării acestora ceea ce a demonstrat ameliorarea simptomatologiei digestive și psihice.

La finalul psihoterapiei care a durat 3 luni pacienta a relatat dispariția simptomatologiei digestive, însă a continuat tratamentul psihiatric. A mai revenit de 2 ori pentru reevaluări la intervale de 1 lună și a declarat că se simte bine moment în care am decis împreună întreruperea terapiei. Ulterior mi-a comunicat că a absolvit facultatea și și-a găsit un nou loc de muncă. Putem concluziona așadar că, în tratamentul sindromului dispeptic funcțional, o abordare multi-disciplinară vizând atât tratarea factorilor fiziologici, genetici cât și a celor de personalitate pot determina modificări semnificative a simptomatologiei fizice și psihice cu restabilirea echilibrului și stării de sănătate a pacientului.

**Bibliografie:**

1. Poantă L., Dumitrașcu D., *Direcții de cercetare actuale în medicina psihosomatică*, Buletinul Asociației Balint, vol. 10, nr. 37, martie 2008. p.23qaa
2. Webster's New World College Dictionary, Wiley Publishing, Inc., Cleveland, Ohio, 2010
3. Dumitrașcu D., *Medicina psihosomatică (curs)*, Cluj, Editura

Medicală Universitară Iuliu Hațieganu, 2007

4. Dumitrașcu D.L., *Dispepsia funcțională*, în *Tratat de gastroenterologie*, vol I, sub redacția Grigorescu M., Ed. Medicală Națională, București, 2001
5. P.Enck, M.Wienbeck, 1993, *Epidemiology and psychological factors in irritable bowel syndrome*, *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1993, 5: 979-989

## MOTIVATIONAL INTERVIEW (MI) – A NEW METHOD TO APPROACH THE AMBIVALENT PATIENT IN PRIMARY CARE

- Adrian Nicolau, G.P., Bucharest.



**Abstract:** General Practitioners (GP) are trained to diagnose and treat patients with scientific recommendations, based on the best medical evidences and naturally expect that patients strictly respect and follow their recommendations. But practice has shown that the direct style of communication that doctors have with their patients in order to change their life style is insufficient in the GPs daily practice. Motivational Interview (MI) is a new method that changes the relationship between doctors and patients/clients by treating them as partners. Through various communication skills, the GP helps his client to find its own answers and therefore encounter less resistance to medical changes and advices proposed. Used on the first hand in the treatment of addictions, MI could be a very efficient tool for GPs in primary and secondary prevention. Usually the time for an ordinary visit is 5 – 10 min. so brief motivational interventions are appropriated because MI needs more time. This based on the principle that the problem and the solution has the patient, the doctor facilitates the result. Classically the patient has the problem and the doctor the solution.

**Key words:** diagnose and treat patients, style of communication, relationship between doctors and patients/clients.

As General Practitioners (GP), we are trained to diagnose and treat patients with scientific recommendations, based on the best medical evidences available at the time of the medical visit. Also, one of the GP's most important tasks (responsibilities) within the medical team is the education of the patients/ clients.

In the short time allocated to a medical visit (5-10 minutes), GP's deal with a lot of pressure given the amount of themes and their sensitiveness that need to be discussed with a patient.

The main question remains if the GPs' advices and recommendations will be respected by the patient, once he leaves the doctor's office.

Naturally, GPs expect that patients respect their recommendations. But, as evidence/ practice shows, unfortunately this is usually not the case in reality. I will enumerate several cases inspired from the every-day practice of a family doctor.

Do you recognize them?

- A client with a high advanced arteriosclerosis disease, operated with an aorta-femoral bypass who relapses to smo-

king because "cigarettes help him surpass the stressful moments of a day and because he likes smoking".

- A client with diabetes type 2 who has no time for a physical activity/ sport because she does overtime in order to pay her mortgage and goes out of energy at the end of the day.
- An obese computer scientist who drinks cola and eats junk food and chips as he "likes this food and it needs to time to cook".
- A hypertensive patient/client with a high cardiovascular risk who shows no symptoms and therefore regularly "forgets" to take his treatment even if the GP firmly recommended it. Meanwhile he is very preoccupied to efficiently manage his firm and strongly believes that medication has, besides a healing role also strong chemical adverse side-effects.

Therefore, when GPs try to change their patients life style, they encounter a strong resistance from them and reactions like - "I tried but to quit smoking doesn't work on a long term for me", "Yes, you are right, but I got used to it" or ..."I like it this way", or even..."Should I take medication, if nothing hurts?" – are common reactions among patients/clients.



Despite the medical logic and advice, the old habits remain. Patients/ clients construct arguments for and against a change; and this ambivalence is normal and more frequent in reality than the number of patients/ clients who accept GPs' medical advice, without questioning.

Patients/ clients who accept and apply medical advice without questioning are those who usually underwent major medical events; even then, when they initiate a change, it's only temporarily and, once they feel better, the old habits might take surface again.

This reality leads us to question why this natural, direct style of communication employed by doctors with their patients in order to change their life style, is insufficient in the GPs daily practice. What is wrong with it? What could we, GPs do, in order to enhance the patients'/ clients' adherence to our medical recommendations?

This paper presents a new approach which GPs can integrate in their daily practice and which changes the perspective and the relationship between doctor and patient: the **Motivational Interview (MI)**.

The fundamentals of this new communication style have been formulated by **Prof. W. Miller** and **Prof. St. Rollnick**. It is a relatively recent theoretical concept, dating from 1988 and used in the treatment of addictions.

Prof. W. Miller is an internationally recognized expert in MI, publishing more than 300 papers and 27 books. Prof. St. Rollnick is professor in medical communication at the Family Medicine Department of the University of Cardiff. His research activity is focused now on the GPs' behavior.

They discovered that ambivalent clients show a resistance to change and have a natural predisposition to present arguments in order to avoid the change in life style which was proposed by doctors with its best intention to solve the client's problem.

The main assumption of the MI is that, if a client can find arguments in order not to change, he is also capable of doing it the other way round as well – find arguments in order to fulfill the proposed change. The client's own arguments, what they express during medical visits are, to their eyes, a lot more important than those proposed by the doctor. Therefore, MI proposes that the doctor is the one whose attitude could change in order to stimulate the client to find its own answers. Consequently, the core difference between the classical client doctor-patient approach and the MI approach resides in the way the problem and answer are understood: the classical relationship doctor-patient implies that the patient has the problem and the doctor provides the answer whereas the MI approach highlights the fact that patient/client holds both the problem and its answer and the GP's role is to stimulate the client to find its own answer.

Prof. W. Miller highlights that "it is the act of speech, of verbally defending change (and hearing oneself do so) in the absence of conviction that causes the person to change in attitude and behavior".

So, what would the MI philosophy be?

The MI philosophy involves the construction by the GP of a no-pressure environment, a non-judgmental attitude towards the client. It entails that the clients are free to decide if want to adopt a change or not. The understanding of the different factors pro/against change helps them to take an informed decision and to feel responsible of their decision.

That's why **MI** is actually an "**interviewing**", as it involves an attentive listening of the client, strategic questions and **no teaching or "installing"**, in order to help clients find their own answers and solve their ambivalence.

MI is focused on the client's objectives and not on the GPs ones. It involves a partnership between GPs and clients and is based on the self-government and the ability of the client to take a decision and the confidence of the doctor that the client has the capacity of doing so.

As a result, the GP sneeds to listen more and direct less. In order to develop new communication strategies and empathy, **MI provides a "list of micro skills" – the OARS**.

The OARS stands for **O** - open ended questions, **A** - affirmations, **R** - reflective listening, **S** – summaries. Detailed description of the OARS is beyond the purpose of this paper.

The main purpose of the OARS is to diminish the client's resistance to change. The **MI** involves a non-confrontation attitude and does not represent manipulation techniques in which the patient is determined to do things which they don't want, as this attitude is in conflict with the essence of MI.

MI can be used by us GP,s with better results in the daily practice, especially in the treatment of tobacco, drug and/ or game dependence, consumption of alcohol, HIV prevention, diabetes, obesity and the need of embracing healthy eating habits and physical exercise. Medicine based on evidence highlights the fact that MI might be an efficient way to approach treatment or might be the treatment itself.

As the practice has shown over years that the classical "educational approach" has a limited efficiency in primary and secondary prevention of diseases in the case of ambivalent clients, who consist the majority of GPs beneficiaries, **brief motivational interventions** might be a very useful tool for GPs who disposes of a very short time for a medical visit.

#### References:

1. Miller W, Rollnick S. *Motivational interview: preparing people to change*. New York: Guilford Press, 2002.
2. Stephen Rollnick, Christopher C Butler, Jim McCambridge, Paul Kinnersley, Glyn Elwyn, and Ken Resnicow *Consultations about changing behaviour* *BMJ*, Oct 2005; 331: 961 - 963 ; doi:10.1136/bmj.331.7522.961
3. <http://www.motivationalinterview.com>
4. Belinda Borrelli, PhD, MA *Using Motivational Interviewing to Promote Patient Behavior Change and Enhance Health* July 2006 <http://www.medscape.com.org>.



# THE IMPORTANCE OF THE BODY IN BALINT WORK BALINT PSYCHODRAMA

- J.-P. Bachmann, Association Internationale du Psychodrame Balint, Geneva, Switzerland.

**Abstract:** *After discussing some aspects of the importance given to the body in the thought of Freud and Michael Balint the author presents the method of Balint psychodrama developed by Anne Caïn. This method is based on the concepts of the psychoanalytic psychodrama and of Balint work. The author reports a session illustrating the important role the body plays in the training process. Our bodies store experiences that have never been formulated in words and therefore may not be immediately accessible to memory. Mobilizing the body in psychodrama promotes the retrieval of non-verbalized memory traces. Acting the part of the caregiver as well as that of the patient facilitates and sustains identification. This process can help health professionals understand and work through their countertransference.*

**Key words:** *method of Balint psychodrama, role the body, countertransference.*

At a congress on the theme of tradition and innovation in Balint work, it seems appropriate to discuss the method created and developed by Anne Caïn. She started using this method already in 1973 by associating Balint's approach with psychoanalytic psychodrama. By reintroducing the body into the training of caregivers it would seem to us that she was addressing one of Michael and Enid Balint's major concerns. As Michel Sapir put it, they thought that Balint work could be distorted by emphasizing psychological aspects of the relationship with the patient to the detriment of the body.

Where do we stand today with regards the scope given to the body in our Balint work? Presenting our work from this angle leads us to further questioning. How are we as caregivers affected in our own bodies by our encounters with patients and their bodies? And how do the encounter with our patients and the group members affect us in our work as group leaders? Indeed, in all aspects of our professional lives, even in the visual self-effacement of the psychoanalyst, our bodies are involved. It is also the attention paid to what we feel within our bodies that guides us in the understanding of some aspects of countertransference.

The body as "a vital dimension of human reality, presexual and irreducible, upon which is anchored all psychic functioning", has been, nearly all through the third quarter of the twentieth century, the great absentee and denied by much of Human Science as well as by the psychologism of many psychotherapists. This was already stated in Didier Anzieu's writings in 1974. He reminded us too that in Freud's time the great absentee was sexuality. Michel Sapir often insisted on the inability of medical science to integrate the study of sensory experiences into the sphere of theoretical research. Undoubtedly things have changed since Anzieu's writings for many analysts though not for all. Without rewriting the history of the body in psychoanalysis I would like to recall here a few basic points. At the beginning of his work the importance Freud gave to the body was undissociable from that of memory. "Hysterics suffer for the

most part from reminiscences" wrote Breuer and Freud in *Studies on Hysteria*. It was through the body and its various symptoms, transient or lasting, that psychic conflict was symbolically expressed. At its beginning, the psychoanalytic cure was effective through remembering. The lifting of repression, by working through traumatic memories, led to the symptom's disappearance. However this approach soon showed its limits and progressively Freud stressed the importance of phantasy. Imaginary scenarios, as deformed as they may be, express our wish to satisfy our conscious and unconscious desires. Although some of them are primal phantasies, universal, preverbal and belong to our phylogenetic patrimony, phantasies are also a personal experience bound up in the subject's history and in the history of the encounters with others.

Freud came to realise that some patients are unable to revive memories, for some events have never become representations in their minds, let alone take the form of verbal language. Forgotten events reappear repeatedly. There is a compulsion to repeat not through words but through actions, by a way of being. In this way Freud brought to evidence a non-mnemonic memory and proposed a more extensive comprehension of language. "« Speech must be understood not merely to mean the expression of thought in words but to include the speech of gesture and every other method, by which mental activity can be expressed". The first model used, based on removal of repression and articulated with interpretation, is subsequently completed through recourse to construction and reconstruction. This conception of the psychoanalytic approach which includes remembering, fantasies, construction and reconstruction, is the one to which Anne Caïn remained attached in her work as a psychoanalyst and as a psychodramatist. There is no question either in Balint work or in the Balint psychodrama of naively transposing essential or specific aspects of the analytic approach and process. Participants of our groups are not patients who come to find an answer to their suffering and unease through exploring the vicissitudes of their childhood or adolescence.



