

EVALUAREA ȘI ACTIVAREA RESURSELOR ANTIDISTRES LA PERSONALUL ATI – PREMISĂ A PROFILAXIEI SINDROMULUI BURNOUT

Evaluation and activating anti-distress resources in AIC staff – Burnout syndrome prophylaxis premise

Drd. Rodica Eugenia Sirghie¹, Prof. Dr. Ioan Bradu Iamandescu²

¹Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „M.S. Curie“, București

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București

REZUMAT

După o analiză a contextului psihosocial de apariție a stresului profesional și a sindromului de apariție a stresului profesional la personalul ATI, autorii propun un program antistres ale căror puncte de aplicație sunt reprezentate de:

1. reducerea acțiunii stresorilor cauzali specifici mediului ATI (cu focalizare pe ameliorarea condițiilor nefavorabile de muncă, dar și pe diminuarea controlată a impactului emoțional negativ, prin consiliere psihologică și eventuală psihoterapie, inclusiv prin realizarea unui climat de susținere colegială reciprocă);
2. realizarea unei riguroase recuperări psihice și fizice, având în vedere fixarea ca obiective personale: asigurarea nevoilor psihologice bazale (de afiliere, securitate pe termen lung și noutate a experienței) (Linton) și realizarea unui raport optim între nivelul de aspirații și cel de posibilități. Acolo unde resursele personale și suportul social – absolut necesar – nu sunt suficiente, mai ales când au apărut deja primele semne de SBO, apare oportună aplicarea psihoterapiei, în special cognitiv-comportamentală și, pe viitor, Well Being Psychotherapy. Dacă avalanșa de stresuri psihice în activitatea personalului ATI nu poate fi decât diminuată – apariția SBO poate fi împiedicată atunci când, începând cu examenul psihologic la intrarea în specialitatea ATI, vor fi întreprinse măsuri profilactice (recuperatorii), între care și programul propus de noi.

Cuvinte cheie: stres profesional, ATI, sindrom Burnout, recuperare

ABSTRACT

After analyzing the psychosocial context in which the professional stress appeared and the professional stress appearance in case of ICU personnel, specialized authors propose an antistress program, whose application points are represented by:

1. decrease the action of the stress initiators, specific to the ICU environment (focusing on improvement the unfavorable working condition, but also on controlled reduction of the negative emotional impact, through psychological counseling and psychotherapy, including a climate of mutual peer support);
2. achieving a rigorous psychological and physical recovery, considering the following personal goals: covering the basic psychological needs (affiliation, long-term security and new experience) (Linton) and obtaining an optimal balance between the level of aspirations and possibilities. In cases where the personal resources and the social support – absolutely necessary – are not enough, especially when the first signs of SBO have already appeared, the psychotherapy becomes very appropriate, especially cognitive-behavioral therapy and, in the future, Well Being Psychotherapy.

As the avalanche of psychical stress occurred in the current activity of ICU personnel can only be reduced – SBO appearance can be prevented only in cases where, starting with the psychological examination at the ICU specialty admission, prophylactic measures (rehabilitation) will be undertaken, including our proposed program.

Keywords: professional stress, ICU, Burnout sindrom, recovery

INTRODUCERE

Stresul profesional apare din ce în ce mai frecvent în activitatea personalului ATI – în ciuda disponibilităților tehnice apărute – tot mai numeroase,

deoarece miza pusă în joc (1) este cel mai adesea viața pacientului, iar eșecurile – aproape întotdeauna inevitabile, neimputabile medicilor – nu pot totuși să nu îi afecteze emoțional pe aceștia. Se pune tot mai mult problema protejării psihologice a acestor

Adresa de corespondență:

Dr. Rodica Eugenia Sirghie, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Marie S. Curie“, Bd. Constantin Brâncoveanu nr. 20, București
E-mail: rodicaeugenis@yahoo.com

tor profesioniști de efectele stresului zilnic asupra lor, mai ales că – prin creșterea „cantității“ muncii și responsabilităților, inclusiv prin carența de specialiști ATI în țara noastră (2) – se conturează la orizont o creștere a incidenței sindromului burnout (SBO) la personalul care lucrează în acest sector.

Prin urmare, preocupările de ordinul profilaxiei psihologice antistres în activitatea personalului ATI vor trebui exercitate în direcția limitării/diminuării stresului lor profesional – fapt care să le permită o calitate a vieții satisfăcătoare – și în direcția prevenirii instalării SBO (3-5).

