

CONSIDERAȚII TEORETICE ASUPRA DEFICITULUI NARCISIC LA MEDICI

OANA CAMELIA AVRAMESCU^[1]

Prezentul articol își propune să analizeze diferitele caracteristici psihologice ale deficitului narcisic, prezente la indivizii care profesază ca medici de diferite specializări, dar și la indivizii care se pregătesc să devină medici, și anume studenții la medicină. Principalele caracteristici ale deficitului narcisic cercetate în cadrul prezentului studiu sunt sinele grandios păstrat la vârsta adultă (narcisismul grandios), dependența de muncă și rana narcisică.

În ceea ce privește fundamentarea teoretică a subiectului studiului, aceasta s-a bazat preponderent pe teoriile psihanalitice ale psihologiei Sinelui, în special pe munca teoretică și clinică a lui Heinz Kohut, dar și pe numeroase studii actuale cu privire la tema aleasă. Concluziile acestui articol vizează recomandări cu privire la reformarea educației medicale din cadrul instituțiilor abilitate, cât și necesitatea unor eforturi din partea medicilor de a-și dezvolta capacitatea de a-și recunoaște limitele și de a accepta conștient, atât cât este posibil, că boala și moartea fac parte din condiția umană.

¹ Oana Avramescu este psihoterapeut psihanalitic afiliat INSIGHT- Asociația pentru promovarea psihanalizei teoretice și clinice. Email: avramescuoana1@gmail.com

CUVINTE-CHEIE: narcisism, deficit narcisic, sine grandios, imago parental idealizat, gemelarietate, psihologia sinelui, rană narcisică, dependență de muncă, sine fals, self object.

Perspective psihanalitice moderne asupra narcisismului și teoria deficitului narcisic

În literatura psihanalitică contemporană, narcisismul a rămas o preocupare constantă și a constituit baza multor teorii radicale contemporane care au schimbat paradigma acestuia. În ceea ce privește abordările teoretice contemporane, acestea au fost disputate între cele două școli mari de gândire psihanalitice ale secolului XX: școala relațiilor de obiect și școala psihologiei Sinelui.

Pediaterul englez Donald Woods Winnicott (1965) a adus contribuții fundamentale asupra etiologiei personalității narcisice, introducând conceptul de sine fals, construct cu rol defensiv survenit în urma unui eșec al mediului și în special al unui maternaj deficitar. Punctul de plecare al lui Winnicott pentru discuția sa despre sinele fals este acela al eșecului de dezvoltare care perturbă simțul sugarului despre adevăratul sine. Din această perspectivă, teoria winnicottiană se apropie foarte mult de cea kohutiană, mai ales în ceea ce privește accentul fundamental pus pe deficitul empatic și eșecul maternajului, care vor avea urmări patologice asupra dezvoltării psiho-emoționale a copilului. Acest lucru se întâmplă fie prin păstrarea unui sine grandios și al unui imago parental idealizat și la vârsta adultă, fie prin construirea unui sine fals care vine să ascundă și să protejeze sinele real, perceput ca fiind vulnerabil și slab.

De asemenea, atât Winnicott cât și Kohut au adus în discuție capacitatea individului de a sta singur, de a tolera singurătatea, aspect pe care ambii autori îl reclamă ca fiind absent în cazul persoanelor care prezintă deficit narcisic. În ambele perspective ale acestor doi psihanalisti, eșecul nedeazăvoltării acestei capacități rezidă din absența unui mediu de susținere adecvat și disponibil constant, în vederea constituirii unui sine coeziv sau experiențe psihice pozitive pe care copilul să le internalizeze cu succes (Silverstein M., 2007).

Apărările (sinele fals sau păstrarea sinelui grandios) apar în fața fricii de retraumatizare, din frica de a nu retrăi dezamăgirile și eșecurile timpurii care au condus la deficit. Anxietatea în fața reapariției traumei este dublată de lipsa unui sine coeziv, a unui mediu intern de alinare, care-l face pe individ să se perceapă pe sine în mod clivat ca fiind vulnerabil (Winnicott D.W. 1984/2014).

Kernberg explică patologia narcisică printr-o fuziune a sinelui ideal, a obiectului ideal și al imaginii de sine reale (Kernberg O., 1986), fuziune folosită ca mijloc de apărare împotriva unei realități greu de tolerat în planul relațiilor interpersonale. Din punctul lui Kernberg de vedere, sinele grandios al copilului apare ca o defensă patologică, construită împotriva unei lumi care-l sperie pe copil, o lume lipsită de iubire și nesigură, o apărare împotriva unor experiențe timpurii de frustrare severă, apărute în special în relația mamă-copil, o mamă care de cele mai multe ori este descrisă de Kernberg ca fiind lipsită de empatie și cronic rece (Kernberg O., 1986). O astfel de mamă îl determină pe copil să se simtă rău și neiubit. Nu doar respingerea parentală contribuie la construirea acestui tip de deficit în psihicul copilului, ci și experiența unui mediu care nu vine să-l valideze emoțional pe copil.

Termenul de deficit narcisic a fost conceptualizat în cadrul Școlii psihanalitice a psihologiei Sinelui, școală care pune mai puțin accentul pe ideea de conflict dintre pulsuni, Eu și defensele antrenate în acest conflict

și se axează predominant pe blocajele individului din dezvoltarea timpurie. Aceste tipuri de probleme se concretizează într-un deficit resimțit în special de individ în modul în care se percepe în calitate de sine, de sentimentul unitar al sinelui și de atenția pe care acesta și-o acordă sinelui, și care conduce, în multe dintre cazuri, la tulburări de personalitate și de caracter. Așadar, termenul de deficit se referă în special la probleme specifice de la nivelul coeziunii și echilibrului sinelui, dar și la sentimentul de a fi viu și întreg.

Una dintre elementele fundamentale pe care Kohut își susține teoria dezvoltării sinelui și ulterior a deficitului narcisic este termenul de obiectele ale sinelui (*self objects*). Pentru Kohut, un obiect al sinelui reprezintă o experiență psihică internă a copilului asupra unui obiect din realitate, care de cele mai multe ori este reprezentat de către părinți sau orice persoană de atașament care îi vor oferi copilului calități, abilități, valori, aptitudini menite să-l ajute pe acesta să-și mențină sinele coeziv și stabil prin identificarea cu aceștia (Greenberg J., 1983). Kohut numește aceste persoane de atașament din jurul copilului obiecte ale sinelui deoarece copilul nu este deocamdată conștient că acestea nu fac parte din el însuși, iar copilul are nevoie de aceste obiecte pentru vitalitate și coeziune. Individul va avea nevoie de-a lungul vieții sale permanent de obiecte ale sinelui întrucât, într-un mod care ține de normalitate, va avea nevoie constant de un anumit grad de gratificare narcisică și de oglindire din partea celorlalți.

Dacă pentru psihanalistii relației de obiect individuarea presupunea de cele mai multe ori renunțarea la obiectul iubirii, Kohut este de părere că individul are nevoie de ceilalți pentru a-și menține coeziunea Sinelui. Astfel, persoanele de atașament din jurul copilului, și în special mama acestuia, vor reprezenta, de-a lungul dezvoltării copilului, veritabile surse de vitalitate și empatie. Un individ va încerca toată viața să-și păstreze, prin orice mijloace,

această coeziune a sinelui, încercare care poate fi tradusă în termenii freudieni de compulsie la repetiție (Brusset B., 2005).

În procesul normal de dezvoltare, copilul va elabora două structuri intrapsihice importante: sinele grandios-exhibiționist (un sine arhaic normal spre deosebire de cel considerat de Kernberg o structură patologică) pe care Kohut îl vede ca rezervorul ambiției și stimei de sine sănătoase de mai târziu a adultului, și imagoul parental idealizat (un fel de obiect omnipotent, admirat de către copil și pe care-l va înzestra cu perfecțiune), pe baza căruia copilul își va construi treptat setul de valori și idealuri pe care le va interioriza. Cu alte cuvinte, acest imago parental idealizat va deveni Supraeul idealizat al adultului, care-i va conferi atât capacitatea de a se entuziasma pentru propriile realizări (un sentiment de vitalitate al sinelui) cât și de a putea să-i admire într-un mod matur pe ceilalți (Kohut H., 1971). Așadar, imagoul parental idealizat reflectă ideea că „tu ești perfect, dar eu sunt o parte din tine” (Kohut, 1971, p. 27).

