



Sociologie Românească

ISSN: 2668-1455 (print), ISSN: 1220-5389 (electronic)

**PEDAGOGIA UMILINȚEI: VIOLENȚĂ SIMBOLICĂ ȘI FORMARE
PROFESIONALĂ ÎN EDUCAȚIA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ.
O ANALIZĂ SOCIOLOGICĂ A DISCURSULUI PROFESIONAL
DIN MEDIUL ONLINE MEDICAL**

Radu-Mihai DUMITRESCU

Sociologie Românească, 2026, vol. 24, Issue 1, pp. 33-63

<https://doi.org/10.33788/sr.24.1.2>

Published by:
Expert Projects Publishing House



On behalf of:
Research Institute for Quality of Life, Romanian Academy
and
Romanian Sociology Association

PEDAGOGIA UMILINȚEI: VIOLENȚĂ SIMBOLICĂ ȘI FORMARE PROFESIONALĂ ÎN EDUCAȚIA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ. O ANALIZĂ SOCIOLOGICĂ A DISCURSULUI PROFESIONAL DIN MEDIUL ONLINE MEDICAL

Radu-Mihai DUMITRESCU¹

Abstract

Medical education in Romania remains deeply shaped by hierarchical traditions and symbolic power relations inherited from its institutional past. Within clinical training, humiliation and disrespect often function as implicit pedagogical tools rather than as deviations from ethical norms. This study explores how symbolic violence, professional habitus, and institutional power are reproduced in the discourse of Romanian medical professionals. It aims to understand how young doctors and students experience and internalize hierarchical domination and how these processes affect empathy, motivation, and professional identity. Using a qualitative, interpretive design, the research analyzes Facebook discussions among Romanian physicians regarding experiences of humiliation, mentorship, and respect in university hospitals. Thematic analysis, guided by Bourdieusian and Foucauldian frameworks, identifies recurrent discursive patterns and emotional repertoires that reflect the moral climate of medical education. Findings reveal four dominant themes: (1) humiliation as a ritual of initiation; (2) cultural normalization of abuse; (3) silent resistance and moral survival; and (4) erosion of empathy and vocational motivation. These themes demonstrate that symbolic violence has become a normalized component of professional socialization. The study argues that genuine reform in Romanian medical education must address not only curriculum and infrastructure but also the deeper cultural logic of power, respect, and human dignity embedded in institutional practice.

Keywords: symbolic violence, medical education, professional habitus, power relations, empathy, Romanian healthcare.

¹ Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea din București, București, ROMÂNIA. E-mail: radu.dumitrescu@medicover.ro.

Résumé

L'enseignement médical en Roumanie reste profondément marqué par des traditions hiérarchiques et des rapports de pouvoir symboliques hérités de son passé institutionnel. Dans le cadre de la formation clinique, l'humiliation et le manque de respect fonctionnent souvent comme des outils pédagogiques implicites plutôt que comme des déviations des normes éthiques. Cette étude explore la manière dont la violence symbolique, l'habitus professionnel et le pouvoir institutionnel se reproduisent dans le discours des professionnels de santé roumains. Elle vise à comprendre comment les jeunes médecins et les étudiants vivent et intériorisent la domination hiérarchique et comment ces processus affectent l'empathie, la motivation et l'identité professionnelle. À l'aide d'une approche qualitative et interprétative, la recherche analyse les discussions Facebook de médecins roumains concernant leurs expériences d'humiliation, de mentorat et de respect dans les hôpitaux universitaires. L'analyse thématique, guidée par les cadres théoriques de Bourdieu et de Foucault, identifie des schémas discursifs récurrents et des répertoires émotionnels qui reflètent le climat moral de l'enseignement médical. Les résultats révèlent quatre thèmes dominants: (1) l'humiliation comme rite d'initiation; (2) la normalisation culturelle des abus; (3) la résistance silencieuse et la survie morale; et (4) l'érosion de l'empathie et de la motivation professionnelle. Ces thèmes démontrent que la violence symbolique est devenue une composante normalisée de la socialisation professionnelle. L'étude soutient qu'une véritable réforme de l'enseignement médical roumain doit s'attaquer non seulement aux programmes et aux infrastructures, mais aussi à la logique culturelle sous-jacente du pouvoir, du respect et de la dignité humaine qui imprègne les pratiques institutionnelles.

Mots-clés: violence symbolique, enseignement médical, habitus professionnel, rapports de pouvoir, empathie, système de santé roumain.

Introducere

În educația medicală, dinamica umilinței și a violenței simbolice este adesea înrădăcinată în cultura instituțională, marcată de structuri ierarhice și practici normative percepute. Acest fenomen are ramificații considerabile asupra bunăstării psihologice a studenților, a capacităților de învățare și a dezvoltării generale a identității profesionale.

Umlința în formarea medicală este frecvent perpetuată printr-o cultură a hărțuirii și intimidării, unde studenții raportează experiențe de abuz verbal și umilire publică din partea cadrelor didactice și a colegilor studenți. Cercetările realizate de Colenbrander *et al.* (2020) evidențiază faptul că aproximativ 74% dintre studenții la medicină din Australia au fost victime ale umilinței intelectuale,

un număr și mai mare (86%) fiind martori la astfel de acte în mediile lor clinice, sugerând o cultură omniprezentă a fricii și necesitatea rezilienței în rândul studenților la medicină. Prin contrast, studiul realizat de Beley, & Dimaya (2023) în sudul Filipinelor constată că studenții acceptă adesea aceste presiuni ierarhice ca aspecte inerente ale educației lor, indicând o normalizare îngrijorătoare a unor astfel de experiențe. Această acceptare poate duce la efecte negative asupra sănătății mintale a studenților și rezidenților, cristalizând și mai mult problemele sistemice implicate în educația medicală.

Rolul umilinței ca instrument pedagogic a fost analizat pe larg. Kerins *et al.* (2020) discută despre modul în care metodele tradiționale care utilizează frica și rușinea pot avea un impact negativ asupra învățării prin inhibarea capacității studenților de a procesa informațiile eficient. Studiile au arătat că răspunsurile emoționale negative favorizează un răspuns la rușine, în care studenții echivalează experiențele umiltoare cu capacitățile lor ca viitori practicieni (Bynum, 2015). Acest ciclu este întărit de mecanismele de feedback, care indică faptul că studenții internalizează feedbackul umilitor, crezând că este justificat și meritat, exacerbând astfel sentimentele de inadecvare (Bynum, & Goodie, 2014).

Mai mult, conceptul de violență simbolică (formele subtile și insidioase de presiune care impun dinamica puterii fără agresiune evidentă) stă la baza multor experiențe ale studenților în mediile medicale. Hughes (2019) discută despre modul în care mediile educaționale pot perpetua aceste ierarhii, obstrucționând experiențe de învățare autentice și promovând medii în care bullyingul este un fenomen obișnuit. Acest lucru se aliniază cu descoperirile lui Mbada *et al.* (2020), care demonstrează că comportamentele de bullying, inclusiv umilința, sunt alarmant de răspândite nu numai în educația medicală, ci și în alte contexte de formare a profesioniștilor din domeniul sănătății, cum ar fi fizioterapia.