Deoarece am prezentat într-un articol anterior (6) caracteristicile și împrejurările de apariție a acestui sindrom, ne vom mărgini doar la definirea lui de către Christine Maslach (7) care îl considera, la fel ca și alți autori, (5,8-12) ca fiind generat de „acele activități care solicită o implicare intensă în lucrul cu oamenii“ (7).

Evoluția SBO cunoaște 3 etape (4): 1. Epuizarea emoțională; 2. Depersonalizarea (cinismul și tratarea bolnavilor ca pe niște obiecte) și 3. Scăderea performanțelor și a autostimei, ca și atitudinea negativă față de locul de muncă.

Interesul pentru decelarea apariției primelor semne ale sindromului de Burnout (SBO) la personalul care acționează în domenii ce implică interacțiuni profesionale generatoare de stres (contactul cu persoane dificile) a devenit major în ultimele două decade, mai ales că „victimele“ acestui sindrom sunt reprezentate nu numai din rândul corpului medical (în special în urgență, dar și psihiatrie), ci și de către profesioniștii din diverse domenii: asistenții sociali, polițiștii, serviciul de protecție a copilului, chiar și personalul didactic și auxiliar din unele școli cu profil de defectologie etc. (4,10,11).

Faptul că acest sindrom apare exclusiv la locul de muncă (3-5) – și că el se soldează în ultimă instanță cu o epuizare emoțională având consecințe importante psihologice și psihosomatice – impune, ca o obligație majoră – analiza factorilor cauzali în apariția SBO (3-7,12-15).

O primă grupă se referă la condițiile de desfășurare a muncii grevate de dificultăți (2,11,13-15), și anume în execuția propriu-zisă a activității, dar mai ales în cadrul contactului cu persoanele aflate în dificultate, fapt ce implică dificultăți emoționale ale personalului implicat. Vulnerabilitatea la stres a celor care sunt expuși condițiilor de muncă menționate mai sus (16).

Referitor la condițiile specifice ale mediului profesional capabile să favorizeze apariția SBO, ele au un caracter plurifactorial, generând o suprasolicitare fizică și psihologică capabilă să inducă

un stres psihic cronic cu caracter de suprasolicitare (17).

Într-o tentativă de a preveni instalarea SBO la personalul din unitățile ATI, am imaginat o strategie prioritar profilactică bazată pe considerarea inițială a unui ansamblu de factori cu rol fie favorizant, fie disprotector, fie agravant al sindromului, încercând să contracarăm fiecare dintre acești factori (6) printr-un program ale cărui elemente să se adreseze – în măsura posibilităților – fiecăruia dintre factorii cauzali.

Am pornit de la ideea că, în mare, SBO este un uriaș stres de suprasolicitare ce afectează acei indivizi (ne referim la personalul ATI) angrenați într-o activitate profesională de uzură care îi obligă să interacționeze cu persoane aflate într-o situație critică, generată de amenințări serioase la adresa integrității lor fizice și psihologice. În categoria acestor profesioniști confrunțați cu astfel de „sarcini“ de serviciu extrem de suprasolicitante se află nu numai medicii ATI, dar și cei care lucrează în specialități „deprimante“ (servicii de oncologie, de mari arși).

De asemenea, o astfel de activitate profesională – grevată de riscurile fizice și psihice enumerate anterior – ce predispune personalul ATI apariției SBO – cuprinde nu numai medicii (specialiști, rezidenți) dar și asistentele medicale, chiar și infirmierele. Dificultățile, dar și riscurile profesiei sunt sporite tocmai de interacțiunea cu pacienții aflați la limita supraviețuirii sau în condițiile unei existențe precare datorată unei deteriorări pronunțate fizice și psihice.

