

Septembrie 2010



Buletinul Asociației Balint

Periodic trimestrial. Volumul XII. Nr. 47.

OUR EXPERIENCE OF TWELVE YEARS (1996-2008)
REGARDING THE ORGANIZATION OF BALINT GROUPS
IN TÂRGU-MUREȘ

Evelyn Farkas

ROLUL FAMILIEI ÎN CREȘTEREA COMPLIANȚEI LA
TRATAMENT ȘI AMELIORAREA TULBURĂRILOR
DEPRESIVE LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI ONCOLOGICE

Ioana Omer

PROPUNERI PENTRU UN GHID DE ORGANIZARE A
CONGRELOR ȘI CONFERINȚELOR APR

Cătălina Tudose și Veress Albert



**Septembrie, 2010,
Volumul XII, Nr. 47**

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

OUR EXPERIENCE OF TWELVE YEARS (1996-2008) REGARDING THE ORGANIZATION OF BALINT GROUPS IN TÂRGU-MUREȘ

- Evelyn Farkas, Târgu-Mureș **3**

ROLUL FAMILIEI ÎN CREȘTEREA COMPLIANȚEI LA TRATAMENT ȘI AMELIORAREA TULBURĂRILOR DEPRESIVE LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI ONCOLOGICE

- Ioana Omer, București. **4**

BALINT GROUP WITH PEDIATRICIANS

- Guido Prato Previde, Balint group leader. **9**

GENDER AND OTHER PREDICAMENTS IN BALINT GROUPS

- Dorte Kjeldmand, Uppsala, Sweden and Karen Glaser, Pennsylvania, USA. **13**

DIRECȚII ACTUALE DE CERCETARE ÎN MEDICINA BIOPSIHOSOCIALĂ

- Anamaria HORVAT, Dan L. DUMITRAȘCU, Cluj, România . **17**

PROPUNERI PENTRU UN GHID DE ORGANIZARE A CONGRESSELOR ȘI CONFERINȚELOR APR

- Cătălina Tudose și Veress Albert, membrii al Biroului APR. **18**

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 (virement) 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

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

Obiective: Formarea psihologică continuă

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

Activitatea Asociației:

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

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 VAJDA-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 dischete 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 dischetă la adresa redacției.



OUR EXPERIENCE OF TWELVE YEARS (1996-2008) REGARDING THE ORGANIZATION OF BALINT GROUPS IN TÂRGU-MUREȘ

- Evelyn Farkas, Târgu-Mureș



Sumar: *Activitatea Balint la Târgu-Mureș a fost lansată în 1996. Scopul nostru a fost introducerea metodei Balint printre studenții de la UMF Târgu-Mureș, pentru prima dată în țară la o universitate de medicină. Metoda de lucru: grupul Balint studentesc a*

funcționat ca cerc științific pe lângă disciplina de Sănătate Publică și Management Sanitar de la UMF Târgu-Mureș, alături de grupul Balint al medicilor de familie. Rezultate: în cursul celor douăsprezece ani cuprinși în studiu au avut loc nenumărate grupuri Balint, organizate fie separat doar cu studenții medicali, fie împreună cu medicii de familie.

Studenții noștri balintieni au participat la manifestări naționale și internaționale organizate în acest domeniu, obținând două premii internaționale la Ascona.

Concluzii: tentativa organizării de grupuri Balint printre studenții medicali mureșeni, independente sau în colaborare cu medicii de medicină de familie a fost o reușită, care trebuie să fie continuată.

Cuvinte cheie: *grup Balint, studenți.*

Abstract: *The activity of the Balint Groups was launched in Târgu-Mures in 1996. Our goal was to introduce the Balint method to students at the University of Medicine and Pharmacy, Târgu Mures, for the first time in the country at a Medical University. Work method: The Balint group functioned as a student scientific circle in the framework of the discipline of Public Health and Health Management of the University of Medicine and Pharmacy, Târgu Mures, together with the Balint Group of family physicians.*

Results: During the twelve years of the study there were activities in the framework of several Balint groups, organized either separate with the participation of medical students or with family physicians. Our Balint students have participated at national and international events organized in this field, winning two international awards in Ascona. Conclusions: The effort of organizing Balint Groups among medical students in Târgu-Mures independently or in collaboration with physicians of family medicine has been a success story that should be continued.

Key words: *Balint groups, students*

The Balint activity had its organized debut at Târgu-Mureș in the year 1996. I personally became a member of the Romanian Association a year earlier, in 1995, after insignificant attempts in Hungary and at Târgu-Mureș [1].

In the beginning, I tried to organize a group of general practitioners, also expecting medical students to join in. Several months later, students requested that they should have a separate group of their own within the department of Public Health and Health Care Management at Târgu-Mureș, as their problems were specifically different [2, 3]. Their request was ultimately granted; through it took me extra pain sacrificing my free time. The group of students recorded both individual and collective success. As for the first, let me mention the Ascona Prize for ex-students Hegyi Csilla and Wohlfart Karola, who also excelled in organizing student groups [4, 5]. The general practitioner group went on meeting regularly, though students were not excluded. This group became active thanks to the Oasis Foundation, and its hearty member, Dr. Laszlo Moldovan. Beginning 2003, the group moved to the surgery of Dr. Kovács Beatrix.

I wish to talk about the difficulties all the same.

First, the students fluctuated extensively, so that there was no stabilized core of experienced members. In 2002 the students' group lost its independence because the organizer, Dr. Hegyi Csilla graduated the Medical University.

However, the outcome was good: our young colleague was elected member in the Romanian Balint Association Bureau.

In 2002, within the Conference of the Transylvanian Museum Association, we participated at a small group, together with part of the Balint Association Bureau [6]. Our activity was evaluated publicly as of a scientific lecture in the Balint Association Bulletin, in five consecutive articles.

At present, a small number of students meet within the group of general practitioners on a regular basis. Thus, we hope to promote the re-launching of the students' group.

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.



And now I think I can afford to be a little nostalgic.

I remember with love those enthusiasts who actively participated in organizing and sustaining those student groups. Let me tell some of the names: Rémán Gyöngyvér, Vinkler Márta Erzsébet, Benkő Ágnes, Gagy Orsolya, Szigeti Attila, Dósa Ildikó, Pintér Andrea, Jakab Zita, Lukács Kinga, etc. They are now our young colleagues, still as zealous, as they used to be. In the years spent together, we have learned a lot from one another. First of all we came to understand what the patients really mean to us, how we should pay them respect, be patient with them, understand and communicate with them. And also we learned what we doctors actually meant to one another, how we should respect one another, be patient, accept, understand and communicate with one another - all these for the benefit of the patient.

All those who have worked with students, had the opportunity to learn about their problems, about their outstanding sensitivity, their frank behaviour, sense of justice and how innovative and original they actually can be.

In conclusion, I would say that our twelve years long experience in the Balint field clearly shows, that the "attempt" to extend the movement to Târgu-Mureş was ever so successful. There is a lot to be done, but the „seed” has been sown

and the crop has ripened already. We hope that we will work together again, students and doctors, for the benefit of our present and future patients.

I am keen on thanking all the Association members for their understanding and accepting students at national and international reunions, and also for the moral support of the Bureau of our organization.

Bibliografie:

1. Evelyn Farkas: "Cum am devenit balintian?", *Buletinul Informativ al Asociației Balint din România*, nr.2, iunie 1999, p.10
2. Evelyn Farkas: „Studiu privind experiența noastră de 4 ani în activitatea studențească Balint”, *Buletinul Asociației Balint*, vol. II. nr. 8/2000, p. 11
3. Evelyn Farkas: *Seven Years of experience of Balint Groups at Târgu-Mureş, (1996-2003), First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network, 2005, vol. Rez. p. 27*
4. Evelyn Farkas: "Tradiții?... Tradiții", *Buletinul informativ al Asociației Balint din România*, nr. 6/iunie 2000, p. 13
5. Veress Albert, Veress Éva, Evelyn Farkas și colab.: "De la vis la realitate - Balint în România", *Ed. Status, Miercurea-Ciuc, 2003, p 70-71*
6. Hegyi Csilla, Evelyn Farkas: „ Bálint Mihály - Bálint csoport”, *Orvostudományi Értesítő*, vol 75 nr. 4, 2002, p 507-510

ROLUL FAMILIEI ÎN CREȘTERA COMPLIANȚEI LA TRATAMENT ȘI AMELIORAREA TULBURĂRILOR DEPRESIVE LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI ONCOLOGICE

- Ioana Omer, București.



Rezumat: Articolul de față evidențiază importanța suportului fizic și psihologic al familiei pacientului cu afecțiuni oncologice având drept rezultat creșterea complianței la tratament a pacientului și ameliorarea tulburărilor depresive ale acestuia. Aceste aspecte au rezultat în urma unor cercetări efectuate pe un lot de 355 de pacienți cu afecțiuni oncologice, în stadiile III și IV de evoluție a bolii, și 125 de terapeuți (medici oncologi, asistente medicale, asistenți sociali, psihologi). Metodele folosite au fost: observația, interviurile cu pacienții, chestionarele completate de către terapeuți, experimentul de completare de fraze, experimentul asociativ-verbal însoțit de introspecție, inventarul de depresie al lui A.Beck.

Cuvinte cheie : familie, motivație, complianță, depresie, cancer.

Abstract: The present article sorts out the importance of the physical and emotional support of the family of a patient suffering of oncologic affections, having as a result an increased compliance to the treatment of the respective patient, as well as an amelioration of his depressive troubles. These aspects have resulted from several researches developed on a group of 355 patients suffering of oncologic affections in the 3rd and 4th phases of cancer and 125 therapists (oncology doctors, nurses, social assistants, psychologists). The methods that have been used are: the observations, the interviews with the patients, the questionnaires filled in by the therapists, the experiments, and the depression inventory of A. Beck.

Key words: family, motivation, compliance, depression, cancer.



1.0. Generalități privind rolul familiei pacientului cu afecțiuni oncologice pe parcursul bolii acestuia

Echipa de lucru ideală în abordarea pacienților cu afecțiuni oncologice are la bază alianța dintre bolnav, familia sa și terapeuții care-l îngrijesc (medici, asistente medicale, psihologi, infirmiere, asistenți sociali, etc.) (1).

Trebuie investigate următoarele aspecte (2):

- dacă familia a mai cunoscut un bolnav de cancer
- ce semnificație are boala pentru familie
- cât de greu îi este familiei să evite sistematic dialogul deschis cu pacientul pe probleme legate de boală
- de ce îi este teamă familiei legat de momentul când pacientul va afla ce boală are
- care sunt resursele fizice și psihice de care dispune familia în perioada când bolnavul mai trăiește, în momentul eventual al morții și după aceea; consilierea și psihoterapia familiei după moartea pacientului (3)

Se urmăresc obiective ca (4):

a) «Familiarizarea membrilor familiei cu prognosticul întunecat», concomitent cu menținerea încrederii în medic.

F. M. Lewis (1990) arată că terapeutul poate să mobilizeze membri din familie în ajutorul pacientului care are tulburări emoționale accentuate, familia având un rol important în ameliorarea acestora, sau poate să ajute la reducerea conflictelor existente în familie și care pot prin intensitatea lor să afecteze starea de sănătate a pacientului.

b) «Asigurarea cooperării» cu familia, în sensul stabilirii unor reguli de comportament și a unor informații de vehiculat comune, mai ales dacă familia dorește ca bolnavul să nu cunoască diagnosticul real.

c) «Utilizarea unor elemente de psihoterapie suportivă» a familiei ca: persuasiunea, consilierea, psihoterapia. Discuțiile cu familia pot oferi un catharsis acesteia și pot preveni instalarea unor tulburări psihopatologice care pot apărea în aceste situații.

Funcția familiei din punctul de vedere al sănătății publice este dominant «antipatogenă» și «higiogenă», împiedicând apariția bolilor și contribuind astfel la menținerea stării de sănătate a membrilor ei. Ea înseamnă sprijin și ajutor reciproc care se manifestă și în boală, supraviețuirea și vindecarea depinzând în numeroase cazuri și de factorul familial (6). Dragostea celorlalți și implicit a familiei este totdeauna un element de sprijin (7).

2.0. Cercetări

Aspectele de mai sus au fost evidențiate de noi prin interviurile cu pacienții, experimentele de completare de fraze și asociativ-verbal însoțit de introspecție după cum urmează:

2.1. Interviurile cu pacienții

1) «Psiholog: V-a influențat în vreun fel faptul că suferiți de boala asta?

Pacientă: Adevărul este că eu am avut susținere morală

din partea familiei. A soțului în special.» [C.Z., F, 53 ani, cancer de sân, stadiul III, absolventă de liceu, funcționară la Banca Comercială Română]

2) «Psiholog: Puteți discuta despre boala dumneavoastră cu familia ?

Pacient: Da, sigur că da, familia mea e o familie extraordinară care mă susține foarte mult, nu știu ce m-aș fi făcut fără ajutorul lor.» [H.E., M, 58 ani, cancer de piele, stadiul III, absolvent de liceu și a Școlii Militare de 3 ani, ofițer în armată]

3) «Pacientă: Familia mea mă susține extraordinar. Să nu credeți că eu acasă față de copiii mei sunt tristă sau că le spun lor ce se întâmplă. Îi iubesc foarte mult și eu vreau să le fie bine și de exemplu băiatul meu spune, mama să nu-ți fie rău, ai grijă, vrei să te duc cu mașina la spital ? Și eu, nu e nevoie mă duc singură, nici o problemă. Pentru ei mă tratez mai mult, pentru că ne împăcăm foarte bine, și pentru ei aș vrea să mai trăiesc[...] mai mult pentru ei fac tratamente, pentru că ei mă susțin foarte tare și nu vreau să-i nu-i dezamăgesc.» [D.T., F, 53 ani, cancer de sân, stadiul III, asistentă medicală, absolventă de liceu și a Școlii tehnice sanitare]

4) «Pacientă: I-am spus domnului doctor, eu am băiatul abia intrat la facultate, să nu cumva să mor, cât timp îmi dați să nu mor de chestia asta, să termine facultatea, după aia pot să mor oricând. După aceea ca metodă de precauție mi-am scos sânul, eu am vrut, am spus domnul doctor lăsați-mă, nu vreau să am probleme, vreau să-mi cresc copilul după aia n-am decât să mă duc unde trebuie. Spunea dânsa, e traumatizant, este foarte, într-adevăr, e un handicap extraordinar, dar am spus, eu pentru copil vreau și am făcut și histerectomie totală și Halsted și tot ce-a urmat după.» [R.S., F, 54 ani, cancer de sân, stadiul III, economistă, absolventă a Academiei de Studii Economice]

5) «Pacientă: La un moment dat a venit fata mea a plâns și mi-a spus așa, mami, eu te iubesc, ești importantă pentru mine și pentru asta te rog să lupți. Asta este singurul lucru care contează pentru mine și mă face să lupt în continuare.» [V.V, F, 54 ani, cancer de sân, stadiul III, absolventă de liceu și a Școlii sanitare de 3 ani, asistentă medicală la secția TBC R[...]]