Diferența dintre viziunea lui Otto Kernberg și cea a lui Heinz Kohut în legătură cu grandiozitatea narcisică constă în faptul că cel din urmă a considerat că sinele grandios la vârsta adultă provine dintr-o oprire în dezvoltare, în timp ce Kernberg vede grandiozitatea ca având un rol eminent compensatoriu iar sinele grandios are un caracter patologic.

Pentru Kohut acest sine grandios este normal la copii și funcționează ca un mijloc prin care copilul caută să se identifice cu figurile parentale idealizate, pentru a dezvolta un simț integrat al sinelui. Oprirea în dezvoltare de care vorbește Kohut însă intervine când copilul se simte dezamăgit brusc de către părinți sau aceștia nu i-au permis să experimenteze limitările impuse de ei. Cu alte cuvinte, individul care prezintă deficite la nivel narcisic nu și-a dezvoltat suficient acele structuri necesare pentru menținerea coeziunii sinelui, a unui sentiment de identitate stabilă. Un astfel de individ, ajuns la

maturitate, va relaționa rigid cu ceilalți, în acele modalități arhaice care i-au adus beneficii în copilărie, luând ca extensii ale sinelui pe ceilalți și folosindu-i pentru a își regla constant stima de sine, oscilând între sentimente de grandiozitate și de inferioritate (Kohut H.,1971) .

Literatura psihanalitică contemporană (Symington, N., 1993) a emis altă ipoteză legată de cauzele deficitului narcisic, aducând în discuție proiecțiile narcisice ale părinților asupra copiilor, părinți care ajung să-și vadă copiii nu ca ființe de sine stătătoare ci precum niște obiecte menite să îndeplinească o anumite funcție pentru aceștia, spre exemplu să devină ceea ce ei nu au putut, să reușească acolo unde ei au eșuat. Această modalitate disfuncțională va afecta emoțional și psihic copilul, care va avea dificultăți majore în a-și găsi vitalitatea și a avea un sentiment de sine coeziv.

Pentru construirea și dezvoltarea unui sine sănătos, copilul trebuie să aibă parte de un mediu de dezvoltare, care conform teoriei lui Kohut, trebuie să conțină trei tipuri de situații favorabile. Prima situație de acest gen este una care să-i conțină copilului stările expansive și grandioase, situație generată de un părinte sau persoană de atașament care să primească copilul cu bucurie (sinele grandios). Cea de-a doua situație favorabilă dezvoltării sănătoase a sinelui copilului este cea în care acesta are șansa și posibilitatea să se identifice cu părinții percepuți omnipotenți și ideali (imagoul parental idealizat) (Mitchell S.,1995/2015). În fine, în cea de-a treia situație, copilul va avea nevoie din mediul său de obiecte ale sinelui care să fie asemănătoare cu sinele acestuia, pentru a trezi în copil un sentiment de îngemănare a stărilor psihice, obiectul fiind perceput ca o reflexie fidelă a propriului sine (gemelaritatea).

Conform psihologiei Sinelui, individul cu deficit narcisic ajuns la maturitate, va oscila între sentimente iraționale de inferioritate și o tendință accentuată spre supraestimare a sinelui, căutând constant să primească de

la ceilalți admirație pentru a-și menține sentimentul că are valoare. Astfel, stima sa de sine se va regla constant din exterior, prin oglindirea de către ceilalți a sinelui său grandios. Printre cauzele cele mai frecvente ale acestei oscilări între sentimente de inferioritate și supraestimare grandioasă se află, conform lui Kohut (Kohut H.,1971), anumiți factori parentali, precum lipsa unui feed-back empatic realist și adecvat al părinților în timpul momentelor critice din dezvoltarea copilului, cât și un parentaj nesigur, abuziv sau marcat de o admirație excesivă față de copilul aflat în creștere.

Considerații generale asupra deficitului narcisic la medici

Teoriile dezvoltate de Heinz Kohut au fost folosite de-a lungul timpului pentru a ilustra cauzele inconștiente pentru care anumiți indivizi aleg cariera de medic, în special pentru a explica importanța unor experiențe traumatice din copilărie în dezvoltarea unui deficit narcisic și al unei stime de sine vulnerabile.

Waring (1974) a adus dovezi în acest sens într-un articol care trata sumar ce tipuri de boli psihice pot apărea în rândul medicilor, făcând o ierarhie a factorilor etiologici cei mai importanți, spre exemplu istoricul psihiatric familial, experiențele timpurii din copilărie și personalitatea doctorului. Studiul său concluziona că acest tip de factori apar mai frecvent decât riscurile profesionale aferente meseriei de medic (Waring, E. 1974). Mai mult decât atât, un alt studiu (Alexander et al, 2010) vine să confirme că stima de sine fragilă, o caracteristică atât de des întâlnită în cazul persoanelor cu deficit narcisic, se manifestă printr-un comportament semnificativ defensiv, uneori chiar agresiv. Studiul sus amintit a realizat o corelație între vulnerabilitate și narcisismul medicilor, drept indicator al stimei de sine ridicate însă fragile, constatând că acei medici cu niveluri ridicate de narcisism sunt cei mai

susceptibili să răspundă la diferite amenințări percepute încercând să-și întărească imaginea de sine fie prin retragere narcisică, fie prin acțiuni agresive.

Având ca referință teoriile lui Kohut (Kohut H., 1971/2021), o parte din literatura de specialitate care studiază motivațiile inconștiente ale oamenilor atunci când aleg o meserie, consideră că, în cazul anumitor medici, încercarea de a compensa atât pentru experiențele de neglijare emoțională din copilărie cât și pentru parentajul deficitar reprezintă o componentă semnificativă a deciziei de a urma această meserie. Mai precis, aceste experiențe timpurii traumatice stau la baza unui sentiment fluctuant atât al sinelui și al stimei de sine, aspect care are ca efecte o serie de probleme de relaționare ale persoanei medicului atât cu pacientul cât și cu persoanele de atașament: detașare emoțională, negarea vulnerabilității, crearea unei stări de dependență în raport cu pacientul pentru reglarea stimei de sine.

O perspectivă complementară asupra deficitului narcisic la medici. Clivajul arhetipului

În timp ce medicii devin și mai puternici prin dezvoltarea abilităților științifice, nevoile eminamente umane, care fac parte din umbra fiecăruia, îi fac dependenți de ceilalți și le limitează libertatea. Ceea ce medicul neagă mai mult decât o persoană cu oricare altă profesie și aruncă în partea de umbră reprezintă propria vulnerabilitate, neputință, boală și în definitiv inevitabilitatea morții. Tolerarea ambivalenței este desigur una dintre cele mai dificile sarcini ale psihicului uman matur, tocmai de aceea, fenomenul clivajului este des întâlnit într-o multitudine de patologii.

În cazul medicilor se poate aduce în discuție prezența unui clivaj vertical, în termenii lui Kohut, acolo unde în spatele unui sine grandios se află un sine slăbit, nesigur, pe care persoana îl percepe într-un mod clivat. Conceptul de clivaj vertical al lui Kohut (Kohut H.,1971) poate fi asociat

cu clivajul arhetipului din teoria psihologiei jungiene, care poate fi explicat în cazul medicilor prin clivajul arhetipului vindecător-bolnav. Clivând unul dintre polii arhetipului, proiectându-l pe pacientul aflat în grija sa și situându-se la polul sănătos al arhetipului, medicul ajunge să creadă că este invincibil, își neagă propria moarte, boala și slăbiciunea fiind caracteristici exclusive ale pacientului (Guggenbühl- Craig A., 2017).

Acest arhetip poate fi trăit clivat și de către pacienți care, odată ce se îmbolnăvesc, regresează la o stare de copil neajutorat și predau puterea în mâna medicilor, care la rândul lor se simț copleșiți, ajung să sufere de depresie, abuz de substanțe și prezintă o rată de sinucidere foarte mare comparând cu cele din cadrul profesiilor academice (Aasland et al, 2001).

Sinele grandios și păstrarea acestuia la vârsta adultă

Kohut definește Sinele ca element central al teoriei sale drept o structură psihologică coerentă, care constă în sentimente, gânduri, senzații, atitudini despre sine și mediu. Acesta se dezvoltă în timpul celui de-al doilea an de viață prin intermediul unor precursori fragmentari ai acestuia, meniți să susțină sentimentul de coeziune al copilului în spațiu și timp. Acești precursori fragmentari ai Sinelui se vor constitui într-un nucleu care va purta numele de sine grandios arhaic (Kohut H.,1971/2021), care este grandios datorită tendințelor normale ale copilului de a se exprima într-o modalitate exhibiționistă și de a îi idealiza pe părinții săi, în dorința sa de fuzionare cu aceștia.