Aceste condiții de interacțiune profesională forțază capacitățile adaptative ale celor care îngrijesc astfel de categorii de bolnavi. Aceste capacități sunt solicitate:

a) **în plan afectiv emoțional** – situații menite să impresioneze, să forțeze la limită mecanismele adaptative spre a face față excesului de compasiune, sentimentului de neputință, apăsarea unor responsabilități, inclusiv frica de eșec și de consecințele negative ale acestuia etc.

b) **în plan cognitiv** – se realizează o suprasolicitare în cele 3 planuri considerate de Toffler (18) emblematice pentru stresurile majore ale sec. XX:

1. **senzorial** – zgomotele aparaturii de reanimare, bloc operator, mirosurile iritante ale substanțelor anestezice sau dezinfectante etc.;
2. **informațional** – bombardament informațional legat de simptomele în continuă schimbare ale pacienților îngrijiți, de mobilizarea și concentrarea prelungită a atenției etc.;

3. **decizional** – acest plan fiind suprasolicitat în lupta cu schimbările dramatice și în rapidă succesiune în starea critică a pacienților îngrijiți.

c) **în plan psihosomatic** – apar dereglări la nivel pluriorganic, generând atât modificări difuze precum oboseala fizică și mai ales astenia psihică, precum și legată de boli – infarct miocardic, hipertensiune arterială, ulcer gastroduodenal etc.

d) **în plan fizic** – ortostatismul prelungit, poziții obositoare, ambele fiind generatoare de efort fizic – toate acestea fiind conjugate cu permanentă carență de somn.

Această solicitare psihofizică este amplificată de contextul relațional cu bolnavii specific mediului ATI, iar, în plan etic, de relațiile conflictuale cu unii colegi sau cu administrația (program sufocant, lipsa unei recompense morale) (19) pe lângă cele de ordin salarial etc. Revenind asupra deprinderii de somn, frecvent întâlnită la personalul ATI (6,11), conjugată cu suprasolicitarea în cele două planuri – afectiv și cognitiv – ea contribuie și la accentuarea/apariția epuizării fizice și emoționale.

Așa cum s-a arătat în lucrări anterioare (20) sau mai recente (21,22), dar și rezumând teoria tranzacțională a stresului (23), în apariția sau limitarea evoluției stresului este totdeauna necesară evaluarea raportului de forțe între durată și/sau amploarea factorilor stresori (gradul de agresivitate, „virulență”) și resursele profesioniștilor ATI de ordin fizic, psihic și „social” (suportul social, extrem de important, fiind de natură materială, informațională și emoțională) (21).

ETAPELE PROGRAMULUI ANTIDISTRES LA PERSONALUL ATI

Prin urmare, **o primă etapă** a acestui program antistres ATI constă în evaluarea factorilor generatori de stres profesional, stresori ce sunt specifici mediului ATI. În această primă etapă vor fi clasificați stresorii specifici personalului ATI:

- factori etiopatogenici de ordin ambiental (inclusiv condițiile de muncă);
- factori de ordin relațional (cu bolnavii, cu colegii, cu administrația) (2,6);
- factori de ordin situațional – extraprofesionali (familiali, evenimente nefavorabile, situații conflictuale etc.).

A doua etapă ar urma să fie consacrată analizei resurselor psihologice, dar și sociale, ale profesioniștilor ATI, cu ajutorul cărora ar putea face față stresului psihic inerent mediului lor de activitate. Vom avea în vedere în special existența unor

factori genetici (ascendenți cu boli psihosomatice – de exemplu: boli cardiovasculare, neoplazice, diabet zaharat, ulcer), dar mai ales cu boli psihiatrice (depresia în primul rând). În plan psihologic vor trebui analizate **trăsăturile de personalitate ale acestor profesioniști ce le conferă o vulnerabilitate la stres**, studiată de preferință cu ajutorul testelor psihologice corelate cu interviuri psihologice (16). Aceste date obiective vor fi completate cu **autoevaluarea personală** a subiectului (medic, asistent din secția ATI) referitoare la posibilele semne ale instalării SBO. Aceste semne pot fi rezumate prin sintagma „pierderea compasiunii pentru clienți” și se completează cu scăderea performanțelor, inclusiv cu atitudinea negativă față de muncă (Maslach, 2003) (4).

Opinăm în această privință că – după reușita la examenul de rezidențiat la ATI – candidații admiși să fie supuși unui **consult psihologic menit să decelaze punctele slabe în „armura antidistres” a viitorilor specialiști ATI**. Acest examen nu ar trebui să fie privit ca fiind eliminator, ci orientativ, în sensul avertizării acestor rezidenți cu o vulnerabilitate marcată la stres asupra posibilității apariției SBO și a condițiilor posibile ale instalării acestui sindrom. Acest examen ar urma să fie completat ulterior în cazul apariției primelor semne ale SBO cu măsuri psihoterapeutice pe care le vom prezenta mai departe.