They come with their difficulties of understanding their patients, with their fears of not being able to contain their feelings and cope with their emotions, and sometimes too with the awareness of repeating unsatisfactory patterns in their professional lives. The specificity of our work in groups is focused on a psychoanalytic understanding of the relationship between caregivers and patients, of the professional identity of caregivers, of their wishes, or of whatever conscious or unconscious conflicts that may arise in this context. I would like to add, since this congress addresses this question, that to me the changes that take place in society and in the field of medicine do not seem to question the foundations of our basic method of work. They solicit us rather to become more malleable towards the needs and wishes of the participants in our groups without abandoning the spirit on which Balint work was founded.

The body was of great importance to Michael Balint in his work as a psychoanalyst. He privileged (and in this he is a follower of Ferenczi) the path of experience. In his study on regression he shows how, in the psychoanalytic situation, objective and detached factual descriptions are not sufficient for the patient and how concomitant emotions will have to be expressed as well. It is through body language, or through the varying intensity and pitch of voice, through gestures or movements, or even having recourse to actions, that the patient demonstrates this. Acting-out was as important to Balint as were free associations. They were understood by him not only as repetition but also sometimes as moments of creative value in favour of change towards a new beginning. He even occasionally described the acting-in as a true psychic breakthrough, as we sometimes observe it in Balint psychodrama sessions.

The body of which we speak in Balint work is perhaps not the same as the one generally referred to in the field of psychoanalysis. In Balint work we may regard the body as the bearer of the subject's history and also as a bearer of messages. Contrary to the psychoanalytic approach it does not intentionally investigate the specific unconscious body image or that of the body as an internal object.

When Balint and the members of his first group realised that attempting to adapt new techniques imported from what Arthur Trenkel humorously referred to as "the psychiatric cook up" was unsatisfactory to improve the quality of their work, they changed their attitude. They centered their work on the specific interactions between doctor and patient and examined to what extent these transactions could themselves harbour greater potential for diagnosis and therapy. This change of attitude was, still according to Trenkel, a psychic breakthrough. So the relational viewpoint does not only open larger perspectives in the psychic sphere but also with regard to the body as a participant in the relationship.

Even if it was only fully understood in hindsight, Balint psychodrama appears to be mainly concerned with the reintroduction of the body and the involvement of bodily experience

in the training of caregivers. The mobilization of the body enhances a process that is however already present, though silently present, in every Balint group.

Anne Caïn used to say that the body does not lie. She considered that it recorded its own past. "The body carries with it the trace of the subject's personal history". Working in Balint psychodrama is attempting to get to the roots of this singular past while remaining within the strict limits of the professional sphere of the encounter with the patient and with his body. Those who worked with Anne Caïn knew all the care she took with the presenter of the case to retrieve many historical aspects of the relationship, even those preceding the first meeting. By exploring the relation of the caregiver to his workplace, to his environment and to the representation he may have of his future patient her intention was to facilitate the process of remembering, thus enabling her to discover the premises of countertransference. Very often countertransference precedes transference.

The group leader focuses on verbalizations about the body. He also pays particular attention to the body language of all those present, including the presenter and other group members, as well as to the sensations he himself experiences. But these aspects can evidently not be dissociated from other elements that organise different language forms within the group: phenomena of transference, phantasies that organise the group, the meaning of the succession of the cases presented, etc.

Let us take an example of a group session.

Dr A. has known Madeleine for eighteen years. Madeleine was her neighbour for many years. She shared with her and her family common interests in an association before leaving to pursue a brilliant career in another city. Madeleine had been Dr A's patient and undoubtedly she considers her former doctor to be a friend. They use familiar language form and Madeleine has a spontaneous tendency to want to kiss her doctor when she comes to revisit her. Anyway this is what we gather when she is asked to play during the first scene. Dr A meets her patient. But in the scene, as in reality, Dr A. avoids this gesture, shies away from doing it. Madeleine has returned to their city as a result of burn-out which she has come back to cure. She has chosen during her sick-leave to be treated once again by Dr A.

Through various scenes we discover certain elements of this relationship which is naturally complex because of the intertwining of personal and professional links between them. Dr A appears very rigorous, concerned, active and organized. She shows us all the care she takes to bring to Madeleine's attention the full measure of her fatigue and for her to realize that her suffering cannot be resolved through a unique rational explanation: diagnosing burn-out. How can Madeleine be helped to take care also of her body, not to seek refuge in denial and in flight? How can Dr A. stop her from seeking a miracle remedy through different kinds of therapies? Dr A. is very at ease with the Balint method



of psychodrama. She lays the décor and often takes it upon herself to initiate rapid role changes. I observe a well-orchestrated ballet which brings out in me a feeling of fatigue as well as a moment of great sadness. When during an exchange of roles Dr A wants to play the part of Madeleine, so defensive, so fatigued, sitting opposite her, she reaches her arm out very delicately to touch Madeleine on the arm as she rises from her seat. Following this scene the participant who played Madeleine's part says how touched she was by Dr A's gesture. Did Dr A really make this gesture during the consultation? No, it was only made during the scene as a participant. This spontaneous gesture took on a great value for me. It seemed to me to reveal a closeness that Dr A forbade herself, an empathy that in the singularity of their encounter had not up till then been able to take place. I thought that Madeleine had revealed to Dr A a representation of herself that she tried to brush aside, and to distance herself from. This partly unconscious mirror image of herself made her role as a doctor very painful.

The next scene, when strong emotion arises as Dr A gets ready to examine her patient's belly, prolongs the transformational process she experiences during the session. The leader stops the scene when Dr A says she is going to start crying. The reconstruction of scenes that caregivers retrieve from their working lives have to be as faithful as possible to what happened in the reality of the encounter. However they bear the stamps of deferred effect (concept of *Nachträglichkeit*). The body's mobilization allows, as in any psychodramatic work, the re-emergence of motor memory, not only repressed memory, that has long been buried. In this way the affect is rekindled with its binding effect to representations. This is an important part of our work insofar as it may open the way to working through issues that concern all members of the group. It is often when there is an exchange of roles, the most frequently used technique in Balint psychodrama, when the caregiver plays the part of his patient, that there is verbal and bodily expression of an important aspect of the problematic brought to the group by the presenter.

The dubbing, the soliloquies that accompany all acting take part in the process of free associations. These subsidiary actions promote personal and group phantasies. The purpose is obviously not to concentrate on the presenter's bodily responses but rather to integrate them into a shared emotional event experienced by the entire group and subject to rational understanding.

The study of the therapist's countertransference, and we know how extensive this notion was to Balint, seems to us regularly encouraged by the acting since it promotes processes of identification. Playing the part of the carer as well as that of the patient, is it not bringing to life, sustaining and facilitating identificatory phenomena that are the foundation of all emotional understanding? Even if the accent is laid here on the carer's bodily mobilization, and on the possibility of finding or retrieving feelings and experiences that are

part of his countertransference, Balint psychodrama does not encourage conscious verbalizations about the body or about body language. It rather enriches, through bodily anchorage, preconscious psychic processes that characterize every groupwork.

In the chapter «Understanding People Professionally», Michael and Enid Balints' words resound meaningfully with a Balint psychodrama leader: "the observer must be in tune to such an extent that for a brief time, perhaps only for a few moments, he may feel as if he were himself the person observed or the creator of the object under observation. No identification is possible unless the observer is prepared to have new experiences and wishes, or even expects to learn something that may be alien and even alarming to him". The caregiver's tentative identification with his rediscovered and "recreated" patient alternate with retreat to objectivity. These identifications are mediated by the patient's body and his symptoms. They are also manifested by the therapist's own body and by his body language.

As group leaders of Balint psychodrama we are aware that the method we use seems or has seemed strange to some of our colleagues. I hope that my talk has enabled you to come closer to an understanding of our work. We enjoy our work as group leaders and we would like to share this interest and pleasure with you. For some this sharing will occur in the group experience but for all of us it will be present in our discussions and exchanges here at this congress.

#### References:

- Anne Caïn. (1994) *Le psychodrame Balint. La Pensée Sauvage, Grenoble*.
- Michel Sapir (1982) in : André Missenard. *L'expérience Balint. Histoire et actualité. Dunod, Paris*.
- Didier Anzieu (1995). *Le Moi-Peau, Dunod, Paris*.p 43.
- J. Breuer et S. Freud (1895). *Le mécanisme psychique des phénomènes hystériques. Chapitre I. Etudes sur l'hystérie. PUF, p 5. Standard Edition. Studies on Hysteria. Vol II*.
- S. Freud. (1913). *L'intérêt de la psychanalyse, in : Résultats, idées. Problèmes I, 1890-1920. PUF, Paris,1991. pp186-213. Standard Edition, Vol XIII: "Scientific Interest in Psycho-Analysis. 1913. The claims of psycho-analysis to the interest of the non-psychological sciences. The philological interest of psycho-analysis. P 176*.
- S. Freud, (1937). *Constructions dans l'analyse. In : Résultats, Idées, Problèmes, tome II, PUF, Paris*.
- Construction in analysis. Standard Edition. Vol. XXIII, 257-269. "Quite often, Freud says, we do not succeed in bringing the patient to recollect what has been repressed. Instead of that, if the analysis is carried on correctly, we produce in him an assured conviction of the truth of the construction which achieves the same therapeutic result as recaptured memory"*.
- Michael Balint (1969) . *The Basic Fault, Therapeutic aspects of regression. Tavistock Publications , London. Chap 14*.
- René Roussillon (2006). *Corps et actes messagers. Colloque Lyon2 du CRPPC*.



Daniel Rosenfield (2005). *Image du corps*. In : Alain de Mijolla. *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Hachette, Paris.

Eglée Laufer Moses (2005) differentiates between the body image made up of sensorial experiences and the erotic body which is an aspect of what she calls the body's relation to the internal object. The erotic body (internal) has qualities that are both good and bad and that depend on the emotional experiences with primary

objects and specific parts of the body. *Le corps comme objet interne*. In: *Adolescence*. Vol 52.

Arthur Trenkel (1989), In Michel Sapir: *Formation à la relation soignant / soigné*. La Pensée Sauvage. Grenoble.

Michael Balint, Enid Balint (1961). *Psychotherapeutic Techniques in Medicine*. Tavistock Publications, London.

## MEDICAL STUDENTS' BALINT GROUPS IN FORMING PROFESSIONAL IDENTITY AND WELL-BEING AT WORK

- Kristina Toivola, Turku, Finland

**Abstract:** Medical students have been reported to have a high incidence of personal distress during their medical studies. The personality is still in development during medical studies. Medical students are conscientious, ambitious and striving for perfection which is predisposing factors for stress and burnout. The professional identity is also formed during the studies. In processing stress the coping strategies and mechanisms also determine the effect on psychological and physical health consequences. Active coping strategies (problem solving, positive re-interpretation, reliance on social support and expression of emotion) are more helpful in stressful situations than passive strategies (problem avoidance, wishful thinking, social withdrawal and self-criticism).

In the University of Turku the curriculum has been renewed during the last few years to fulfill the requirements of modern working life. There is a constant increase in theoretical material, which causes stress for students. In a report on improving the general working life skills during the medical curriculum there was a particular lack of means to control one's own work, scheduling and organizing the work, handling with uncertainty and managing conflicts. These are important factors also in preventing burnout and cynicism.

Balint groups offer a possibility to reflect on experiences in clinical work and offer social support and a reference group for professional growth. Balint group work offers also an arena to refine the emotional experiences with the aid of tutored reflection. The attitudes, coping and defense mechanisms develop during the first clinical years. The method of reflection is very different from theoretical studies and focuses on doctor-patient relationship and finding a way to work in harmony with one's own personality. The experiences with fourth year medical student Balint group are presented.

**Key words:** incidence of personal distress, coping strategies, preventing burnout and cynicism

Physicians form a classic profession. According to the Oxford English Dictionary, professions involve the application of specialized knowledge of a subject, field, or science to fee-paying clientele. The medical profession has an unwritten contract with surrounding community that puts emphasis on patients' rights for adequate, effective and equal treatment and up-to-date medical excellence and expertise. In defining medical professionalism Hilton and Slotnick have suggested six different domains in which evidence of professionalism can be expected: ethical practice, ability to reflection and self-awareness, responsibility for actions, respect for patients, teamwork, and social responsibility. A lot about these domains is taught and learned in practice during medical education, not only consciously by "open curriculum" but also by "Hidden curriculum", which is adopted by identification and modeling following older colleagues' work. Hidden curriculum contains many unconscious attitudes about perfection, stoicism, courage and self-sacrifice.