Așadar, conform teoriei kohutiene, dacă unui copil îi sunt satisfăcute nevoile de obiecte ale sinelui, acesta va renunța treptat la ideile și fanteziile de grandoare și va dobândi într-un grad mare o capacitate internă de autoreglare a stimei de sine. Astfel, el devine mai puțin dependent de obiectele Sinelui externe pentru autoreglare, proces căruia Kohut i-a dat numele de "internalizare transmutativă" (Kohut H.1971/2021, p 126).

Pentru a explica conceptul de sine grandios, Heinz Kohut a caracterizat principalele nevoi cardinale ale obiectelor sinelui, identificând trei dintre acestea ca fiind: nevoia de oglindire, nevoia de idealizare și gemelăritatea (transferul de tip alter Ego) (Kohut H., 1971/2021).

Nevoia obiectului de oglindire se manifestă prin dorința de a fi admirat și apreciat, iar copiii au nevoie în perioada de dezvoltare de o persoană de atașament care să-i admire și să se bucure împreună cu aceștia de progresele și realizările lor. Kohut considera, de asemenea, că dacă această nevoie de oglindire este satisfăcută, atunci adultul va putea să aprecieze și să simtă mândrie la rândul său în legătură cu realizările celorlalți, acest fenomen fiind văzut în cadrul constituirii unui sentiment sănătos de grandiozitate (Banai E. et al, 2005).

Pe de altă parte, nevoia de idealizare izvorăște din necesitatea copilului de a experimenta un sentiment de fuziune cu obiecte ale Sinelui, percepute ca fiind omnipotente. Dacă acest fenomen se petrece cu succes, copilul va putea interioriza capacitatea de a avea idealuri și de a-și stabili scopuri superioare și realiste.

În fine, gemelăritatea reprezintă nevoia copilului de a se simți asemănător cu ceilalți și de a se simți inclus în relațiile cu ei. Copilul are nevoie în procesul de dezvoltare de o figură de atașament care să-i permită acestuia să se simtă asemănător ei sau că face parte dintr-un grup. Satisfacerea acestei nevoi a copilului va duce mai târziu la capacitatea adultului de a relaționa funcțional, de a empatiza și a simți că se află în conexiune cu alte persoane (Banai E. et al, 2005).

Dacă deficitul narcisic se află în zona sinelui grandios, adultul va ajunge să creadă despre sine că este special și îndreptățit să aibă mai multe privilegii sau să fie respectat mai mult. În cazul în care deficitul narcisic se află în zona

imagoului parental idealizat, adultul va reacționa destul de vulnerabil la situațiile de separare față de ceilalți, acuzând sentimente de vid sau depresie.

Conform teoriilor psihanalitice ale lui Otto Kernberg (1986), există o întreagă dinamică a sinelui grandios care ia naștere din fuziunea a trei structuri psihice: pe de o parte este vorba despre sinele real (calitatea copilului de a se simți special, întărit de experiențe timpurii), sinele ideal (care conține imagini de putere, frumusețe și bogăție în legătură cu propria persoană, folosite pentru a compensa experiențe de frustrare severă din copilăria timpurie) și obiectele ideale (spre exemplu, iluzia, fantasma unei mame mereu iubitoare, conținătoare, construită pentru a nega mama reală, frustrantă sau rece) (Kernberg O., 1986)

Atunci când ne referim la modalitățile în care sinele grandios interferează negativ în cadrul relațiilor interpersonale, este necesar să reamintim că persoanele narcisice care și-au păstrat sinele grandios și la vârsta adultă vor avea întotdeauna alegeri narcisice de obiect, aceste persoane confirmându-și propria valoare prin identificare cu un obiect valoros în sine din exterior (Eisnitz A., 1969). Mai mult decât atât, persoanele narcisice care prezintă un sine grandios depind de gratificațiile din mediu pentru a-și regla stima de sine fragilă, iar acest lucru îl vor obține prin mecanismul de oglindire (Kohut H., 1971/2021).

Manifestările Sinelui grandios în cazul medicilor

Kohut (1971) este de părere că, în timpul procesului normal de dezvoltare, copilul caută să-și recapete acea stare de narcisism primar (Freud S., 1914), stare care a fost perturbată inevitabil de însuși procesul normal de dezvoltare. Dacă părinții vor întări cele două structuri intrapsihice (imagoul parental idealizat și sinele grandios) prin oglindire, prin laude și atenție acordată copilului, acesta va supraviețui perioadei de frustrare necesare și

va fi capabil să-și construiască o stimă de sine constantă și un sentiment realist de sine. Dacă însă părinții vor impune așteptări nerealiste, limitări prea bruște sau inadecvate vârstei copilului, acesta nu va renunța la una sau ambele dintre aceste structuri.

Extrapolând teoria prezentată mai sus în cazul medicilor, se poate emite în cazul acestora ipoteza că dacă sinele grandios a fost păstrat, atunci medicul va căuta și va obține o oglindire a acestei grandiozități din respectul și considerația pacienților (Johnson W. D., 1991). Cu alte cuvinte, dacă o persoană nu a reușit să-și dezvolte un sentiment realist și constant al stimei de sine și, mai ales acele mecanisme interne de reglare a acestuia, în momentul în care va deveni medic și se va afla în relație cu pacienți, poate dezvolta reale dependențe pentru oglindirea grandiozității de către pacienți. Dacă imagoul parental idealizat este păstrat, grandiozitatea sinelui medicului poate fi menținută prin idealizarea și identificarea cu meseria de medic în sine. În sprijinul acestei ipoteze vine un studiu realizat în Finlanda (Heikkilä, T.J. et al, 2015), care a compilat rezultatele a trei studii desfășurate în perioade diferite de timp (în 1988, 1998 și 2008) legate de motivația studenților celor cinci școli de medicină din Finlanda de a urma această profesie. Între motivele pentru care urmează această facultate, cei aproximativ 15 000 de respondenți au ales pe locul doi opțiunea „Profesie de prestigiu”, în toate cele trei studii, trei din cinci respondenți susținând acest lucru ca un motiv fundamental. Aceste rezultate ilustrează fidel că indivizii care aleg să urmeze această profesie se identifică cu imaginea idealizată a meseriei de medic, iar alegerea acestei meserii le-ar asigura o recunoaștere din partea celorlalți (Heikkilä, T.J. et al, 2015).

Așadar, alegerea profesiei de medic poate să evidențieze o structură compensatorie menită să regleze un sentiment slab al sinelui sau a unei stime de sine care necesită un acordaj constant. Într-un alt studiu (Alexander, G.C.,

2010) care a căutat să stabilească o corelație între narcisismul medicilor, nivelul de incertitudine și amenințarea Egoului, rezultatele au evidențiat faptul că medicii cu o stimă de sine ridicată, dar fragilă (măsurată prin scorurile ridicate obținute la narcisism), au răspuns printr-o mai mare vulnerabilitate de sine în situații de incertitudine, ajungând în situații generatoare de conflicte de interese sau fiind insuficient de receptivi la nevoile pacientului.

De asemenea, sinele grandios fragil al medicilor cu deficit narcisic poate produce ca efecte detașare emoțională, negarea vulnerabilității personale (prin negarea propriului potențial de boală), dar poate duce și la o nevoie constantă de respect primit de la pacienți. În aceeași ordine de idei, este important de menționat că, în procesul de pregătire medicală, studenții, viitori doctori, sunt încurajați să adopte o detașare care poate fi numită profesională, care include atât negarea vulnerabilității personale cât și detașarea emoțională, ambele necesare pentru a face față emoțional, zi de zi, întâlnirii cu pulsiunea de moarte. Merită menționat însă, că acest tip de pregătire profesională poate doar potența o anumită disponibilitate preexistentă la indivizii cu deficit narcisic.

Într-un studiu efectuat de Mawardi (Mawardi, B.H., 1979) acesta a evidențiat cât de semnificativă este nevoia medicilor de pacienții lor în contextul sursei de satisfacție în muncă. Astfel, 180 de medici din nouă specializări medicale au indicat nevoia de pacienți ca fiind cea mai mare sursă de satisfacție. Însă, acest proces care presupune întărirea sentimentului de grandiozitate prin oglindirea pacienților este un proces fragil și care trebuie repetat constant, deoarece, inconștient, medicul va păstra vii amintirile neputinței sale anterioare în fața morții, incertitudinii. Aceste răni narcisice pot fi reactivate prin eșecul unui tratament, o eroare medicală sau moartea pacientului.