Analizând aceste exemple constatăm că de multe ori familia este cea care îi motivează pe pacienți să participe la tratamentele neplăcute, oferindu-le un sens pentru care merită să lupte.

2.2. Experimentul de completare de fraze:

2.2.1. La fraza «Familia mea.....» am obținut răspunsuri de tipul:

6) «Familia mea mă ajută foarte mult, am niște copii foarte buni domnișoară, că dacă nu erau ei nu știu ce mă făceam, au stat tot timpul la capul meu, dacă nu-i aveam nu mai trăiam, că n-avea cine să mă întorcă după operație, cine să vadă de mine, să-mi dea să mănânc, să vii tocmai de la țară, nu e deloc ușor.» [A.M., F, 59 ani, cancer gastric, stadiul IV,



muncitoare la C.A.P. Bolintin Vale, absolventă de 5 clase]

7) «Familia mea mă susține extraordinar, soția mea a fost cu mine peste tot, acum, de o săptămână, doar me cu mine la spital, mă îngrijește, îmi dă să mănânc, mă spală, nu am ce să spun.» [C.C., M, 55 ani, cancer pulmonar, stadiul IV, instalator, absolvent de 8 clase]

2.2.3. La fraza «Mă face fericit (ă) faptul că.....» o parte dintre pacienți au dat răspunsuri cu privire la suportul și ajutorul familial:

8) «Mă face fericită faptul că am doi copii, am o familie care este alături de mine și mă susține foarte, foarte mult.» [R.S., F, 40 ani, cancer de sân, stadiul III, economișă la Fabrica de Pâine, absolventă a Academiei de Studii Economice]

9) «Mă face fericit faptul că familia mea mă ajută și mă iubește.» [N.G., M, 59 ani, cancer pulmonar, stadiul III, mecanic auto, absolvent de 8 clase și a unei calificări la locul de muncă]

2.3. Experimentul asociativ-verbal însoțit de introspecție

2.3.1. Rezultatele obținute la experimentul de completare de fraze, le completează pe cele obținute la experimentul asociativ-verbal, unde cuvântul stimul FAMILIE a fost asociat de către pacienții cu: «iubire» (9%), «căldură sufletească» (14%), «sprijin» (20%), «ajutor» (28%), «suport» (16%), «dragoste» (7%), «lucrul cel mai de preț» (7%):

10) «FAMILIE-ajutor, familia mă susține foarte mult de când sunt bolnavă, mai ales mama care stă cu mine tot timpul. Dar și soțul nu știe ce să-mi mai facă și copiii la fel.» [V.Ș., F, 40 ani, cancer de sân, stadiul III, prelucrătoare prin așchiere la Întreprinderea «Steaua Roșie», absolventă de liceu și a unei școli profesionale de prelucrători prin așchiere]

11) «FAMILIE-sprijin, familia mea mă susține foarte tare, mă ajută extraordinar.» [P.C., M, 40 ani, cancer de colon, stadiul III, muncitor, absolvent de liceu și a trei școli profesionale postliceale: sudor, ajutor-mecanic de locomotivă, lăcătuș mecanic]

12) «FAMILIE-suport, familia mă ajută foarte mult de când sunt bolnavă, vin să mă vadă și soțul și copiii în fiecare zi, îmi aduc mâncare, mă spală, stau cu mine la tratament.» [R. S., F, 40 ani, cancer de sân, stadiul III, absolventă a Academiei de Studii Economice, economișă]

2.3.2. Asocierea cuvântului «Familie» în cadrul procedurii experimentale asociativ-verbal la cuvântul stimul IUBIRE la 38% dintre pacienți, reflectă (așa cum a arătat și procedeu de completare de fraze, mai sus) ajutorul, suportul fizic și moral pe care familia îl acordă pacienților, familia fiind de cele mai multe ori motivul pentru care bolnavii acceptă să urmeze tratamentele prescrise, tratamente dificile și neplăcute pentru ei:

13) «IUBIRE-familie, familia mea mă iubește, mă îngrijește și mă sprijină în încercările prin care trec.» [D.T., F, 53 ani, cancer de sân, stadiul III, asistentă medicală, absolventă de liceu și a școlii tehnice sanitare]

Se poate observa în toate aceste exemple, că familia oferă

pacienților suport, securitate și dragoste în momentele grele pe care aceștia le au de traversat, ea implicându-se de multe ori activ pe parcursul terapiei.

Acest aspect este susținut și de P.Gueux, (2003) care arată că un context familial adecvat oferă pacientului un mediu protector prin care acesta își poate modula relațiile cu lumea exterioară. Legăturile afective oferă posibilitatea refacerii imaginii de sine față de problemele fizice sau schimbării de statut social consecutive cancerului.

2.4. Comportamentul familiei față de pacient și boala canceroasă

Referitor la comportamentul familiei față de pacient și boala canceroasă, în literatura de specialitate sunt descrise două atitudini opuse, oscilând între cooperare permanentă, implicare maximă în atingerea optimă a obiectivelor terapeutice, și dezangajare, distanțare (9).

Pe parcursul cercetărilor noastre am identificat trei tipuri de comportamente ale familiei cu rol major în motivarea pacienților pentru tratamente și implicit ameliorarea tulburărilor psihopatologice care pot apărea la aceștia pe parcursul evoluției bolii (10):

a. Un comportament manifestat prin lipsă de interes față de pacient, neimplicare alături de echipa terapeutică (31%) (familia vine rar să vadă pacientul, nu se interesează la medicul curant de evoluția bolii);

14) «Psiholog: De ce plângeți ?

Pacient: Sunt supărată doamnă, copiii nu prea vin să mă vadă. Am trei copii doamnă și doar unul vine, dar foarte rar, o dată pe săptămână. Nu se gândesc și ei: am ce mânca, am ce îmbrăca, nu mi-am schimbat hainele de o săptămână și fata mea stă chiar vis-a-vis de spital. O dată nu m-a luat la ea, și sunt internată de trei săptămâni. I-am crescut cu greu, m-am sacrificat pentru ei și lor nici nu le pasă.» [M.N., F, 59 ani, cancer de sân, stadiul IV, casnică, absolventă de 10 clase, pacienta este văduvă și are trei copii, doi băieți și o fată]

b. Un comportament manifestat prin abandonarea pacientului în spital (14%) (familia internează pacientul în spital după care mai vine doar în momentul externării să-l ia acasă);

15) «Psiholog: Familia vine să vă vadă?

Pacient: Da' i-a mai văzut cineva de la internare? M-au adus și m-au lăsat aici. Nu-i interesează dacă mor sau nu. Doamna doctor spune că a vorbit cu băiatul și vine să mă ia vineri că-mi dă drumul acasă.» [R.T., F, 52 ani, cancer de col uterin, stadiul III, funcționară la poștă, absolventă de liceu, pacienta este văduvă și are doi băieți]

c. Un comportament caracterizat prin implicare alături de pacient și echipa terapeutică, susținere permanentă (55%).

16) «Psiholog: Familia vine să vă vadă?

Pacient: Doamnă am o familie extraordinară. Copiii vin în fiecare zi, soția a dormit cu mine aici o săptămână. Nu



am ce să le reproșez. Îmi aduc mâncare, medicamente când nu sunt la farmacia spitalului, soția mă spală, mă schimbă nu am ce să zic. Ne împăcăm foarte bine.» [P.M., M, 60 ani, cancer pulmonar, stadiul III, absolvent de 10 clase și a unei școli profesionale, mecanic auto; pacientul este căsătorit și are doi copii]

M.Wirsching (1995) arată că «altruismul» este una dintre trăsăturile caracteristice familiilor unde există membri suferinzi de cancer. Acesta se caracterizează prin: atitudine protectoare a membrilor familiei care atinge adesea nivelul sacrificiului de sine.

Am observat adesea în clinicile de oncologie unde am efectuat cercetări, această atitudine manifestată prin devotament și susținere fizică și psihologică din partea familiilor pacienților. Am constatat pe parcursul cercetărilor de față că, susținerea fizică și psihică a pacienților de către familie are la bază comunicarea permanentă pacient-familie, familia având de multe ori rolul de a-l ajuta pe pacient să se elibereze de emoțiile negative resimțite pe parcursul tratamentelor, deci având rol cathartic.

În repetate rânduri (48%), am observat membri ai familiilor internați în saloane împreună cu pacienții, însoțindu-i și ajutându-i pe aceștia zi de zi: ducându-i la radioterapie, însoțindu-i la tratamentele citostatice, hrănindu-i atunci când aceștia nu mai pot s-o facă singuri, spălându-i, ducându-i la toaletă sau punându-le plosca atunci când acest lucru nu mai este posibil, solicitând ajutorul personalului medical pentru a contracara efectele unor medicamente (vărsăturile incoercibile, insomniile, etc.) sau atunci când intensitatea durerilor devine de nesuportat. Aceste aspecte sunt reflectate în exemplele de mai jos:

17) «Soția mea mă susține extraordinar, a fost cu mine peste tot, acum doar cu mine la spital, mă îngrijește, îmi dă să mănânc, mă spală, mă duce la toaletă, e foarte devotată nu am ce să spun.» [R.C., M, 45 ani, cancer pulmonar, stadiul IV, șofer, absolvent de liceu]

18) «Mama mea mă ajută foarte mult. De când sunt internată a stat tot timpul cu mine. Mă duce la radioterapie sau la citostatice, îmi dă să mănânc, mă spală și îmi pune plosca atunci când durerile sunt atât de insuportabile încât nu pot să mă deplasez la toaletă. [D. Ș. F, 40 ani, cancer de col uterin, stadiul IV, absolventă de liceu, funcționară la bancă]

19) «Fata mea vine să mă vadă în fiecare zi, îmi aduce mâncare și medicamente atunci când farmacia spitalului nu are și m-a însoțit de multe ori la radioterapie. [...] După operație a dormit cu mine o săptămână și m-a ajutat foarte mult nu puteam nici să mă ridic în fund iar de dureri nu mai vorbesc. Dacă nu era ea să le roage pe asistente să-mi facă injecții sau să-mi dea pastile, nu știu ce mă făceam.» [G.L., F, 57 ani, cancer de col uterin, stadiul III, absolventă de liceu, dactilografă]

Toate tipurile de comportamente ale familiei amintite mai sus se reflectă și în evoluția bolii pacientului, pacienții cu susținere din partea familiei prezentând - așa cum voi

arăta mai departe - o ameliorare a simptomatologiei fizice și psihice, și deci o ameliorare a tulburării depresive.

2.5. Rolul familiei în ameliorarea depresiei la pacienții oncologici

Ameliorarea depresiei la pacienții ale căror familii s-au implicat activ pe parcursul internărilor pacienților în spital a demonstrat încă o dată rolul major al familiei (10). Pentru a demonstra rolul implicării familiei am selectat două loturi a câte 35 de pacienți astfel:

a) un lot la care familia a participat activ pe parcursul tratamentelor pacientului (pe care l-am denumit lotul L1). Comportamentul activ al familiei a fost apreciat prin următorii indicatori:

- vizite de cel puțin 4 ori/săptămână
- procurarea de medicamente acolo unde a fost cazul (analgice, antiemetice, care nu existau în farmacia spitalului, etc.), îmbunătățirea stării fizice ducând de multe ori la îmbunătățirea stării psihice a pacientului
- însoțirea pacientului de către familie la procedurile terapeutice pe care boala le presupune (radioterapie, intervenții chirurgicale, ecografii, mamografii, etc.)
- ajutorul oferit pacientului de către familie în salon (hrănire, toaletă, îmbrăcare, etc.)
- discuții ale familiei cu pacientul referitor la starea fizică și psihică a acestuia pe parcursul internării de multe ori cu rol catartice pentru pacient
- discuții cu medicul prin care familia a cerut informații despre: durata de spitalizare, tratamentele în curs sau despre cele care vor urma, efectele acestora, internările și prezentarea la controalele medicale ulterioare, evoluția bolii, regimul de viață, dieta, restricțiile alimentare (pentru exemplificări vezi experimentele de dialog provocat prezentate în continuare)
- discuții cu medicul prin care familia a oferit informații despre: starea generală a pacientului, calitatea somnului, pofta de mâncare, prezența sau dispariția anumitor dureri; persistența unor simptome supărătoare pentru bolnav (pentru exemplificări vezi experimentele pe bază de dialog provocat prezentate în continuare)
- discuții ale familiei cu psihologul referitoare la unele simptome de ordin psihopatologic pe care pacienții le-au dezvoltat pe parcursul spitalizării, cu scopul ameliorării acestora

b) al doilea lot a fost cel la care familia nu s-a implicat (vizite rare, absența comunicării cu medicul sau psihologul) pe parcursul tratamentelor pacientului (pe care l-am denumit lotul L2).

Celor două loturi le-am aplicat inventarul pentru depistarea depresiei a lui A.Beck la începutul internării și la două săptămâni de la internare. Rezultatele au fost prelucrate statistic cu ajutorul testului T Student pentru evidențierea diferențelor semnificative.

În momentul internării valoarea la testul T a fost $t = 0,010$



(<1,994, $p < 0,05$). Această valoare mai mică decât valoarea critică demonstrează că, la internare nu există diferențe semnificative între cele două loturi. Aceste aspecte se explică prin aceea că în momentul internării atât pacienții lotului L1 cât și pacienții lotului L2 fuseseră diagnosticați de către medicul curant cu tulburare depresivă și nu beneficiaseră încă de tratament medicamentos.

La două săptămâni de la internare, aplicarea testului T a condus la valoarea $t = 2,82$ ($> 1,994$, $p < 0,05$). După cum se poate observa, valoarea obținută este mai mare decât valoarea critică ceea ce demonstrează că la două săptămâni de la internare există o diferență semnificativă între cele două loturi în ceea ce privește ameliorarea depresiei, în sensul că lotul L1 prezintă o ameliorare semnificativă a tulburării depresive comparativ cu lotul L2. Având în vedere faptul că ambele loturi au beneficiat de tratament medicamentos singura diferență dintre ele fiind implicarea familiei alături de echipa terapeutică pe parcursul spitalizării pacienților din lotul L1 față de lotul L2, putem spune că îmbunătățirea stării de sănătate psihică, respectiv ameliorarea depresiei la lotul L1 se datorează implicării familiei.