Cea de-a treia etapă trebuie să aibă în vedere măsurile de recuperare psihologică și psihosomatică (21), concepute analog recuperării sportivilor de performanță după un efort depus în competițiile sportive. În această privință ar fi de dorit să se tindă către respectarea (chiar parțială) a celor doi timpi de opt ore ale unei zile, respectiv orele destinate loisir-ului și somnului (deziderat greu de atins la personalul ATI!).

Este necesar ca datele furnizate de analiza celor două etape să fie completate cu noi date de ordin diagnostic. De această dată, **vor fi evaluate relațiile interpersonale extraprofesionale** (cu familia, prietenii sau cu alte persoane cu influențe pozitive sau negative din viața anestezistului), relații capabile să joace un rol important în prevenirea sau agravarea SBO. Această evaluare trebuie să pornească de la faptul că aspectele de ordin relațional participă în mod decisiv la instalarea SBO. Ele au fost desemnate de Maslach în 2003 (4) ca fiind specifice locului de muncă unde sunt generate de stresori interpersonali ce conduc la stres psihic cronic emoțional (noi am completat și cu asocierea stresului cognitiv). Din acest motiv, în cazul în care relațiile interpersonale de proximitate ale anestezistului

au o rezultantă pozitivă – asigurându-i acestuia o „nișă ecologică favorabilă“ (Willi) (24), ele exercită o contrapondere față de contextul relațional stresant din mediul profesional.

În ceea ce privește **corectarea disfuncțiilor în plan relațional ale anesteziștilor, la locul lor de muncă**, trebuie subliniat faptul că ele pot constitui veritabile ținte/obiective ale intervenției psihologice inițiată în primele două etape – epuizarea emoțională și depersonalizarea – iar corectarea lor, chiar dacă parțială, poate contribui la ameliorarea performanțelor profesionale cu schimbarea polarității consecințelor acestora asupra stimei de sine în special.

O sistematizare a acestor aspecte relaționale cu caracter deprimant asupra performanței personalului ATI cuprinde următorii factori de ordin situaționali cu rol de stresori majori și având și o mare specificitate pentru acest sindrom:

- activitate profesională consacrată unor persoane aflate într-o situație deplorabilă (condiții legate de boală, dar și de situații materiale precare) sau unor persoane dificile;
- nerecunoașterea de ordin material și moral (19) a muncii intense, performante, dar epuizante, depuse de anestezist și care îl supune pe acest profesionist de multe ori unui eșec inevitabil și unor eforturi insurmontabile;
- conflictele de rol, dintre care cel mai aparent este acela denumit „role overload“ (5) (nu se pot refuza sarcinile – din ce în ce mai numeroase și mai dificile), aceasta se datorează faptului că exodul personalului medical în țările vestice a accentuat și mai mult această deficiență de personal deja existentă în țara noastră, ducând la o creștere exponențială a sarcinilor de serviciu ale personalului medical rămas în interiorul granițelor. (2,6)

În cazul în care „nișă ecologică“ a anestezistului îi va oferi acestuia un confort psihic important – care va fi sporit prin activitățile cu caracter de hobby și – obligatoriu – de activități fizice (cel puțin plimbări în aer liber) – există serioase motive pentru creșterea considerabilă a resurselor antidistres, deci anti-SBO.

EVALUAREA GENERALĂ A RESURSELOR ANTIDISTRES LA PERSONALUL ATI

Această evaluare poate fi făcută în orice moment al activității profesionale, desigur, ar fi însă de dorit încă de la intrarea în mediul de activitate ATI. Considerăm că principalii parametri psihosociale pot fi evaluați în conformitate cu cel puțin

două componente: „**bastionul antidistres**“ (denumire dată în prezent de unul dintre noi unui capitol dintr-o monografie despre distres (21) – pornind de la conceptul de **energie de stres** a lui Hans Selye (25) și dezvoltat de Vera F. Birkenbihl) prin furnizarea unui model pentru economisirea acestei energii (26) – și conceptul psihologic de „**Psychological Well Being**“ (**PWB**) elaborat de Carol Ryff în 1989 (27), având printre precursori pe Maria Jagoda (28), Ellis și Becker (29) și Fordyce (30).