Implicațiile pe termen lung ale unor astfel de medii pot fi profunde, deoarece expunerea cronică la umilință și bullyingul în timpul instruirii poate duce la o reziliență emoțională redusă și la o anxietate crescută în rândul studenților la medicină, afectând în cele din urmă practica lor profesională viitoare (Gaberson *et al.*, 2024). Probleme precum anxietatea, scăderea autoeficacității și sentimentele de epuizare sunt adesea raportate, sugerând că dinamica actuală a educației nu afectează doar studenții individuali, ci poate avea și implicații de anvergură asupra îngrijirii pacienților și a rezultatelor asistenței medicale (Lee *et al.*, 2022; Laws *et al.*, 2019).

Împletirea umilinței și a violenței simbolice în cadrul educației medicale reflectă o problemă critică ce necesită o examinare și o intervenție cuprinzătoare. Normalizarea unor astfel de practici nu numai că subminează experiența educațională, dar pune la îndoială și fundamentele etice ale formării medicale, afectând în cele din urmă calitatea asistenței medicale oferite de viitorii practicieni.

Contextul general al cercetării

Formarea medicală universitară reprezintă una dintre cele mai complexe forme de socializare profesională, în care tinerii adulți trec de la statutul de studenți la cel de practicieni într-un domeniu caracterizat de ierarhii rigide, simbolism instituțional și o puternică încărcătură etică. În România, trecerea de la faza preclinică (teoretică) la cea clinică (de practică spitalicească) marchează nu doar un pas profesional, ci și o confruntare cu o cultură organizațională specifică, una în care autoritatea, experiența și statutul didactic sunt adesea folosite ca instrumente de control, mai degrabă decât ca resurse de mentorat.

Această realitate este surprinsă destul de des în spațiul public digital, în special pe rețelele sociale profesionale sau semiprofesionale (grupuri de Facebook ale medicilor și studenților la medicină). Acolo, se conturează o imagine coerentă a unui sistem educațional medical marcat de abuz simbolic, umilință și lipsă de empatie instituțională. Postări precum cea analizată în acest studiu, în care părinți și medici povestesc despre tratamente umilitoare, dispreț, aroganță sau lipsă de respect față de studenți, nu par să fie evenimente izolate, ci pot contura simptome ale unei culturi instituționalizate a dominației simbolice. Frecvența și convergența narativă a comentariilor sugerează că experiențele relatate nu sunt percepute de participanți ca episoade izolate, ci ca parte a unui tipar instituțional mai larg.

Prin urmare, cercetarea de față își propune să investigheze, printr-o analiză de conținut a discursului online, modul în care se construiesc și se legitimează discursiv experiențele de umilire și putere în formarea medicală și cum acestea reflectă și reproduc structuri mai largi ale câmpului medical românesc.

Relevanța sociologică și teoretică

Într-o perspectivă sociologică, câmpul medical poate fi analizat prin prisma teoriei lui Pierre Bourdieu (1990), care definește „câmpul” ca un spațiu social de poziții și relații de putere, în care actorii luptă pentru capitaluri specifice (cultural, simbolic sau social). În cazul educației medicale, cadrele universitare, rezidenții, asistentele și studenții ocupă poziții ierarhice distincte, iar interacțiunile dintre ei sunt mediate de distribuția inegală a capitalului simbolic, care cuprinde prestigiul profesional, titlurile academice, vârsta și vechimea în sistemul medical (Bourdieu, & Passeron, 1977).

Fenomenul descris în postările analizate ilustrează perfect ceea ce Bourdieu numește violență simbolică: exercitarea unei forme de dominație acceptate tacit de cei dominați, percepută ca legitimă și naturală (Bourdieu, & Passeron, 1977). Mai mulți participanți folosesc formule de normalizare a experiențelor descrise, precum „așa e peste tot”, „te întărește” sau „așa era și acum 50 de ani”, indicând o acceptare discursivă a ierarhiei și a umilirii.

De asemenea, această perspectivă poate fi completată de analiza foucauldiană a puterii disciplinare. În logica lui Michel Foucault (1977, 1982), instituțiile moderne, inclusiv spitalele și universitățile, funcționează printr-o rețea de microputeri care supraveghează, evaluează și modelează comportamentele. Puterea nu se exercită doar vertical, ci se difuzează capilar, în gesturi, în priviri și în norme nescrise. În formarea medicală, această disciplină se manifestă prin evaluări constante, prin umiliri subtile, prin marginalizarea celor care „nu se conformează”.

Astfel, prin combinarea teoriilor lui Bourdieu și Foucault, putem observa că în câmpul medical românesc puterea simbolică se încrustează într-o practică disciplinară cotidiană, iar violența instituțională devine o formă de socializare profesională.

Dimensiunea etică și psihosocială a fenomenului

Dincolo de interpretarea sociologică, fenomenul ridică probleme de etică profesională și de sănătate publică. Educația medicală ar trebui să cultive empatia, compasiunea și respectul față de demnitatea umană (World Medical Association, 2017). În realitate, abuzul simbolic și comunicarea disprețuitoare pot duce la pierderea empatiei, la burnout emoțional și la migrația medicilor tineri, nu doar din motive economice, ci din dorința de demnitate și respect profesional (Dyrbye *et al.*, 2006; West *et al.*, 2016).

Numeroase studii arată că experiențele de umilire și hărțuire sunt frecvente în mediul medical global: între 30 și 60% dintre studenți raportează agresiuni verbale sau abuzuri psihologice în timpul formării (Lawrence *et al.*, 2018; Parra Larrotta *et al.*, 2025; Singh *et al.*, 2025). În România, studiile sunt puține, dar datele disponibile arată o prevalență ridicată a agresiunilor verbale și o percepție generalizată a lipsei de respect în mediul spitalicesc (Simache, 2019; Rus *et al.*, 2024). Aceste comportamente nu sunt doar devieri morale individuale, ci simptome ale unui sistem educațional rigid, care confundă autoritatea cu superioritatea și disciplina cu violența.

Dimensiunea discursivă: rețelele sociale ca oglindă a culturii profesionale

Rețelele sociale oferă astăzi un teren privilegiat pentru analiza fenomenelor culturale și instituționale. În cazul formării medicale, Facebook funcționează ca un spațiu hibrid de confesiune, protest și solidaritate profesională (Marwick, & Boyd, 2011). Comentariile la postarea analizată arată nu doar o suferință individuală, ci o memorie colectivă a abuzului, o narațiune comună despre ce înseamnă „*să fii medic în România*”. Analiza de conținut a acestor comentarii permite observarea

mecanismelor de dezvăluire prin discurs a umilinței: normalizarea violenței („așa e peste tot”, „te călește”), justificarea ierarhiilor („au experiență, trebuie respectați”), opoziția morală („unde e empatia?”) și ironia sau resemnarea („bine ați venit în sistem!”). Astfel, spațiul digital devine o arenă reflexivă, în care medicii își negociază identitatea profesională între tradiție și revoltă, între cinism și idealism.