There is also a change in society: the medical knowledge

and technical inventions expands (one could even say explodes) in an accelerating way. Patients are more aware of their rights, they have better access to medical information and there are more complaints in medical care than before. Henry Jablonski has appropriately described health care system as a symbol of welfare society. In Finland many young doctors work for companies that provide rented workforce for primary care. They work only single days or some weeks in one workplace and their work consists of acute medical cases. The continuity of care is disturbed and a traditional doctor-patient-relationship is a rare phenomenon. There is a constant lack of primary care physicians and many doctors escape the growing uncertainty and workload in primary care and move to work in hospitals with well-defined medical problems and good social support.

In the university hospital and training primary health centers the students meet patients in most cases only once. They carefully follow the work of their more mature colleagues and their way of working with patients. The "hidden



curriculum “ with attitudes towards the patients is also learned : the patient can be seen only as a biological entity with some fault to be found and repaired or as a fellow human being with a personal history, social network and feelings. A profession has responsibility to analyze, prioritize, develop and demarcate its role in society, but the task often is left for the individual. Every doctor finds his ways to cope with the strains of the profession. The ways of coping are formed in the early phase of medical career and are in most cases not scrutinized unless a crisis on form of burnout or mental or physical illness occurs.

Medical students have been reported to have a high incidence of personal distress during their medical studies. The personality is still in development. Medical students are conscientious, ambitious and striving for perfection which is predisposing factors for stress and burnout. The professional identity is also formed during the studies. A professional identity is very much unconscious. If the medical student is prone to perfectionism, he/she readily accepts the rule of excellence and faultlessness of medical culture. Sense of coherence is part of personal identity that is form in young adulthood. A person with low sense of coherence is a risk factor for unfavorable health consequences during stressful situations.

In processing stress the coping strategies and mechanisms also determine the effect on psychological and physical health consequences. Active coping strategies (problem solving, positive re-interpretation, reliance on social support and expression of emotion) are more helpful in stressful situations than passive strategies (problem avoidance, wishful thinking, social withdrawal and self-criticism).

The first clinical year is crucial for the formation of professional identity. The medical student has to cross the social, psychological and physical boundaries characteristic of everyday social life by having to interview previously unknown persons on very intimate issues like sexual life, performing physical examination and even inducing pain by medical procedures. This might be very embarrassing to an empathic student. The medical student's role in the teaching hospital is also complicated: according to one student she is “close to wall-paper“ always being on the way and disturbing the work of other professionals.

In the University of Turku the curriculum has been renewed during the last few years to fulfill the requirements of modern working life. There is a constant increase in theoretical material, which causes stress for students. In a report on improving the general working life skills during the medical curriculum there was a particular lack of means to control one's own work, scheduling and organizing the work, handling with uncertainty and managing conflicts. The factor that was very important for students but practically absent in the curriculum was well-being at work.

The doctor-patient relationship is a major stress factor in physician's work but paradoxically also it is a major source

of satisfaction and well-being in medical profession. In preventing stress and overload it might be useful to gain a better sense of control and understanding on what happens in the human relationship between doctor and her patient. An improved sense of control prevents the negative consequences of work stress on mental and physical health. Social support has also been a protective factor, for physicians the most important source of support is peer support. Working with human beings in distress can raise difficult emotions. By learning to notice and analyze the emotions and feelings in professional work one can improve the way to protect oneself in stressful situations.

There are methods for developing student professional identity in our medical school. We have teacher tutoring for medical students but the scheduled meetings with the tutor are only once in a semester. Medical student visit primary care practices already during preclinical years which has had a positive effect on motivation. During these visits students can discuss about physician's role and ethical issues. However, the technical issues and learning physical examination raise more interest. Often the ethical and relational things appear after the visit. Students use learning diary, but they don't have a systematic opportunity to discuss these things with other students or their teachers.

Balint groups offer a possibility to reflect on experiences in clinical work and offer social support and a reference group for professional growth. Balint group work offers also an arena to refine the emotional experiences with tutored reflection. The attitudes, coping and defense mechanisms develop during the first clinical years. The method of reflection is very different from theoretical studies and focuses on doctor-patient relationship and finding a way to work in harmony with one's own personality. However, the classical method of studying one patient having a relationship with one doctor does not apply to the medical student's working situation.

A group of volunteering fourth year students is offered an opportunity to participate in a Balint-type group supervision. They have a done year of clinical studies and will be licensed to work as physicians next summer. The group has nine members and has a 90 minutes session every 2-3 weeks. During the five first meetings the discussion focus has been on different roles the students have and how they are gradually adopt the physician role with many controversies. Some of them have been working as auxiliary nurses during holidays. We try to reflect the different roles of the doctor and the patient and the emotional reactions related to it. Relationship with the patient's family, the faculty and residents in the hospital and other hospital personnel has also been under scrutiny. The participants are active, the attendance is good and they want to continue the group in the autumn, when they have more experience on patient work.

The Balint-type support group offers an opportunity to reflect the professional role and its development. The group



also offers social support; in most cases student work in very large groups of 10-20 students or completely alone. The confidentiality and permissive atmosphere makes it possible to express uncertainty and doubt. One goal of the group is to encourage seeking advice and learn to give and receive con-

structive feedback in the group. The focus is on the medical student's professional role.

The group is a pilot group and will be analyzed. The aim is to find good ways to enhance professional growth and student well-being in medical school.

## STRATEGII DE COMUNICARE ÎN RELAȚIA MEDIC-PACIENT

- Psih. György GÁSPÁR, dr. Iuliana EPARU, Centrul de Educație Emoțională și Comportamentală pentru Copii, București



**Abstract:** *We often have the tendency to imagine that everybody can communicate, communication being one of the most practiced skills by all human beings even from infancy. However, most of the socio-human field's studies show that individuals err significantly through communication process and often these errors are automatic, part of our daily routine. This is even more*

*delicate if one communicates with health vulnerable persons. The present paper represents a communication strategy model which can facilitate doctor-patient relationship and therefore patient's treatment adherence.*

**Key words:** *doctor-patient relationship, client centered approach, active listening, therapeutic relationship, emotional validation.*

**Mama:** *Doctorul pe care mi l-ai recomandat pentru Matei probabil că este un medic foarte bun... dar nu se poate vorbi cu el.*

**Prietena mamei:** *Cum adică?*

**Mama:** *Păi... nu l-a interesat nimic din ce vroiam eu să-i spun. Poate că știe multe despre răceli dar nu a vrut să aflu nimic din ce mă îngrijora pe mine în legătură cu Matei.*

Această mamă nemulțumită probabil că nu este nici prima nici ultima care își dorește ca medicul care-i examinează copilul (sau îi prescrie un tratament) să acorde o mai mare atenție nevoilor emoționale, gândurilor și nedumeririlor sale și ale copilului ei. Studiile din sfera comunicării medic-pacient au evidențiat tot mai frecvent erori considerabile în etapa de diagnostic și ulterior de tratament.

Din păcate mulți părinți și pacienți se simt în acest fel chiar și atunci când intră în contact cu specialiști care au o vastă experiență și beneficiază de aparatură avansată. Lipsa de centrare pe „persoană” și nu doar pe „pacient”, pe caracteristicile individuale și îngrijorările acestuia determină o

investigare clinică inadecvată, non-aderență la tratament și implicit rezultate sub nivelul așteptărilor (1).

Deoarece fiecare pacient are o experiență unică asupra propriei boli/patologii, cea mai eficientă modalitate de vindecare include focalizarea atât pe motivațiile, valorile și nevoile pacientului (pe convingeri și emoții, cât și pe experimentarea bolii). Tot mai multe studii arată că medicii (specialiștii din domeniul sănătății) care țin cont atât de nevoile pacientului cât și de patologia acestuia obțin informații mult mai concrete despre istoricul medical, și se favorizează astfel o creștere a nivelului de satisfacție și aderență la tratament și facilitează dezirabilitatea în relația medic-pacient.

Deseori suntem nevoiți să admitem mai mult sau mai puțin faptul că organizarea practică (timp, condiții etc.) nu conferă clinicianului un cadru optim pentru o altă abordare. Există însă evidențe certe care arată că într-un interviu clinic în care evaluăm atât componența emoțională cât și simptomatologia se reduc semnificativ și timpurile de lucru (2).

Specialiștii din sănătate își pot îmbunătăți semnificativ abilitățile de interacțiune în relația medic-pacient prin exersarea unor noi patternuri de abordare a pacientului, respectiv printr-o centrare mai concretă pe persoană și nu pe boală. Rezultatele unui interviu centrat pe pacient sporesc gradul de satisfacție atât pentru pacient cât și pentru cadrul medical (3).

Recomandările de centrare pe persoană nu sunt cu totul noi în lumea medicală. Osler îi îndemna adesea pe clinicieni „să particularizeze cu precădere unicitatea individului și nu încadrarea acestuia într-o taxonomie a disfuncționalităților”. Smyth sugerează și el doctorilor că „a ști ce fel de persoană are o boală este la fel de esențial ca și a cunoaște ce fel de boală are o persoană”. Dacă fragmentăm ceea ce spune Smyth ajungem la concluzia că pentru specialiștii din sănătate este o provocare atât să stabilească un diagnostic cât și să găsească „ambalajul verbal” cel mai eficient pentru comunicarea cu pacientul.

Până și practicienii foarte deschiși la o abordare centrată pe pacient admit că uneori le este inconfortabil să schimbe ceva în practica lor zilnică fără un „antrenament” (exercițiu) prealabil. Limbajul uzual este considerat cel mai important



„instrument de diagnostic și tratament” din tolba unui medic. Cu toate acestea clinicienii adesea ajung în ipostaza în care simt (constată) că le lipsesc cuvintele necesare pentru dialog. Deoarece adesea „nu știm ce să zicem” în calitate de medici suntem tot mai tentați să evităm schimbarea.

Dezvoltarea unui repertoriu personal de evaluare și intervenție implică redefinirea limbajului tehnic în cuvinte mai simple și pe înțelesul pacientului. În calitate de clinicieni suntem obișnuiți să întrebăm: „Unde vă doare?”; „Altundeva?”, „Ați constatat vreoa cauză care determină o creștere a durerii?” dar ne este incomod să spunem „Vorbiți-mi puțin despre Dvs.” (feedback verbal care uneori poate fi suficient pentru validarea emoțională a pacientului). Desigur nu putem trăi cu impresia că o singură frază este în aceeași măsură eficientă pentru toți clinicienii și toți pacienții, dar putem admite cu tărie că medicii care aleg să schimbe conținutul întrebărilor pur biologice sunt mult mai favorizați pentru depășirea limitelor și identificarea unor abordări autentice.

#### **Beneficiile comunicării pentru personalul medical:**

- Un studiu de sinteză asupra satisfacției personalului medical arată că sursa principală a insatisfacției la locul de muncă percepută de aceștia este comunicarea unul la unul cu beneficiarii;
- Abilitățile de comunicare care permit oferirea de informații, abordarea problemelor presante, răspunsul la așteptările beneficiarului sunt relaționate cu satisfacția crescută a personalului medical;
- Scade stresul la locul de muncă și burn-out-ul personalului medical;
- Creșterea satisfacției în muncă la personalul medical este în strânsă legătură cu relația medic-beneficiar;
- Validarea și acceptarea îngrijorărilor și emoțiilor beneficiarului reprezintă o metodă de autosecurizare și prevenire a riscurilor în interacțiunea personal medical-beneficiar;
- Crește eficiența intervențiilor oferite și scade suprasolicitarea la locul de muncă;

#### **Beneficiile comunicării pentru copii și familii:**

- Colectarea de date prin comunicare centrată pe beneficiar are un efect pozitiv asupra satisfacției acestuia;
- Studiile arată că anumite comportamente de comunicare, precum explorarea nevoilor beneficiarului, abordarea emoțiilor acestuia, sunt un foarte bun predictor al satisfacției beneficiarului, în timp ce intervențiile medicale tehnice (examinare, teste, prescrierea medicației) nu sunt;
- Beneficiarii sunt mulțumiți de serviciile de îngrijire și pot înțelege mai bine problema lor și intervențiile sau opțiunile de tratament;
- Scade distresul beneficiarilor și vulnerabilitatea la recăderi;
- Scade intensitatea simptomelor și disconfortul generat de acestea;
- Beneficiarii mulțumiți de relația terapeutică cu medicul

lor se implică activ în recuperare față de beneficiarii care nu sunt mulțumiți de natura relației terapeutice;

- Comunicarea medic-beneficiar contribuie în mod esențial la reabilitarea socială a beneficiarului.