Cercetările prezentate mai sus demonstrează așadar importanța familiei în creșterea complianței la tratament și ameliorarea tulburărilor depresive la pacienții cu afecțiuni oncologice, familia fiind cea care îl motivează pe pacient să participe la tratamentele dificile și cu consecințe neplăcute pentru acesta, oferindu-i suport fizic și psihologic, susținându-l în momentele dificile și oferindu-i un scop pentru care merită să lupte.

Bibliografie:

1. Luban-Plozza B., Poldinger W., Kroger F. 1996, Boli psihosomatice în practica medicală, București, Ed. Medicală
2. Antonescu V. 2001, Împărțășirea veștilor rele; abordarea negării în practica medicinei paliative, «Buletinul Asociației Balint», Miercurea-Ciuc, Tipografia Alutus, 3, nr. 10, iunie 2001, p. 10-13
3. Omer I., Pierderea și doliul la pacienții oncologici și familiile acestora, Buletinul Asociației Balint, vol. XI, nr. 42/ iunie 2009, p. 17-20
4. Iamandescu I.B. 2002, Dimensiunea psihosocială a practicii medicale, București, Ed. Infomedica
5. Lewis F. M. 1990, Strengthening family supports: cancer in the family, «Cancer-A journal of the American Cancer Society», 25, nr. 4, p. 752-759
6. Athanasiu A. 1998, Elemente de psihologie medicală, București, Ed. Medicală
7. Siegel B.S. 2004, Iubire, medicină și miracole. Lecții de autovindecare, București, Ed. Humanitas
8. Guex P. 2003, Cancer et famille, în «Revue francophone de psycho-oncologie», 2, nr. 1-2, p.7-10
9. Wirsching M. 1995, Câteva aspecte privind dinamica familiei cu bolnavi de cancer, în Psihosomatică și psihoterapie, sub red. V. Mihaescu, Iași, Ed. Polirom, p.61-63
10. Omer I., Aspecte ale comunicării cu pacienții depresivi din secțiile de oncologie, Editura Universitară, București, 2009

La mulți ani Dulcești





BALINT GROUP WITH PEDIATRICIANS

- Guido Prato Previde, Balint group leader.



Abstract: Având studii de medicină și de psihologie, autorul articolului a urmat un training pentru liderii de grup Balint. El descrie aici experiența lui de conducător, lucrând cu un grup de pediatri din Milano de mai bine de trei ani. După ce prezintă o scurtă istorie a grupului, care s-a reunit permanent în acești ani, Guido prezintă un caz exemplar pentru modul în care grupul de pediatri aplică metodologia Balint în activitatea lor. De asemenea sunt discutate trăsăturile particulare ale avantajelor muncii balintiene și sunt sugerate câteva puncte ce necesită explorări ulterioare.

Summary: The Author, who has a medical and a psychological background, has been specifically trained to lead Balint groups. Guido Prato Previde illustrates in this article his experience leading a Balint group with Pediatricians in Milan since more than three years ago. While briefly presenting the history of the group, which has been meeting weekly all the time, Guido is presenting a case as an example of the way the group is working applying Balint methodology with Pediatricians. Specific features about the benefits of working with Balint are also discussed, and some hints for future investigation are also pointed out.

Background

The listening attitude of the doctor and his/her willingness to understand the patient as a whole person are crucial dimensions in the diagnostic and therapeutic process. When combined with technical knowledge and expertise, the psychological understanding becomes a powerful medicine that helps the doctor to be more effective. Unfortunately, doctors have little time to spend with their patients, and few opportunities to reflect on their daily work with them.

This is upmost true for pediatricians, whose task is made more dynamic and complex by the variety and the relevance of the relationships surrounding their patients.

Balint Group is a non academic learning method aimed at developing doctors' sensitivity towards the psychological implications of their relationships with patients. In a Balint group, doctors reflect on their work and focus on their own and their patients' feelings occurring during a specific consultation. Through the contribution of colleagues in the Balint group, the pediatrician has the opportunity to review important topics of her experience with patients, and gets new insights on aspects which may have been initially overlooked. This is helpful for those doctors who enjoy their job and are keen to go beyond a role which often is limited by excessive "technicality and bureaucracy".

Balint methodology of working with groups originates with Michael Balint who initiated his work with GP's in London many years ago. Those were also difficult times in U.K. where doctors had a strong need to find new motives and more confidence in doing their job.

Balint specifically designed and addressed his method to GP's as they have a particular type of relationship with their patients and the need for developing a regular and sa-

tisfactory human relationship during their consultations. In a certain way they have to use psychology without being psychologist! The spirit of the pioneering work of Balint was to join research with training ("Research cum Training"). Working in a Balint group is a non academic training method that presumes that doctors are motivated to explore the psychology of consulting with their patients: an opportunity to widen their vision and therapeutic effect (the doctor as a medicine). Essential part of this process is the role of the leader who must be specifically trained for facilitating the process in order to add value, and should be in cultural wavelength with the components of the group.

This said, I will not discuss further about the meaning and the technique of a Balint group, as this is not in the scope of my writing. Nevertheless, before illustrating the experience I have been carrying out with a Balint group from more than 3 years, I'd rather to say something about how Balint landed to Italy and how I have come across.

Michael Balint's work has been brought to Italy and has been originally applied by his Italian scholar, the psychoanalyst Severino Rusconi. He pioneered the first Balint groups in the late 60's and has for many years been the only person who has trained with passion and mastery Italian Balint leaders (among these, the Author of this article).

Originally addressed to GP's, in more recent times Balint groups have been carried out in Italy with other professional families operating in the social and health domain.

Moreover, while the method was aimed and has been taught as a permanent training pathway, during the last two decades a relevant bulk of experiences in our country have been carried out for limited periods of time ("not permanent groups"). We know it makes no much sense to talk about a



traditional way of running Balint groups (many are the variables to compare, and doctor Balint was a strict and a creative person at the same time), but we can still now appreciate the value of a long term training experience with doctors, which is the content of the next sections.

The training group with Pediatricians in Milan

My experience with a Balint group started on 2006. Then I had the opportunity to make a short presentation at the Pediatric Division of the Hospital of Melegnano (near Milan). We started as a group of pediatricians at the end of September, agreeing to meet for a limited number of encounters.

The group sessions were held in my office in Milan every Monday late afternoon, and have the length of 90' minutes. After a period of 12 meetings, the group components decided to continue a long-term training. Since the first meeting, this Balint group in Milan has regularly met weekly to discuss one case at a time. That means more than three years of permanent training for which members of the team had to pay on their own.

The composition of the group has varied very little during these years, and after the second year of work the group included also a physiotherapist (who was introduced by one of the doctors and is working mainly with adolescents). Now there are six of us, leader included.

The group has developed a great deal of understanding and the relationship among the different professionals is open and cooperative even out of the formal sessions of the Balint work. The climate has become more and more supportive (and even pleasant), and people trust each other and feel comfortable when bringing to others' attention their reflections or concerns. The group environment is a challenging arena where each one feels safe to say what he/she feels: a sort of "democracy of feelings". Although the group is small, contributions are aimed at researching debate, share feedback and challenging insights. The group-leader relationship itself has grown; the leader is perceived as part of the group and as a useful reference for reflecting and summarizing. The leader has become more confident about the method's benefits, and has learnt a lot about himself and about the professional life of the group components.

Let me point out just some issues about our Balint group functioning.

1) At the opening the leader seeks for a case ("Whom are we talking about; who has a case to tell or to share?"). I learnt you should never stop at the first offering of a case. If there are more than one it is challenging to identify the one which might be the most convenient because is felt as particularly vivid or crucial. The case refers to a concrete recent real life consultation experience where there is interaction with the patient (with pediatrics cases it is generally the patient with someone of his/her family). Seldom have we considered consultations by phone or even situations where the interaction

was involving uniquely the patient's relatives. This has also been done, and offered valuable insights.

Nevertheless, not infrequently phone calls or messages are part of the background of the consultation.

2) The presenter gives a description of the situation with the patient. He/she is free to pick up the meaningful information about what has happened or better reports about what he/she reminds. No matter the background information is detailed or not, the presenter is expected to introduce the interaction that occurred during the process consultation. We want to be able to focus on something specific, and come out with a "vignette"; we avoid keeping discussion at a generic level and talking about the total patient history. When we are able to work on the vignette (what the key-people in the relationships feel, say and do) it happens that from that limited amount of information you (as a group) can get the most using doctors' experience and interpersonal sensitivity.

3) For the same reason, when the presenter has concluded his/her story, we usually do not encourage questions for having large supplement of information about the patient, the family, or other biographical or personal topics. So, questions which are used to invite the person putting the question to express the feeling or the thought which is underlying that question. And this information becomes matter of reflection for the group.

4) After the case has been illustrated, the group process is always fascinating and in the meanwhile a challenging journey for everybody. The debate is sometimes more structured in other cases more fragmented; it also depends on the involvement of the team components about the arisen topics and also on the internal dynamic. In my experience, the group leader task is exactly mid-way between facilitating and keeping the focus on the basic topics: what are the feeling and reactions of the doctor and of the patient in the frame of their relationship, what are they doing and what expectations may be underlying. The contributions from the group sometimes have to be stimulated more actively, in other cases have just to be captured and summarized.

As a leader I have been trained to build on group interventions and work out the vignette (not always I am able to do that) at this stage.

5) At the end of the meeting and after leaders' reflections, the presenter has a few minute to give feedback; he/she may be willing to react to colleagues observations, reflect on potential learning, or even add information which came up to his/her mind listening at the group. Presenter's reflections and learning often mirror the effectiveness of the group-work. In particular cases, where the understanding of the situation may be have been perceived as "incomplete", a useful way is to learn from blind spots.

From a technical perspective, I believe that the choice of the case, the identification of the "vignette", and the ap-



appropriate use of different doctors' perceptions (have to keep into account the "minority voices") in a supportive climate, are three main pillars for the process. It must be said that I found particularly useful and enlightening the contributions coming from the train the trainer group of colleagues.

In fact, every two weeks I meet in a group of colleagues who are Balint leader too, and have the opportunity to continue my learning and to get insight on my work as a leader (in accordance to Balint teaching).

The case

Here is the story of the pediatrician.

After two years of waiting to become doctor's patient, the mother has got to be in her list! She finally brings her 4-years son to the doctor for a first general visit. The doctor is prepared to make a "complete" visit, as this is the first time she meets the child; on the other hand, the mother seems to have great expectations from her. The little patient is described as a nice boy who had in the past some troubles at the weaning stage. The previous pediatrician outlined a strategy which was partially shared with the mother and this possibly had brought to a breaking off between the mother and the doctor. The doctor has not investigated about the reasons why mother has changed the doctor, while she attributes the choice to professional trust on behalf of the mother.

In the first phase of the consultation the boy is in his mother's arm, who is expecting another child (about fourth month pregnant). When the doctor has finished gathering the anamnesis data and goes on to visit the little patient, the child becomes reluctant and does not want to be visited. The doctor insists and tries to convince him, but the boy does not submit to the pediatrician's request. Mother is apart and does not interfere while the doctor is explaining what "has to be done" and even negotiating the most convenient manner to visit him. The small patient argues that he only wants his father. The doctor, who is now becoming annoyed by her little patient behavior, faces up to the child going ahead to do the visit, although the patient is fairly making opposition. A clear contrast between the pediatrician and her patient is going on and the visit is carried out with no verbal exchange. At the moment to give the prescription, the child wants to look at the paper and to sign it. The doctor gives to the patient a different piece of paper and let him draw something. But the child understands and cries. At the end of the visit... the doctor feels "exhausted after this fight".

The colleagues react and say that the child seems to be older he really is; he clearly is willing to do things his own way. Someone else is arguing the pediatrician has treated him as a "little child" and even has manipulated him. Another colleague reflects that the time dedicated to the visit appears having been short; at least there was not enough time to get in touch directly and warmly with the new little patient. It should be also considered the change of the doctor, another

colleague says. What does the child knows about the new pediatrician? May be he has not informed (only at the last minute or so) about the change by his mother who seems totally absorbed by her new baby arrival...

The pediatrician herself has not clarified the motive for the change of the doctor.

Someone suggests that in this cases it is convenient to divide the visit into two phases; first the anamnesis which is a great opportunity to create a dialogue, and after that the visit and the prescription. Most colleagues are agreeing that the mother is not much present during the consultation and lets her child do what he wants. She even seems to leave him to the pediatricians: she certainly will know how to manage him during the consultation! The child seems uncomfortable, both for the new pediatrician and for the overall situation. He possibly feels alone and maybe abandoned and recognizes only father's authority! Therefore, he puts on an adverse attitude towards the pediatrician and her procedures. Conversely, it is remarked that the pediatrician who perceives having been put into question by the child, gets irritated and becomes rigid on her position.

In conclusion, the leader summarizes that we have a pediatrician who wants to make a good impression and appear efficient in the consultation context so as to gain mother's trust and approval. This doing, the doctor applies her method and overlooks the psychological condition of the young patient who is arriving to the (first) consultation.

The patient is possibly experiencing an moment of disconcert because of the arrival of a brother (who is already stealing his mother's attention); moreover, he may have not clear the reason of a visit with a new doctor. This child had weaning difficulties and wants (must?) demonstrate he is "mature". The young patient's motives are in the background during the consultation and can hardly be positively included in the patient-doctor relationship for a better understanding and dialogue. The doctor mainly perceives the "negative attitude" of the child mostly because her expectations were different.

Therefore pediatrician reacts affirming the authority of her role, and treating the patient as a small child because of his behavior; it becomes difficult to create a true dialogue which may have left room for a better understanding of the whole patient's present situation. Patient's needs and expectations are different from his mother's and both may be misinterpreted by the doctor. What does the doctor is looking for? She want to be good and show to be professional. What does the mother expects? The mother is asking the pediatrician to take care of the whole situation of her child, as she is concentrated on the new baby. What is asking the young child? He is willing to be accepted with his concerns and negative feelings towards the mother and the pediatrician (in this case the pediatrician is seen as the mother's alter-ego during the consultation).