Justificarea și contribuția cercetării

Această cercetare propune o analiză interdisciplinară care interpretează sociologic experiențele relatate de medici și studenți în mediul digital ca forme de discurs despre putere și dominație, integrează o perspectivă etică și psihologică, evidențiind impactul asupra formării empatiei și asupra sănătății mentale, problematizează cultura organizațională medicală ca factor de risc pentru calitatea sistemului sanitar și utilizează rețelele sociale ca sursă de date calitative, reflectând reprezentările colective despre autoritate și demnitate profesională. Într-un context în care exodul tinerilor medici continuă, iar încrederea publică în instituțiile medicale scade, o astfel de cercetare nu este doar o analiză academică, ci o contribuție la înțelegerea sociologică a demnității în profesiile vocaționale.

Obiective și întrebări de cercetare

Obiectivul general al acestui studiu este analiza modului în care violența simbolică, habitusul profesional și relațiile de putere sunt construite, legitimate și reproduse în discursul online al medicilor și al studenților, în contextul formării medicale românești. Obiectivele specifice au urmărit identificarea formelor discursive ale umilirii și dominației simbolice în mediul profesional medical online și analiza modului în care aceste practici contribuie la socializarea profesională și la modelarea identității medicilor tineri. Explorarea tensiunii dintre funcția formativă informală a acestor practici și caracterul lor de violență simbolică instituționalizată și evaluarea implicațiilor asupra empatiei, motivației și culturii organizaționale medicale au constituit alte obiective specifice. Întrebarea centrală de cercetare a fost: Cum sunt articulate și normalizate practicile de umilire și violență simbolică în discursurile medicilor și studenților din mediul online și în ce măsură acestea contribuie la reproducerea relațiilor de putere și a habitusului profesional în educația medicală din România?

Cadrul teoretic

Puterea ca mecanism de socializare profesională

Educația medicală, în special în faza clinică, reprezintă un teren fertil pentru analiza mecanismelor de putere, ierarhie și socializare profesională. În acest context, puterea nu se manifestă doar prin autoritate formală, ci printr-o multitudine de practici simbolice, discursuri și ritualuri de inițiere care definesc „ce înseamnă să fii medic”. Pentru a înțelege structura și funcționarea acestor dinamici, cercetarea de față se sprijină pe trei perspective complementare:

Teoria câmpului și a violenței simbolice (Pierre Bourdieu) – explică reproducerea ierarhiilor și interiorizarea dominației;

Teoria disciplinei și a micro-puterii (Michel Foucault) – analizează mecanismele subtile de control și supraveghere în instituțiile medicale;

Abordarea etico-comunicativă a formării medicale – explorează dimensiunea morală, empatică și relațională a procesului educațional.

Aceste trei dimensiuni se întrepătrund într-un sistem instituțional care legitimează comportamentele abuzive nu ca devieri morale, ci ca ritualuri de profesionalizare.

Perspectiva lui Bourdieu: câmpul medical și violența simbolică

Pierre Bourdieu (1977, 1998, 1990) definește câmpul social ca un spațiu de luptă pentru resurse simbolice, în care fiecare actor își negociază poziția în funcție de capitalurile deținute: capital cultural (cunoștințe, diplome, competență), capital social (rețele profesionale, influență) și capital simbolic (prestigiu, recunoaștere publică). În câmpul medical, aceste capitaluri sunt profund ierarhizate: profesorii universitari dețin monopolul capitalului simbolic, asistentele „senioare” au capital de experiență și control practic, iar studenții se află în poziția de inferioritate structurală. Această distribuție asimetrică produce un sistem de dependență și obediență care structurează fiecare interacțiune. Violența simbolică intervine atunci când această dominație este acceptată și interiorizată de cei dominați. În contextul formării medicale, studenții ajung să creadă că umilirea, sarcasmul și disprețul sunt „parte din procesul de învățare”. Se conturează astfel un habitus profesional în care rezistența e percepută ca insubordonare, iar suferința devine criteriu al validității („te călește pentru viață”).

Literatura recentă aplică frecvent conceptul de violență simbolică în analiza educației medicale; regăsim studii care arată că socializarea profesională în medicina universitară se bazează pe practici de diferențiere, gesturi, limbaj și atitudini care marchează diferența dintre „cei inițiați” și „cei noi” (Gomes & Rego, 2013; Olsson *et al.*, 2019). În România, această logică se reproduce în cultura

clinică universitară, unde tinerii sunt adesea tratați ca „invizibili” sau „neaveniți”; mai multe comentarii evidențiază faptul că procesul de formare profesională implică nu doar acumularea de cunoștințe, ci și adaptarea la ierarhii instituționale și la norme implicite de tăcere și conformare. Astfel, habitusul medical românesc se formează nu doar prin acumulare de cunoștințe, ci și prin internalizarea ierarhiei și a tăcerii. În cuvintele lui Bourdieu, puterea simbolică reușește pentru că „se exercită cu complicitatea celor care o suferă”.

Perspectiva lui Foucault: disciplina, supravegherea și microputerea

Michel Foucault (1977, 1982) aduce o perspectivă complementară; puterea nu este doar o relație verticală (profesor-student), ci un mecanism difuz, omniprezent, interiorizat. Instituțiile moderne (spitale, școli și universități) sunt „mașini disciplinare” care produc subiecți docili, printr-o combinație de supraveghere, evaluare și normalizare. În spitalele universitare, această disciplină se manifestă prin controlul temporal (program strict, prezență și raportări), controlul vizual (supervizarea constantă a activităților clinice), controlul discursiv (cine are voie să vorbească, când și despre ce) și sancțiuni simbolice (ironie, ridiculizare sau marginalizare).

Foucault arată că puterea produce „corpurile supuse” („*corps dociles*”), capabile să funcționeze eficient în cadrul instituțional, dar private de autonomie și reflexivitate. În mediul medical românesc, formarea profesională reproduce aceste logici disciplinare (studentul bun este cel care tace, se supune și nu „deranjează”). În consecință, micro-puterile, manifestate prin atitudinile asistentei, sarcasmul rezidentului sau tăcerea profesorului, consolidează un regim al obedienței. Umilirea nu mai apare ca un abuz, ci ca o tehnologie de formare.

Dimensiunea etico-comunicativă: empatie, respect și burnout

Etica medicală modernă se întemeiază pe principiul respectului pentru demnitatea umană, atât a pacientului, cât și a colegului. Declarația de la Geneva (World Medical Association, 2017) cere explicit medicilor să trateze cu respect pe cei care îi formează și pe cei pe care îi formează. Totuși, această dimensiune morală este adesea eclipsată de cultura autoritară a formării clinice. Studiile privind comunicarea medicală arată că mediile educaționale caracterizate prin abuz, sarcasm și lipsă de feedback constructiv duc la scăderea empatiei și a motivației intrinseci (West *et al.*, 2016). Studenții expuși la violență simbolică prezintă o probabilitate mai mare de burnout și dezangajare profesională (Dyrbye *et al.*, 2006). Aceasta nu este doar o problemă psihologică individuală, ci o problemă de sănătate publică: un sistem medical format prin umilire produce profesioniști retrași emoțional și reduce calitatea relației medic-pacient. Empatia, componentă esențială a practicii medicale, nu poate fi predată teoretic dacă mediul instituțional nu o practică. După cum arată Branch (2010), „educația medicală fără

empatie instituțională devine o contradicție performativă”. Intervențiile analizate indică o discrepanță între valorile declarate ale empatiei în educația medicală și experiențele concrete relatate de participanți.