Un alt efect al păstrării sinelui grandios în cazul medicilor este detașarea emoțională, care presupune în sine reprimarea unor părți ale personalității medicului, cât și o reducere considerabilă a empatiei față de pacient. Dacă acest aspect reprezintă întrucâtva o caracteristică indispensabilă practicării acestei meserii, efectele în plan relațional pot duce la nemulțumire conjugală și dificultăți în formarea unor atașamente emoționale mai profunde (Butterfield P. S., 1988). Acest lucru este posibil ca urmare a faptului că această formă de detașare profesională continuă și în domeniile private ale medicilor, așa cum arată un studiu realizat de către Gabbard și colaboratorii (Gabbard et al, 1987). Aceștia au aplicat chestionare și au intervievat 135 de medici alături de soții sau soțiile acestora, iar rezultatele au arătat că 48% dintre cupluri au cerut să intre într-o terapie maritală, partenerii medicilor acuzând în special lipsa de emoție a soților sau orele lungi pe care aceștia le petreceau la muncă. Este necesar să fie menționat și faptul că există o posibilitate semnificativă ca această detașare emoțională să provină și din credința că manifestarea sentimentelor față de celălalt poate să reprezinte o amenințare la adresa sinelui grandios, de vreme ce poate fi interpretată ca un semn de slăbiciune personală sau profesională.

Cu alte cuvinte, păstrarea sinelui grandios la vârsta adultă în cazul medicilor presupune atât o negare a vulnerabilității personale, cât și o negare a vulnerabilității la boală, stres și la emoții, văzute, așa cum am menționat anterior, precum o amenințare la adresa sentimentului de omnipotență și competență profesională. Efectele pot fi diverse, de la tendința semnificativă a medicilor la automedicație (cu posibilul risc de dezvoltare a unor dependențe de substanțe), până la reticența de a cere ajutor specializat în cazul unor probleme medicale sau și mai grav, la negarea problemei avute. Din nou, este necesar să fie adusă în discuție cultura educației medicale, care nu face altceva decât să întărească negarea vulnerabilității personale

prin educația studenților în direcția sacrificiului de sine și a aplecării spre îngrijirea celorlalți, în detrimentul ignorării nevoilor personale. Un studiu concludent în această direcție este acela al lui Garrud (Garrud P., 1990), ale cărui rezultate ilustrează fidel tendința accentuată a medicilor de a își nega propria vulnerabilitate: 24 % dintre medicii intervievați în cadrul acestui studiu au raportat că ar dezamăgi pe toată lumea dacă s-ar îmbolnăvi, în contextul în care medicii ar trebui doar să aibă grijă de cei aflați în suferință. Un alt studiu cu privire la negarea vulnerabilității medicilor (Richards C., 1989) arată că medicii nu solicită la rândul lor ajutor medical, din convingerea acestora că medicii trebuie întotdeauna să pară eficienți, capabili să facă față stresului și bolii.

Rana narcisică

Orice bebeluș are, de-a lungul dezvoltării sale psiho-emoționale, nevoi narcisice sănătoase, de a fi respectat, văzut, admirat, observat și luat în serios de către părinții lui și dacă sunt satisfăcute, toate aceste nevoi contribuie la sentimentul sănătos al sinelui. Însă sentimentele dureroase sunt atât universale cât și inevitabile. Zicala că mândria merge înainte de cădere, arată că un prejudiciu adus imaginii de sine este mai dureros decât o rană fizică (Goldberg A., 1983). Există, așadar, o necesitate obiectivă de a înțelege unele dintre aspectele inconștiente ale factorilor care acționează într-o rană narcisică.

Miller (Miller A., 1981) a definit rana narcisică drept un prejudiciu psihologic cauzat de un maternaj inadecvat sau absent în primele etape ale vieții copilului, această lipsă de hrănire emoțională provocând reale leziuni emoționale copilului, leziuni care-l vor determina pe acesta ca, mai târziu,

să adopte rolul de îngrijitor față de frații mai mici sau față de părinții iresponsabili, ca un mecanism compensator (Miller A., 1981).

Conform teoriei sale (Miller A., 1981), un copil are nevoie în primele faze ale dezvoltării să fie actorul central al experiențelor sale iar părinții și mediul trebuie să-i răspundă într-un mod adecvat acestuia, prin adaptare și flexibilizare. Spre exemplu, o situație des întâlnită este aceea a unei mamei căreia nu i-au fost îndeplinite nevoile narcisice sănătoase în copilărie și care îl va folosi pe copil pentru satisfacerea acestor nevoi narcisice.

Dar există și situația nefericită în care ambii părinții au la rândul lor propriile răni narcisice neconștientizate, care-i determină să nu răspundă acestor nevoi ale copilului de înțelegere, ascultare, empatie. Astfel de părinți, răniți narcisic la rândul lor, vor plasa asupra copilului o suită de cerințe emoționale, obligându-l pe acesta să se racordeze și să acționeze doar răspunzând nevoilor emoționale ale părinților depresivi. Copilul va încerca să se adapteze pentru a satisface nevoile părinților săi, învățând de mic să se comporte în modul în care doresc ceilalți, întocmai unor celule stem, acest copil își va atrofia capacitatea de conștientizare a propriilor nevoi și emoții (Halewood, A., & Tribe, R., 2003).

Din perspectiva lui Kohut (Kohut H., 1971/2021) rănilor narcisice pot fi diferite, în funcție de linia de dezvoltare, astfel, dacă o rană narcisică s-a realizat pe linia de dezvoltare a grandiozității, aceasta poate fi total refulată (clivaj orizontal) sau menținută în conștient dar trăită clivat (clivaj vertical). Această clasificare este importantă pentru că vine să explice de ce persoanele cu răni narcisice se comportă uneori contradictoriu, spre exemplu un individ cu o grandiozitate evidentă are o stimă de sine șubredă. În fine, dacă rana narcisică s-a produs în linia de dezvoltare a imagoului parental idealizat, individul narcisic va reacționa foarte vulnerabil la separare, se va simți frecvent deprimat și va avea reale dificultăți în a se autoalina (Goldman

G.F. et al., 1997). Kohut dă exemplul de rană narcisică ranciuna, ca o manifestare în care agresivitatea domină într-un efort neobosit de a căuta o cale de răzbunare pentru prejudiciul adus stimei de sine (Kohut H., 1971/2021)

Același autor explică faptul că o rană narcisică poate să apară și în cazul în care un părinte este absent sau copilul îl pierde prin deces, divorț sau spitalizare, copilul nemaiputând să renunțe la idealizarea părintelui în absența sa. Datorită faptului că obiectul idealizat nu este un obiect realist, deziluzionarea treptată care s-ar fi produs într-un mod natural, nu are de fapt loc niciodată (Mishne J., 1979). Un exemplu concludent în acest sens este acela al copiilor care au dezvoltat idealizări foarte elaborate ale taților lor, care muriseră în timpul celui de-al Doilea Război Mondial, idealizări pe care le-au păstrat și apărât și ajunși la maturitate (Freud A. și Burlingham, 1942).

Rana narcisică la medici

O perspectivă psihanalitică care aparține teoreticienilor relației de obiect (Klein M., 1957/2011) afirmă că persoanele care au avut experiențe deficitare în perioadă timpurie de dezvoltare, odată ajunse la vârsta adultă caută să facă o reparație, încercând să se comporte cu ceilalți așa cum și-ar fi dorit să se comporte părinții sau persoanele de atașament cu ei în copilărie (reparație pentru neglijență emoțională) sau să se comporte într-o manieră în care nu au putut să o facă în trecut (reparație pentru neputință).

În cazul medicilor această stare de neputință a fost experimentată în copilărie de cele mai multe ori în momentul în care persoana a fost expusă la boală sau moartea cuiva apropiat. Un articol concludent în această direcție este cel al Menninger (Menninger K., 1957) care propune ipoteza că încrederea copilului în imagoul parental idealizat (Kohut H., 1971/2021) a fost zdruncinată ca urmare a faptului că vulnerabilitatea părintelui a fost deconspirată în împrejurări precum: părintele a fost bolnav sau chiar a

murit ori acesta nu a putut să împiedice sau să vindece boala copilului sau a unui frate al acestuia. Menninger(1957) a sugerat că în cazul medicilor, de cele mai multe ori rana narcisică este refulată dar că aceștia caută prin exercitarea profesiei lor o formă de autovindecare. Expunerea în copilărie la moarte sau la boală poate să creeze în copil, de asemenea, o teamă acută de moarte, care-l poate conduce pe acesta la alegerea de mai târziu a unei cariere de medic, tocmai ca o apărare împotriva anxietății de moarte.