#### **Impactul psihologic al bolii și experiența de bolnav**

Ce înseamnă *a fi bolnav*? Boala cuprinde o arie foarte largă de experiențe, de la a nu te simți bine, la a avea simptome specifice unei boli, a primi un diagnostic și tratament, a suporta consecințele bolii.

Boala, acută sau cronică, este o situație de criză care solicită adaptare la una sau mai multe din următoarele situații: simptome, disfuncții și durere, proceduri de diagnosticare, proceduri de tratament, mediul spitalicesc și personalul medical, intervenție chirurgicală, reducerea autonomiei, pregătirea pentru un viitor incert, amenințarea echilibrului emoțional, a demnității personale și stimei de sine, a sentimentului de control.

Ce înseamnă rolul de bolnav? O persoană poate să intre în rolul de bolnav dacă medicul a confirmat boala, sau în anumite situații, familia sau prieteni „influenți”. Rolul de bolnav este un fel de confirmare socială a bolii.

Ce înseamnă comportamentul de bolnav? Acest construct include următoarele caracteristici: recunoașterea și interpretarea simptomelor, asumarea rolului de bolnav, consultarea medicului și acceptarea tratamentului, recuperarea din starea de boală. Persoana bolnavă, prin asumarea unui nou rol impus de situația de criză, apărută deseori inopinant și pentru care de cele mai multe ori nu este pregătită să îi facă față, are nevoi speciale. Cunoscând nevoile pacientului, familia, personalul medical, cu atât mai mult psihologul din mediul clinic, pot facilita adaptarea sa la rolul de bolnav.

#### **Nevoile pacientului:**

- De a fi înțeles
- De a fi informat
- De a i se reduce anxietatea
- De a fi respectat
- De a se simți în siguranță
- De a avea control
- De a-și păstra demnitatea

#### **Principiile comunicării între personalul medical și pacient**

- 1. Ascultarea activă:** reflectarea emoțiilor sau a conținutului discursului exprimate de cealaltă persoană.
- 2. Acceptarea poziției celuilalt:** opiniile, emoțiile celuilalt sunt întotdeauna adevărate în raport cu experiențele, scopurile sau standardele sale;
- 3. Exprimarea propriei poziții:** exprimarea gândurilor și a emoțiilor legate de o situație concretă.
- 4. Explorarea alternativelor:** brainstorming, evaluarea argumentelor pro și contra, ierarhizarea eficienței alternativelor.



Studiile de specialitate descriu peste 70 de abilități individuale care contribuie la eficientizarea comunicării dintre personalul medical și beneficiar. Aceste abilități individuale se reunesc în seturi de abilități și strategii care sunt legate în mod direct de activitatea medicală și permit aplicarea lor în cadrul activității medicale. Aceste abilități care contribuie la eficientizarea comunicării dintre personalul medical și beneficiar reprezintă abilități clinice de bază.

Mai jos sunt prezentate patru seturi de abilități de comunicare legate de principalele obiective ale comunicării personal medical-beneficiar.

## I. CUNOAȘTEREA EXPERIENȚEI SUBIECTIVE A PACIENTULUI

Abilitățile de a explora modul în care pacientul trăiește boala, problemele și îngrijorările sale (4).

### De ce să utilizăm aceste abilități ?

- Colectarea tuturor informațiilor relevante despre beneficiar contribuie la realizarea unui diagnostic acurat și la construirea eficientă a planului de intervenție.

- De asemenea îl încurajează pe pacient să coopereze și să facă eforturi în urmarea planului de recuperare.

- Explorarea modului în care pacientul trăiește experiența bolii îl ajută pe beneficiar să înțeleagă și să își reamintească informațiile primite.

- Când se prezintă la medic, pacienții doresc suport și ajutor pentru mai multe probleme decât una singură, cu care încep discursul sau pe care o prezintă atunci când sunt întrebați.

- 40% - 80% dintre pacienți nu urmează recomandările primite, dacă acestea nu sunt relaționate cu nevoile, prioritățile, așteptările lui.

- Explorarea convingerilor pacientului despre problemele sale este predictor pentru rezultatele obținute de beneficiar în urma intervenției medicale.

### Cum să facem ?

- Invitați pacientul să vă povestească despre problemele lui: *“Povestii-mi cum vă simțiți ?”*.

- Utilizați întăriri verbale și non-verbale pentru a încuraja pacientul să exprime alte îngrijorări sau emoții: *“Mhm hm”, “Înțeleg”*.

- Permiteți/ acordați timp pacientului să continue sau să răspundă, înainte de a pune o altă întrebare.

- Identificați care este cea mai presantă problemă a pacientului și negociați discutarea ei în acea întâlnire.

- Formulați întrebări care să vă ajute să înțelegeți cum problema afectează viața de zi cu zi a pacientului. *“Ce schimbări ați observat că au apărut în viața dvs. de când vă confrunțați cu problema X?”*

- Formulați întrebări despre contextul de viață al pacientului (evenimente sau persoane implicate); aceste informații pot ghida decizia clinică de tratament. *“cu cine locuiți ?”, “au apărut schimbări acolo unde locuiți ?”, “cu cine vă petreceți cea mai mare parte a timpului ?”, “cu cine preferați să stați*

*?”*, *“sunt lucruri care vă deranjează sau vă îngrijorează în prezent ?”, “sunt lucruri care urmează să se întâmple și vă gândiți la ele?”*

- Întrebați pacientul care este, după opinia sa cauza problemei ? *“Din ce cauză credeți că a apărut X?”*

- Identificați așteptările pacientului despre modul în care problema sa poate fi ameliorată. Pacienții vin cu propriile lor așteptări despre soluționarea unor probleme/ simptome și, dacă ele sunt diferite de cele primite, scade probabilitatea urmării recomandărilor medicale.

- Sumarizați ce ați înțeles despre îngrijorările și așteptările cheie ale pacientului legat de problemele sale și despre ce poate fi făcut.

- Invitați pacientul să completeze sau să corecteze modul în care dvs. ați înțeles.

### Ce este indicat să știm despre pacientul copil?

Pentru a vedea persoana în pacientul nostru este indicat să ținem cont de următoarele seturi de elemente (5):

1. Cine este acest copil? Cine/ce face parte din viața lui? Care sunt domeniile lui de interes (școală, prieteni, dificultăți majore)? Dar părinții lui?

2. Ce așteptări are acest copil și părinții lui de la noi? Care sunt convingerile și îngrijorările lor? Ce speră să primească de la noi acum și/sau pe viitor?

3. Cum își trăiește acest pacient propria boală? Concret, ce a făcut el pentru a redobândi funcționalitatea? cum i-au fost afectate relațiile? Ce înseamnă boala în mod simbolic pentru copil și familia lui?

4. Care sunt convingerile (percepțiile) pacientului despre boală? Dar ale părinților? Care sunt ipotezele părinților despre patologie și cauzalitatea acesteia? Dar ale copilului? Care pare a fi tratamentul rezonabil pentru acest copil și această familie?

5. Care este starea emoțională a copilului în raport cu problemele sale de sănătate? Dar ale părinților (cu o atenție specială acordată celor 5 factori comuni: frică, neîncredere, furie, supărare și ambivalență)?

Este indicat să integrăm aceste elemente în rutina practicii noastre și să asigurăm o explorare mai profundă sau de suprafață a fiecărui set. Practicarea acestora facilitează un grad mai mare de înțelegere și încredere din partea pacientului, simbolizând un interes mai ridicat vis-a-vis de sănătatea acestuia (senzație care poate fi cu adevărat terapeutică).

### Mai concret...

Este întotdeauna util și este perceput drept o dovadă de respect ca la prima întâlnire cu părinții și copilul să ne prezentăm: *„Mă numesc..., sunt medic rezident / specialist / primar pediatru / de medicină de familie”*, și totodată să le dăm și acestora posibilitatea să se prezinte. Pentru un bun contact cu copilul este uneori necesară coborârea la nivelul de înălțime al acestuia, și adresarea directă a câtorva cuvinte: *„Bună Matei, mă bucur să te cunosc!”*



Pentru creșterea gradului de predictibilitate a evenimentelor (în scopul scăderii anxietății părinților și copilului) se pot spune câteva cuvinte despre ce urmează să se întâmple: „O să stăm puțin de vorbă să vedem ce s-a întâmplat”. Verbalizarea din partea medicului de fiecare dată când urmează să facă o procedură are același scop: „Acum o să...”

Unii medici preferă să inițieze un interviu clinic cu copilul și părinții acestuia utilizând următorul enunț: „Înainte de a vorbi despre problemele de sănătate ale lui Matei, mi-ar plăcea să-mi vorbiți puțin despre Matei. Ce fel de copil este?” Sau direct către copil: „Ce-ți place ție să faci?”

Cei care sunt preocupați mai degrabă de semne și simptome pot să utilizeze următorul conținut verbal: „Acum că mi-ați vorbit puțin despre boală, și înainte să analizăm în mod detaliat starea lui de sănătate, vreau să-mi vorbiți puțin despre Matei ca persoană.”

În ambele situații majoritatea părinților și copiilor vor sumariza succint câteva detalii despre viața personală, care pot determina un consum de regulă de maxim 30 de secunde. Ocazional pacienții ar putea să întrebe „Ce pot să spun?”. În astfel de situații putem să-i încurajăm și să repetăm: „Păi ceva despre prieteni, grădiniță / școală, ce-i place să facă / ce-ți place ție să faci cel mai mult – pe scurt ceva de genul acesta”. Uneori mesajele deschise sunt cele mai eficiente: „Cum l-ați descrie pe Matei?” „Dacă ar fi să-l descrieți în două fraze, ce ați spune despre Matei?” și dacă considerăm că este cazul îi putem cere un răspuns mai detaliat „Spuneți-mi mai multe despre asta”.

În alte contexte medicul poate să transmită mai multe informații: „Trebuie să acordăm puțin timp pentru a ne cunoaște mai bine în condițiile în care vom colabora pentru viitor. Permiteți să vă cer să-mi spuneți câte ceva despre familia Dvs. și despre Matei și mai târziu am să vă răspund și eu la întrebările pe care le aveți”. Sau într-o altă situație: „Stiu că veniți în acest spital de mai mult timp, dar deoarece eu sunt un medic nou, vă invit să-mi vorbiți puțin despre familia Dvs. și despre Matei”.

## II. CONSTRUIREA RELAȚIEI TERAPEUTICE

Abilități de a valida pacientul și de a fi suportiv – o relație terapeutică solidă cu familiile oferă atât medicului cât și părinților un sentiment de încredere și înțelegere. Mai mult, pierderea relației terapeutice duce la scăderea calității sănătății copilului (6).

### De ce să utilizăm aceste abilități ?

- Relația terapeutică pozitivă este o metodă de intervenție în sine și moderează eficiența celorlalte metode de intervenție.
- Studiile arată că relația terapeutică este responsabilă de 40% din rezultate.
- Ignorarea relației terapeutice și a atitudinii de suport și acceptare necondiționată a beneficiarului este obiectul malpractisei-ului.
- Validarea trăirilor pacientului este cel mai important

instrument de stimulare a beneficiarului ca să facă schimbările benefice pentru el.

### Cum să facem ?

- Arătați pacientului că sunteți receptiv la emoțiile lui, că sunt în siguranță dacă le exprimă sau dacă le discută. Puteți face acest lucru întrebând beneficiarul despre emoțiile / sentimentele sale: “Cum vă simțiți în legătură cu acest lucru ?” “cum vă face acest lucru să vă simțiți ?” “Care este cea mai mare îngrijorare a dvs. legat de aceasta ?”

- Evitați să criticați sau judecați emoțiile, comportamentele sau convingerile exprimate de beneficiar. Exemple de afirmații evaluative, critice care trebuie eliminate total: “Te voi aprecia/ ar fi de apreciat dacă ...”, “nu ai motive să ...”, “nu ar trebui să te simți așa”, “mi-ar fi plăcut ca tu să ...”

- Observați și recunoașteți semnele distresului emoțional la pacienți. Observați dacă evită să vă privească, evită să vă răspundă. Observați discrepanțele între ce spune și modul în care spune (ex. afirmă că totul e în regulă, dar are o mimă îngrijorată și își frământă mâinile), observați ce evită beneficiarul să spună.

- Răspundeți imediat la indicatorii verbali sau non-verbali care exprimă distresul emoțional al beneficiarului. Este important ca emoțiile exprimate de beneficiar să nu rămână neadresate. Cea mai adecvată modalitate de a răspunde la emoțiile beneficiarului este validarea lor.