Rețelele sociale ca spațiu de discurs reflexiv

Rețelele sociale reprezintă, în epoca digitală, un nou câmp discursiv în care profesioniștii medicali negociază public experiențele de putere, umilire și rezistență. Conform lui Marwick, & Boyd (2011), spațiul online nu este doar o platformă de comunicare, ci o „arenă performativă” în care identitățile profesionale sunt construite și contestate.

În contextul românesc, grupurile de Facebook ale medicilor funcționează ca un spațiu de catharsis colectiv, dar și de autoreflexivitate instituțională. Un număr semnificativ de comentarii (aproximativ două treimi) descriu experiențe recurente de umilire și abuz, sugerând existența unei memorii colective a acestor practici în mediul medical. Comentariile la postarea analizată evidențiază reproducerea discursului dominant („așa a fost mereu, trebuie să rezisti”), emergența unei contra-narațiuni critice („nu mai există empatie, doar orgoliu”) și conștiința istorică a stagnării („nimic nu s-a schimbat în 27 de ani”). Aceste observații confirmă ideea că mediul digital oferă nu doar date descriptive, ci și o fereastră către reprezentările culturale ale puterii (Papacharissi, 2015). Într-un sens descris de Bourdieu, spațiul online devine un „câmp paralel”, unde capitalul simbolic tradițional (titlurile și ierarhia) este temporar suspendat, permițând exprimarea critică a celor marginalizați în câmpul instituțional.

Teoriile lui Bourdieu și Foucault, completate de etica medicală și comunicarea organizațională, permit formularea unei înțelegeri complexe a formării medicale românești, așa cum am redat în tabelul 1.

Tabel 1. Complementaritatea perspectivelor teoretice

Dimensiune	Mecanism central	Efect asupra studentului	Relevanță sociologică
Bourdieu	Violență simbolică, habitus, capital simbolic	Interiorizarea dominației	Reproducerea ierarhiilor profesionale
Foucault	Microputere, disciplină, supraveghere	Docilizare, obediență	Control instituțional difuz
etică și comunicare	Lipsa empatiei, burnout, pierderea vocației	Alienare, demotivare	Scăderea calității umaniste a actului medical
Spațiu digital	Discuție publică, confesiune, contra-discurs	Reflexivitate critică	Redefinirea culturii profesionale

Comentariile analizate sugerează existența unui sistem de putere extins, în care dominația simbolică, disciplina instituțională și distanțarea emoțională sunt frecvent menționate ca elemente interdependente. În același timp, emergența discursurilor critice online oferă o șansă de reechilibrare culturală: medicii tineri își pot revendica spațiul de demnitate și pot expune public mecanismele abuzive ale formării.

Metodologia cercetării

Designul general al studiului

Cercetarea de față adoptă un design calitativ exploratoriu, fundamentat pe analiza de conținut tematic a discursurilor publice exprimate în mediul digital. Obiectivul principal este de a identifica și interpreta modurile în care medicii descriu, legitimează sau contestă experiențele de putere și umilire în contextul formării medicale universitare din România. Alegerea unei metodologii calitative este justificată de natura fenomenului studiat: violența simbolică și micro-puterile instituționale nu pot fi cuantificate direct, ci sunt vizibile prin manifestările lor discursiv-semantice, prin limbaj, ton, metafore, narațiuni și expresii colective ale experienței. În acord cu abordarea constructivistă a cercetării sociale (Charmaz, 2014), analiza urmărește să descopere sensurile atribuite de participanți propriilor experiențe, în loc să impună un cadru interpretativ extern.

Sursele de date și contextul empiric

Datele provin dintr-o postare publică pe un grup profesional de Facebook dedicat medicilor din România (intitulat „Medici la datorie”, <https://www.facebook.com/groups/1667018620201805>, 51,8 mii de membri), însoțită de peste 70 de comentarii și răspunsuri provenind de la medici; în primele 24 de ore de la momentul postării (14 octombrie 2025, la 2:17) s-au colectat aceste comentarii și au fost observate și un număr de 427 reacții (emoticoane), non-textuale (274 acord față de postare și 145 figură tristă înlăcrimată). Acest tip de spațiu digital este semipublic, accesibil unei comunități profesionale, dar suficient de deschis încât să devină o „scenă” a discursului colectiv (Marwick, & Boyd, 2011). Rețelele sociale sunt tot mai utilizate ca surse de date pentru analiza culturii profesionale și a reprezentărilor instituționale (Espeland, & Sauder, 2007; Resnyansky, 2019; Toivonen *et al.*, 2019). În cazul de față, Facebook funcționează ca spațiu de mărturie și dezbateri despre viața medicală, dar și ca arenă de exprimare a nemulțumirii, solidarității sau cinismului.

Descrierea corpusului: Corpusul analizat include o postare principală (autor: medic, părinte al două studente la medicină) și 70 de comentarii asociate, provenind de la medici, cadre universitare, rezidenți și foști studenți. Unitatea de analiză este comentariul individual, iar unitatea de context o reprezintă lanțul conversațional. Fiecare comentariu a fost tratat ca o expresie individuală a unui discurs colectiv, o fereastră asupra percepției asupra relațiilor de putere și a culturii medicale universitare.

Criterii de selecție: Selecția materialului empiric a urmat un set de criterii intenționale, specifice cercetării calitative exploratorii. A fost inclusă o postare publică relevantă dintr-un grup profesional de Facebook dedicat medicilor din România, aleasă datorită nivelului ridicat de interacțiune, relevanței tematice și densității narative privind experiențele de umilire și relațiile de putere în formarea medicală. Astfel, criteriile de includere au fost: caracterul public și accesibil al conținutului, relevanța explicită pentru tema formării medicale și a experiențelor de socializare profesională, participarea preponderentă a actorilor din câmpul medical (medici, rezidenți, studenți), volum suficient de comentarii pentru a permite identificarea unor tipare discursive recurente și existența unui context conversațional coerent care să reflecte dinamici instituționale, nu doar opinii izolate. Selecția nu urmărește reprezentativitate statistică, ci relevanță analitică și densitate interpretativă, în acord cu logica cercetării calitative și cu obiectivul de a explora mecanisme simbolice și culturale, mai degrabă decât de a produce generalizări cantitative.

Considerații etice: Toate textele analizate provin dintr-un spațiu public accesibil și au fost anonimizate pentru a proteja identitatea autorilor. Niciun nume propriu sau detaliu personal nu este citat. Cercetarea respectă principiile eticii în analiza datelor digitale (Markham, & Buchanan, 2012), inclusiv protejarea confidențialității și a dreptului la intimitate, tratarea textelor ca documente culturale, nu ca date personale și contextualizarea citatelor pentru a evita interpretările deturnate.

Procedura de analiză: Analiza de conținut a urmat un proces inductiv-deductiv, bazat pe modelul Braun, & Clarke (2006) pentru analiza tematică reflexivă. Familiarizarea cu datele a presupus citirea integrală a textului postării și a comentariilor, notarea observațiilor preliminare. Codificarea inițială s-a făcut prin identificarea cuvintelor, expresiilor și formulărilor recurente. Construirea temelor s-a bazat pe gruparea codurilor în teme conceptuale (de exemplu: „umilire și dispreț”, „normalizare a abuzului”, „nostalgie și resemnare”, „rezistență morală”). Rafinarea și validarea temelor a presupus revizuirea sistematică a fragmentelor pentru a confirma coerența internă și diferențierea intertematică. Interpretarea reflexivă s-a concentrat pe conectarea temelor emergente cu cadrele teoretice ale lui Bourdieu și Foucault.