Conclusions

Today the opinion that doctors must have the ability to understand and manage effectively the relationship with their patients is largely shared. This attitude “makes the difference” for patients and for doctors, and cannot exist just when the doctor perceives it is needed; vice versa, it should be practiced regularly, as the medical activity cannot be apart from the human relationship with that patient.

The challenge for every doctor is to combine the empathetic attitude and self involvement which are necessary to get in touch with the subjective domain of their patients, with a more rational approach which is aimed at technical problem solving and accurate decision making. These two facets are the magic components of the art of doctoring still nowadays. Integrating objective and purely physiological data with those information which is coming from the patient as a person and from the system of relationships rotating around him/her, gives a more complete vision of the situation and helps the doctor in decision making.

As a consequence, we have learnt that patients give (often unintentionally) to doctors the opportunity for a better understanding of their situation; of course the doctor must be prepared to that. The point is that medical doctors react to their patients and this constitutes the starting fundamental piece of information. Patients generate in their doctors emotions which are only seldom detected, processed and used in the consultation process. The need to give quick technical answers, to “fix” symptoms and biological disease, originates a more limited vision of the patient as a person.

Balint group method enhances and supports the process of exploration of the doctor-patient relationship psychology, and gives room for insights on communication patterns and a mutual understanding. This is essential for doctors who are expected to be expert in human relations management.

Now, my long-term experience leading a Balint group with pediatricians confirms that. There is also a physiotherapist within them and this is an interesting point to discuss, but this is not matter of discussion here. Let me only say that the non homogenous group works well, and concentrate on major features. Pediatricians are living in a different world from GP's. First of all, they have always to cope with and to manage a “more than one person relationship system”. The patient is never alone in the consultation process, no matter how old he/she is. During these years we have collected a large number of cases where the mother or another relative are present during the consultation. Moreover, parents are always “asking” for the doctor, and we know how much this is crucial and may influence doctor's expectations and reactions towards his patient and the illness. The simple case we described below demonstrates it. Of course this complex condition is necessary and the most frequent of it works, but it may also confuse the doctor. In fact, we found ourselves to question in the group: “Where is the patient? What does the

patient think or feel about the illness and why this attitude towards the doctor?” Sometimes it even occur this kind of question: “Who is (treated as being) the patient?” We had some sparkly cases about that. It is clear now that the way pediatricians are dealing with relatives' concerns defines (at least part of) the final outcome of the work with their patients. On the other hand little child and even (more) older patients are going to test their pediatrician as a person and as a doctor during consultation process.

Then, not infrequently, insights on patient's situation are just coming when the doctor integrates into his observation sphere patient's relatives behaviors which are manifest during the consultation. Families, mothers, fathers, grandmothers and grand-fathers and other components of the patient's environment that flood into the doctor's office (and keep busy her mind) are bearer of emotional information. As I was able to notice from doctors stories during Balint group sessions, situations are absolutely different one from the other from the psychological perspective, although you can compare cases from the clinical point of view. This really makes doctors' job fascinating and difficult at the same time; pediatricians have to navigate into an ocean of “soft information” if they want to do effectively their jobs in this fast moving complicated interpersonal world.

Another point to take into account is the relationship between pediatricians and specialists. Sometimes pediatricians are asking a specialist for advice; in other cases the family is coming (back) to the doctor's office bringing the advice or the prescription of a specialist they have independently consulted. This is a delicate point because communication between the two doctors is often scarcely managed. It is not possible to discuss this point but certainly it is matter for future research in accordance with Balint's first study.

In this complicated network of relationships where the pediatrician is asked to give an answer, the tricky thing is that one makes mistakes; fortunately, the experience with the Balint is that the reflections in the group help learning from relational misunderstandings or mistakes. It was possible to follow-up some situation where the warnings and the insight from the group experience were usefully processed by the doctor to have benefit with that patient.

In doing this, pediatricians generally draw from their “emotional intelligence”, which is a competence they are (should be) naturally equipped of and that they usually practice in their daily activity. This competence can certainly be amplified through Balint group work. I had the opportunity to notice how this ability has developed during the sessions both at a group level and at an individual level. Pediatricians (and the same is for the physiotherapist of course!) have progressively developed their ability of understanding their patients in the “hic et nunc” of the consultation process and adapt intentionally and effectively their role as a doctor in the relationship with that patient.



Balint group is something totally different from other training methods. Doctors attending the group have observed how “counseling techniques do not help to understand what it is happening, as they give general warnings and specific instruction...for every case”. With the Balint work training experience, pediatricians say they can see the difference in their work approach to patients; they feel more confident and in the same time are conscious they have always to learn from themselves and from their patients.

At the end of this article I would like to say thank you to those colleagues I am working with in the Balint group of Milan. It is a small group (we are working to reinforce it quantitatively) but working together is a unique experience; I personally learnt a lot both as a person and as a Balint group leader.

References

- Balint, E., Norell, J. S. (ed.), “Six Minutes for the Patient”, *Interactions in General Practice Consultation*, Routledge, Oxon, 2001
- Balint, M., Balint, E., “Tecnice Psicoterapiche in Medicina”, *Piccola Biblioteca Einaudi*, Milano, 1970
- Borella, M., “Il rapporto medico-paziente”, *Franco Angeli*, Milano 1999
- Bynum W., “The history of medicine”, *Oxford University Press*, 2008
- Bugio, G.R., Notarangelo, L.D., “La Comunicazione in Pediatria”, *UTET*, Milano, 1999
- Casati, Cesare, “Diagnosi globale, formazione dell’analista e gruppi Balint”, *Giornale Storico di Psicologia Dinamica*, Vol.XV, Giugno 1991, fascicolo 10.
- Cosmacini, G., “Il Mestiere di Medico” *Storia di una professione*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000
- Delbrouck M. (ed.), “Le burn-out du soignant”, *De Boeck*, 2003
- Ferrari, A. (a cura di), “Tra sapere e capire”, *Monti, Saronno*, 2001
- Groopman J., “How Doctors Think”, *Mariner Books*, 2008
- Jablonski, H., “Defining the Balint work”, in *Proceedings of the Thirteenth International Balint Congress*, Edited by Salinsky, J., Otten, H., Berlin, 2003
- Klass, P., “The real life of a pediatrician”, *Kaplan Publishing*, 2009
- Konner, M., “Becoming a doctor”, *Penguin Books*, 1988
- Quadrino, S., “Il pediatra e la famiglia”, *Il Pensiero Scientifico Editore*, 2006
- Prato Previde, G., “Balint in Pediatria”, *Medico e Bambino*, Vol. 29, numero 6, 2010
- Rusconi, S., Prefazione a “*Psicologia Medica*” di Schneider, P.B. Feltrinelli Editore, Milano, 1972
- Salinsky, J., & Sackin, P., “What are you feeling, Doctor?”, *Radcliffe Medical Press*, 2000
- Sapir, M., “La formazione psicologica del medico”, *Etas Kompass Editore*, 1990
- Stewart, H., *Michael Balint: la teoria delle relazioni oggettuali e sue applicazioni*, *Franco Angeli Editore*, Milano, 2000

GENDER AND OTHER PREDICAMENTS IN BALINT GROUPS

- Dorte Kjeldmand, Uppsala, Sweden and Karen Glaser, Pennsylvania, USA.

Where to begin if we were to consider the fundamental question of the Balint group leader’s countertransference simply to the group as a whole?

The role of the Balint group leader is suggested to follow a few, very tasteful and humble parameters:

- Apply a gentle touch to the tiller (Salinsky) to keep the group on course and focused
- Allow for participation and ,safety’ of all members in the group
- Facilitate a ,playful’ atmosphere (Balint)
- Risk some empathy for the patient - encouraging the participants to think about things from the patient’s perspectives
- Weather the skepticism.....(Glaser) especially with resident groups

These are all universally accepted group process tasks of the leader.

But what of the leader herself?

What does the leader bring by way of unconscious biases and countertransference towards the group members and where are these feelings accounted for?

Many group leaders work with co-leaders, partly to faci-

litate more effectively in the group itself and also to process the group sessions afterword to keep track of the process and leader interventions. We offer several case scenarios (based on experienced interactions in groups with identifiers changed to protect confidentiality of group members) and invite your participation to consider how and where the transference moves. These scenarios depict issues related to gender differences, ethnicity, sexuality and dysfunctional individual group members. They will be our points of departure for discussion of contingent issues in the Balint leadership.

Scenario 1 – Gender

A Balint group led by a female MD and comprised of many women practitioners and one man. The male felt that the group had a ‘female psyche’ and that the women were softer and more inclined to write sick leaves for patients. He did not gravitate towards this philosophy in general and was uncomfortable and disappointed with the group. The leader expressed the opinion that Balint groups are best for female physicians and maybe not ‘good’ for surgeons who



are supposed to 'assault' people by operating on them. She felt that some medical specialties would be handicapped by empathic physicians.

Scenario 2- Culture

A Balint group led by two women (MD and PhD) comprised of family medicine residents of Pakistani and Asian descent along with a majority of Caucasian men and women. There was initially great resistance on the part of the Pakistani woman and Asian man (the former quite vocally and the latter by his sustained silence) to the ideas of the Balint group and the necessity for the 'sharing' and attention to empathy in the doctor/patient relationship.

This group, because the rest of the members were attuned and the leaders managed to keep a 'gentle hand on the tiller' rode out these complications. One day the Asian physician asked a fellow trainee to cover for him so that he could attend the Balint group. He wanted, after some 10 to 15 years, to discuss a family tragedy that had taken place that he had never spoken about – even within the family constellation. The leaders acknowledged that this was not a 'Balint' case but that certainly the group would hear his issue. The group was seen by him as a 'safe' place to explore the complex aftermath of his family tragedy.

At the end of the year, the Pakistani woman, who by then had begun to see the value of Balint work and was an active presenter, declared the experience one of the most useful to her as a beginning practitioner. She even went further in wanting to begin a Balint group for physicians at her new practice.

Scenario 3- Individual group member dysfunction/leader countertransference

A Balint group led by a female MD had many members from the country of residence and one member from a part of the world that engendered some bias from the leader. This member was seen (and perhaps was!) as very concrete, not given to Balint type insights and somewhat dismissive of patients' emotional issues "they should just talk a little to a counselor" but this is not the purview of the physician. The leader often felt that it would be a relief if this member had left the group (ahh- a relief to have the patient quit the practice). With the ability to tolerate her countertransference and allow for more time to 'get it' the group member finally did seem to catch on to how Balint works. This transformation took about three years of group work. One wonders how an individual who does not seem to understand or appreciate the process, hangs in there for three years until finally she is able to move forward with this growth.

Scenario 4- Individual group member with mental health diagnosis

A Balint group led by a female PhD was a small group, mixed gender and ethnicity. About halfway through the term

of the group's tenure (1 year) one of the members of the group presented a patient with bipolar disorder and then disclosed that he also carries this diagnosis. Does the leader then begin to 'track' issues or cases brought up by this individual? What are the possible tacit issues of countertransference on the part of the group leader as a result of this disclosure?

Scenario 5- A group with a 'rigid' doctor – how to achieve balance

A Balint group led by a male MD had a group member who was extremely rigid and defensive. This was a voluntary group so here was an individual who seemed to be the antithesis of the empathic Balint practitioner and yet he was voluntarily participating in a Balint group. The individual was a senior physician and the group contained members at all stages of their career.

The leader was concerned about this individual's effect on younger practitioners and yet certainly for this individual, any exposure and opportunity to discuss empathy for patients would be considered a benefit. How to balance the effects of a Balint group for one individual and for the group members as a whole?

Scenario 6- Balint groups at brief intense meetings: the Congress, Leader Intensives and the like

A Balint group led by a female MD and a male psychologist at a conference concerned itself with a case about the issue of sexuality. The presenter of the case was assumed to be gay but this was not overtly discussed at any time during the response to the presentation of the patient case. This was an issue of preoccupation for the leader: 'Is that information relevant to the case discussion?' Is it relevant for the process of the case by the group? Is it 'legal' to raise that question in a group? How does the brief intense nature of such groups alter the process? How do the leaders facilitate new understanding in the group while keeping the frames of the group and protecting its members?

Our questions, for your consideration about the Balint process are as follows:

How does a Balint group deal with one member's dysfunction? Is it the role/responsibility of the group or the leader to cope with this? How does a Balint leader cope with his/her own transference to a group member she does not like? (Balint leaders are human too...)

What might be the hidden motives of the leader to lead Balint groups and how do these motives interfere with the above mentioned rules of leadership?

Is there a way to safely explore cultural biases in a Balint Group? Are there things in the unconscious that should remain there? After all, these defense mechanisms serve a purpose - denial and repression can be life saving at times.....

We invite you to consider your own Balint 'dilemmas' as a group leader and to think about how and when the leader herself uses the opportunity of countertransference.



DIRECȚII ACTUALE DE CERCETARE ÎN MEDICINA

BIOPSIHOSOCIALĂ - Anamaria HORVAT, Dan L. DUMITRAȘCU, Cluj, România .



Rezumat: Prezentăm unele dintre lucrările cele mai interesante cuprinse în programul reuniunii anuale americane de psihosomatică. În general conferința a confirmat căile de dezvoltare a psihosomaticii din Statele Unite, tinzând să abandoneze paradigma clasică impregnată de psihanaliză în favoarea unei abordări mai moderne, de tip biopsihosocial.

Abstract: We present below some of the most interesting papers included in the programme of the annual meeting on psychosomatic

medicine of the American Psychosomatic Society. In general, the meeting has confirmed the paths of development of the psychosomatic medicine in the United States and its trend to abandon the classical paradigm influenced by psychoanalysis in favour of the more modern approach of biopsychosocial type.

Cuvinte cheie: medicină psihosomatică, American Psychosomatic Society

Introducere

Recent s-a desfășurat între 10 - 13 martie 2010 al 68 - lea Congres Anual al Societății Americane de Psihosomatică, cu tema „Stresul și Sănătatea”, locația fiind Portland, Oregon.

Ca și la edițiile precedente, paleta cercetărilor științifice a îmbrăcat diversitatea medicinei: cardiologie, gastroenterologie, psihiatrie, chirurgie, ginecologie etc. Deși tema principală a fost clasică relație dintre stres și sănătate/boală, aspectele legate de comunicare medicală și de balintianism au lipsit. Am selectat câteva subiecte de larg interes, abordate cu metodologie modernă.