- Validați emoțiile pacientului. Pacienții au nevoie să știe că emoțiile lor sunt normale și acceptate, că modul în care ei se simt este firesc și de așteptat în acele circumstanțe. Pacienții trebuie să înțeleagă că nu este nimic problematic în emoțiile lor sau exprimarea lor: “E normal să te simți în acest fel”. “Ar fi de mirare dacă nu te-ai simți așa în situația asta”. “Este firesc să simți aceste lucruri. Oricine în locul tău ar simți la fel”. “Marea majoritate a oamenilor în aceeași situație ar reacționa la fel”. “Reacția ta este absolut normală”.

- Oferiți și cereți feedback pacientului: “Am înțeles că tu te simți ...Am înțeles bine ?”

- Exprimați deschis suportul pe care dvs. îl oferiți și încurajați pacientul să îl ceară. “Ne vom gândi împreună ce este mai bine de făcut”.

## III. IMPLICAREA PACIENTULUI

Abilitatea de a-l implica pe pacientul în deciziile medicale (acolo unde este cazul) (7);

### De ce să utilizăm aceste abilități ?

- Cercetările subliniază faptul că implicarea pacientului în decizia de tratament crește mult complianța acestuia la recomandările medicale.

- Personalul medical care încurajează pacientul să se implice activ în deciziile de tratament obține rezultate, în termeni de rehabilitare și funcționare, mai bune de la pacienții lor.

### Cum să facem ?

- Alocați timp suficient explicării diagnosticului și opțiu-



nilor de tratament; nu uitați că cea mai mare parte a personalului medical supraestimează timpul acordat pacientului pentru explicații și discuții.

- Identificați care sunt așteptările pacientului și de câte informații are el nevoie despre condiția sa medicală și opțiunile de tratament. „*Ce informații aveți despre acest diagnostic ?*” „*Ce v-a ajutat în trecut, ce nu v-a ajutat ?*”

- Identificați preferințele pacientului pentru implicarea în luarea deciziei (asumarea riscurilor, implicarea altor persoane) și îndoelile legate de luarea deciziei.

- Prezentați pacientului alternativele de tratament dacă acestea sunt disponibile, rezultatele lor și efectele adverse.

- Recomandați o alternativă de tratament și explicați motivul pentru care faceți această recomandare.

- Identificați care sunt rezervele, barierele pacientului față de alternative de tratament și rezolvați-le – aceste rezerve pot fi datorate unor circumstanțe personale din viața pacientului, lipsei informației, fricii etc.

- Verificați dacă pacientul este mulțumit cu medicația, dacă apar efecte secundare care îl deranjează.

- Stabiliți rolurile și responsabilitățile fiecărei părți și verificați dacă pacientul le-a înțeles: de exemplu, medicul este de acord să verifice dacă există medicații alternative care să nu aibă anumite efecte secundare, iar pacientul este de acord să ia medicația prescrisă până când se identifică o soluție alternativă.

- Exprimați suportul și înțelegerea dvs. „*Știu că vă este dificil să luați medicamentele acestea*”. „*Înțeleg că te deranjează starea de somnolență pe care o simți când iei medicația*”.

#### IV. VALORIFICAREA POTENȚIALULUI DE RECUPERARE A PACIENTULUI

Abilitatea de a interacționa cu pacientul astfel încât acesta să își dezvolte încrederea în forțele proprii (8).

##### De ce să utilizăm aceste abilități ?

- Utilizarea acestor metode crește încrederea în sine a pacienților și autonomia lor, aspect cheie în implicarea lor activă în tratament și recuperarea acestora.

- Valorificarea potențialului de recuperare a pacientului facilitează dezvoltarea relației terapeutice.

##### Cum să facem ?

- Prin comunicarea cu ceilalți specialiști ai echipei, identificați progresele pacientului în orice domeniu (autonomie, îngrijire personală, materiale executate etc.) și oferiți-i acestuia feedback-uri pozitive, de câte ori aveți prilejul.

- Centrați-vă pe progresele pacientului și pe lucrurile pe care poate să le facă în timpul interacțiunii cu dvs. și oferiți-i feedback-uri pozitive imediate.

- Ignorați erorile pe care pacientul le face: nu îi reproșați, nu îi atrageți atenția că a greșit, nu ridicați vocea. Toate aceste comportamente îl vor face să facă mai multe erori și îi vor scădea încrederea în forțele proprii. Puteți în schimb utiliza comportamente prin care pacientul să înțeleagă ce

are de făcut, fără a sublinia faptul că a greșit:

- să îi arătați cum se face;
- să îi oferiți ghidaj verbal: „te oprești la fereastră și aștepți”;

- să îi repetați solicitarea la care nu a răspuns;

- să îi oferiți indicii care să îl ajute: „dacă vezi bulina galbenă înseamnă că...”;

- Oferiți feedback pozitiv imediat dacă pacientul răspunde compliant la instrucțiunile dvs.

- Salutați pacientul când vă întâlniți cu el;

- Folosiți numele pacientului când îl salutați sau când interacționați cu el.

- Primiți pacientul cu căldură: spuneți-i pe nume, ridicați-vă și da-ți mâna cu el atunci când îl poftiți în cabinet, zâmbiți-i.

- În situațiile în care pacientul are comportamente nepotrivite nu ridicați vocea, nu amenințați cu consecințe negative; aceste comportamente cresc probabilitatea ca frecvența sau intensitatea comportamentelor nepotrivite să crească. Puteți în schimb să vă apropiați de beneficiar și să îi spuneți ferm că acel comportament este neadecvat și că trebuie să îl oprească: „Acest lucru nu este adecvat/permis aici. Oprește-te acum”. Instrucțiunea va fi repetată până pacientul este compliant. În cazul în care pacientul nu este compliant, va fi anunțat că este nevoie să meargă într-un spațiu unde acel comportament este adecvat/permis ”Acest lucru nu este adecvat aici. Trebuie să mergem într-o cameră unde poți face acest lucru cât timp vrei”.

#### CONCLUZII

Fiecare persoană are o experiență unică asupra propriei boli/patologii, iar cea mai eficientă modalitate de vindecare include focalizarea atât pe motivațiile, valorile și nevoile pacientului (pe convingeri și emoții, cât și pe experimentarea bolii).

Medicii (specialiștii din domeniul sănătății) care țin cont atât de nevoile pacientului cât și de patologia acestuia obțin informații mult mai concrete despre istoricul medical, iar astfel se favorizează o creștere a nivelului de satisfacție și aderență la tratament și se facilitează dezirabilitatea în relația medic-pacient.

Specialiștii din sănătate își pot îmbunătăți semnificativ abilitățile de interacțiune în relația medic-pacient prin exersarea unor noi patternuri de abordare a pacientului, respectiv printr-o centrare mai concretă pe persoană și nu pe boală. Rezultatele unui interviu centrat pe pacient sporesc gradul de satisfacție atât pentru pacient cât și pentru cadrul medical.



## REFLECTIONS FROM THE BATTLEFIELD - FROM MISSION IMPOSSIBLE TO POSSIBLE

### AN EVALUATION OF BALINT GROUP WORK FOR JUNIOR DOCTORS IN OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY AT THE KAROLINSKA UNIVERSITY HOSPITAL

- E. L. Ryding, & H. Jablonski, Stockholm, Sweden

“We are soldiers fighting at the front!” one of the young doctors said about their everyday working situation. The title of our presentation links to this expression.

**Abstract:** *The authors present the problems and challenges about starting up and running a Balint group at the Dept. of Obstetrics and Gynaecology at Karolinska University Hospital in Stockholm. The conclusions were made after a discussion between the authors who were the co-leaders of the group. These were mainly based on the analysis of the answers to a questionnaire which was filled in after each session during four semesters by both the group members and the leaders.*

**Key words:** *problems and challenges, answers to a questionnaire.*



Henry Jablonski

The authors conclude that starting a Balint group for junior doctors in a surgical speciality requires a good preparation to reach a stable working group situation. The main topics of the sessions were

- singular dramatic encounters with patients,
  - to be exposed to impossible demands, and the lack of human support of superiors and work-mates (midwives).
- The most important processes were
- the recovery of professional self-esteem and the development of self-knowledge.

The contents of the sessions were those of a traditional Balint groups, though a quite some time was spent on working on organisational problems in connection with the cases presented. The evaluations by the group members of the sessions were positive especially from their personal point of view. The leaders generally rated somewhat lower both on various estimations of contents and on evaluation of sessions, but still decisively on the positive side. A combined leadership with a psychoanalyst and a specialist in the current speciality seems to be a good choice for a Balint group of junior doctors in a somatic hospital.

#### Background and start of the Balint group

In the autumn of 2006 Elsa Lena Ryding (ELR) holding the position of senior specialist at a psychosomatically orientated out-patient clinic within the Department of Obstetrics and Gynaecology (Ob & Gyn) contacted Henry Jablonski (HJ) on a project for starting Balint group work at the department. The project was supported by the head of the

department and by some of the older specialists who had had a positive experience of participating in a Balint group many years ago.

This was the beginning of discussions with the management group of the department that lasted for three months. Meetings were held with the doctors in charge of the sections of the department. A general presentation of Balint group work was also given at a morning meeting attended by some 40-50 doctors. The conclusion of this process was that the working structure and climate on all levels of the Department (including some reluctance among junior doctors) did not allow for a regular Balint group. Instead it was agreed that a Balint-inspired, time-limited, semi-structured group would be a more adequate answer to the needs of the junior doctors. Thus seven 90 minute seminars over 12 weeks were offered to specialist registrars, substitute doctors and new specialists. They were lead (partly jointly and partly individually) by ELR and HJ.

A dozen doctors applied – with a few exceptions they were specialist registrars. Four of the seminars focused on a specific subject: Abortion, perinatal death, sexuality, and cancer. The last seminars were open as any Balint session. This project was well received. From the autumn of 2007 the Department has offered a regular and continuous Balint group which is jointly led by us. It is open to registrars and to all young substitute doctors who have some experience of Ob & Gyn and who expect to work at the clinic for at least half a year. Those who in the meantime have qualified as specialists have left the group though they are still working



at the dept. New doctors are let in thus making for a slow circulation. In the last semester two registrars from the Dept of Paediatrics have joined the group. Over these two years the average number of doctors registered as group members were 9-12. Approximately 20 doctors in all have been taking part in our group work during the three semesters it has been running. The special working conditions at a Dept of Ob & Gyn and its impact on attendance rate in a regular Balint group was described by HJ (Jablonski 2007). In his experience the expected long-term attendance rate frequency is about 50 % to a Balint group for hospital doctors as opposed to GP groups where the corresponding figure is over 80% (Jablonski 2005).

### Aims of the evaluation

- What were the main topics and processes of the sessions?
- How much space was devoted to various types of topics according to the participants and according to the group leaders?
- How did the participants evaluate the discussions and the contributions by themselves and others? Ditto for the leaders.
- What is special about group work with junior doctors of Ob & Gyn, compared to a traditional Balint group?
- Which were the problems in starting and maintaining the group and which were the favourable factors?

### Methods

We used reflection first individually and then in discussion between the two leaders from different backgrounds.

We also used a modified questionnaire developed by Dr Dorte Kjeldmand (DK) for her dissertation work for a Ph D "The Doctor, the Group and the Task" (2006). DK's research results lend a reliability and validity to the items used in the evaluation. With regard to evaluation of contents they correspond to the traditional core items of Balint work: the doctor-patient interaction, the meeting with the patient and the feelings of the doctor elicited by clinical situations.

DK used a 7-graded scale. HJ had previously found it sufficient for the purpose of evaluation to reduce it to a five-graded scale defining in words what every level stands for (Jablonski 2005). E L R slightly modified the questionnaire further. It was given to the participants at the end of every session. Space was given for free commentaries and criticism. The group members submitted their evaluations anonymously. The leaders marked their forms with an L.

The first part of the questionnaire has 14 items concerning how much of the session that was devoted to 14 various topics defined. The second part was an evaluation of the discussions and of the contribution by self, other members and the leaders. A mean score was calculated for each item during each of the three consecutive semesters, one score for the participants and one for the leaders. The questionnaire is shown in a supplement. The case histories have been altered in order to avoid recognition.

## Results and discussion

### Topics and process

The junior doctors most often chose to rapport on acute and dramatic single meetings with patients. The need for a too late "debriefing" was great. After a traumatic experience they are often required to just go on with their tasks. Support was offered for the midwives involved by other midwives, but the doctors were often forgotten. For instance a young midwife was taken off duty after her experiencing the delivery of a dead baby for the first time. Nobody asked about the junior doctor, who in fact also had this experience for her first time. The junior doctors needed to talk about their feelings of anxiety, horror, sorrow. They also needed to talk about their disappointment with their superiors and with their work-mates (mainly midwives) who had not taken care of the them after a difficult experience.