Codurile tematice s-au împărțit în trei categorii analitice:

- Discursive – expresii și tropi lingvistici (ex. „*așa e peste tot*”, „*te călește*”, „*nimic nu s-a schimbat*”);
- Afective – marcatori emoționali (ex. „*trist*”, „*umilitor*”, „*frustrare*”, „*dezgust*”);
- Structurale – referințe la ierarhie, autoritate, orgoliu, relații de dominație („*profesorii*”, „*asistentele*”, „*puterea*”).

Aceste categorii au permis o lectură pe mai multe niveluri: lingvistic, emoțional și instituțional. Notă: toate citatele scrise italic provin din postarea inițială și comentariile analizate.

Justificarea metodologică: Analiza discursivă a comentariilor online oferă o perspectivă unică asupra culturii profesionale, deoarece dezvăluie discursul nefiltrat, în afara constrângerilor academice, reflectă percepția colectivă și emoțională a realității instituționale și permite observarea proceselor de socializare simbolică în timp real. După cum arată Papacharissi (2015), rețelele sociale funcționează ca „spații afective”, unde emoțiile devin instrumente de construcție identitară și critică socială. În acest sens, analiza comentariilor de pe Facebook nu se reduce la o simplă colecție de opinii, ci oferă acces la mecanismele culturale de legitimizare și contestare a puterii. Rigoarea analizei calitative a fost asigurată prin triangulare teoretică (combinarea perspectivelor Bourdieu-Foucault-etica medicală), reflexivitate analitică (recunoașterea poziției cercetătorului și a influenței propriilor așteptări asupra interpretării) și coerență internă (verificarea consistenței codurilor). Conform criteriilor propuse de Lincoln, & Guba (1985) validitatea calitativă a fost abordată prin credibilitate, transferabilitate și posibilitatea confirmării (Hutchinson, 1993).

Limite metodologice: Această cercetare, de natură exploratorie, prezintă câteva limite inerente. Dimensiunea eșantionului este redusă și corpusul provine dintr-o singură postare; generalizarea este limitată. Lipsa contextului demografic (identitatea autorilor, vârstă, specializare și statut profesional) reprezintă o limitare importantă. Există un risc al biasului de autoselecție; cei care comentează online tind să aibă opinii mai polarizate. Analiza textuală este una fără observație directă; nu poate surprinde comportamentele nonverbale sau dinamica efectivă din spitale. Prin combinarea cadrului teoretic (putere, violență simbolică, etică profesională) cu analiza empirică a discursului digital, cercetarea oferă o perspectivă asupra mecanismelor de socializare prin umilire în formarea medicală românească. Rețelele sociale devin astfel un laborator discursiv unde se reflectă, se reproduc și se contestă structurile de putere ale sistemului medical. Rezultatele așteptate vizează nu doar descrierea fenomenului, ci și identificarea modalităților prin care discursurile critice pot constitui un nucleu de schimbare culturală în educația medicală. O altă limitare a prezentei analize este reducerea interpretativă la un singur cadru teoretic explicativ; extinderea direcțiilor teoretice și a corpului de surse de date poate conduce la o triangulare semnificativă și la o înțelegere mai

bună a modului în care umilirea poate funcționa ca mecanism de integrare, ca tehnică rituală de disciplinare sau chiar ca formă de violență simbolică. În acest sens, în secțiunea discuțiilor, abordăm și alte perspective teoretice pe care le considerăm utile pentru înțelegerea fenomenului și pentru analize ulterioare.

Analiza și interpretarea rezultatelor

Pentru a ancora analiza într-un context empiric recunoscut, secțiunea de față pornește de la postarea inițială care a declanșat conversația online. Într-un ton critic și reflexiv, medicul autor descrie trecerea fiicelor sale din etapa preclinică în cea clinică drept un moment de confruntare cu realitatea brută a sistemului medical românesc:

„Au trecut din preclinic în clinic și au intrat în lumea reală a sistemului medical românesc – o lume unde respectul se măsoară în grade didactice, iar bunul simț dispare odată cu halatul alb. Li se vorbește urât, sunt tratate cu dispreț, puse la colț doar pentru că îndrăznesc să fie pe o secție. (...) De-asta pleacă medicii tineri, nu pentru bani, ci pentru demnitate”.

Postarea a devenit un catalizator discursiv, generând zeci de comentarii care, în ansamblu, relevă structura morală a spațiului medical universitar: o cultură a umilinței, a rezistenței tăcute și a pierderii treptate a empatiei. Analiza tematică a comentariilor extrase din postarea de pe rețeaua socială a relevat un ansamblu coerent de reprezentări discursive despre relațiile de putere și experiența formării medicale. Dincolo de diversitatea expresiilor individuale, mesajele converg către o narațiune comună, aceea a unei culturi medicale autoritare, ierarhice și dezumanizante, care transformă umilirea într-o practică pedagogică implicită.

Patru teme majore au fost identificate:

- Umilirea ca ritual de inițiere profesională;
- Normalizarea abuzului și reproducerea culturală a violenței simbolice;
- Rezistența tăcută și supraviețuirea morală;
- Eroziunea empatiei și demotivarea vocațională.

Aceste teme nu sunt independente, ci interconectate într-un sistem de sensuri care reproduce o structură de dominație simbolică (Bourdieu, 1990) și o microdisciplină instituțională (Foucault, 1977) internalizată.

Tema umilirea ca ritual de inițiere profesională

O primă constantă discursivă este acceptarea umilinței ca parte inerentă a formării. Expresii precum „e doar începutul, te călește”, „așa e peste tot”, „așa a fost și acum 50 de ani” indică o naturalizare a suferinței ca etapă de validare profesională. Această narațiune corespunde conceptului de habitus instituțional, un set de dispoziții și așteptări interiorizate, care fac ca violența simbolică să fie

percepută ca firească (Bourdieu, & Passeron, 1977). Umilirea devine o formă de „rite de passage”, un test de rezistență morală, menită să îi separe pe „cei tari” de „cei slabi”. Comentariile referitoare la timpuri mai vechi („așa era și acum 50 de ani”, „ne ironizau, ne pedepseau pe nedrept”) sugerează existența unui arhetip istoric al umilinței în cultura medicală românească, transmis intergenerațional ca o moștenire profesională. Astfel, practicile de abuz verbal sau simbolic capătă o valoare pedagogică simbolică, transformând trauma într-o condiție de apartenență. Această logică inițiativă reflectă ceea ce Foucault (1982) ar descrie o „tehnologie a puterii”; subiectul este modelat prin disciplină și suferință, devenind docil și conform.