Odată cu eșecul obiectului idealizat al sinelui (părintele care își expune vulnerabilitatea sau neputința), copilul va căuta să se identifice cu alte persoane pe care să le perceapă ca fiind omnipotente și stabile și care să devină în acest fel obiecte secundare idealizate ale sinelui. Astfel, el se va identifica puternic cu imaginea unui medic (Menninger K., 1957) care salvează sau vindecă persoana bolnavă, asigurându-și astfel atât sentimentul de securitate căutat prin identificarea cu un obiect al sinelui idealizat, cât și realizarea dorinței magice de vindecare a celui bolnav, pentru a cărui boală sau moarte copilul se simte parțial responsabil.

Expunerea în copilărie la moarte sau la boală poate să creeze în copil, de asemenea, o teamă acută de moarte, care-l poate conduce pe acesta la alegerea de mai târziu a unei cariere de medic tocmai ca o apărare împotriva anxietății de moarte. Într-un studiu realizat de către Feifel și colaboratorii (Feifel H. et al, 1967), datele colectate au evidențiat că medicii se tem mai mult de moarte decât studenții la medicină și că ambele grupuri se tem de moarte mai mult decât oricare dintre grupurile de control, care erau compuse din subiecți sănătoși și oameni bolnavi de o maladie incurabilă. Studiul a evidențiat de asemenea că medicii au raportat faptul că au devenit conștienți de frica lor de moarte mai devreme decât grupul de control, aducând în discuție tocmai amintirea unui eveniment traumatic din copilărie legat de expunerea la moartea cuiva drag (Feifel H. et al, 1967).

Cea de-a doua ipoteză, susținută în majoritatea studiilor care vin să explice modul în care rana narcisică contribuie la alegerea inconștientă a meseriei de medic, este aceea că persoana devenită medic încearcă să repara, să remedieze, efectele neglijenței emoționale parentale pe care acesta a suferit-o în copilărie. Astfel, medicul încearcă prin intermediul îngrijirii și atenției pentru pacienți să ofere acestora ceea ce el nu au primit sau au primit într-o modalitate deficitară în copilărie. În sprijinul acestei ipoteze s-a efectuat un studiu prospectiv asupra studenților americani de medicină. Vaillant și colaboratorii (Vaillant G. et al, 1972) au administrat chestionare care conțineau variabile de măsurat despre mediul familial unui număr de 268 de studenți, studiu care a fost continuat prin administrarea de chestionare și interviuri în următorii 30 de ani. Studiul a evidențiat că studenții care au decis să devină medici (în special cei care au ales specializări în psihiatrie, medicină internă, pediatrie) și-au descris copilăria ca fiind instabilă, având părinți fie hiperprotectori, fie distanți din punct de vedere emoțional (Vaillant G. et al, 1972).

Un alt studiu, care vine în susținerea ipotezei neglijării parentale timpurii, a monitorizat un cuplu de medici pe parcursul a câtorva săptămâni și a raportat (Gerber L.A., 1983) că tatăl medic a petrecut în medie patru minute pe zi exclusiv cu copilul său și circa 38 de minute pe zi în apropierea copilului, fără să intre în mod neapărat în contact cu acesta, spre diferență de alt bărbat integrat în muncă, acesta petrecând în medie 20 de minute în contact exclusiv cu copilul și două ore generale de contact zilnic.

Faptul că medicii au reale probleme în a cere ajutorul celorlalți colegi de meserie sau familiei când se simt rău este demonstrat de statisticile care menționează o rată a sinuciderilor în rândul medicilor cel puțin dublă față de cea a restului populației iar cea mai mare rată de sinucidere din cadrul specializărilor medicale este întâlnită la psihiatri, care, cel puțin în America,

au mai multe șanse să se sinucidă decât pacienții lor (Ventriglio, A. et al, 2020). Astfel, atunci când ne referim la incidența bolilor mintale, aceasta este mai mare în cazul medicilor decât în populația generală (Ventriglio A. et al, 2020). Studiile au identificat drept factori principali care au contribuit la această rată mare de sinucidere în rândul personalului medical depresia (25% dintre medici prezintă simptome depresive semnificative), abuzul de alcool și droguri (Semple D et al, 2008).

Expunerea constantă la suferința pacienților, la durere și iminența morții conduc la un fenomen de desensibilizare emoțională în cazul persoanei medicului, fenomen care, de altfel, are un caracter defensiv. Desensibilizarea emoțională nu este însă singura manifestare a persoanelor medicilor care dovedește existența rănilor narcisice în personalitatea acestora, ci trebuie amintit cu această ocazie și nevoia de reparație a medicului, care vine din experiențele timpurii suferite de persoana acestuia în copilărie, pe care acesta încearcă inconștient să le repare prin actul de îngrijire al pacientului (Nolte S. et al, 2010).

De asemenea, când părinții își folosesc copiii pe post de obiecte care să le servească proiecțiilor lor narcisice, se poate observa cum copiii, pentru a răspunde nevoilor emoționale ale părinților, vor învăța să dezvolte ”antene emoționale” (Glickauf-Hughes, C., & Mehlman, E., 1995, p 218), această calitate făcându-i pe aceștia foarte atrași de profesiile medicale și terapeutice. Așadar, o sensibilitate crescută, care este de fapt o supracompensare cauzată de circumstanțele copilăriei și de anxietatea copilului de a nu supăra sau neliniști pe părinți, va conduce spre un interes semnificativ spre meserii care presupun munca cu vulnerabilitatea și boala (Halewood, A. și Tribe R., 2003).

O perspectivă complementară asupra răni narcisice la medici. Arhetipul vindecătorului rănit.

O altă perspectivă care vine să explice modul în care rana narcisică se manifestă la medici și cauzele acesteia este aceea a psihologiei jungiene, care pune în centrul teoriei sale conceptul de arhetip, mai precis arhetipul vindecătorului rănit. Carl Gustav Jung a folosit pentru prima dată termenul de vindecător rănit (Jung C.G.,1951), pentru a descrie un fenomen care apare frecvent în relația dintre analist și analizand atât cu o conotație pozitivă, cât și negativă. Psihanalistul elvețian a descoperit acest arhetip atunci când și-a pus întrebări suplimentare în legătură cu problematica transferului, întrebându-se cât de conștient este doctorul de propria rană narcisică care, din acest punct de vedere, potențează în sine capacitatea acestuia de a vindeca. Pe această cale, Jung a ajuns la aceeași concluzie ca și Freud, că fiecare persoană care dorește să devină psihoterapeut trebuie să treacă printr-o analiză personală de formare, pentru a-și cunoaște propriile probleme și dificultăți emoționale și, mai mult decât atât, să afle care sunt rădăcinile, originile acestor traume și răni narcisice (Jackson, S. W., 2001).

Pentru a ilustra arhetipul vindecătorului rănit, Jung întocmai lui Freud, se va folosi de mitologie, mai precis de mitul grecesc al lui Chiron, centaurul rănit și studentul său Asclepius, cel care mai târziu va deveni zeul medicinei și al vindecării. Chiron a fost fiul lui Cronos și al Philyrei, care s-a născut cu diformitate fizică – jumătate om, jumătate cal-, care a speriat-o într-atât de tare pe mama sa încât s-a rugat zeilor să o transforme într-un tei. Abandonat la naștere de mama sa și neavând nici un fel de relație cu tatăl său, Chiron suferă de rana narcisică a abandonului, pe care încercă să o repare sublimând-o într-o meserie de vindecător, având reputația de a fi cel care a descoperit proprietățile vindecătoare a numeroase plante și ierburi. În ciuda

acestor dificultăți sau grație lor, Chiron instruit de Apollo și Artemis, devine un bun medic, vânător și ajunge să stăpânească arta profeției.

Psihologii analitici moderni nu susțin însă că rana narcisică este o condiție sine qua non pentru a putea să profesezi o meserie care presupune vindecarea celuilalt, ci mai degrabă că rănilile narcisice sunt inevitabile, deoarece fiecare individ a fost rănit în trecutul său într-o formă sau alta. Adolf Guggenbühl-Craig (1976) propune ideea că medicul este în același timp și vindecător și suferind și mai ales, că ambele aspecte ale acestuia sunt semnificative în procesul de vindecare, experiență care-l face pe medic mai degrabă "fratele pacientului decât stăpânul său" (Guggenbühl-Craig A., 1976, p 97).