*Anders remembered one of his first days on the delivery ward as terrible. The consultant and the more experienced registrar were performing a caesarean section when a pregnant woman came in without signs of foetal heartbeats. The young doctor was urgently asked to help several of the ward midwives. He tried in vain to find the heart of the foetus with inadequate equipment. After a while, an older colleague came back from the operation theatre, asked for a better ultrasound machine and found a foetal heart beating slowly. The woman was immediately delivered by emergency caesarean but the infant was dead. After this event the head midwife performed a kind of debriefing and "absolving" session, during which all interest was directed towards the crying midwife who had been in charge of the woman who had lost her baby. The consultant summed up that everybody had done just fine in the circumstances (which was not entirely clearcut and could have been more thoroughly scrutinised) and then he left the ward. Anders was left with his feelings of inadequacy and disappointment with his older colleague, the consultant.*

Another frequent type of case was single encounters with patients or next-of-kin who were dissatisfied, demanding and/or aggressive. The registrars needed to hear that they had done all that was possible. The other participants identifying with the presenter (too) readily gave support. But the interventions from the leaders stressed the patient's situation and personality, and then discussions could be taken further towards an understanding of the situation and also of the individual reaction of the presenting doctor. Some of the group members proved to have a "natural" talent for Balint group work. They brought vitality, social competence and responsiveness into the group, and they were not prestigious. The others could learn from these more psychologically minded comrades and thus gradually overcome their initial resistance to explore themselves.

This self-reflective process was i.e. expressed when they reported a development in their ability to communicate in difficult situations. "Well, you all know, I am the angry doc-



tor. But this time I was thinking... “

In a few members of the group professional identity and behaviour were strongly linked to personality idiosyncrasies. One doctor was very sceptical during the first sessions. She was very reluctant to think about her own part of a patient-doctor encounter. When the psychoanalyst leader after some time focused on these aspects in her case presentations she became upset and offended. She was calmed down by the senior obstetrician. She came back and developed into a working participant who had a lot to give in the group. She could in hindsight comment on the considerable personal turmoil these discussions had meant to her. She had been furious with the psychoanalyst as a leader and felt that more or less her whole person was questioned. Yet, she had seen the point, learnt, and realised how a profoundly rooted personality trait in herself affected her relations with her patients and could invade a lot of her off-duty time. Hardly ever did the junior doctors report on an ongoing process with a patient. This is due to their work situation which rarely allows longer contacts.

### Content of the sessions

The space taken for 14 various types of topics is shown in Table 1. The meeting with the patient, and demands, limits, control was often discussed according to both the residents and the leaders as well as unpleasant work-related experiences and work-related feelings in the case presenter and the other group members. There was a tendency for the group members to score higher than the leaders on most of these items. We interpret this as an expression of the greater experience of the leaders.

The topics discussed were those that “should” be handled in a traditional Balint group. But, there was less talk about the patient’s history and psychosocial situation. Organisational problems were much more often discussed than in groups of out-patient practitioners. We felt that it was important to allow for such discussions under strict confidentiality, since they constituted important and real problems. We tried to inspire the group members to cope with the organisational problems themselves, and – if possible – find ways of constructively discussing these issues with the senior colleagues involved or at the doctors’ staff meetings.

**Table 1.** Content of the sessions

	SS 07	AS 07 Leader	SS 07	AS 07 Leader	SS 08	SS 08 Leader
Meeting patient	3.8	4.3	4.1	4.0	4.3	4.1
Life history of patient	2.4	1.8	3.2	1.7	3.4	1.8
Psychosocial situation	3.1	2.6	3.9	2.4	3.8	2.6
Medical issues	2.9	2.6	2.9	2.8	2.9	2.7
Demands, limits, control	4.0	3.6	4.2	3.0	4.0	3.6
Individual/group process	3.3	2.6	3.8	3.0	3.7	2.7
Psychological theories	3.3	2.3	3.8	1.8	3.4	2.3
Counseling	3.1	2.2	3.8	1.8	3.8	2.5
Organization	3.0	2.5	3.5	3.2	3.1	2.6
Unpleasant work-related experiences	4.8	4.7	4.7	4.9	3.8	3.7
Work-related feelings of case presenter	4.7	4.3	4.4	4.8	4.3	4.1
Wok-related feelings of others	4.0	3.4	4.3	3.2	4.1	3.0
Non-work-related feelings of case presenter	2.1	1.7	4.0	1.8	3.2	1.8
Non-work related feelings of others	3.5	1.5	4.0	1.2	3.8	1.5

5=very strong emphasis 4=emphasis above average 3=average 2=less emphasis than average 1=not discussed

SS=spring semester AS=autumn semester

### Evaluation of the sessions

The group members reported a high satisfaction with the discussions even more from a personal point of view than from a clinical point of view (Table 2). This contrasts with evaluations from Balint groups of experienced GPs who find the discussions generally more rewarding from a clinical than from a personal point of view. Possibly the GP’s definition of a “clinical” problem is wider and more holistic, whereas hospital doctors have a more strict medical definition of “clinical”.

The discussion climate was reported as good. Even if we as leaders were less satisfied with some sessions, this was not reflected in the scores made by the participants. There was a strong, and rising, sense of solidarity among the young doctors. Except for one junior doctor who had been in a group member during her internship, none had previous experience of Balint work. Though the method had been explained during the introduction they were not really in a position to be overly critical of our use of the method.

The contribution of other participants and leaders was



estimated as better than one's own contribution. This was also the case with the leaders. The female obstetrician tended to estimate her contribution as less important than that of the male psychoanalyst. We have discussed between us if this is a Swedish or a universal phenomenon. Since most of the specialist registrars and substitute doctors, at the Dept and all but one (sporadic) participant in the Balint group, are female, we have not been able to really reflect on the influence of gender.

There was a tendency of rising scores over time in spite of the group was not the same from one semester to next, and no junior doctor participating more than two whole se-

mesters. The explanation may be that the group grew more and more "popular" and/or that the leaders got more used to the situation and each another. Also, the group during the first semester was more heterogeneous with regard to clinical experience. One young doctor who had just begun the same week at the Dept. was almost silent with big ears and eyes. After the summer holidays her attitude in the group had changed to the extent that HJ literally thought she was another person! But in the following semesters we did not allow doctors with no experience at all in the speciality to join. Nor did any of the specialists take part, and group members who became specialists left.

**Table 2.** Evaluation of the sessions

	SS 07	SS 07 Leader	AS 07	AS 07 Leader	SS 08	SS 08 Leader
Discussions clinically rewarding?	3.8	3.3	4.1	3.3	4.3	3.2
Discussions personally rewarding?	4.1	3.4	4.0	3.1	4.7	3.7
Discussion climate in the group?	4.4	3.7	4.8	4.3	4.9	4.2
Did we follow the method agreed upon?	4.0	3.9	4.4	3.8	4.1	3.9
Estimation of own contribution to the group work?	3.4	3.2	3.4	3.2	3.9	3.4
Estimation of other group members' contribution?	4.0	4.0	4.4	4.1	4.7	3.8
Estimation of group leaders' contribution?	4.1	3.8	4.4	3.5	4.5	3.5

5=very good 4=good 3=acceptable 2=poor 1=very poor

### **Comparison with the traditional Balint group**

What is special about a Balint group for residents of Ob & Gyn? We work with young colleagues who already have a significant medical knowledge but who do not know much about the significance of themselves to their patients, Nor do they know what the patients might signify to them. In a group of GPs due to the continuity of clinical contacts the psycho-social aspects, the life histories of their patients naturally add to the meaning of the patient-doctor relationship. As discussed by HJ (Jablonski 2007) the hospital environment seems to present particular obstacles. The structural complications are the irregular working hours and the fragmentation of working tasks, as well as a greater hierarchy in a hospital department. The specialist registrars and especially the young substitute doctors without a secure position, are at the bottom of the doctor's hierarchy, and in some respects (non-medical decisions) also subordinate to the head nurses and the midwives. The psychological obstacles are also mainly institutional, such as the institutional ways of coping with anxiety (Menzies Lyth 1988). (for instance by shutting off emotions), institutional dysfunctions, lack of holding structures (i.e. anxious members of staff demanding consultation or intervention "that cannot wait" though it actually can wait). Individual psychological defences tend to be stronger as severe disease and immanent death is very present constantly in the daily working life in which the

doctors are taking decisions that imply crucial and dramatic changes in the lives of their patients.

"We are front soldiers!" one of the registrars said about the everyday situation in an Ob & Gyn department. She herself was used to completely shutting off her feelings at an emergency, to be able to be focused, take quick decisions and do the necessary but painful things to her patients. In such situations, the patient-doctor relationship is actually less important than saving a life. At times, it was difficult and problematic for our young colleagues to feel that they could stay caring and human. Sometimes several times daily they have to change between these emergencies and ordinary consultations, during which a broader understanding of the patient's problem is needed. The front soldier has to, minutes after the battle, show empathy in a discussion where the patient's own view of the problem must be noted and respected.

### **Problems and experiences**

Starting the group was facilitated by a thorough preparation in collaboration with the management of the Dept.. The seminars on specific subjects were helpful as an introduction to the Balint method. Thus the feeling of uncertainty and insecurity in the junior doctors about what was going to happen in the sessions - the risk of "cultural shock" - was diminished



In our opinion a non-traditional manner of looking at the framework of the sessions is necessary, with young hospital doctors, especially with those from a surgical speciality. We allowed beepers for those who were working at the delivery ward or the gynaecological emergency ward. We allowed coming late, with an explanation. We allowed leaving early for those who had to be on "afternoon duty" from 16.00. Of course these comings and goings disturbed the sessions, but we were not discouraged, but tried to do the best of the situation. We know that several attempts of Balint work at hospitals have failed because the leaders did not accept a more flexible framework than the traditional one.

We were impressed by those members who demonstrated clinical maturity and amazing psychological minded-ness in spite of their relative inexperience as doctors. As their leaders we could really harvest "low-hanging grapes" by just providing the framework for reflection. We were even more moved by those doctors who worked against their own inner strong defences and resistances, and endured and developed through the emotional turmoil that their group participation brought about - such as mentioned above.

The problem of drop-outs, and how to deal with them, is well-known. We have three examples of drop-outs or threatening ditto.

Anne came to the group with an air of scepticism towards the idea of discussing patient-doctor relationships with a critical mind. She seemed quite content with herself. Then she dominated one session with a case that happened several years ago, an extremely nasty case which had had personal implications for Anne. Something about the patient, it appeared, had reminded her of someone close to her. The case made a profound impression on all of us and the discussions were lively. Anne did not come back to the group. There was always something else to do...

Anita is a young woman with a temperament. She is well liked at the department because of her warm and lively personality, and for her competence. She came to the first sessions like a whirlwind, presenting dramatic cases, but not very willing to reflect. She could not always accept the comments of HJ, and there were some animated discussions about frames and limitations in clinical work. Later, Anita confessed that she had been thinking of not coming back to the group, but after all she had decided to absorb, learn and think about modifying her behaviour in certain aspects. And she really did!

Angela did not seem to grasp the meaning of our discussions. She presented a case with the intent to complain about the investigations made by others. She was not able to look at who was the patient and why did the encounter not go well. After this she was absent for several sessions. She was brought back by an enthusiastic colleague but still did not seem to grasp what the group is about. After an individual meeting with ELR she confessed that she had felt exposed, and found the leaders arrogant and we decided that she was

better off without the group. Angela may be an example of a person whose rigid defences do not allow for the personal exposure in a Balint group.

Even though this Balint group is part of the educational offer at the department, it could and should never be compulsory. It is not a part of the supervision of the Dept. which is compulsory for the specialist registrar in order to get a specialist certificate. The Balint group does not belong to a formal qualifying system. That would change the relations and the dynamics of the group. To have a group leader from the inside of the department added to the legitimacy of our continued work. It has made the group a part of the inner world of the Dept., and an obvious part of the education provided for registrars. My (ELR) fairly independent position at the Dept. as responsible for psychosomatics, we consider essential for the participants of the group. They do not have to face me as a superior in the everyday work. The support of a colleague from their future speciality makes it easier to absorb or reject the suggestions of the psychoanalyst (HJ). Of course there would not have been a Balint group without the psychoanalyst, who could look at the clinical situations and patients from the outside and with a deeper psychological perspective. But when he was a few times too far out on the psychoanalytical sea for most of us to understand, we hauled him in and tried to express the problem in other words.

To me (ELR) the Balint work has been a possibility to have more regular contact with these young doctors. Before it was more sporadic and the contact with my unit was quite scarce. It gives me an opportunity to influence them towards a holistic view of our speciality, which I feel very strongly about.