Tema normalizarea abuzului și reproducerea culturală

O altă dimensiune majoră a discursului este procesul de justificare morală și culturală a abuzului. Comentariile care încearcă să atenueze gravitatea fenomenului („nu sunt toate colectivele așa”, „sunt și oameni buni”, „e o lecție de viață”) demonstrează mecanisme de neutralizare a traumei (Sykes, & Matza, 2017). Aceste justificări funcționează ca forme de complicitate simbolică, în sensul lui Bourdieu; sistemul persistă nu pentru că este impus, ci pentru că este acceptat și legitimat de participanți. Fostele victime devin, adesea inconștient, agenți ai perpetuării normei. Un comentator afirmă: „Medicina adevărată se învață pe pacient... profesorii nu vor să-i învețe pe tineri, ca să nu le fure pacienții”. Este posibil să identificăm o logică a competitivității și a posesiei simbolice a cunoașterii. În câmpul medical, cunoașterea devine capital, iar accesul la ea este condiționat de supunere. Acest tip de cultură instituțională corespunde noțiunii de regim disciplinar autoreproducător (Foucault): un sistem care se menține prin conformism și teamă, fără a avea nevoie de coerciție explicită.

Tema rezistența tăcută și supraviețuirea morală

Deși majoritatea comentariilor exprimă resemnare, există și o dimensiune de rezistență tăcută, exprimată prin empatie, solidaritate și reflecție morală. Regăsim o serie de exemple: „important este să le învățați să țină fruntea sus”, „nu toți sunt așa”, „unii chiar sunt mentori adevărați”. Aceste intervenții marchează tentative de re-umanizare a discursului, de reafirmare a valorilor etice în interiorul câmpului medical. Ele funcționează ca formă de „contra-discursuri” (Foucault, 1977), menite să submineze hegemonia autoritară prin apelul la demnitate și solidaritate. Această rezistență nu este însă colectivizată, se manifestă individual, fragmentar, prin sprijin moral oferit în comentarii. Lipsa unei mișcări instituționale de contestare arată că puterea disciplinară funcționează eficient, limitând expresia publică a nemulțumirii la forme simbolice discrete. În sensul lui Bourdieu (1990), aceasta poate fi interpretată ca o strategie de adaptare, un echilibru între supraviețuire profesională și păstrarea valorilor personale.

Tema eroziunea empatiei și demotivarea vocațională

Tema finală, transversală, este pierderea treptată a empatiei și a vocației, o consecință directă a culturii umilinței. Comentariile precum „*nu mai există entuziasm*”, „*aș pleca din țara asta ieri*”, „*sistemul e mizerabil, plin de ignoranță*” reflectă burnoutul moral, sentimentul de devalorizare a propriei profesii și pierderea sensului vocațional (West *et al.*, 2018). Din perspectivă etică, acest fenomen este paradoxal; un sistem care ar trebui să învețe empatia o erodează structural, prin lipsa de respect și prin comunicare violentă. În timp, medicii formați într-un asemenea climat devin mai cinici, mai distanți și mai puțin dispuși să asculte pacienții, un efect în lanț care afectează calitatea actului medical. Empatia profesională nu se poate preda teoretic, ea trebuie modelată prin exemplu (Batt-Rawden *et al.*, 2013). Lipsa modelelor pozitive în formarea medicală duce la o criză de identitate profesională, în care tinerii medici aleg fie să plece din sistem, fie să-l reproducă așa cum este.

Pentru a surprinde distribuția discursivă a reprezentărilor și experiențelor narate de participanți, am realizat o mapare tematică detaliată a comentariilor, în care fiecare intervenție a fost încadrată în una dintre cele patru teme majore identificate: umilirea ca ritual de inițiere profesională, normalizarea abuzului și reproducerea culturală a violenței simbolice, rezistența tăcută și supraviețuirea morală și eroziunea empatiei și demotivarea vocațională. Această matrice permite vizualizarea concretă a modului în care sensurile colective se articulează în jurul unor tendințe discursive recurente.

- „*Adevarat!*” – normalizarea abuzului și reproducerea culturală apare prin validare sumară a narațiunii dominante, fără contestare.

- „*Nu mai există empatie... Aș pleca din țara asta ieri*” – eroziunea empatiei este prezentată direct și demotivarea vocațională printr-o dorință exprimată simbolic.

- „*Oamenii mici simt nevoia să umilească... așa era și acum 30 ani*”, „*... în 27 de ani... nu s-a schimbat nimic.*” – umilirea este prezentată ca ritual de inițiere profesională într-o continuitate istorică și rigiditate sistemică, un fel de normalizare.

- „*E începutul... urmează ani de umilințe*” – umilirea apare drept ritual de inițiere profesională prin persistență, tranziția de la student la medic rezident pare doar o etapă.

- „*...comportament incalificabil... nu te gândești cum ai fost tratat când ai fost student?*” – normalizarea abuzului printr-o formă de ciclicitate.

- „*Mulți doctori, puține valori... este o luptă și în sistem și în afara lui!*” – demotivarea vocațională este accentuată prin constatarea unei reduceri a meritocrației, reflectată atât în cadrul sistemului medical, cât și în exteriorul său

- „*Dar cu ce cost?*” – eroziunea empatiei vine cu un cost dificil de măsurat dar semnificativ, un cost moral.

- „*Asta decide fiecare după cum simte.*” – normalizarea abuzului se poate face și prin individualizare sau relativizare; indivizii acționează aparent autonom, dar acceptarea are un efect sistemic, indiferent de mecanismele ei intrapersonale.

- „*De ce trebuie să ne luptăm între noi, medicii?*” – mesajul ascunde o rezistență tăcută și un apel subtil la colaborare, pentru supraviețuirea morală.

- „*Dacă mentorii sunt un exemplu... așa se va perpetua.*” – pe lângă rezistența tăcută se întrezărește o soluție, nevoia de mentorat pozitiv.

- „*Am prins vremurile în care doctorii colaborau...*” – rezistența tăcută poate fi contracarată prin accesarea unei memorii a colaborării, un contra-model.

- „*La ședința cu părinții să dezbateți...*” – mecanisme precum dezamorsarea sau chiar banalizare conduc tot la o normalizare a abuzului.

- „*Bine ați venit ‘în sistem’!... Facultatea va fi ‘lapte și miere’ față de rezidențiat.*” – umilirea devine ritual, prezentarea hilară sau cinică nu înlătură mecanismul, ci îl perpetuează. Cuvântul sistem este utilizat simbolic, și nu cu funcția sa directă.

- „*Confirm*”, „*Clasic*”, „*Ați sintetizat perfect...*”, „*Adevărat.*” – exprimări simple, scurte, care aduc o validare a normalizării abuzului.

- „*...nu există consecințe... sistem conceput să funcționeze așa.*”, „*...nu cred că ministrul va putea... metehne românești.*”, „*...nu e vorba de nume, ci de o cultură a umilinței.*” – normalizarea abuzului depășește un cadru simplu al acceptării individuale și descrie un fel de structuralizare sau de fatalism instituțional.

- „*Medicina adevărată se învață pe pacient... cei în vârstă nu vor să-i învețe pe tineri.*” – normalizarea abuzului poate reprezenta doar o etichetă pentru efecte diverse; aici se vorbește de un blocaj în transferul de cunoaștere.

- „*...cea mai importantă materie... preview al rezidențiatului, te călește*” – prima etapă a formării profesionale este doar începutul inițierii profesionale prin umilire, prezentată simbolic drept „materie de studiu”, parte componentă a procesului educațional.

- „*Așa era și acum 50 de ani... dar au fost și spitale corecte.*” – pe lângă umilire ca ritual, putem întrezări manifestări ale rezistenței, mai ales prin excepțiile pozitive.