A. Bastionul antidistres desemnează metaforic o construcție psihologică bazată pe câțiva factori din sfera aspirațională și atitudinală ce pot oferi individului un suport solid contra inerentelor stresuri din timpul vieții. Rezumând componentele bastionului antidistres (21), ne limităm la câteva dintre componentele de bază cu rol preventiv față de acțiunea stresurilor psihice, și anume:

1) **reglarea optimă a raportului dintre nivelul de aspirații și nivelul de posibilități** (Lewin) (29);

2) **asigurarea îndeplinirii optime a celor trei nevoi psihologice fundamentale** postulate de Linton (30):

- a) **de afiliere** (prezența reconfortantă a unor ființe dragi – familie, prieteni, colegi etc.);
- b) **de securitate pe termen lung** (asigurarea unui echilibru sufletesc conferit de existența unui cămin, unui loc de muncă satisfăcător și durabil);
- c) **de „noutatea experienței“** instruire, educație, fie prin cunoașterea unor domenii de interes pentru subiect, fie a unor date inedite din domeniile preferate, inclusiv călătorii, concerte, spectacole, filme etc). O persoană cu un astfel de bagaj complex de cunoștințe și realizări personale rezistă infinit mai mult la acțiunea factorilor de destabilizare apăruiți pe parcursul vieții.

B. Conceptul de Psychological Well Being (PWB), traductibil prin „bunăstare psihică“ poate fi complet definit cu ajutorul unui chestionar elaborat tot de Ryff (25), prin care se poate analiza prezența trăsăturilor de bază ale modelului creat de Ryff, incluse în cele 6 dimensiuni ale PWB:

- autonomia individului (deciziei personale în cadrul stilului său de viață);
- capacitatea de a-și organiza viața în mod satisfăcător (environmental mastery);
- interacțiuni sociale pozitive;
- dezvoltare (desăvârșire) personală;
- existența unui scop în viață (credința că viața are sens, că viața merită trăită);
- atitudine pozitivă față de sine (acceptare de sine, autostimă).

Această ultimă dimensiune este considerată de către Fava (30) ca fiind determinantă pentru a coniferi subiectului respectiv o rezistență superioară la distres. Acest concept al bunăstării psihologice a fost valorificat în plan terapeutic prin elaborarea unei psihoterapii corespunzătoare de către Fava (33), între anii 1990-2015, și denumită Well Being Therapy.

În esență, această terapie efectuată pe parcursul a 4-6 sesiuni constă în solicitarea adresată subiectului de a-și monitoriza (în scris, cu explicații verbale ulterioare) situațiile în care s-a simțit bine, dar și gândurile negative care au alungat/întrerupt această stare afectivă pozitivă.

Fava subliniază contrastul/opoziția dintre accentul pus pe gândurile pozitive pe care subiectul trebuie să le identifice ca țintă ale acestei terapii (WB) și identificarea gândurilor negative ca sursă a unor acțiuni indezirabile cum se întâmplă în cazul Psihoterapiei Cognitiv-Comportamentale (34). Prin urmare, WB constituie o garanție a unei veritabile forțe psihologice – având interconexiuni în plan social – capabilă să se opună distresului global reprezentat de SBO.

Desigur, **reziliența** – acea capacitate a unui individ de a face față variatelor și nenumăratelor distresuri pe parcursul vieții cu succes – constituie un factor important, cu caracter de variabilă – în mare măsură independent – și anume **factorul genetic**, în timp ce PWB include multe variabile dependente de factorii sociali fără a exclude și unele componente biologice.

Încercând o definiție a acestui concept de reziliență, o vom cita pe cea dată de Ana Muntean (35): „Capacitatea persoanei de a supraviețui și chiar de a se dezvolta în urma evenimentelor distructive la care a fost expusă”. Șerban Ionescu (36) subliniază un aspect al rezilienței concretizat prin „dezvoltarea personală a **individului datorită sporirii creativității și a încrederii în forțele proprii**”.

INTERVENȚIA PSIHOLGICĂ

În ceea ce privește intervenția psihologică la personalul ATI fie că este afectat reversibil de stresurile inerente specialității, prezentate anterior, fie că începe să prezinte deja semnele celui de al doilea stadiu al SBO, considerăm că măsurile de consiliere psihologică trebuie aplicate chiar la începutul activității celor care vor lucra în secțiile de ATI. Aceste măsuri pot fi utile și în cazul apariției primelor simptome ale sindromului.

Consilierea psihologică ar trebui focalizată pe factorii specifici recuperării psihologice și fizice

ale subiectului, în primul rând pe măsurile de relaxare (hobby-uri, activități fizice, muzică etc., dar mai ales de recuperare a somnului), dar și măsuri de reajustare a interrelațiilor sociale negative (exemplu – evitarea persoanelor care acuză neplăceri în permanență, care vehiculează idei catastrofice etc.).