Acest arhetip al vindecătorului rănit se poate regăsi și în tradiția șamanismului, care susține că doctorul care vindecă trebuie să fi fost el însuși rănit înainte de a putea cu adevărat să furnizeze altuia o vindecare eficientă (Hankir A, Zaman R, 2013). Arhetipul vindecătorului rănit face referire mai exact la vulnerabilitatea celui care ajută, suferință și vulnerabilitate care contribuie la capacitatea acestuia de a vindeca. Șamanismul reprezintă un termen care face referire la o multitudine de credințe și practici asociate cu vindecarea și viața religioasă prezente la popoarele din America de Nord și Siberia. Pentru cei mai mulți din șamani o boală gravă, fie fizică sau psihică, reprezintă o condiție a vocației lor, o etapă inițială fundamentală în procesul de a deveni șaman și a putea să vindeci pe ceilalți. Se presupune că odată cu propria vindecare, șamanul a dobândit capacitatea de a vindeca și pe celălalt.

Trebuie însă menționat că acest arhetip al vindecătorului rănit presupune că medicul, în cazul de față, va folosi cu rol sublimator în practicarea meseriei lui acele experiențe personale de boală, care au dus la apariția rănilor narcisice; cu alte cuvinte, un medic suficient de bun care-și va conștientiza rana narcisică dobândită în perioada timpurie de dezvoltare își va însuși o

serie de atitudini constructive, care îi vor servi în cadrul eforturilor terapeutice de practicare cu succes a meseriei de vindecător modern.

În concluzie, este de la sine înțeles că rana narcisică nu este esențială pentru a deveni medic, dar altfel de experiențe au contribuit la o sensibilizare semnificativă în cazul unora dintre medici, cu alte cuvinte rana narcisică este un factor favorabil pentru a deveni un real vindecător. Goethe a afirmat că propria noastră suferință ne pregătește să apreciem suferința altora la alt nivel. Este însă de reținut că la baza înțelegerii suferinței unei alte persoane poate sta uneori propria rană narcisică, care poate fi generatoare a unei capacități îmbogățite de a ajuta la vindecarea altei persoane, în special prin dobândirea unui grad mai înalt de empatie.

Dependența de muncă. Viziunea literaturii psihanalitice asupra conceptului generic de dependență

Dependența este văzută în literatura de specialitate contemporană ca fiind preponderent o tulburare a sinelui, atunci când se face referire la comportamentul autodistructiv al persoanelor cu dependențe, la stima lor de sine inconstantă ori la sentimentul acestora de egocentrism. Persoanele dependente de substanțe sau muncă nu au reușit să găsească o modalitate constantă și satisfăcătoare de a se iubi pe sine însuși și încercând să-și regleze acest tip de deficit ajung să fie concomitent egocentrice și autodistructivi. De altfel, Kohut (Kohut H., 1971) considera tulburarea de personalitate narcisică ca fiind centrală pentru psihopatologia dependenței, având în vedere că un astfel de personalități le lipsesc acele structuri interne prin intermediul cărora să-și autoregleze tensiunea intrapsihică și stima de sine.

În aceste condiții, Kohut vede dependența ca fiind o încercare a acestor personalități de a compensa acest eșec al obiectelor sinelui, încercând să acopere prin dependență acele structuri ale sinelui care sunt deficitare.

Acest efort al persoanei dependente de a lupta cu sentimentul de inadecvare reprezintă o încercare prin intermediul căreia să-și ofere prin drog (fie că este vorba despre ingerarea de substanțe, muncă sau jocuri de noroc) un sentiment temporar de putere și un echilibru interior (Palombo J., 1976).

Kohut a considerat însă că dependența, pe lângă faptul că este o tulburare de comportament narcisică, se datorează eșecului mamei de a funcționa adecvat drept un obiect al sinelui copilului (Kohut H, 1971). De asemenea, el a subliniat că, în cazul multor dependenți, are loc un fel de criză narcisică generată de prăbușirea Sinelui grandios sau a unui obiect idealizat, prăbușire care produce în individul dependent sentimente atât de angoasante încât va căuta alinarea prin ingerarea de substanțe, jocuri de noroc sau muncă în exces. Conform teoriei kohutiene, dezamăgirile traumatice suferite de individ în perioadele de dezvoltare a obiectului de sine idealizat îl vor determina pe acesta să rămână fixat asupra unor obiecte arhaice, pe care dependentul le va regăsi în consumul de substanțe sau jocurile de noroc ori muncă în exces. Obiectul dependenței nu este, în opinia lui Kohut (Kohut H., 1971), un substitut pentru obiectele iubite sau pentru relația cu aceste obiecte, ci mai degrabă un substitut pentru un defect al structurii sale psihice. Cu alte cuvinte, acolo unde obiectele de sine primare au eșuat, obiectul dependenței de mai târziu va îndeplini funcțiile de autoalinare și de reglare a stimei de sine. În multe dintre cazuri, comportamentul de dependență este folosit drept apărare în fața sentimentului de neputință, sentiment specific deficitului narcisic.

Persoanele cu deficit narcisic și cu sine grandios au un comportament tipic la locul de muncă, indiferent de natura muncii prestate. Ei urmăresc dobândirea puterii și a sentimentului de importanță de sine, tocmai de aceea astfel de indivizi sunt preocupați excesiv de reușita profesională în detrimentul vieții de familie. Una dintre explicațiile pentru o astfel de con-

centrare excesivă asupra vieții profesionale este faptul că, spre deosebire de alte domenii ale vieții lor (familial, social), când muncesc, indivizii narcisici care sunt concentrați pe dobândirea prestigiului personal și puterii pot să-și prezinte în mod deschis abilitățile și calitățile speciale pe care consideră că le posedă (Clark M.A. et al, 2010). Așadar, aceștia vor lucra din greu pentru a îndeplini standarde externe internalizate în legătură cu valoarea și stima de sine, precum și pentru a evita emoțiile negative legate de eșec (Falco A., 2020).

Pe baza teoriei lui Kohut (Kohut H., 1971) se poate emite ipoteza că un individ cu deficit narcisic va căuta prin munca în exces fie să dobândească și mențină încrederea în sine, care în cazul lui este fluctuantă (un deficit al Sinelui grandios), fie încearcă prin munca excesivă să calmeze, aline și protejeze (un deficit care vine din imagoul parental idealizat).

Modalități de manifestare ale dependenței de muncă la medici

Studiile (Emeny R. et al, 2012) au arătat că cei mai afectați de dependența de muncă sunt indivizii care ocupă funcții de conducere, au un statut social ridicat și au parte prin natura muncii lor de-a face cu un volum de muncă mare, dar și de programe de muncă imprevizibile. Astfel de indivizi nu se găsesc doar în marile companii ci și în anumite profesii, precum medicina, psihoterapia sau asistență socială. Consecințele unui comportament dependent duc în cazuri extreme la deces, un studiu concludent în această privință fiind unul efectuat asupra medicilor polonezi care mor în timpul orelor de muncă în spital, de cele mai multe ori după gărzi de 24 de ore de muncă continuă (Lekarzy O. Z.Z, 2017). Din nefericire, astfel de consecințe negative în rândul medicilor se explică și prin politicile medicale dezavantajoase, dar și prin mediul de lucru și numărul tot mai limitat de medici de care dispun unele țări foste comuniste sau din Europa de Est. Au fost însă

înregistrate cazuri de decese în rândul medicilor și în Japonia, datorate tot orelor prea multe de muncă (Hiyama și Yoshihara, 2008)

Ce este însă de remarcat după consultarea studiilor de specialitate este faptul că s-au colectat un număr redus de date despre dependența de muncă a medicilor și, mai degrabă, studiile despre dependențe în cazul medicilor s-au concentrat pe tulburările legate de consumul de substanțe, consum dezvoltat ca răspuns la stres și la gradul mare de responsabilitate (Domino et al, 2005). Van Heck și Vingerhoets (Van Heck & Vingerhoets, 2007) au observat că unele persoane dependente de muncă dezvoltă așa numita boală a timpului liber care se manifestă prin stări de rău în special în timpul vacanțelor sau al sfârșiturilor de săptămână. Alte studii care cercetează aceeași problemă arată că 15% dintre participanții din Polonia (Atroszko et al, 2017) și 12% din Norvegia (Andreassen et al, 2014) au afirmat că sunt aproape întotdeauna stresați dacă li se interzice să lucreze sau nu sunt lăsați să-și termine treaba. Burn out-ul crește riscul realizării de erori medicale (Tawfik et al, 2018), însă nu există o estimare clară a erorilor atribuite în mod direct dependenței de muncă. De altfel, se poate emite ipoteza că astfel de erori și prejudicii ar putea afecta orice altă meserie care presupune interacțiunea cu o altă persoană, precum profesorii, educatorii sau politicienii. Astfel, un studiu recent (Kasemy Z.A. et al, 2020) a reușit să adune un grup de 1,080 de participanți egipteni, dintre care o proporție destul de mare lucra în domeniul sănătății, însă au fost recrutate și persoane care activau în alte domenii. Rezultatele studiului au relevat că 24,4% dintre cei care lucrau în domeniul sănătății erau dependenți de muncă, în comparație cu doar 5,9% dintre cei care activau în domenii profesionale diferite.