- „*Important e să le învățați să țină fruntea sus... nu sunt toate colectivele la fel.*”, „*...reflexul sistemului: când apare o problemă, o contrazicem, nu o înțelegem.*” – rezistența tăcută pare o necesitate pentru supraviețuirea morală.

- „*...nu am pățit... sub nicio formă nu se comporta nimeni așa.*”, „*...faptul că unii nu au fost umiliți nu înseamnă că fenomenul nu există.*”, „*...eu nu am întâlnit altfel decât descrie domnul*” – putem găsi și negarea, contra-discursul sau invalidarea experiențelor care nu exclud o formă de normalizare a abuzului.

- „*practică obișnuită la Timișoara!*”, „*Invențați povești.*”, „*Peștele se împute de la cap... asistente... nu folosesc mănuși, țipă la pacienți.*” – normalizarea abuzului se poate însoți de precizări exacte, o conturare a geografiei fenomenului, de discreditare sau de procese de deviere sistemică, self-management informal

- „Oooo, serios? ”, „...există o mare doză de MISOGINISM... ”, „misoginism?... într-un sistem preponderent de femei?” – normalizarea abuzului poate conține ironie defensivă, o dimensiune de gen sau o negare defensivă.

- „...de asta am plecat... în rezidențiat a fost și mai rău... ”, „De asta mulți aleg să plece din țară.”, „Sunt și oameni buni... dar... de aia am refuzat să rămân medic în spital.” – eroziunea empatiei și demotivarea vocațională sunt puse în legătură cu exodul profesional.

- „...când eram în rezidențiat nu mișca niciun subaltern... profesorul impunea respect.” – umilirea ca ritual are un schelet funcțional al autorității verticale ca normă.

- „Se continuă și în rezidențiat...” , „...să vedeți în rezidențiat!” , „în rezidențiat e de 1.000 de ori mai rău... infirmierele țipau la noi” , „...încă nu scăpăm de feudalism... în unele centre rezidentul aduce cafeaua profesorului.” , „...umilințe... oricine era mai în drepturi ca rezidentul...” – Umilirea ca ritual se conturează mai ales prin trecerea la etapele superioare de pregătire.

- „Frustrare și aroganță... studentul de azi îl va opera pe profesorul de mâine.” – rezistența tăcută poate conține o revanșă simbolică, ca formă de justiție morală.

- „Depinde în ce spital... la Tg. Mureș așa ceva nu se întâmplă!” , „Eu în București nu am pățit... am fost tratați cu respect.” , „Pilele și relațiile... asta e România.” – normalizarea abuzului presupune și descrierea unor excepții, o negare locală și o geografie inversă față de cea a fenomenului; totodată, putem găsi și clientelismul ca normă.

- „...am trecut toți prin asta... eu la rândul meu încerc să îi îndrum” – rezistența tăcută prinde o voce subtilă, una printr-o practică etică alternativă.

- „Din acest motiv am ales să plec... [diatribă violentă]” – eroziunea empatiei și demotivarea vocațională se poate exprima și prin furie, nu doar prin asocierea cu exodul profesional.

- „Hai să nu mai generalizăm... spuneți cu subiect și predicat.” , „Ar trebui să nominalizați... nu denigrați întregul corp medical!” – normalizarea abuzului se poate însoți de mutarea discuției spre „naming” și „shaming”, cu riscul de a bloca critica sistemică.

- „...problema nu ține de o persoană, ci de un sistem...” – rezistența tăcută poate însoți și reîncadrarea structurală.

- „...inventati probleme... lăsarea e în curtea dvs.” – normalizarea abuzului presupune și o serie de defense, inclusiv negarea.

Dinamica emoțională a discursului

Pe plan afectiv, analiza textuală evidențiază o polaritate între indignare morală și cinism defensiv. Termeni precum „umilitor”, „trist”, „orgoliu”, „rușine” se repetă frecvent, indicând o emoționalitate negativă colectivă. Totuși, dincolo de suferință, apare o formă de nostalgie paradoxală, o tendință de a idealiza trecutul

(„erau și spitale unde eram tratați corect”) ca reper de moralitate pierdută. Această nostalgie are o funcție dublă; ea exprimă critică, dar și resemnare, fiind o emoție de echilibru simbolic într-un sistem perceput ca imuabil. În sensul teoriei afective a lui Papacharissi (2015), aceste discursuri online pot fi văzute ca „*affective publics*”, comunități temporare unite prin emoție, care transformă suferința individuală în conștiință colectivă.

Sinteză interpretativă

Cele patru teme identificate se articulează într-o matrice interpretativă care reflectă mecanismele profunde ale formării medicale românești (tabelul 2).

Tabel 2. Matricea interpretativă a temelor identificate

Dimensiune	Mecanism sociologic	Manifestare discursivă	Efect asupra actorilor
Inițiere prin umilire	Habitus instituțional	„Așa e peste tot”, „te călește”	Acceptare și supunere
Normalizare culturală	Violență simbolică	„E o lecție de viață”, „nu toți sunt așa”	Reproducerea ierarhiei
Rezistență morală	Contra-discurs foucauldian	„Ține fruntea sus”, „există și oameni buni”	Solidaritate individuală
Eroziune empatică	Burnout etic și afectiv	„Nu mai există entuziasm”	Demotivare, migrație profesională

Prin această schemă, cercetarea arată cum discursurile online nu doar reflectă realități instituționale, ci le reproduc simbolic. Facebook devine astfel un spațiu al confesiunii și al rezistenței, dar și un oglindă fidelă a culturii medicale: ierarhică, tensionată, marcată de orgoliu și suferință. Rezultatele confirmă ipoteza centrală a studiului: umilirea nu pare o deviere marginală, ci un element structural al socializării medicale românești, susținut de tradiție, ierarhie și absența mecanismelor de etică instituțională. Totuși, analiza arată și germenii unei schimbări: discursurile critice, solidaritatea empatică și reflecția publică indică apariția unui nou habitus profesional, orientat către demnitate și respect reciproc. Această tensiune între reproducere și rezistență constituie nucleul fenomenului investigat, cu implicații pentru politici educaționale și pentru modul în care poate fi transformată cultura umilinței într-una a mentoratului empatic.

Discuții

Rezultatele analizei arată că în cultura formării medicale românești, umilirea, disprețul și autoritatea necritică sunt practici persistente, integrate în habitusul profesional și reproduse intergenerațional; amploarea fenomenului nu poate fi evaluată printr-o astfel de cercetare, doar poate fi pusă în evidență prezența. Aceste comportamente, departe de a fi simple abateri individuale, funcționează ca mecanisme de control simbolic, menite să conserve ierarhiile și să mențină statu quoul instituțional.

Totuși, apariția discursurilor critice în mediul digital sugerează o ruptură emergentă în ethosul profesional, o conștiință reflexivă care încearcă să redefinească sensul demnității și al respectului în actul medical. O serie de discuții privind implicațiile sociologice, etice și instituționale ale acestor constatări, precum și formularea unor propuneri concrete pentru o reformă culturală a educației medicale, se dovedesc necesare.