Aplicații în cardiologie

Relația dintre hipertensiunea arterială și depresie a fost reluată cu argumente epidemiologice. Tulburările depresive influențează tensiunea arterială sistolică și diastolică, ducând astfel la creșterea riscului pentru boli cardiovasculare. Toți pacienții diagnosticați cu tulburări depresive au tensiunea arterială sistolică și diastolică semnificativ mai mare, modificare fără legătură cu vârsta și medicația hipotensoare. Femeile depresive au tensiunea arterială de repaus comparativ mai mare decât bărbații (1).

Efectul stresului asupra bolii coronariene este cunoscut de peste două secole. De data aceasta au fost aduse argumente privitor la medierea prin interleukine a efectului nociv al stresului asupra coronarelor. Astfel, stresul mental este asociat cu o creștere a nivelului de IL-6 la pacienții coronarieni. Expunerea repetată la stres mental cu creșterea de IL-6 ar putea duce la o stare proinflamatorie cu potențarea efectelor adverse cardiovasculare (2).

Durerea de angină pectorală poate fi și ea o consecință a stresului fizic sau psihic. Stresul produce tahicardie și această tulburare de ritm poate agrava ischemia miocardului. Un poster de la Portland a demonstrat că există o corelație inversă între durerea cu orice localizare și variabilitatea frecvenței cardiace. În același mod, suma locațiilor durerii se asociază invers cu variabilitatea frecvenței cardiace. Lipsa variabilității frecvenței cardiace exprimă neuropatia vegetativă, deci din acest studiu se desprinde că durerea de angină dispăre la bolnavii cu neuropatie vegetativă (3).

Patologie digestivă

Relația dintre factori psihosociale și bolile inflamatorii intestinale (boala Crohn, rectocolita ulcerosă) a fost revizitată și la acest simpozion. Un grup a studiat stresul profesional și legătura acestuia cu bolile inflamatorii intestinale. Pacienții cu boală inflamatorie intestinală suferă un dezechilibru între efortul crescut și recompensa scăzută la locul de muncă. Însă stresul la locul de muncă nu este semnificativ asociat cu activitatea bolii, chiar și atunci când se ia în considerare vârsta și sexul (4).

Există diferențe semnificative în ceea ce privește stresul emoțional și mecanismele de adaptare cognitivă la pacienții cu diferite patologii. Pacienții diagnosticați cu steatoză hepatică de etiologie alcoolică au un nivel crescut al gândurilor automate și al stresului emoțional comparativ cu pacienții cunoscuți cu steatoză hepatică de etiologie nonalcoolică (5). Această concluzie este importantă pentru dezvoltarea unui model emoțional cognitiv pentru pacienții diagnosticați cu steatoză hepatică, în context clinic, cu scopul reducerii stresului emoțional.



Patologie respiratorie

Astmul bronșic este considerat suferința respiratorie tipică pentru relația stres-boală. De aceea făcea parte dintre „clasicele” „boli psihosomatice” în literatura de acum 20-30 de ani. Un studiu a urmărit suportul social, ca factor de „tamponare” a stresului în astm. Autorii au confirmat că suportul social scăzut crește riscul de manifestare a astmului la adulți. Totodată lipsa suportului social se corelează cu depresia (6). Această concluzie arată riscul suplimentar adus de simptomatologia depresivă și importanța suportului social.

S-a arătat pe de altă parte că există o legătură între indicele de masă corporală crescut și depresie la pacienții astmatici. Astmaticii cu depresie severă și sensibilitate scăzută la anxietate, cât și pacienții doar cu depresie severă tind să prezinte un indice de masă corporală crescut, ceea ce sugerează că sensibilitatea scăzută la anxietate ar putea duce la creșterea indicelui de masă corporală în cazul nivelului crescut al depresiei, și că sensibilitatea crescută la anxietate ar putea fi un factor de protecție (7). Prin urmare, observația că sindromul metabolic se asociază cu depresia este confirmată și în cazul pacienților astmatici.

Din nou cafeaua și nicotina

Consumul matern de cafeină în perioada perinatală este asociat cu probleme de sănătate ale copilului și deficiențe de comportament. Mai mult, consumul de cafeină și tutun în perioada perinatală, au potențat efectele adverse ale acestora. Iritabilitatea și dificultățile de adaptare în perioada perinatală sugerează disfuncția neurocomportamentală persistentă, care ar putea crea cadrul pentru interacții

uni mai dificile între mamă și copil. Copii expuși la cafeină și tutun ar putea fi la un risc și mai crescut de a dezvolta tulburări psihice (8).

BIBLIOGRAFIE:

1. Jolicoeur L, Zhao X, Simon B. The impact of depressive disorders on resting blood pressure in men versus women undergoing exercise stress testing. *Stress and Health Meeting Abstracts*. 2010. A – 81
2. Williams SK, Veledar E, Eubanks G. IL-6 production associated with acute mental stressor in coronary artery disease patients. *Stress and Health Meeting Abstracts*. 2010. A – 79
3. Thayer JF, Loerbroks A, Jarczok MN. Pain and heart rate variability. Is there a link? *Stress and Health Meeting Abstracts*. 2010. A – 90
4. Cho EYN, Camara R. High job stress in patients with inflammatory bowel disease. *Stress and Health Meeting Abstracts*. 2010. A – 82
5. Dumitrașcu DL, Cojan R, Băban A. Emotional distress and cognitive coping mechanisms of patients with liver steatosis. *Stress and Health Meeting Abstracts*. 2010. A – 52
6. Loerbroks A, Apfelbacher CJ. Depressive symptoms and low social support increase risk of adult asthma: findings from a population based cohort study. *Stress and Health Meeting Abstracts*. 2010. A – 146
7. Boudreau M, Bacon SL, Ouellet K. Body mass index is associated with severity of depressive symptoms and anxiety sensitivity in adult asthmatics. *Stress and Health Meeting Abstracts*. 2010. A – 60
8. McCallum ME, Stroud LR. Caffeine during pregnancy is associated with infant stress and irritability and worsens effects of prenatal tobacco. *Stress and Health Meeting Abstracts*. 2010. A – 44

PROPUNERI PENTRU UN GHID DE ORGANIZARE A CONGRESSELOR ȘI CONFERINȚELOR APR

- Cătălina Tudose și Veress Albert, membrii al Biroului APR.

Întroducem mai jos un proiect pentru un ghid al organizării și derulării conferințelor medicale conceput de către două personalități ale Psihiatriei române. Așteptăm sugestii, critici, idei noi în vederea definitivării proiectului.

Încercăm să vă propunem un ghid care să ofere posibilitatea organizării congreselor și conferințelor APR la standarde ridicate.

Scopul acestui material este acela de a oferi asistență tuturor celor care doresc să organizeze întâlniri științifice, potențialele gazde ale viitoarelor congrese și conferințe APR, pentru a avea siguranța că eforturile lor vor fi încununuate de succes și APR-ul își va atinge obiectivele.

*Materialul a fost elaborat pe baza propriilor noastre experiențe, în urma analizei formularelor de evaluare de la câteva conferințe care au avut loc în ultimii ani, dar și prin documentare, citind diverse manuale/ghiduri folosite de asociații puternice și bine organizate cum ar fi World Psychiatric Association, Alzheimer Disease International, Federația Internațională Balint și care, evident, au aceleași scopuri ca și noi și anume realizarea principalelor obiective pentru care de fapt se organizează peste tot în lume congrese și conferințe. **Acestea ar fi:***

1. Diseminarea cunoștințelor științifice: prezentări ale unor speakeri recunoscuți ca lideri de opinie- persoane considerate valoroase de către organizatori, a căror prezen-



ță sau participare directă nu poate fi înlocuită de reviste, cărți, postere. În legătură cu acest aspect – problema educației continue ar trebui inclusă în cadrul acestor manifestări, fiind și interesul participanților de a avea conferințări speciali și de a aduna punctajele necesare promovării profesionale.

2. Întărirea rețelei de psihiatrie și sănătate mintală dintr-o anumită zonă, reunind toți specialiștii din domeniu, creând posibilitatea colaborării în domeniul educației, cercetării, făcând lobby asupra autorităților locale pentru crearea de servicii, pentru respectarea drepturilor pacienților.

3. Creșterea vizibilității APR ca și a problemelor psihiatriei la nivelul unei anumite regiuni din țară - se va atrage astfel atenția autorităților locale și guvernamentale, a decidenților politici, mass media. Se pot promova parteneriate cu asociații de pacienți, de familii ale acestora, cu mass media sau alte grupuri interesate în apărarea drepturilor pacienților - dreptul la tratament, la asistență socială, la instituții comunitare, la instituții de reabilitare specifice anumitor patologii. Este o foarte bună ocazie pentru ca psihiatria să fie mai bine cunoscută, și societatea să conștientizeze problemele suferinșilor cu maladii de sănătate mintală.

4. Realizarea de contacte personale, cu posibilitatea de a învăța unii de la alții, de a începe proiecte comune, revederea prietenilor, încheierea unor prietenii noi

5. O mai bună organizare a următoarei conferințe sau congres al APR, folosind experiența recent câștigată.

6. Obținerea de profit: un bun congres aduce fonduri, fie din cursuri, fie de la simpozioanele organizate de firme (sunt congrese care asigură cazarea secretariatului cu acești bani).

7. Promovarea schimburilor culturale, a turismului în zonă, cunoașterea tradițiilor locale etc

OBIECTIVELE PE TERMEN LUNG SUNT DESIGUR:

- creșterea permanentă a calității conferințelor/congreselor
- creșterea numărului de participanți

Pentru aceasta, la finalul fiecărei întâlniri se va face o evaluare globală a congresului privind:

- calitatea prelegerilor
- noutatea informațiilor
- calitatea organizării
- calitatea expoziției
- calitatea programului social și turistic

Analiza chestionarelor de evaluare permite stabilirea principalelor măsuri de îmbunătățire pentru organizarea viitoarelor conferințe.

Solicitarea de a organiza/de a fi gazda unei conferințe

Numai membrii deplin ai APR pot depune aplicații pentru a organiza conferințe și congrese naționale APR, ca și conferințe locale care se vor desfășura sub auspiciile APR.

Cei care solicită acest lucru trebuie să completeze o cerere scrisă pe care să o înainteze Consiliului de Conducere APR

cu 2 ani înainte. Formularul de cerere trebuie să cuprindă propuneri de tematică, posibilități de finanțare, ca și garantarea faptului că există un colectiv care va avea resursele de timp și cele financiare pentru a asigura o foarte bună comunicare cu secretariatul APR și cu toți potențialii participanți.

Aplicațiile vor fi analizate de secretariat și de președintele APR. și cele care întrunesc criteriile de mai sus vor fi înaintate Consiliului de Conducere al APR; acesta decide care este aplicația câștigătoare și o comunică Adunării Generale, care are loc, în timpul conferinței anuale. Decizia Consiliului de Conducere este finală.

Aplicații care nu au avut succes își pot redrepune cererea pentru anii următori.

LOCUL ȘI DATA

Alegerea locului ar putea fi legată de:

- existența unui colectiv cu inițiativă și capacitate organizatorică (din centre universitare sau nu)
- acces ușor (aerport, legături feroviare și rutiere acceptabile)
- capacitate hotelieră mare, cazare disponibilă cu o gamă variată de prețuri, ideal fără distanțe mari de străbătut până la locul conferinței sau cu acces ușor la transportul public
- locația aleasă trebuie să ofere spații adecvate pentru desfășurarea plenarelor, simpozioanelor, workshop-urilor, dar și a unor reuniuni mai restrânse, să fie dotate cu echipamente audio-video adecvate (videoproiectoare, retroproiectoare, CD player etc.)
- ideal ar fi să se desfășoare în același oraș cu sediul gazdei (Universitate, Spital, Secție de Psihiatrie).

Data trebuie să fie aprobată de secretariatul APR, ținându-se cont de următoarele:

- conferințele naționale au loc de obicei în luna octombrie
- de evitat suprapunerea cu evenimente științifice internaționale importante la care mulți colegi ar participa
- de evitat perioadele sărbătorilor (Crăciun, Paști, Rusalii)
- suprapunerea peste vacanțe sau perioada începerii școlilor
- evitarea manifestărilor naționale sau internaționale, de altă natură care au loc în zona respectivă și care ar ridica probleme de cazare și de transport (târguri, festivaluri de muzică, competiții sportive, reuniuni politice de amploare etc)

Pe de altă parte sunt de folos ocazii speciale ca jubileuri, aniversări.

ASPECTE ORGANIZAȚIONALE

Angajarea unei firme specializate în organizarea congresului

La o participare a 30-50 de persoane este de obicei necesar ajutorul unei agenții de turism, dar la peste 100 de participanți este nevoie să se angajeze o firmă specializată în organizarea de conferințe. Aceasta ar trebui să fie de obicei



aleasă de președintele congresului împreună cu Comitetul de Organizare după evaluarea mai multor candidați, asigurându-se că firma are un portofoliu convingător, are experiență dovedită prin conferințe de succes în organizarea cărora s-au implicat.

Recomandarea noastră ar fi ca odată aleasă această firmă, ea să se implice în toate aspectele organizării conferinței, să cunoască toate detaliile, chiar și cele "diplomatice" din cadrul asociației pentru a evita cât mai mult conflictele previzibile. De asemenea, ar fi recomandabil ca adresa, email-ul, și numărul de fax al firmei alese să reprezinte singura "cale de intrare" a informațiilor privind toate aspectele organizatorice.

Desigur că primul pas îl va reprezenta semnarea unui contract de către ambele părți în care se vor specifica în mod clar responsabilitățile fiecăreia.

ASPECTE ORGANIZATORICE ESENȚIALE

Președintele congresului/conferinței (semnatarul aplicației), după consultarea cu consiliul de conducere al APR va alege președintele comitetului de organizare. Acesta are un rol esențial.

Președintele congresului și președintele comitetului de organizare vor numi restul de membri ai comitetului de organizare dintre care unul va fi președintele comitetului științific. Comitetul științific la rândul lui va avea un număr variabil de membri (la latitudinea organizatorilor), dar va trebui să existe cel puțin un nucleu format din maxim 4-5 membri care vor fi responsabili de selecția rezumatelor.

Membrii comitetului de organizare ar trebui să aparțină centrului universitar sau zonei care găzduiește congresul, persoane care au cunoștințe și informații despre posibile surse de finanțare, care se remarcă prin diplomație și experiență în conducere.

Aceștia au responsabilitatea de a mobiliza și motiva forurile administrative locale și centrale pentru a patrona evenimentul, eventual pentru a oferi o sponsorizare pe măsură și, desigur, pentru a adresa participanților un cuvânt de salut.