În cazul utilizării **metodelor psihoterapiei**, opinăm pentru utilizarea metodelor de relaxare (37) și a psihoterapiei cognitiv-comportamentale (34) mai ales la cei care încep să recurgă la alcool, la o dietă nesănătoasă – dar agreată de subiect – intensificarea fumatului sau renunță/reduc activitatea fizică. O metodă de dată mai recentă menită să introducă în activitatea profesioniștilor expuși la SBO (inclusiv anesteziștii) (5) este aducerea copiilor angajaților în apropierea locului de muncă (zonele de repaus, alimentare), fapt ce permite contacte chiar și pasagere, în pauze, menite să împrăspăteze energia de stres.

De asemenea, considerăm că **o serie de ținte veritabile ale psihoterapiei, în variatele sale forme de aplicare**, ar putea fi constituite de acei anesteziști (inclusiv rezidenți, asistente) care prezintă câteva **tipologii comportamentale predispozante pentru acumularea unor stresuri numeroase**, și anume a SBO, descrise de Wasilevski (5):

- cei cu abordare idealistă/vocațională a profesiei de ATI (confrunțați cu unele aspecte negative inerente specialității);
- cei care sunt afectați de o instabilitate profesională generată de schimbările în sistemul de asistență medicală (ibidem);
- cei care compensează anumite carențe afective, neîmpliniri din viața personală, fie prin adoptarea unor atitudini paternaliste cu caracter de „adopteie” a bolnavilor pe care îi îngrijesc o perioadă mai lungă de timp.

La aceste categorii de bolnavi mai pot fi adăugate:

- tipul workaholic, a specialistului tenace, care încearcă să-și perfecționeze mijloacele sale de lucru printr-un studiu acerb, abuziv, desfășurat în timpul său liber, timp ce ar trebui consacrat recuperării (38);
- acei profesioniști din ATI la care dispar idealurile, scopul în viață și scad performanțele (4).

O metodă psihoterapeutică complexă, deja consacrată, în combaterea SBO este Terapia Balint – care constă într-un proces cathartic, desfășurat sub forma unui veritabil consult al medicului cu ajutorul unui grup Balint, format din medici și psihologi, cărora li se confesează, reușind să primească sfaturi capabile să-i sporească resursele adaptative (5,39). Well Being Therapy a început să fie deja utilizată și

de alți specialiști în variate tulburări psihiatrice (40), existând perspective de a servi și personalului

ATI, la fel ca și o altă metodă cu virtuți cathartice, Psihodrama (41).