Machlowitz (Machlowitz, M., 1985) a postulat o corelație între dependența de muncă și eșecul de a atinge un anumit grad de intimitate, considerând că așteptările pe care le are de la sine o persoană dependentă de

muncă conduc la o diminuare a dorințelor sexuale și intime. De asemenea, Machlowitz considera că soții și soțiile dependenților de muncă se detașează emoțional de partenerii lor datorită faptului că un dependent de muncă este total devotat muncii sale și lasă în plan ultim dorința sa de implicare în familie, comunitate, religie, societate.

Un alt studiu experimental efectuat asupra unui eșantion de medici (Rezvani, A., 2014) a relevat că un procent semnificativ dintre aceștia s-au declarat sau au fost considerați după analiza factorială a scalelor drept dependenți de muncă. Procentul se află însă în intervalul mediu al ratelor de prevalență relevate de studii anterioare efectuate pe eșantioane de persoane non-medici (Aziz S. et al, 2006). Cu toate acestea, dacă se ia în calcul și categoria intermediară a eșantionului care a fost identificată ca fiind dependentă de muncă într-un grad mai mic, procentul cumulat ajunge la 48%, cu mențiunea că studiul a evidențiat faptul că medicii tineri sunt cei mai vulnerabili la dependența de muncă, deoarece lucrează mult mai multe ore decât un medic primar. Însă, categoria cea mai afectată dintre medici de dependența de muncă este, conform studiului citat anterior, aceea a medicilor care sunt și profesori, cu cel mai înalt statut în ierarhia unui spital.

În cazul în care un medic cu sine grandios este și dependent de muncă, acesta va încerca, cu ajutorul mecanismelor de apărare, să compenseze deficitul narcisic prin adoptarea unui comportament valorizat social. Astfel se explică ceea ce Kernberg (1975) afirma despre pacienții narcisici cu capacități superioare de a munci în acele domenii care le oferă șansa să fie admirați de către ceilalți, această capacitate având un ”potențial pseudosublimator” (Kernberg O., 1975), în sensul că succesul lor profesional este urmărit doar pentru obținerea gratificațiilor narcisice și hrănirea sinelui grandios.

Concluzii

Lucrarea de față a încercat să stabilească și să expună modalitățile de manifestare ale deficitului narcisic în cazul medicilor, cu accent pe anumite caracteristici definitorii ale deficitului narcisic: rana narcisică, păstrarea sinelui grandios la vârsta adultă și dependența de muncă.

Abordând practic fenomenul deficitului narcisic într-un context mai larg, consider necesar ca profesioniștii din domeniul medical să-și dezvolte capacitatea de a-și recunoaște limitele și de a accepta conștient, atât cât este posibil, că boala și moartea fac parte din condiția umană. Pentru a îndeplini acest deziderat, medicii ar trebui să reziste ideii inconștiente grandioase că nici un om nu poate învinge suferința și moartea.

Trebuie de asemenea tras un semnal de alarmă asupra urmărilor manifestărilor sinelui grandios în cazul medicilor, în special asupra acelor dintre ei care aleg să facă această meserie pentru a-și regla sentimentul și stima de sine și care sunt deosebit de vulnerabili la depresie sau surmenaj. Experiența depresiei în cazul acestor medici cu deficit narcisic se explică prin precipitarea sentimentului de pierdere a sinelui, datorat faptului că acești indivizi au nevoie să-și păstreze omnipotența și grandiozitatea prin oglindirea pacienților lor, aspect care-i face efectiv dependenți de aceștia.

Însă, așa cum experiențele traumatice din copilărie care predispun la suferință emoțională îi pot determina pe anumiți indivizi să studieze medicina, tot la fel de bine pot să predispună către o capacitate reală de empatie și grijă față de celălalt, atât timp cât conflictele din copilărie sunt recunoscute iar starea de vulnerabilitate este experimentată într-un mod conștient. Or, tocmai aceste caracteristici precum empatia și capacitatea de a avea grijă de sine și de ceilalți sunt calități absolut necesare în practicarea meseriei de medic.

Este necesar să se intervină și în cazul educației medicale pe care studenții o primesc în facultățile și specializările de profil, să le limiteze abuzul emoțional, să se încurajeze dezvoltarea sensibilității emoționale și recunoașterea limitărilor umane, tocmai pentru a facilita tranziția anumitor vulnerabilități generate de deficitul narcisic în puncte forte. Așadar, educația medicală care formează medicii să fie cât mai detașată emoțional și disociați de sentimentele lor nu face decât să perpetueze o dinamică asemănătoare familiilor neglijente și abuzive emoțional (McKegney C.P., 1989); astfel, prin repetarea unor tipare disfuncționale, mărește șansa de a spori orice patologie de ordinul deficitului narcisic în cazul medicilor. Instituțiile de învățământ medical ar trebui să aibă ca prim scop ajutarea studentului sau tânărului medic să navigheze cu succes prin toate dilemele și tranzițiile meseriei. Este necesar ca educația medicală să nu se mai concentreze exclusiv pe aspectele științifice și didactice ale rolului medicului ci să îmbrățișeze și aspectele care țin de latura emoțională a persoanei care se formează pentru a deveni medic.

Medicii își suprimă emoționalitatea și se manifestă într-un registru specific neutralității afective invocând tocmai această retorică a științei, care presupune că aceștia ar trebui să dea dovadă de mult mai multă raționalitate și mai puțin afect, fiindu-le recomandat să evite un limbaj intim sau încărcat afectiv, ci mai degrabă un jargon științific. Este evident că această preferință conștientă pentru detalii tehnice sau folosirea jargonului ca o defensă împotriva afectului îi și conferă persoanei medicului o poziție de putere în raport cu pacientul, care de cele mai multe ori este dominat de emoții atunci când ajunge la medic (Fields et al, 2006). Această poziție de putere vine să le consolideze și mai semnificativ identificarea cu meseria de medic în sine, identificare căutată pentru a consolida sentimentul de sine și de identitate.

Din această perspectivă, consider ca o eventuală soluție pentru îmbunătățirea relației dintre medic și pacient, participarea primilor la așa

numitele grupuri Balint, special create pentru ei și care au rolul de a ajuta medicul să obțină o înțelegere mai semnificativă asupra bolii pacientului și asupra persoanei acestuia. Grupul Balint este un grup restrâns de clinicieni care se întâlnesc regulat pentru a discuta cazuri din practicile lor, cu accent pe aspectele psihologice ale muncii lor și, în special, pe relațiile medic-pacient. Astfel, având un spațiu sigur unde sunt ascultați și le sunt ogândite preocupările, conflictele sau eventualele erori, medicii pot învăța sau își pot îmbunătăți abilitățile de comunicare cu pacientul, pot ajunge la un grad de empatie mai ridicat față de persoana bolnavului. De asemenea, există studii (Yazdankhahfard, M, 2019) care au demonstrat că grupurile Balint ajută la prevenirea burn out-ului în cazul medicilor care participă la astfel de întâlniri de lucru.

O eventuală direcție de cercetare ar putea fi reprezentată de studierea gradului în care medicii încearcă să compenseze propriile nevoi emoționale nesatisfăcute generate de deficitele din copilărie, devenind cei care îngrijesc pe alții, în detrimentul vieții lor personale.