Unii dintre membrii comitetului organizatoric ar fi recomandabil să coordoneze la rândul lor subcomisii, cum ar fi: comisii pentru relații publice și media, de evaluare, comisii care să se ocupe de tinerii specialiști și de rezidenți, comisii care să se ocupe de aspectele legate de turism, activitate socială și program cultural etc.

Președintele fiecărui subcomitet va participa la ședințele celorlalte grupuri de lucru.

De asemenea, este recomandabil și în același timp extrem de important ca un număr mai mic dintre membrii comitetului de organizare, 3-4 persoane, să constituie echipa organizatorică sau tehnică locală, cea care va putea să ia deciziile adecvate în situații de urgență, în special imediat înaintea și în timpul congresului.

De asemenea, ar fi important să ne asigurăm că membrii aleși în comitetul organizatoric, nu sunt numai persoane ac-

tive și eficiente, dar că ei aparțin aceluiași orientări în domeniul psihiatriei și sănătății mintale.

Președintele congresului/conferinței împreună cu secretarul APR va solicita acordul scris al persoanelor propuse să devină membri ai comitetului de organizare sau ai comitetului științific. Aceia care nu-și anunță acceptul până la un termen stabilit nu vor fi incluși în comitetul respectiv, considerându-se că lipsa de timp sau refuzul tacit demonstrează imposibilitatea de a participa. Se vor evita în acest fel aspectele formale ale acestei componente organizatorice decisive pentru succesul unei manifestări științifice.

Președintele comitetului de organizare este cel care va face legătura permanent cu secretariatul APR.

Din punct de vedere metodologic, comitetul organizatoric ar trebui să aibă pregătită o listă cu probleme de rezolvat cu cel puțin 1 an înainte, care să fie apoi urmărită punct cu punct. Comitetul organizatoric s-ar putea întâlni la fiecare 3-4 luni, dar comitetul tehnic local și firma angajată ar trebui să se întâlnească săptămânal, și apoi în fiecare zi, în luna anterioară congresului. Scurte informări în legătură cu hotărârile luate în timpul acestor întâlniri ar trebui să fie trimise, în mod regulat, tuturor celor care sunt implicați în organizare.

BUGETUL ȘI PLANIFICAREA CHELTUIELILOR

Bugetul ar trebui să fie cât mai detaliat posibil de la bun început, fără a uita de elemente cum ar fi activitățile privind relațiile cu publicul, publicarea lucrărilor etc în cazul în care acestea au fost planificate.

De fiecare dată, și pentru orice propunere nouă de activitate în cadrul congresului, comitetul de organizare împreună cu firma angajată ar trebui să revadă bugetul pentru a verifica dacă au fost prevăzute cheltuieli pentru elementul nou menționat.

GAZDA VA FURNIZA SECRETARIATULUI APR

URMATOARELE INFORMATII:

-un buget teoretic, estimativ al conferinței care va fi aprobat odată cu aplicația pentru a deveni gazda conferinței cu proiecția veniturilor bazate pe estimări diferite ex: cea mai buna estimare, medie sau cel mai rău scenariu

- un buget actualizat cu un an înainte de conferință

- un buget actualizat cu 6 luni înainte de conferință

- cu 4 luni înainte de conferință o situație financiară care să cuprindă toate veniturile și cheltuielile

- auditarea conturilor conferinței când sunt disponibile ex: la sfârșitul anului financiar

Trebuie întotdeauna prevăzute și cheltuieli pentru evenimente neașteptate.

RATA PROFITULUI

"Un congres de succes presupune: în primul rând realizarea unui profit pentru organizație, în al doilea rând un conținut științific ridicat și apoi un management eficient.



Țelul de urmărit este simplu: un venit care să fie mai mare decât cheltuielile și un proces transparent prin audit” (WPA)

Toate cheltuielile, inclusiv cele aparținând comitetului de planificare a conferinței trebuie să fie bugetate și recuperate pe baza taxei de înregistrare. **Conferința trebuie să aibă un profit.**

Gazda trebuie să contribuie cu o parte din profitul conferinței la APR. Se poate stabili de către Consiliul de conducere APR aplicarea unei formule pentru calculul contribuției la APR pentru toate conferințele care au loc începând după ? 2010:

- 10% din taxele de înscriere și
- 10% din toate finanțările companiilor farmaceutice (dacă va exista profit!)

APR va folosi aceste fonduri pentru a dezvolta organizația.

SURSE DE FINANȚARE

Este sarcina esențială a firmei profesioniste angajate și a comitetului de organizare să exploreze surse de finanțare precum companiile farmaceutice, autorități locale, guvern, fundații, companii aeriene, hoteluri, bănci, companii de asigurare etc.

Recomandările generale sunt:

- gazda este încurajată să strângă fonduri pentru a susține conferința cât de mult se poate
- toate sponsorizările trebuie să fie în beneficiul APR și al gazdei, ”nu sunt permise câștiguri personale ale membrilor comitetului de organizare” (WPA)
- Contabilitatea financiară a sponsorizărilor va fi transparentă și auditată

Orice sponsorizare care poate crea un conflict pentru APR trebuie evitată; APR va fi consultată în ceea ce privește identificarea potențialilor sponsori și vor avea loc întâlniri cu aceștia dacă este necesar și organizația gazdă solicită acest lucru.

Membrii comitetului de organizare trebuie să realizeze cele mai bune relații posibile cu instituțiile care l-ar putea sprijini financiar la congres, în special companiile farmaceutice. O parte semnificativă din buget, aproximativ 80% vine din această direcție. Companiile farmaceutice sunt interesate să aibă acces la medicii specialiști, de aceea doresc să fie parteneri în organizarea congresului.

Toate aceste aspecte vor fi luate însă în calcul din timp, deoarece firmele farmaceutice au, de regulă, bugetul stabilit pe 1-2 ani în avans.

Pentru a-i convinge despre importanța congresului trebuie subliniate aspectele deosebite ale conferinței: numărul estimat de participanți, calitatea vorbitorilor invitați etc. Deoarece concurența este în creștere, firmele farmaceutice vor alege de preferință, conferințe mai mari, cu programul științific mai bun și o mai bună organizare.

Sprijinul financiar al companiilor farmaceutice poate fi dobândit sub forma unor contribuții la organizarea de simpozioane satelite, de evenimente sociale (prânz, cină), furni-

zarea de răcoritoare, organizarea de locuri de odihnă pentru cafea sau un centru IT (pentru fax, copier) în zona expozițională sau din plata taxelor pentru închirierea unor spații de expoziție sau de publicitate. De asemenea pot sprijini indirect congresul prin diferite materiale: papetărie, programul conferinței, caiete de rezumate, postere și pliante, mape, ecusoane. De obicei o companie farmaceutică plătește în avans până la 30% din suma totală stabilită pentru închirierea unui spațiu în expoziție.

Companiile farmaceutice vor fi sfătuite să consulte lista lectorilor lucrărilor acceptate pentru prezentare, a invitațiilor speciali, a membrilor prezidiilor și comitetelor organizatorice pentru a sponsoriza cu prioritate aceste persoane a căror prezență este în mod special dorită de organizatori și necesară pentru buna desfășurare a lucrărilor congresului. Desigur firmele sunt libere să-și sponsorizeze și clienții lor.

Trebuie căutat și sprijinul unor fundații și altor organizații non-profit.

Sprijinul guvernamental se poate concretiza prin transport gratuit, punerea la dispoziție în mod gratuit a spațiilor pentru congres.

Trebuie încercată și stabilirea de acorduri cu liniile aeriene, (știut fiind faptul că se pot face reduceri importante la deplasarea în grup) ca și cu lanțurile hoteliere (care pot scădea tarifele de cazare în situația cazării de grupuri mari)

PROMOVAREA CONGRESULUI

Una din sarcinile principale ale Comitetului de organizare este aceea de a-i face publicitate. Acest lucru se poate face prin intermediul revistelor naționale sau locale.

Este important să se țină seama, nu doar de participarea psihiatrilor, dar și de a altor specialiști în domeniul sănătății mintale, cercetători, specialiști în neuroștiințe și în științe sociale, reprezentanți ai asociațiilor de pacienți etc.

Data și locul conferinței/congresului trebuie stabilite și anunțate de secretariatul APR cu 2 ani înainte.

Primul anunț și invitațiile trebuie să fie distribuite cu un an înainte, la conferința precedentă (de așteptat însă ca 15-20 % dintre adrese să nu mai fie de actualitate).

Data finală pentru primirea rezumatelor ar trebui să fie până la maxim 3 luni până la eveniment.

Al doilea anunț se va difuza până 6 luni înaintea conferinței.

Toate anunțurile și mail-urile vor fi făcute de către gazdă, care are răspunderea pentru marketingul conferinței, dar APR va promova conferința în Revista de Psihiatrie a organizației, va trimite pe mail materiale promoționale atât membrilor cât și tuturor celor interesați., va promova conferința/congresul la toate întâlnirile naționale la care participă membrii APR.

WEBSITE-UL

Ar fi foarte util să se poată realiza o pagină de Internet a congresului. Acest lucru va servi publicității, dar va putea



permite și înscrierea pe cale electronică și colectarea de rezumate prin intermediul internetului

În consecință website-ul conferinței:

- va conține site-ul conferinței, care trebuie să fie pregătit cu 1 an înainte de către organizatorul conferinței
- permite înscrierea online, rezervarea la hotel și trimiterea rezumatelor; este important ca procedura să fie simplă și ușor de folosit
- furnizează informații despre locul conferinței și zone de interes
- include programul conferinței
- include detalii despre programul cultural și evenimentele sociale

TAXELE DE ÎNSCRIERE

Reprezintă principala sursă de venit a unui congres (până la 2/3) de fapt numai 50-60% dintre participanți își plătesc în întregime taxele. Ceilalți sunt lectori invitați, membrii ai diferitelor asociații, jurnaliști, studenți, rezidenți

Suma solicitată trebuie să fie similară celor de la conferințele precedente sau numai ușor crescută.

Structura plăților este de obicei următoarea:

1. taxe net diferențiate între membri și nemembri APR
2. Taxe mai reduse, dacă se plătesc până la 4 luni înaintea congresului
3. Taxe pentru înscriere tardivă în intervalul de 4 luni până la eveniment (cu 25% mai ridicată)
4. Înscriere pe loc
5. Taxe de înscriere pentru rezidenți cu 50-75% mai mici
6. Taxe de înscriere pentru persoane însoțitoare-de obicei 70-80% din prețul întreg

Nivelul taxelor de înregistrare depinde de calitatea științifică a congresului.

Este important ca persoana care se ocupă de înregistrare să se asigure că nici un rezumat nu este tipărit și nici o prezentare nu e făcută fără achitarea taxelor de înscriere.

Trebuie să fie clar ce include taxa de înregistrare ex: masa, evenimente sociale

Acolo unde este posibil, cina festivă trebuie inclusă în taxa conferinței

În anumite cazuri sunt percepute taxe separate pentru evenimente sociale (cina festivă, excursii etc.)

TEMA CONFERINȚEI

Conferințele sunt organizate de obicei în jurul unei teme centrale.

Un logo este adesea util și poate fi folosit pe anunțuri, publicații, genți, badge-uri etc.

COMUNICAREA CU APR

Scopul APR este să colaboreze cu gazda pentru a asigura succesul conferinței și atingerea obiectivelor comune. Procesul de comunicare trebuie să fie un dialog constructiv între APR și gazdă. Comunicarea ar putea fi coordonată de

secretarul general al APR sau un alt membru al Consiliului de Conducere și de președintele comitetului organizatoric sau altă persoană din comitetul de organizare delegată de acesta.

Dacă e posibil, APR și gazda se vor întâlni înainte de conferință pentru a discuta derularea conferinței. Secretarul general sau alt reprezentant APR va vizita orașul conferinței înainte cu câteva luni pentru a cunoaște membrii comitetului de organizare, locația, hotelurile și logistica aranjamentelor. APR va plăti toate costurile aferente.

COMITETUL DE AVIZARE APR VA FI COMPUS DIN:

- Reprezentanți ai gazdei ex: președintele comitetului local de organizare, profesor, directorul medical și/sau științific

- secretarul general APR

- președinții ultimei conferințe și al următoarei (sau reprezentanți aleși de aceștia)

Acest comitet va face recomandări pentru speakeri, va aviza programul și materialele promoționale și va lucra alături de gazdă pentru dezvoltarea programului conferinței. De asemenea va aviza persoanele care vor fi incluse în ceremonia de deschidere ex: președintele APR, reprezentanți APR, reprezentanți regionali.

Toate materialele tipărite vor fi anterior aprobate de APR (**NOTĂ VERESS: O SĂ RIDICE PROBLEME DE TIMP, DEOARECE DESEORI TIPĂRITURILE SE FAC ÎN ULTIMELE ZILE DUPĂ PRIMIREA TUTUROR LUCRĂRILOR**)

APR va fi reprezentată de președinte sau de un alt membru al Consiliului de Conducere la toate conferințele locale care se desfășoară sub patronajul APR; acesta va participa la ceremonia de deschidere, va transmite mesajul APR către membrii APR prezenți, va participa la concluzii și la încheierea lucrărilor.

Cu ocazia conferințelor locale secretariatul APR va pune permanent la dispoziția organizatorilor lista membrilor care au achitat cotizația și în consecință pot beneficia de taxele reduse de participare pe care numai membrii APR o au.

DATE CHEIE

- cu cel puțin 2 ani înainte de conferință, un program schițat trebuie propus aprobării APR

- cu cel puțin 12 luni înainte de conferință speakerii principali trebuie să fie invitați și participarea lor să fie confirmată

Fiecare conferință națională APR trebuie să aibă 2 părți distincte:

1. Adunarea generală anuală APR și/sau Ședința Consiliului de Conducere
2. Conferința/ Congresul național

Ședința Consiliului de Conducere (3 ore)



Ședința ar trebui să aibă loc cu o zi înainte de începutul formal al conferinței, pentru a se rezerva timp special, care să permită analize, discuții și hotărâri, și nu să fie mereu toată lumea în grabă, spre plecare, să nu se tragă concluzii, să nu se pregătească viitoarele întâlniri. (și nu trebuie să fie la locul conferinței, poate avea loc într-un hotel unde stau majoritatea membrilor board-ului sau la sediul gazdei) **NOTA VERESS: SOSIREA CU O ZI ÎNAINTE DE DESCHIDERE VA RIDICA PROBLEME DE TIMP DIN PARTEA MEMBRILOR CONSILIULUI**

Secretariatul APR va colabora cu gazda pentru a stabili programul acestor ședințe. Ordinea de zi și circulația hârtiilor sunt în responsabilitatea secretariatului.