BIBLIOGRAFIE

1. **Sells B.** (1970). On the nature of stress, in Mc Grath J.E. (ed.) Social and psychological factors in stress. Rinehart and Winston, New York, pp. 134-139
2. **Hagau N., Pop R.S.** Prevalence of burnout in Romanian anaesthesia and intensive care physicians and associated factors, *Jurnalul Român de Anestezie Terapie Intensivă* 2012, Vol. 19, Nr. 2, 117-124
3. **Arora M., Asha S., Chinappa J., Diwan A.** Review article: Burnout in emergency medicine physicians; *Emergency Medicine Australasia*, 2013; 25, 491-495.
4. **Maslach C.**, Job burnout: New direction in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 2003; 12(5), 189-192
5. **Wasilewski B.W.** (2015), Psihosomatic Institute in Warsaw, Poland, Balint groups in the prevention of the burnout syndrome, *Bul. Asoc. Balint* 67,12-17
6. **Sirghie R.E., Iamandescu I.B.** Factori bio-psiho-sociali de risc profesional la personalul ATI. *Revista Medicală Română*, 2015, LXII, nr. 3, pp. 266-271
7. **Maslach C.**, Job burnout: New direction in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 2003, 12(5), 189-192
8. **Schaufeli W., Maslach C., Marek T.** Profesional burnout: Research developments in theory and reserch. *Taylor & Francis*. 1993, Washington, D.C
9. **Maslach C., Leiter M.** The true about burnout: How organizational causes personal stress and what to do about it. *San Francisco: Jossey-Bass Publishers*, 1997
10. **Trif A.B.** (2000), The burnout syndrom, Buletinul informativ al Asociației Balint din România, nr. 5, March 2000, pp. 11-12
11. **Poghosyan L., Aiken L., Sloane D.** Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries, *International Journal of Nursing Studies*, 2009, 46:894-902
12. **Garza J.A., Schneider K.M., Promecene P., Monga M.** Burnout in Residency: A Statewide Study, *Southern Medical Journal*. 97(12); 1171-1173, December. 2004
13. **Putnik K., Houkes I.** Work related characteristics, work-home and home-work interference and burnout among primary healthcare physicians: A gender perspective in a Serbian context. *BMC Public Health* 2011; 11: 716
14. **Lederer W., Kinzl J.F., Trefalt E., Traweger C., Benzer A.** Significance of working conditions on burnout in anesthetists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006; 50: 58-63
15. **Raggio B., Malacarne P.** Burnout in intensive care unit. *Minerva Anestesiol* 2007; 73: 195-200
16. **Iamandescu I.B., Cioca I.** Vulnerabilitatea la stres, în Iamandescu I.B., Sinescu C.J. (ed.) Psihocardologie. Ed. ALL, București, 2015
17. **Iamandescu I.B.** Stresul psihic, în Iamandescu I.B. (red.), Manual de psihologie medicală. Ed. Infomedica, București, 2010
18. **Toffler A.** Șocul viitorului, Ed. Politică, București, 1984
19. **Sensky T.** Chronic emblitterment organisational justice. *Psychother Psychosom*, (2010):79, 65-72
20. **Floru R.** Stresul psihic Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1974
21. **Iamandescu I.B.** Stresul psihic din perspectiva psihologică și psihosomatică. *Infomedica*, București, 2002
22. **Fritzsche K., în Fritzsche K., Wirsching M.** Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. *Springer, Heidelberg*, 2003
23. **Lazarus R.S., Folkman S.** (1984) Stress, Appraisal and Coping. New York, Springer
24. **Willi J.** Die personliche Nische, in Buddeberg C., Willi J., Psychosoziale Medizin, Springer, Berlin Heidelberg, 1988, pp. 277-278
25. **Selye H.** De la vis la descoperire. Ed. Medicală, București, 1968
26. **Birkenbihl V.** Stresul psihic – un prieten prețios? Ed. Gemma Print, București, 1999
27. **Ryff C.D.** Hapiness is everything or is it? Exploration of meaning of psychol well-being. *J.Pers. Soc. Psychol.*, 1989:57, 1069-1081
28. **Jahoda M.** Current Concepts of Positive Mental Health. New York, Basic Books, 1958.
<https://archive.org/details/currentconceptso-00jaho>.
29. **Ellis A., Becker I.** A Guide to Personal Happiness. Hollywood, Melvin Powers Wilshire Book Company, 1982
30. **Fordyce M.W.** A program to increase happiness. *J Couns Psychol* 1983; 30:483-489
31. **Lewin K.** Psychologie dynamique. PUF. Paris, 1967
32. **Linton R.** Fundamentul cultural al personalității. Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1968
33. **Fava G.A.** Well Being Therapy. Karger, Basel, 2016
34. **Holdevici I.** Gândirea pozitivă. Ed. Drago-Print, București, 2000
35. **Muntean A.** Reziliența, în Muntean A., Munteanu A. Violentă. Traumă. Reziliență. Polirom, Iași, 2011, pp. 337-323
36. **Ionescu S.** (2008). Al treilea Forum International: Securitate psihologică, traumă, resiliență. Sofia.
37. **Ropoteanu A., Juncu A.** (2015). Tehnici de relaxare și hipnoterapie în bolie cardiovasculare, în Iamandescu I.B., Sinescu Crina J. (red.) Psihocardologie, Ed. ALL, București, pp. 261-275
38. **Palmer R.G., Spaid W.M.** (1996), Authoritarianism, inner/other directedness, and sensation seeking in firefighter/paramedics: Their relationship with burnout. *Prehospital and Disaster Medicine*, 11 (1), 11-15
39. **Trif A.B.** The ethics of teaching medicine before residency – American and Romanian features, Buletinul Asociației Balint din România, vol. VIII, nr. 30, June 2006, p 14-18.
40. **Fava G.A.** Well Being Therapy: current indications and emerging perspectives. *Psychother. Psychosom*. 2016; 83, 3, 136-145
41. **Iamandescu D., Turcu C.** (2015) Psihodrama, în Iamandescu I.B., Sinescu Crina J. (red.) Psihocardologie, Ed. ALL, București, pp. 277-289