In all, I (HJ) think that this co-leadership had a great synergetic effect on the group work. As an outsider I observed how these young doctors started taking ELR "into use". When discussing a complicated issue, sometimes ELR as a very experienced holistic clinician would make a short comment and this would help the group members to calmly focus on the issue in a way that no psychological "sermon" from me could ever achieve. But I was also pleased to notice that my own medical clinical reflections were recognised as relevant by the group members. Spiritual mentorship is an important part of the group work for doctors in training. Paul Sackin (2005) in his Michael Balint Memorial Lecture elaborated on this theme.

### ***Critique of evaluation methods***

We cannot rule out that we might have got a less favourable evaluation if the anonymous questionnaires had been collected and processed by someone other than ourselves. Our view of how well the group worked is, for better or worse, our personal view. We feel, however, that the combination of qualitative and quantitative data, as in the Kjeldman thesis, gives a fairly comprehensive picture of our work.



**Conclusions**

To start a Balint group for junior doctors in a surgical speciality requires good preparation, but is worth-while. The main topics of the sessions were singular dramatic encounters with patients, to be exposed to impossible demands, and the lack of human support of superiors and work-mates (midwives). The most important processes were the recovery of professional self-esteem and the development of self-knowledge. The content of the sessions were as in traditional Balint groups, though a larger part had to be taken up by organizational problems. The participant's evaluations of the sessions were positive especially from a personal point of view. The leaders generally rated somewhat lower on both various estimations of content and on evaluation of sessions, but on the positive side. A combined leadership with a psychoanalyst and a specialist in the current speciality seems to be a good choice for a Balint group of residents in a somatic hospital.

**References:**

*Jablonski H: A method for assessment and evaluation of Balint work, Proceedings of the 14th International Balint Congress, Stockholm 2005*  
*Jablonski H: Emotions and emotional conflicts in hospital doctors - a report and some reflections on Balint group work in hospitals, Proceedings of the 15th International Balint Congress, Lisbon 2007*  
*Kjeldmand D: The Doctor, The Task and the Group, Thesis for a PhD, Department of Public Health and Caring Sciences, Uppsala University, 2006*  
*Menzies Lyth, Isabel. "The Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety", in Containing Anxiety in Institutions, Free Associations, London, 1988. pp 43-85.*  
*Sackin P: 16th Michael Balint Memorial Lecture, Journal of the Balint Society, Vol 33:2005*

**Supplement:** Questionnaire for evaluation and assessment of Balint group work (revised 2006)

Content	5=very strong emphasis 4= emph above av 3=average 2=less emph than av 1= not discussed
Meeting with patient	
Life history of patient	
Psychosoc sit of pat	
Medical issues	
Demands, boundaries, control	
Individual-/group process	
Psychological theory	
Counselling to presenter	
Organisational/political issues	
Unpleasant work-related experiences	
Work-related feelings of presenter	
Dito with other group members	
Non-work-related feelings in presenter	
Dito in other group members	
Other issues - which?	
Evaluation	5=very good 4=good 3=acceptable 2=poor 1=very poor
Were discussions generally clinically educational?	
Ditto on a personal (non-professional) level?	
Discussion climate in the group (safety, openness etc)?	
Did we follow the agreed on working method?	
The contribution of the others to the group work?	
Your own contribution to the group work?	
The contribution of the group leader to the work?	
Free comments (positive and negative criticism):	



## DESCRIEREA MUNCII UNUI GRUP BALINT DIN 9 MAI 2010, DEFĂȘURAT ÎN CADRUL WEEKEND-ULUI NAȚIONAL DE VARĂ DIN OCNA ȘUGATAG

- Dr. Baka Tünde, Tg. Secuiesc



În acea dimineață de duminică, în aer plutea sentimentul caracteristic al ultimei zile a unei astfel de întâlniri: iminenta nostalgie a timpului petrecut împreună într-o atmosferă plăcută balintiană. De câte ori mă încercă acest sentiment, deja mă consolează perspectiva unei noi reîntâlniri în viitorul apropiat, ca un alt punct de reper important în structura

rarea timpului meu personal. Grupul s-a adunat anevoios, resimțind un pic din oboseala unei festive, la rândul ei și ea foarte importantă la un astfel de eveniment. Liderul de grup, un lider balintian acreditat cu experiență, desemnat de către organizatori, m-a invitat să- i fiu colider, având în vedere numărul destul de mare al participanților, și anume: 14 persoane. Ne-am înțeles să aplicăm un stil de conducere cât se poate de permisiv, având în vedere faptul că grupul se aduna pentru a doua oară în acest weekend, și participanții deja se cunoșteau oarecum între ei.

După prezentarea celor din cerc, cazul a izbucnit aproape instantaneu din traista unui coleg relativ recent uns ca balintian, care practică medicină generală în sistem privat în capitală. El a prezentat cazul unui pacient trecut de 40 de ani, director al unei întreprinderi locale, care se prezintă la medic cu acuze minime somatice, apărute recent, după pierderea tatălui vitreg al acestuia. Pacientul își exprimă în mod tranșant dorința de a fi investigat medical „complet”, și respinge de la început ideea unei afecțiuni psihosomatice ca o consecință a pierderii suferite recent prin moartea tatălui său. Pacientul devine agresiv, nemulțumit și revendicativ, după ce i se efectuează și se interpretează ca fiind negative unele investigații paraclinice considerate necesare de către medicul său curant și se și exprimă ca atare, cerând într-o manieră jignitoare mai multă atenție și seriozitate din partea colegului nostru. Deși este îndrumat de către medic spre un alt coleg cu experiență, format ca specialist în SUA, care i-ar putea satisface mai multe dorințe pe acest plan, pacientul tot revine la colegul nostru, dându-i de înțeles că dorește să continue această relație medic-pacient. Colegul nostru însă când îl revede în sala de așteptare are sentimente negative de genul: respingere, negare, furie, dorință de eliberare din această relație.

Formulează o întrebare pe care o adresează grupului, prin care exprimă faptul că deși a avut în praxisul lui mai multe

cazuri de acest gen, de ce numai în acest caz singular a avut această reacție de revoltă și respingere totală al pacientului? Cum credem că va evolua relația lor de medic-pacient în viitor? A urmat șirul întrebărilor pentru elucidarea dedesubturilor:

- portretul fizic și psihic al pacientului
- stilul de viață și relațiile pacientului cu membrii săi de familie
- istoricul acestei relații mai vechi de medic curant și pacient
- anumite momente cheie ale relației
- condițiile specifice ale unui cabinet medical de medicină generală în sistem privat
- caracteristicile, avantajele și dezavantajele practicii medicale private

După retragerea simbolică a prezentatorului de caz în afara cercului, au urmat fanteziile și comentariile membrilor grupului. S-au enunțat idei foarte colorate, într-un ritm susținut, de genul:

• Pe tot parcursul evoluției relației dintre medic și pacient este perceptibilă o atracție în care s-au decelat chiar conotații ce țin de orgoliul masculin și de identitatea sexuală masculină. În această ordine de idei, atât medicul cât și pacientul au prezentat tendințe de idealizare a celuilalt, trezindu-și sentimente de frustrare și invidie față de anumite trăsături ale personalității celuilalt.

• O caracteristică a serviciului medical privat este transparența uneori exagerată a actului medical, medicul devenind foarte expus atacurilor pacienturii, care devine tot mai revendicativă. Tot în acest sistem privat teama medicilor de procesele inerente de malpraxis tulbură simțitor relația medic-pacient.

• S-au enunțat atitudini și păreri diferite despre faptul că această relație trebuie continuată în viitor, cu orice preț, soluționarea problemelor medicale ale pacientului având prioritate, sau din contră, medicul este liber să întrerupă această relație medic-pacient, punând capăt astfel și acestor probleme de ordin afectiv din partea lui.

• S-a subliniat rolul decisiv al lipsei de încredere a pacientului în facultățile profesionale ale medicului, dar și o lipsă de încredere din partea colegului, vis-a-vis de șansele rezolvării cazului medical propriu zis.

• Pacientul l-a identificat pe medic cu tatăl său, manifestându-și anumite porniri afective ca atare.

• Medicul s-a identificat cu pacientul, ale cărui sentimente de furie, neputință, trezite de pierderea tatălui și reprimate până în prezent, s-au transmis astfel medicului.

• S-a sugerat ca responsabilitatea medicală să fie împărți-



tă și cu alți colegi specialiști.

- După o altă părere, acest caz poate să sugereze medicului să se gândească la rândul lui la eventuala pierdere în trecut a părinților săi.

- S-a menționat natura asimetrică a relației medic-pacient, medicul posedând anumite informații și cunoștințe care îi permit să dețină controlul dar îl și responsabilizează mai mult.

- Făcând referire la conținutul lucrării despre interviu motivațional, prezentată de către colegul nostru în sesiunea de lucrări în dimineața precedentă, i s-a propus să prindă mai mult curaj și să intre în horă cu pacientul lui, în acest

dans fiind cu siguranță el, medicul, cel care va conduce.

Rechemat în grup, colegul nostru s-a exprimat a fi oarecum ușurat și mulțumit cu munca grupului, adunând multe idei folositoare, din perspective diferite. Deși unele idei i s-au părut total străine, speră ca și ele să joace în viitor un anumit rol în recolorarea cazului adus în fața grupului.

La invitația liderului către participanți de a ne exprima sentimentele și impresiile despre ceea ce am trăit în grup, toți am devenit foarte veseli și am avut tendința să râdem fără oprire. Veselia exagerată a grupului am explicat-o, în calitatea mea de colider, ca un mijloc de evitare a sentimentelor neplăcute care ne încercau în prag de despărțire.

## POVEȘTEA UNEI GĂRZI DE DUMINICĂ ÎNCĂ O PIATRĂ DE HOTAR ÎN MATURIZAREA PROFESIONALĂ

- Vajda-Hegy Csilla, medic rezident pediatru, Tg. Mureș



Este duminică, zi în care în mod normal ai vrea să ai un alt program decât clinica. Nu trebuia să fie garda mea, s-a întâmplat să fie așa printr-un schimb. Afacere de binefacere. Merg înspre clinică și mă gândesc câte și câte nu mai erau în agenda mea înainte să știu că o să vin în gardă.

Pun la o parte aceste gânduri și mă concentrez pe ceea ce o să fie: prima mea gardă la clinica de neonatologie. Sunt în stagiul acolo, conform curiculei. E bine să fim, să fiu și aici, unde chiar îmi place! Îmi place aici. Dacă stau să mă gândesc, poate un pic îmi este mai dragă neonatologia decât pediatria. Când era alegerea în rezidențiat după examen, în anul respectiv nu au fost locuri pe neonatologie. S-au acumulat aceste două specialități. Înțeleptul de care depindea acest lucru poate era la fel de nelămurit ca marea majoritate, chiar și în domeniul medical: la urma urmei nou născutul nu e și acesta un copil? Este, așa cum este și măruș și para un fruct. Nici nu știu dacă nu regret acest lucru. Mă consolează gândul, că o să am dublă specialitate și la o adică pot să lucrez ori ca pediatru ori ca neonatolog. Vom vedea ce-mi va rezerva viitorul.

Este prima mea gardă în această unitate și sunt curioasă cum o să fac față. Îmi amintesc de prima mea gardă ca rezident pediatru. Ce piatră de hotar în drumul pe care mi l-am ales! Nu mă liniștea atunci șirul de gărzi din spatele meu cât am lucrat pe ambulanță, nici perioadele lucrate la terapie intensivă sau traumatologie. Aparent sau nu, totul era nou

cum este și acum o situație nouă.

La predarea de gardă aflăm că moștenim un caz grav. Nou născut cu suspiciunea de atrezie de esofag. Caz foarte grav, dar care tehnic s-a rezolvat repede din punctul nostru de vedere. A venit chirurgul de la chirurgia pediatrică și a preluat cazul. Rezolvarea era la ei. Facem vizita, mă copleșește multitudinea de aspecte la care trebuie să fiu atentă. O adevărată provocare. Înainte să mă simt în largul meu se anunță o cezariană, atât pentru cauze materne cât și fetale. Stare de alertă. Asistenta pregătește echipamentul de reanimare, medicul primar (MP) cu care lucrez în această gardă mă trimite să verific demersurile de pregătire. Încă nu mă simt în măsură să contraevaluez ceea ce face asistenta, încerc să am încredere în profesionalismul ei. Eu care lucrez în această unitate de 3 săptămâni, față de ea, care lucrează acolo de mult timp. Ce capcană! Las garda jos. Ce ironie, eu care niciodată nu las garda jos când sunt în clinică! Intră cu cafeaua ei, îmi vine s-o avertizez, să și-o lase în cealaltă încăpere, dar mă gândesc că oricum nu o s-o pună undeva în camera de reanimare și nu sunt atentă. Nu-i zic nimic și nici nu observ că a pus-o pe masa pe care s-au pregătit instrumentele. Ginecologii sunt aproape de a scoate copilul. Mă concentrez pe ceea ce trebuie să fac și aștept cu inima-n gură să apară și MP în timp util. Mi-am făcut griji degeaba, apare înainte ca să „se nască copilul”. Dar auuuuuu, cineva din personal varsă cafeaua lăsată într-un loc nepotrivit. Vai, cum se poate așa ceva! și dă vina pe cea care a pus acolo paharul. Da, a greșit, nu o apăr, dar parcă sunt singura care vede, că și cea care a vărsat-o este la fel de vinovată. Nu s-a contaminat nimic de pe masă, nu era cazul să se pună ulei pe foc. Atmosfera era oricum fierbinte. Era aparenta liniște dinaintea furtunii. Încă nu știm în ce stare va fi scos copilul. Simt că devin palidă, au scos copilul și necesită reanimare.