Gazda va plăti costul sălii de ședințe, masa și răcoritoarele.

Dacă va avea loc adunare generală, de organizarea ei răspunde secretariatul APR care va fi sprijinit de gazdă prin asigurarea sălii, răcoritoare, cafea.

STRUCTURA CONFERINȚEI

Conferința trebuie să includă:

- plenare: sesiuni importante care să prezinte temele majore ale conferinței, care nu se pot suprapune cu alte activități
- simpozioane și workshopuri în sesiuni paralele
- vizite locale: în spitale, servicii de psihiatrie etc. Este important ca acestea să nu se suprapună peste sesiunile importante ale congresului
- workshopuri organizaționale ale APR
- pauze de masă și de cafea, pot fi multe și pot oferi participanților ocazia să se întâlnească, să discute în zona expozițională
- program social care să urmărească cunoașterea aspectelor culturale ale zonei, vizitarea localității
- program pentru persoanele care însoțesc participanții

CONȚINUTUL ȘTIINȚIFIC

Aspecte generale

- programul medical și științific trebuie să întrunească obiectivele conferinței
- conținutul trebuie să fie la cel mai înalt standard
- subiectele să fie echilibrate pentru a atrage audiența ex. psihopatologie, psihofarmacologie, psihoterapie, prezentări de cazuri, cercetare
- comitetul local de organizare are responsabilitatea de a comunica cu prezentatorii, președinții, conducătorii workshopurilor și alți contribuabili la conținutul științific al întâlnirilor. Este necesar un standard înalt al comunicării
- sesiunile științifice sponsorizate de companiile farmaceutice să fie identificate clar și să reprezinte o parte separată a programului, aprobată de comitetul de avizare APR *
- sesiunile satelit din afara programului principal al conferinței să nu se suprapună cu sesiunile de bază, întâlnirile APR sau vizite locale.
- sponsorii să fie rugați să nu organizeze acțiuni care im-

placă grupuri largi de delegați în timpul sesiunilor științifice, întâlnirilor APR sau evenimentelor sociale

Obiectivul principal al oricărui participant la un congres de psihiatrie este acela de a dobândi cunoștințe și competențe noi. Prin urmare, un program științific bun este factorul predictiv esențial de succes.

- *Se vor face eforturi pentru realizarea unui program echilibrat, simpozioanele organizate de companiile farmaceutice nu trebuie să domine programul unei conferințe de psihiatrie

- Se vor evita prezentările successive de simpozioane care să susțină, pe rând superioritatea fiecărui produs în parte, produse aparținând aceleiași categorii de psihotrope, ceea ce creează confuzie în rândul participanților, mai ales al rezidenților și medicilor tineri, fără o experiență practică bine formată

- Aceste simpozioane vor fi programate cu preponderență înaintea primei secțiuni, între orele 8,30-10,00 invitând speakeri interni sau externi de reală probitate profesională, care să poată atrage auditoriul la acea oră matinală.

- Prezentările vor începe la ora fixată, indiferent de numărul participanților din sală și se vor termina la ora fixată indiferent de ora începerii acesteia. Este necesară respectarea programului care prevede pauza de cafea, de obicei la orele 10.

UN PAS IMPORTANT ESTE ALEGEREA TEMEI.

O modalitate de recomandat în alegerea temei unui congres de calitate este aceea de a căuta răspunsuri la întrebări de genul: care sunt nevoile reale ale psihiatriei din România? Care sunt deficiențele? Ce lipsește în psihiatrie și în domeniul sănătății mintale

Principala sarcină a unui comitet științific este să stabilească inițial o schiță de program. După ce se stabilește structura programului începe alocarea intervalelor de timp pentru sesiunile de comunicări.

RECOMANDĂRI PENTRU MEMBRII PREZIDIILOR

Membrii prezidiilor au obligația:

-de a preveni orice decalaj în derularea programului. Dacă nu se pot achita de această sarcină, președintele comitetului local de organizare are dreptul de a interveni peste prezidiu și de a opri prezentările indiferent de rangul sau renumele prezentatorului.

-în caz că nu sunt întrebări în intervalul afectat discuțiilor, să facă o sinteză a secțiunii. În acest scop, solicitați organizatorilor să vă trimită lucrările din secțiunea pe care o prezidați

-nu acceptați solicitări ad hoc de a prezida unele secțiuni, ale căror lucrări nu vă sunt cunoscute anterior

-anunțați organizatorilor numele lectorilor care nu și-au prezentat lucrarea

Un chairman bine ales trebuie să fie recunoscut în do-



meniul respectiv, în funcție de tema sesiunii plene sau a simpozionului pe care îl prezidează. De preferat să se desemneze doar un singur chairman. Dacă sunt mai mulți, nu este clar cine are responsabilitatea păstrării programului sau este discutant (cel care face o sinteză a lucrărilor secțiunii respective). Este responsabilitatea morală și profesională al celui desemnat ca, după ce în prealabil a acceptat această onoare, să nu lipsească de la secțiunea respectivă. Dacă din motive neimputabile lui nu-și poate onora prezența va desemna o altă persoană în locul său, anunțând schimbarea către organizatorul local.

O bună modalitate de a crește numărul de participanți este aceea de a obține cât mai multe EMC din partea Colegiului medicilor.

Se recomandă ca fiecare speaker să-și expună, la începutul prezentării, conflictele de interese, respectiv să menționeze numele companiilor cu care colaborează. Este o obligație deontologică.

Va fi încurajată prezentarea de lucrări de către medicii rezidenți!

Se vor evita prezentările plictisitoare, repetarea acestora. Comitetul de organizare trebuie să solicite autorilor ca să nu prezinte lucrări care au mai fost comunicate la alte conferințe sau care au fost deja publicate, iar comitetul științific să impună acest lucru. Este recomandabil ca autorii să prezinte lucrări care sunt creații personale, pe cât posibil axate pe cercetări sau observații proprii și să nu se accepte lucrări de tip curs universitar sau colaje din diferite alte lucrări. Din păcate, adesea numărul de lucrări înscrise este mic, și atunci exigențele comitetului științific scad. În aceste cazuri ar fi mai bine să se prezinte lucrări mai puține dar mai valoroase, cu păstrarea timpului pentru discuții fertile.

Este foarte important ca durata prezentării să se încadreze în timpul rezervat în program, depășirea lui va deregla desfășurarea lucrărilor.

Un bun vorbitor, după ce face o scurta introducere, trebuie să fie apt să capteze atenția audienței și să o mențină la un nivel înalt până la sfârșitul prezentării, trebuie să poată percepe feedback-uri din partea audienței și să transmită un mesaj cât mai simplu și mai clar cu putință. Câteva metode bune de captare a atenției sunt adresarea de întrebări către audiență, utilizarea de materiale ajutătoare (slide-uri interesante care să alunge oboseala și plictiseala), condimentarea cu umor

REGULI DE AUR ÎN PREGĂTIREA SLIDE-URILOR

1. Nu vor înlocui discursul oral.
2. Nu se depășesc 5 rânduri a câte 5-7 cuvinte, care trebuie să fie lizibile din spatele sălii
3. Nu trebuie să fie mai mult de un slide pentru 90 secunde de vorbire
(15 slide-uri/20 minute)
4. Nu se folosesc mai mult de 3 culori/slide.
5. Trebuie să se aibă în vedere contrastul culorilor

6. Nu se citește niciodată slide-ul către audiență.

Se pot folosi tehnologii ajutătoare: proiectoare, ecrane, laser pointer.

REGULI DE AUR ÎN PREGĂTIREA UNUI REZUMAT:

1. Să îl facă pe cititor să înțeleagă rapid conținutul comunicării
2. Trebuie pregătit conform cerințelor organizatorilor
3. Titlul rezumatului este pe modelul: de ce acest studiu? Ce metode s-au folosit? Ce arată studiul?
4. Se evită exprimări de genul: rezultatele acestui studiu vor fi prezentate mai târziu. Se precizează principala concluzie.
5. Trebuie să fie ușor de înțeles de cineva care nu este instruit în domeniu.

REZUMATELE

Rezumatelor trebuie să li se acorde o atenție specială de către firma de organizare a congresului pentru că acestea reprezintă o parte esențială a materialului științific al Congresului. Securitatea abstractelor este de cea mai mare importanță.

Cea mai bună metodă de urmat este ca în situația în care abstractul a fost primit, să i se atribuie imediat un număr de înregistrare și să se facă 4 copii: o copie merge la președintele Comitetului științific, a doua este distribuită în ordine alfabetică a numelui autorului, iar a treia se distribuie în ordinea numărului de înregistrare. Este important ca persoana care se ocupă de sistemul de înregistrare să primească cel de al patrulea exemplar, în scopul de a se asigura că nici o prezentare nu are loc fără a se plăti taxa de înregistrare.

Este important să se aleagă un nucleu de lucru care să revizuiască rezumatele în perioada de 6 luni dinaintea congresului. Acest grup nu trebuie să depășească 4-5 membri. Pentru asigurarea corectitudinii fiecare rezumat trebuie parcurs de 3 membri ai comitetului științific. Revizuirea se poate face într-o manieră deschisă sau în orb (fără cunoașterea autorilor). Rezumatele evaluate sunt împărțite în 3 grupe: da, nu, poate.

De îndată ce Comitetul științific a revizuit un abstract decizia trebuie trimisă autorului: dacă e acceptat sau nu, în ce format urmează să fie prezentat (simpozion oral sau sesiune de postere), și dacă este posibil trebuie comunicată data, ora și locul sesiunii.

Rezumatele sunt stocate și pe medii electronice –CD-uri permițând posibilitatea căutării fie după numele autorului fie după cuvinte cheie.

Termenele limită ar trebui să fie respectate. Cu toate acestea se acceptă o flexibilizare a acestora atunci când este cazul. Singurul termen limită real este cel stabilit de tipografia care editează programul congresului și caietul de rezumate. Nerespectarea acestor termene limită pune în pericol congresul.



Ar fi necesar (pentru că se întâmplă destul de des la conferințele noastre), să se descurajeze trimiterea unor rezumate sau lucrări pe care autorul nu le va onora cu prezența lui la conferință. De asemenea, la orice congres de prestigiu, un profesionist de cea mai înaltă clasă nu prezintă decât maxim 2 lucrări iar numărul posterelor/autor este de asemenea limitat.

SESIUNI DE POSTERE

Folosesc la o prezentare mai condensată a informației și facilitează o interacțiune directă între autori și audiență.

Prezentărilor sub formă de poster trebuie să li se impună criteriile de calitate identice cu cele ale prezentărilor orale și să nu reprezinte doar o supapă pentru autorii care nu ajung la pupitru din cauza lipsei de timp sau o soluție de compromis a comitetului științific în fața unui rezumat de calitate discutabilă. Posterele trebuie să fie de calitate bună. Dacă nu sunt de calitate, ele trebuie să fie refuzate. Autorii posterelor trebuie să fie prezenți în timpul secțiunii de postere pentru ca să dea referințele solicitate de către vizitatori; ei vor oferi doritorilor lucrarea în extenso, așadar vor avea pregătite mai multe exemplare printate. Premiile lor trebuie să se facă cu o corectitudine indiscutabilă.

CURSURI

Sunt dedicate tinerilor specialiști, rezidenților sau tutorilor celor care doresc să știe mai multe despre anumite subiecte. Se recomandă un număr limitat de participanți (optim 15).

Se vor pregăti materiale didactice. La încheiere se oferă certificate de participare.

RELAȚIA CU GRUPURILE SPECIALE

Tinerii psihiatri -reprezintă viitorul specialității și ar trebui ajutați pentru a beneficia la maximum de pe urma congresului printr-un program de parteneriat.

S-ar putea organiza o sesiune specială înaintea ceremoniei de deschidere

Socializarea și stabilirea de relații este o parte importantă a activității lor

Ar putea fi tipărit un ghid al congresului pentru tinerii participanți

Alte grupuri: psihiatri din Moldova, Ucraina, asociații de pacienți etc. necesită atenție deosebită.

LIMBA CONGRESULUI/ TRADUCERI

La conferințele și congresele APR limba oficială este limba română, totuși materialele tipărite pot fi și bilingve dacă se organizează în zone din țară unde majoritatea populației vorbește și o altă limbă / maghiara, germana.

Traducerea simultană în alte limbi de obicei engleza, atunci când participă psihiatri străini nu este obligatorie; comitetul local de organizare decide acest lucru. Costul de traducere simultană poate fi foarte mare, până la 30% din

bugetul total al Congresului, și trebuie ținut cont de faptul ca sunt necesari 2 traducători, pentru ca unul să preia locul celuilalt atunci când obosește.

Interpretarea simultană (și nu traducerea) trebuie să se facă de către profesioniști calificați, care cunosc nu doar cele 2 limbi, ci știu câte ceva despre psihiatrie și sănătate mintală.

O modalitate mai economicoasă și în același timp elegantă este ca prezentatorii să folosească slide-uri în limba engleza iar discursul să fie în limba română, permițând invitaților să înțeleagă esențialul din comunicarea lor.

INREGISTRAREA

Acesta este primul contact pe care un participant îl va avea cu Congresul. Înscrierea trebuie să se facă într-un mod eficient, rapid și plăcut.

Este o bună practică de a avea cel puțin trei cabine de înregistrare a participanților.

-”participanții deja înregistrați”, și în cazul în care există foarte mulți vor fi împărțiți în ordine alfabetică. Se vor da invitații nominale, ecusoane, cupoane pentru masa de prânz, și vor fi informați cu privire la existența traducerilor simultane.

-”înscriere pe loc” - pentru cei care se înscriu la fața locului ar fi bine să existe un aparat special pentru taxare pentru carte de credit

- o cabina specială pentru lectorii invitați pentru a fi siguri că nu se întâmplă cu ei nici o greșeală diplomatică

Personalul de conducere al firmei angajate, de obicei, managerul de proiect trebuie să fie prezent în apropierea biroului de înregistrare, în special în primele 2 zile, pentru a rezolva pe loc orice problemă apărută.

FACILITĂȚI OFERITE LA ÎNREGISTRARE

Vor fi furnizate următoarele:

- mape care să conțină cel puțin programul conferinței, caietul de rezumate, informații turistice, planul conferinței și un chestionar de evaluare APR (o listă cu participanți sau detalii de contact pot fi incluse de obicei)

- ecusoane (cu scris mare)

O mapă bună are multe compartimente pentru telefon mobil, Iphone, laptop.