BIBLIOGRAFIE

- Aasland, O.G., Ekeberg, O., Schweder T., (2001), *Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups.*, Soc Sci Med nr. 52 .
- Alexander G.C., Humensky J., Guerrero C.G., Park H. & Loewenstein G. (2010). *Brief report: Physician narcissism ego threats and confidence in the face of uncertainty.* Journal of Applied Social Psychology nr 40

- Andreassen C. S. Hetland J. & Pallesen S. (2013). *Workaholism and work-family spillover in a cross-occupational sample*. European Journal of Work and Organizational Psychology 22,
- Atroszko P. A., Demetrovics Z. & Griffiths M. D. (2019). *Beyond the myths about work addiction: Toward a consensus on definition and trajectories for future studies on problematic overworking*. Journal of behavioral addictions 8(1),
- Aziz S Zickar M.J., (2006), *A cluster analysis investigation of workaholism as a syndrome*. Journal of Occupational Health Psychology 11,
- Banai E. Mikulincer M. & Shaver P. R., (2005). „*Selfobject*” Needs in Kohut’s Self Psychology: Links With Attachment Self-Cohesion Affect Regulation and Adjustment. Psychoanalytic Psychology 22(2).
- Butterfield P. S, (1988). *The stress of residency: A review of the literature*. Archives of Internal Medicine 148,
- Brusset B. , (2005) , *Psihanaliza relației*, Editura IRI, București
- Clark M. A., Lelchook A. M. & Taylor M. L. (2010). *Beyond the big five: How narcissism perfectionism and dispositional affect relate to workaholism*. Personality and Individual Differences 48(7)
- Domino K. B. Hornbein, T. F. Polissar, N. L. Renner, G. Johnson, J. Alberti S. & Hankes L. (2005). *Risk factors for relapse in health care professionals with substance use disorders*. JAMA 293(12), =
- Eisnitz A. (1969). *Narcissistic object choice self-representation*. International Journal of Psychoanalysis nr 50,
- Emeny R., Lacruz M.E., Baumert J et al., (2012), *Job strain associated CRP is mediated by leisure time physical activity: results from the MONICA/KORA study*. Brain Behavioral Immunity Journal 26,

- Falco A., Girardi D., Di Sipio A., Calvo V., Marogna C. & Snir R. , (2020), *Is Narcissism Associated with Heavy Work Investment? The Moderating Role of Workload in the Relationship between Narcissism Workaholism and Work Engagement*, International journal of environmental research and public health 17
- Freud S. , (2017), *Opere esențiale Volumul 3: Psihologia Inconștientului*, Editura Trei, București.
- Freud A. & Burlingham D., (1943), *War and Children*. New York: International Universities Press.
- Feifel H., Hanson S., Jones R. & Edwards L., (1967), *Physicians consider death. In Proceedings of the 75th Annual Convention*, Washington DC : American Psychological Association
- Fields J., Copp M., Kleinman S., (2006), *Symbolic interactionism inequality and emotions*, In: Turner JH JE Stets JE (eds.). Handbook of the sociology of emotions. Springer,
- Gabbard G. B., Menninger M. D. & Coyne L., (1987), *Sources of conflict in the medical marriage*, American Journal of Psychiatry 144,
- Garrud P., (1990), *Counselling needs and experience of junior hospital doctors*, British Medical Journal 300,
- Gerber L. A. (1983), *Married to Their Careers. Career and Family Dilemmas in Doctors' Lives*, New York Tavistock
- Glickauf-Hughes C. & Mehlman E., (1995), *Narcissistic issues in the- rapists: Diagnostic and treatment considerations*, Psychotherapy 32(2),
- Goldberg A., (1973), *Psychotherapy of Narcissistic Injuries*. Arch Gen Psychiatry 28(5), ,
- Goldman G. F. & Gelso C. J. , (1997). *Kohut's theory of narcissism and adolescent drug abuse treatment*, Psychoanalytic Psychology 14.

- Greenberg J., Mitchell S., (1983), *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Cambridge MA: Harvard University Press.
- Guggenbühl- Craig A., (2017) , *Riscurile puterii celor care ajută. Pentru psihologi medici asistenți sociali profesori și preoți*, Editura Trei, București.
- Hiyama T. & Yoshihara M., (2008). *New occupational threats to Japanese physicians: Karoshi (death due to overwork) and karojisatsu (suicide due to overwork)*, Occupational and Environmental Medicine 65(6)
- Hankir A., Zaman R.,(2013), *Jung's archetype 'The Wounded Healer' mental illness in the medical profession and the role of the health humanities in psychiatry*, Case Reports
- Halewood A. & Tribe R., (2003), *What is the prevalence of narcissistic injury among trainee counselling psychologists?*, Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice 76(1),
- Heikkilä T.J, Hyppölä H., Vänskä J. et al., (2015), *Factors important in the choice of a medical career: a Finnish national study*, BMC Medical Education 15,
- Jackson S.W., (2001), *The Wounded Healer*. Bulletin of the History of Medicine 75(1)
- Johnson W. D. , (1991), *Predisposition to emotional distress and psychiatric illness amongst doctors: the role of unconscious and experiential factors*, The British journal of medical psychology 64,
- Jung C.G., (2014), *Opere complete. Volum 9. Partea 1: Arhetipurile și inconștientul colectiv*, Editura Trei, București, lucrare originală publicată în 1951.
- Kernberk O.F., (1986), *Tulburări grave ale personalității*, Editura Trei, București, 2014.

- Horney K. , (1939), *New ways in psychoanalysis*, New York NY: Horton.
- Kasemy Z. A. , Abd-Ellatif E. E., Abdel Latif A. A., Bahgat N. M., Shereda H. M. A., Shattla S. I., El Dalatony M. M., (2020), *Prevalence of workaholism among healthcare workers with assessment of its relation to quality of life mental health and burnout*, *Frontiers in Public Health* 8
- Kohut H. & Wolf E., (1978), *The disorders of the self and thier treatment: An outline*. *International Journal of Psychoanalysis* 59,
- Kohut H., (1971), *Analiza sinelui: o abordare sistematică a tratamentului psihanalitic al tulburărilor de personalitate narcisică*, Editura Trei, București. (2021)
- Machlowitz M. (1980). *Workaholics: Living with them working with them*. Reading MA: Addison-Wesley.
- Mawardi B. H. (1979). *Satisfactions dissatisfactions and causes of stress in medical practice*. *Journal of the American Medical Association* 241
- McKegney C. P. (1989), *Medical education: A neglectful and abusive family system*. *Family Medicine* 2,
- Menninger K. (1957). *Psychological factors in the choice of medicine as a profession*. *Bulletins of the Menninger Clinic* 21,
- Miller A. (1981). *Drama copilului interior: Prizonieri ai copilăriei în căutarea adevăratului sine*, editura Herald, București.
- Mishne J., (1979), *Parental abandonment: A unique form of loss and narcissistic injury*. *Clin Soc Work J* 7
- Mitchell S.A., (1995), *Experiența psihanalizei: Panorama psihanalizei contemporane*, Editura Trei, București 2015.

- Nolte S. Philip & Dreyer Yolanda. (2010), *The paradox of being a wounded healer: Henri J.M. Nouwean's contribution to pastoral theology*, HTS Theological Studies 66(2) 1-8. Retrieved March 18 2023
- Palombo J.,(1976). *Theories of narcissism and the practice of clinical social work*. Clinical Social Work Journal 4(3),
- Rezvani A., Bouju G., Keriven-Dessomme B., Moret L. & Grall-Bronnec M. (2014). *Workaholism: are physicians at risk?*. Occupational medicine (Oxford England) 64(6)
- Richards C., (1989). *The Health of Doctors*. London: King Edward's Hospital Fund for London
- Semple D, Smyth R., (2008), *Oxford handbook of psychiatry*. 2nd edn. Oxford Oxford University Press,
- Silverstein M, (2007), *Tulburări ale Sinelui. O abordare axată pe tipurile de personalitate*, Editura Trei, București,
- Symington N. (1993). *Narcissism: A new theory*. Karnac Books.
- Tawfik D. S., Profit J., Morgenthaler T. I., Satele D. V., Sinsky C. A., Dyrbye L. N., Tutty M. A., West C. P. & Shanafelt T. D. (2018). *Physician burnout well-being and work unit safety grades in relationship to reported medical errors*. Mayo Clinic Proceedings 93,
- Van Heck G. L. & Vingerhoets A. J. (2007). *Leisure sickness: A biopsychosocial perspective*. Psychological Topics 16,. Retrieved from <https://hrcak.srce.hr/file/32013>
- Vaillant G. E., Sobowale N. C. & McArthur C. (1972). *Some psychological vulnerabilities of physicians*. New England Journal of Medicine 287
- Ventriglio A. Watson C. & Bhugra D. (2020). *Suicide among doctors: A narrative review*. Indian journal of psychiatry 62,
- Waring E. (1974). *Psychiatric illness in physicians : A review*. Comprehensive Psychiatry 15.
- Winnicott D.W. (2014) *Procesele de maturizare*, București, Editura Trei (1984).
- Winnicott D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London Karnac Books.

Yazdankhahfard, M., Haghani, F., & Omid, A. (2019). *The Balint group and its application in medical education: A systematic review*. Journal of education and health promotion, 8, 124.