Este prematur dar și subdezvoltat pentru vârsta gestațională. Parcă uit tot ce am învățat în ceea ce privește reanimarea la nou născut și-mi revin automatismele pe care le-am dobândit în toți acei ani lucrați pe ambulanță. Îmi revine sarcina de a face masaj cardiac. Uit că mâna mea trebuie să fie planul dur și încep să fac masaj cardiac într-un mod incorect. MP țipă la asistentă să preia de la mine masajul cardiac, dar vai, ea face la fel ca și mine. Izbucnește furtuna, MF se comportă într-un mod care mă sperie. Stau și acum să mă gândesc în timp ce scriu și o înțeleg: știu, sunt conștientă de starea de alertă și tensiunea ce caracterizează reanimarea, doar am reanimat de mai multe ori până acum, dar totuși consider de neacceptat atitudinea ei. Simt panica ei mascată de atitudinea ei agresivă. Mi se luminează ce așteptări are de la mine, dar mă deranjează că trebuia să-mi dau eu seama. Două cuvinte erau necesare: plan dur și puteam intra în normalitatea mea și acționez conform așteptărilor ei. Dar acum nimic nu e bine. Controlez aspiratorul, dar dacă nu comunică cu mine, evident nu ghiceam când să-l pun în funcțiune; se simte că nu lucrăm în sincron. Nu suntem echipă, dar așa din primul moment era chiar o utopie să fie așa. Aud că nu am voce, dar număr: un-doi-trei-și, un-doi-trei-și însă simt că ceva nu-i bine, ea totuși stăpânește situația, se face totul corect, dar cu toate acestea ceva nu-i bine. Deodată îmi dau seama ce nu-i în ordine, de ce nu lucrăm în echipă. Eu eram învățată, că cel care coordonează echipa de reanimare, acela vorbește, decide, îndrumă. Coordonează. Dar ea aștepta să fac lucruri de la mine putere. Reproșuri, ton ridicat iar mie îmi vine să plâng, dar nu e nici timpul nici locul potrivit.

Copilul este intubat, ventilat, cateter ombilical funcțional, tot ce implică terapia lui, a primit totuși asistență de calitate. Este la terapie intensivă, în stare stabilă. Deocamdată! Mi se varsă în cap a doua doză de ceartă. Nu există milă sau îndurare. Toată frustrarea ei se varsă mai ales pe mine dar și pe asistentă în față cu restul personalului. De ce pe mine? Poate e chiar simplu răspunsul. Se aștepta la mai mult de la mine, sau din punctul meu de vedere, la altceva.

Primele ore par să meargă bine, mă duc în camera de gardă să mă refac, dar n-am stare, mă tot duc înapoi, dar cu MP mergem în contratimp de câteva ori până ajung să fie și ea deja acolo. Din păcate copilul nu merge bine. Necesită multe manevre în continuare, reintubare, mai multe reanimări. Mă implic în manevrele ce urmează, văd că MP constată totuși că mă pricep la ceea ce fac, sper să se egaleze nota. Dimineața urma să aflu că nu era așa.

Dar suntem încă lângă copil, cu manevre eroice pe care nu-i cazul să le enumăr. Merge din ce în ce mai rău. Parcă aud la propriu ceea ce mi s-a predat la o conferință prespitalicească din Ungaria. Începi să reanimezi pe toată lumea, dar continui la cine are șanse sau merită. Restul este amestecul tău în voia lui Dumnezeu. Parcă înțeleg și mai bine acest lucru. Copilul chiar dacă supraviețuiește de hipoxia suferită nu-l scapă nici o terapie. N-are șanse reale de a fi un om normal.

Bine sau nu, nu sunt alte cazuri, nici măcar nașteri normale cu bebe sănătos, să mă scoată din anturaj. Este aproape miezul nopții și noi tot lângă copil stăm. Copilul pare să trăiască dar este capcana secolului, al aparatelor. Respiră pentru că aparatul respiră în locul lui. Toată lumea e obosită. Simt parcă în atmosferă, că asistentele așteaptă să renunțăm. Mi-e frică să recunosc, dar și eu aștept, dar nu am curajul nici să întreb. Parcă timpul stă pe loc. Trecem de miezul nopții, când MP renunță într-un sfârșit. O singură dată am asistat la ceva asemănător a ceea ce urma să fie. Era atunci într-o altă conjunctură, era garda mea, eu singură, la pediatrie, într-un alt oraș. O asistentă, care întâmplător mă cunoștea de mic copil mi-a fost atunci alături să botezăm un copil ante finem. Eram în circumstanțe speciale, cum eram și acum când ai dreptul și obligația la botez sau la o altă ceremonie religioasă. Atunci era o după masă și era în spital preotul. Acum și aici este miezul nopții și ne pregătim de botez. MP este cea care botezează nou născutul, care, parcă simțea că este un moment special, se pare că-și revine. Dar aparențele înșală. Totuși, atmosfera specială plutește în aer, cel puțin pentru mine. La scurt timp după botez, MP indică oprirea manevrelor de susținere și merge în camera de gardă a medicilor primari, cu rugămintea s-o anunțăm când copilul cedează. Asistentele imediat ce părăsește terapia intensivă se adresează mie: putem să oprim aparatele? Acest copil este mort deja de mult timp, dar medicului primar nu-i convine să constate decesul, eșecul medicinei. Mă cuprind fiorii. Ele așteaptă de la mine verdictul. Asta-i soarta medicului: să decidă. Încerc să mă conformez situației. Mai aștept puțin, dar nu știu pentru ce, apoi deconectăm aparatele.

În toți acei ani lucrați pe ambulanță am învățat ceva important: nu suntem noi mai presus de alții, nu suntem înlocuitorii lui Dumnezeu, nu decidem de soarta altora, oricât de buni să fim în meseria noastră. Întâmplător suntem într-un loc potrivit într-un ceas potrivit. Dacă supraviețuiește, nu salvatorii sunt cei grozavi, dar nici nu sunt de vină dacă nu reușesc, în caz că au făcut tot posibilul omenesc. Îmi amintesc principiile reanimării: să nu faci rău la pacient, să nu fie tardiv, să nu se practice în situații ireversibile, când pacientul este neviabil sau dezvoltă handicapuri severe. Ce atenți trebuie să fim ca să nu greșim în decizii. Câtă responsabilitate avem în ceea ce facem! Și nu există legislație concretă în această privință.

Mă rog să fie liniște peste noapte și s-a întâmplat să fie așa. Nu am dormit, cum să dorm, oricum este o aparență și dacă dormi în gardă. Dimineața presimt continuarea. Sunt de față când povestește ce gardă ieșită din comun a avut. Exagerează în descriere, evident în favoarea ei și în defavoarea mea. Suntem în camera de registratură, cu asistenta șefă, cu registratoarele, medicii. Se dă din cap cum se cuvine în fața unei MP. Este neprofesional și neetic ca să mă umilească în fața lor. Dar nu am șanse să mă apăr. Nu scot un cuvânt pentru că simt că nu are rost și nici nu vreau să nu mă pot abține și să plâng în public. Am și eu mândria mea.



Totuși un alt medic primar care este de față îmi ia apărarea în mod indirect și îmi pare rău de schimbul de gardă. Este medicul primar cu care urma să fiu de gardă ziua următoare dacă nu intervenea schimbul.

În timpul raportului de gardă mă hotăresc totuși să mă apăr. Sunt recunoscătoare că nu mă umilește în plen. După raport încerc să vorbesc cu ea. Mă lovesc de zidul orgoliului. Cuvintele mele parcă se pierd pe undeva, nu ajung la destinație. Spune doar repricile sale. Aduce în discuție și statutul meu de pediatru, dar nu mă mir. Oriunde suntem în stagiul altundeva decât pediatria ne lovim de acest aspect. Încerc să mă pun în pielea ei. Atitudine balintiană de-a binelea. Reușesc și totuși nu. Realizez că nici nu vreau să ajung ca ea. Odată ce a-și înțelege-o voi ajunge ca ea și eu nu vreau să ajung un om cum este ea. Cunoștințele ei medicale desigur le-aș vrea eu, dar atât și nu mai mult. Mi se confirmă încă o dată: pentru un medic bun trăsătura primordială este să fie foarte bun în specialitatea pe care o are, dar aceasta nu este

totul. Trebuie să dai omenescul din tine: față de bolnav, de aparținători, de colegi. „Colegii mei vor fi frații mei”- am jurat cu toții în jurământul lui Hipocrat. Mă consolează mulți, rezidenți și chiar asistente, dar nu mă simt mai bine. Încerc să nu plâng. Simt că au dreptate când îmi spun, că mai bine mi s-a întâmplat așa, cu un nou născut care n-avea șanse reale la viață, decât altfel. Măcar nu am de ce să simt remușcări. Teorie, teorie! Nu mă simt mai ușurată. Încerc să conștientizez un vechi sfat pe care mi l-a zis și acum o colegă rezidentă: din nici un caz să nu faci generalizări. Un caz de nereușită nu înseamnă că ești prost sau că nu te pricepi la ceea ce faci. Învață din greșeală, vezi dacă nu a fost greșeala ta, doar ai fost într-un loc și moment nepotrivit și privește înainte. Aștept să merg acasă, în liniștea căminului și îmbrățișarea soțului. Și să dorm, să dorm, să dorm. În drum spre casă îmi amintesc de motoul cărții noastre balintiene: UMF ne învață medicina, Balint ne învață să fim medici. Și mă hotăresc să scriu în buletin despre acest caz.

## ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI - Albert Veress



**26 martie:** în cadrul Conferinței Naționale a medicilor de familie din București a avut loc un grup Balint lărgit condus de Veress Albert, cu 36 de participanți, dintre care 11 au fost membrii Asociației (București, Botoșani, Iași, Bârlad)

**7-9 mai:** La Ocna-Șugag s-a desfășurat Weekendul Național de Vară, fiind al 7-lea

eveniment Balint din zona Sighetului organizat de grupul Balint din Sighet, coordonat de familia Árvai. Celor 30 de participanți li s-a oferit și un concert susținut de elevii Școlii de muzică. Am descoperit acolo un virtuos al pianului, pe elevul din clasa a VII-a, Boțac Cadmiel. Temerarii au avut ocazia să-și obləduiască reumatismul în bazinul cu apă sărată. Am avut trei invitați din partea Asociației maghiare de Psihosomatică Balint. Popasul din Deal a devenit un nou cuib al balintienilor de pretutindeni. Păcat că ne este atât de departe.

## PLANURI DE VIITOR

**24-27 iunie 2010:** a IV-a Conferință Internațională de Psihiatrie Româno-Maghiară și al VI-lea Simpozion Național de Psihiatrie, Miercurea Ciuc. Adresă de site: [www.psy-congress.com](http://www.psy-congress.com)

**24-26 septembrie 2010:** a XVII-a Conferință Națională Balint, Miercurea Ciuc, Casa de Studii Jakab Antal. Taxă de participare: **35 euro** (cu banchetul inclus pentru cei cu

cotizația achitată la zi.). **20 credite EMC.** Termen de rezervare a cazării și de înscriere: **20 septembrie**, după care nu mai garantăm cazarea.

**AȘTEPTĂM PROPUNERILE VOASTRE PENTRU ORGANIZAREA UNOR WEEKENDURI INTERJUDEȚENE!**

*Albert Veress*

Dorim să stabilim schimburi cu alte publicații. • On désiré établir l'échange avec d'autres publications.

We wish to establish exchange with other publications. • Wir wünschen mit anderen Herausgaben den Austausch einzurichten. • Desideriamo stabilire cambio con altre pubblicazioni. • Deseamos establecer intercambio con otras publicaciones.