Caietul de rezumate conține rezumatele ordonate în funcție de apariția lor în program sau după tipul prezentării. Este important să fie tipărite un număr mai mare de caiete de rezumate (10-15% mai mult decât numărul participanților), deoarece unele pot fi prost tipărite sau nu ajung la timp util ori sunt multe persoane care se înscriu pe loc. La biroul de informații și în diferite alte locații au nevoie de asemenea de aceste caiete pentru a ști ordinea prezentărilor. Acest lucru este valabil și pentru traducători, jurnaliști, tehnicieni.

În apropierea locului de înregistrare ar fi de dorit să existe :



- un centru pentru mesaje, spațiu amenajat pentru acces la internet (se poate asigura un internet café, care să fie gratuit, situat în zona centrală a recepției. Este posibil să se găsească sponsorizare pentru acest lucru).

IDENTIFICARE ȘI SECURITATE

Este important să se știe identitatea participanților și accesul acestora în cadrul congresului să fie posibilă numai pe baza ecusonului. Securitatea ar putea deveni o problemă majoră în viitor și ar trebui să fie rezolvată cu administrația hotelului/ instituției unde are loc congresul. Ar putea fi utilizate culori diferite pentru ecusoanele diferitelor grupuri de participanți, să se diferențieze modul de plată, mai ales în cazul în care participanții se pot înregistra doar pentru o zi. Ar fi de dorit să existe ecusoane cu bandă magnetică, care să faciliteze accesul la o serie de servicii.

EXPOZIȚIA

Primul scop al ariei expoziționale este să permită membrilor APR și delegaților să se întâlnească, să discute despre activitatea lor

Linii directoare pentru zona expozițională:

- standul secretariatului APR va fi amplasat într-o poziție favorabilă la intrarea în zona expozițională

- standul APR trebuie să fie în centrul locației conferinței și vizibil tuturor participanților

- este de dorit ca aria expozițională să fie combinată cu zona unde se servesc răcoritoarele și mesele din pauzele conferinței

- expozițiile companiilor farmaceutice trebuie să fie în concordanță cu liniile directoare APR, să fie trimis spre aprobare un plan al locației care să indice clar locul expozițional pentru fiecare sponsor. Este recomandabil să se închirieze un spațiu mare.

Expozițiile aduc de obicei multă animație în cadrul unui congres, deoarece participanții pot primi documente medicale, pot cumpăra cărți sau abonamente la jurnale, pot primi cadouri promoționale și cel mai important dintre toate, se pot întâlni cu colegii într-o atmosferă relaxată.

Companiile care promovează produsele lor sunt de obicei dornice de a avea cât mai mulți participanți la standurile lor și astfel vor oferi materiale promoționale care să atragă, dulciuri, pixuri, produse culturale mai mult sau mai puțin legate de psihiatrie sau pur și simplu, cafea și apă minerală.

Este de reținut că traficul mare de participanți în zona expoziției are loc în prima zi a congresului, în jurul orei 11.

Pentru realizarea expoziției se poate apela la un organizator profesionist de expoziții.

Ar trebui amenajată o zonă destinată posterelor în apropierea sau în cadrul ariei expoziționale.

SĂLILE DE LUCRĂRI

Este important de luat în considerare dimensiunile sălilor, culoarea pereților, numărul de ferestre și echipamentul

disponibil precum și locația sălii în clădire.

Comitetul de organizare trebuie să viziteze fiecare cameră și să se asigure că sistemele electronice funcționează, precum și instalația de aer condiționat sau dacă există un sistem eficient de aerisire.

Trebuie luate în considerare toate aceste lucruri, și, mai presus de orice, repartizarea sesiunilor de lucrări, în așa fel încât nici o sală să nu aibă prea mulți sau prea puțini participanți.

Este de dorit îmbunătățirea designului interior – flori/aranjamente.

Se pot amplasa semne strategice solicitând închiderea telefoanelor mobile.

Este recomandabil să existe personal care să ajute la deschiderea și închiderea ușilor, mai ales la sălile mari/amfiteatre.

Secretariatul APR solicită săli mici, ușor accesibile la locul de desfășurare al conferinței care pot funcționa ca un sediu temporar și ca o sală de sedințe, care poate fi împărțită cu gazda

- personalul secretariatului are nevoie de acces la echipament IT în timpul conferinței, calculator, email, imprimantă și fotocopiator; toate acestea vor fi furnizate gratuit

Ar fi necesară o convenție generală cu privire la interdicția fumatului.

ECHIPAMENTELE TEHNICE

Congresul se va derula fără probleme doar dacă toate echipamentele necesare sunt disponibile și funcționale, în special cele audio-vizuale. Laptop-uri pentru proiectare power point trebuie neapărat să fie disponibile în toate camerele, precum și un laser pointer.

Fiecare sală mare ar trebui să aibă, de asemenea, microfoane, inclusiv pentru public, pentru ca prezentarea să fie interactivă.

Ori de câte ori este nevoie, un podium ar trebui să fie prevăzut cu numărul necesar de scaune, și posibilitatea de a ilumina diferit podiumul de restul sălii. În cazul simpozioanelor și plenarelor, președintelui de ședință i se înmânează un ceas cu alarma care va suna la sfârșitul timpului alocat fiecărei prezentări.

Cel mai bine ar fi să existe posibilitatea de stocare a informațiilor prezentate de lectori.

Ar putea fi utilă existența unei camere, care să fie echipată cu video proiectoare, ecrane, și specialiști care să verifice funcționarea echipamentului anterior începerii prezentărilor.

PAUZELE DE CAFEA

Este important ca între sesiuni să se ofere răcoritoare și dulciuri. Deși costisitoare, ele sunt necesare pentru funcționarea cognitivă optimă; este de așteptat o deshidratare de 2 %.

Pauzele nu vor fi mai scurte de 30 de minute - pentru a



fi suficient timp pentru socializare cu colegii, pentru discuții pe marginea lucrărilor audiate -dar nici mai lungi de 35 de minute

PUNCTUALITATEA

Este o dovadă de respect pentru colegi ca și pentru lectori să se facă toate eforturile pentru participarea la program și respectarea lui. Punctualitatea este necesară și nu este doar apanajul regilor!. Este dezolant și dureros pentru organizatori să vadă la masa festivă de 2-3 ori mai multe persoane decât la lucrările congresului.

EVENIMENTE NEAȘTEPTATE

În ciuda tuturor eforturilor depuse de către organizatori pot avea totuși loc evenimente neașteptate. Este indicată amenajarea unei camere de prim ajutor în clădirea congresului, dar trebuie specificat în invitație că organizatorii nu suportă costurile unei eventuale spitalizări; au însă obligația morală de a informa familiile participanților aflați în dificultate. Se recomandă stabilirea unor acorduri cu un serviciu de ambulanță și un departament de urgență și menționarea numerelor de telefon ale serviciilor de urgență în programul congresului.

Comitetul de organizare va fi pregătit pentru eventualitatea în care unii lectori anunțați vor lipsi, precum și în eventualitatea necesității de a închiria echipament tehnic suplimentar sau vehicule de transport.

MEDIA

Reprezintă modalitatea de a face cunoscut congresul în exterior

Profesioniștii mass-media pot deveni parteneri importanți în lupta împotriva stimei

Sunt două tipuri de jurnaliști: de la revistele medicale, precum și jurnaliști din presa cotidiană.

Subcomitetul pentru mass-media din cadrul comitetului de organizare are sarcina de a acredita jurnaliștii și de a-i informa (jurnaliștii nu plătesc niciodată taxe de participare).

Cu 6 luni înainte de eveniment ar trebui pregătită o listă cu principalii furnizori de media la nivel național.

O cameră specială va fi pregătită pentru ei, dotată cu posibilități de telecomunicații (fax, telefon, internet)

Toate facturile pentru convorbirile telefonice ale jurnaliștilor sunt suportate de către aceștia.

CEREMONIA DE DESCHIDERE

Are de obicei loc la sfârșitul după-amiezei zilei care precede prima zi a activităților științifice.

Deoarece cei mai multi dintre participanți au călătorit în aceeași zi, ceremonia de deschidere trebuie să fie cât mai scurtă posibil și urmată de o reuniune a tuturor persoanelor înscrise, precum și a persoanelor care îi însoțesc. Este momentul potrivit pentru a anunța realizările importante ale asociației, se pot da premii. Acestea reprezintă un stimu-

lent puternic pentru cercetare și creativitate. Ele trebuie să se acorde conform unor reguli prestabilite și cunoscute, de către un juriu alcătuit din membrii respectabili ai asociației.

Organizatorii trebuie să pregătească cu grijă ceremonia și să fie informați asupra faptului că în timpul ceremoniilor oficiale, **cea mai importantă persoană vorbește ultima**. Vor fi de obicei invitați reprezentanți ai autorităților orașului, ai Ministerului Sănătății etc.

Unele evenimente paralele pot concura cu ceremonia de deschidere. Ori de câte ori este posibil, organizatorii vor preveni aceste situații.

Atunci când există dificultăți serioase în a organiza o ceremonie de deschidere completă, se poate planifica o ceremonie mai scurtă în dimineața primei zile a congresului, sau chiar la sfârșitul acesteia. Aceste excepții sunt de obicei făcute pentru a permite participarea unor oficialități. După discursuri, este bine să aibă loc diverse manifestări de divertisment oferite participanților.

CEREMONIA DE ÎNCHIDERE

În cazul în care Comitetul de organizare dorește să aibă o ceremonie de închidere, aceasta trebuie făcută după o sesiune de comunicării cu o largă audiență.

Participanții sunt informați cu privire la deciziile luate în timpul congresului, se pot sintetiza "Idei pentru acasă"

Se mulțumeste celor care au contribuit la succesul conferinței

PROGRAMUL "SOCIAL"

Sunt mai multe evenimente sociale care vor deveni parte a conferinței APR, acestea nu sunt obligatorii și gazda poate planifica alte evenimente. Evenimentele sociale au rolul de a aduna participanții împreună înainte și în timpul conferinței pentru a comunica cât mai mult:

- recepția presedintelului APR- planificată de secretariat APR, la care participă numai pe bază de invitație: autorități, directori, profesori de psihiatrie, speakeri. Costul acestei recepții este fie asigurat de către gazdă fie de APR, de obicei un cocktail și răcoritoare; nu se percepe taxă pentru acest eveniment.

- recepția de deschidere – la începutul conferinței, care permite participanților să se întâlnească și să comunice, de obicei inclusă în taxa de participare

- cina de gală –de obicei foarte scumpă, necesită sponsori care să permită și accesul rezidenților (care au plătit taxă de participare modică!).

- evenimentul cultural al gazdei de obicei în seara celei de-a doua zile a conferinței; poate fi percepută o taxă pentru acest eveniment, dar nu arată bine!!!

Se vor include pe cât posibil cât mai multe activități culturale în taxa de înscriere. La întocmirea programului conferinței se va asigura timp suficient pentru activități conexe, în vederea evitării congres-turismului. Sunt de evitat situațiile în care lectorii și invitații de onoare vorbesc în fața unor



săli aproape goale. De aceea participanții vor fi consiliați să-și acorde timp suplimentar pentru a face vizite și shopping.

Un program cultural de succes crează o ambianță plăcută (trebuie ținut cont de faptul ca evenimentele culturale nu trebuie să depășească în amploare și importanță sesiunile de comunicări)

Programul cultural poate include turul orașului, concerte, scurte călătorii în împrejurimi.

Importantă pentru buna dispoziție a participanților la congres este organizarea unor seri cu muzică și dans, dar al căror program nu trebuie să ocupe prea mult timp, sub nici o formă un congres nu ar trebui să fie considerat doar o vacanță.

EVALUAREA

Gazda va distribui formularele de evaluare, pregatite în urma consultării cu secretariatul APR pentru toți participanții la conferință, trebuie să se asigure că există timp pentru a fi completate, să le strângă și să disemineze rezultatele către APR. Chestionarele vor cuprinde întrebări despre calitatea programului științific, evenimentelor culturale și a organizării în general.

CERTIFICAT DE PARTICIPARE

Acesta este un alt element important. Este necesară amenajarea unei cabine speciale pentru distribuirea lor. Unii organizatori preferă să le distribuie numai celor care returnează un formular anonim de evaluare asupra calității congresului, alții le distribuie direct, de la început în mape.

ACTIVITĂȚI POST CONGRES

Se vor scrie scrisori de mulțumire pentru sponsori, autorități, presedinți ai simpozițiilor, ca și pentru colaboratorii apropiați.

PUBLICAȚII

Este important să se știe dacă lucrările congresului vor fi publicate sau nu. Publicarea s-ar putea face pentru toate prezentările sau numai pentru o parte din ele. În orice caz **nu vor fi publicate lucrările care nu au fost prezentate efectiv în timpul congresului/conferinței.**

O altă posibilitate este de a publica o carte despre subiecte specifice, extrase din programul congresului.

O altă alternativă este de a avea suplimente publicate în reviste științifice. Costurile de publicare sunt mari, în consecință trebuie să fie incluse de la bun început în bugetul congresului.

AUDITAREA

În cazul conferinței sau congresului național este bine să se planifice de la început un audit în primele 6 luni post-congres. Acest lucru garantează că operațiunile financiare ale congresului au fost făcute în conformitate cu obiectivele inițiale și în deplină transparență.

GARANȚII

Gazda este răspunzătoare din punct de vedere legal și financiar pentru toate contractele și asigură rolul de organizator și administrator al congresului.

APR nu este răspunzător legal și financiar pentru nici un aspect al conferinței

CELE 10 REGULI PENTRU O BUNĂ ORGANIZARE

1. Alegerea celei mai bune firme de organizare a congresului
2. Atitudine optimistă, dar ponderată
3. Pregătirea de scenarii alternative
4. Pregătirea eventualității unei participări reduse și a unui profit mai scăzut (cu 25%)
5. Pregătirea eventualității unor cheltuieli mai ridicate (cu 25%)
6. Aprecierii corectă a timpului rămas până la eveniment.
7. Inducerea unei atitudini pozitive generale fără așteptarea recunoștinței.
8. Delegarea responsabilităților către oamenii potriviți și motivarea lor.
9. Atenție la detalii, dar fără a pierde privirea de ansamblu.
10. Evitarea epuizării înainte de debutul evenimentului.

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 alte pubblicazioni. • Déseamos establecer intercambio con otras publicaciones.