Reproducerea simbolică a dominației în formarea medicală

Conform teoriei lui Bourdieu, sistemele educaționale tind să reproducă structurile de putere preexistente, sub aparența meritocrației (Bourdieu, & Passeron, 1977). În contextul medical românesc, ierarhiile academice și spitalicești au devenit instrumente de legitimare a autorității absolute, în detrimentul colaborării și al mentoratului. Umilirea este, în acest sens, o tehnologie de conservare a capitalului simbolic: profesorii și medicii seniori își reafirmă statutul prin exercitarea unei puteri emoționale asupra studenților. Aceasta generează un sistem autoreferențial, unde succesul este definit nu prin calitatea actului medical, ci prin capacitatea de a rezista abuzului.

Pe termen lung, acest model de socializare profesională produce docilitate în loc de autonomie critică, conformism în loc de inovație și cinism în loc de empatie. Foucault (1977) ar arăta că o astfel de structură reflectă o „economie a puterii” disciplinare; sistemul se menține prin obediență, nu prin persuasiune.

Ciclul intergenerațional al abuzului

Analiza discursivă a scos la iveală un element esențial, continuitatea istorică a comportamentelor abuzive. Expresii precum „*așa era și acum 50 de ani*” sau „*e o tradiție, te călește*” arată că umilirea funcționează ca o formă de memorie instituțională, o trăsătură culturală moștenită și transmisă. Acest mecanism de reproducere intergenerațională este specific câmpurilor profesionale închise, în care controlul accesului la resurse (cunoaștere, statut, prestigiu) depinde de

conformarea la normele interne. Astfel, chiar și tinerii medici care critică sistemul tind, odată ajunși la rândul lor în poziții de putere, să-l reproducă inconștient.

Bordieu (1998) ar numi acest proces o „inertie a habitusului”, transformarea experienței suferinței în normă profesională. Pentru a rupe acest ciclu, este nevoie de intervenții structurale, nu doar morale. Conștientizarea abuzului nu este suficientă dacă instituțiile nu modifică mecanismele de evaluare, promovare și recompensare care îl perpetuează.

Implicații etice și psihosociale

Din perspectiva eticii medicale, fenomenul analizat contrazice principiile fundamentale ale profesiei: respectul pentru demnitatea umană, „să nu faci rău” și responsabilitatea formatorului față de discipol. Lipsa empatiei instituționale generează efecte de lanț: burnout, cinism profesional, migrație externă și declin al încrederii publice (West *et al.*, 2018). Aceste consecințe nu sunt doar individuale, ci sistemice, afectând calitatea formării, relația medic-pacient și coeziunea organizațională a spitalelor. De aceea, o etică a formării ar trebui să devină parte integrantă a curriculumului universitar. Branch (2010) argumentează că instituțiile medicale trebuie să cultive empatia nu doar ca trăsătură individuală, ci ca valoare organizațională. În absența acesteia, educația medicală riscă să devină ca o formă sofisticată de dresaj, nu de dezvoltare umană.

Rețelele sociale: spațiu emergent de reflexivitate instituțională

Rețelele sociale, în special Facebook, oferă un nou spațiu al discursului medical reflexiv. Pentru prima dată, generațiile de medici și studenți pot discuta public despre traumele formării, pot împărtăși experiențe și pot contesta normele ierarhice fără constrângerea spațiilor academice tradiționale. Conform lui Papacharissi (2015), aceste comunități online funcționează ca „*affective publics*”, grupuri unite de emoții și valori morale, capabile să genereze schimbare culturală. În cazul de față, grupurile de medici din mediul digital devin laboratoare de conștiință profesională, unde se naște o nouă etică a demnității: „*nu pentru bani, ci pentru respect*”. Această emergență a discursului critic online ar trebui privită de instituțiile medicale nu ca o amenințare, ci ca o oportunitate de feedback organizațional. Analiza sistematică a acestor spații poate oferi indicii valoroase despre percepția climatului educațional și despre punctele de criză ale culturii medicale.

Recomandări pentru politici educaționale și instituționale

Pe baza rezultatelor analizei, se pot formula următoarele direcții de intervenție: (1) reformarea culturii organizaționale universitare (introducerea cursurilor obligatorii de etică relațională și comunicare medicală, axate pe respectul reciproc și feedback constructiv, crearea unor coduri instituționale anti-abuz în facultăți și spitale universitare și implementarea unui sistem de evaluare bidirecțională; nu doar studenții sunt evaluați de profesori, ci și invers, prin chestionare anonime), (2) mentorat empatic și modele pozitive (dezvoltarea unor programe de mentorat formal care să promoveze transferul de cunoștințe fără umilire, recompensarea publică a formatorilor recunoscuți pentru etică și empatie și crearea unei „rețele a profesorilor mentori” care să ofere suport moral și profesional studenților), (3) sănătate mintală și suport psihologic (asigurarea accesului la consiliere psihologică pentru studenți și rezidenți expuși la stres și abuz simbolic și formarea cadrelor didactice în managementul conflictelor și comunicarea empatică), (4) politici instituționale de transparență (raportarea publică anuală a cazurilor de comportament abuziv și a măsurilor disciplinare și încurajarea „whistleblowingului etic”, raportarea abuzurilor fără repercusiuni) și (5) cercetare și monitorizare continuă (înființarea unui observator național pentru cultura educațională medicală, care să colecteze date despre relațiile de putere, empatie și burnout în universități și finanțarea studiilor interdisciplinare privind impactul culturii organizaționale asupra sănătății publice).

Deschiderea analizei către perspective teoretice complementare

Pentru a evita reducerea interpretării la un singur cadru explicativ, fenomenul poate fi examinat și printr-o serie de perspective sociologice, antropologice și psihosociale complementare, care poate să ofere un plus de profunzime în înțelegerea mecanismelor prin care umilirea, disciplina și ierarhia sunt normalizate în procesul de formare medicală. În completarea cadrului interpretativ Bourdieu-Foucault utilizat în această lucrare, analiza poate fi extinsă și prin alte perspective sociologice și antropologice care nu contrazic rezultatele, ci le poate aduce și alte perspective. O primă direcție este cea a socializării profesionale (Școala de la Chicago), unde formarea medicală este înțeleasă ca un proces îndelungat de interiorizare a normelor ocupaționale, în care profesorii, medicii seniori și colectivele clinice funcționează ca „gardieni” ai culturii profesiei, iar novicii învață în principal prin expunere, imitație și adaptare la reguli nescrise (Hughes, 1958; Becker *et al.*, 1961; Strauss *et al.*, 1997). În această cheie, limbajul despre „ton”, „atitudine”, „smerenie” sau „nu întrerupi seniorul” poate fi citit ca parte a unei

pedagogii informale care structurează apartenența, iar ceea ce apare în comentarii ca umilință se suprapune adesea cu ceea ce literatura numește „*hidden curriculum*”, adică setul de mesaje și practici transmise implicit, care modelează identitatea profesională dincolo de curriculumul oficial (Hafferty, 1998; Lempp, & Seale, 2004). O a doua lentilă analitică o constituie noțiunea de ritualuri de degradare; în multe organizații, inclusiv în mediile profesionale închise, există episoade publice ritualizate prin care statutul unui novice este „corectat” și reancorat simbolic în ierarhie, pentru a reafirma ordinea morală a grupului (Garfinkel, 1956). Astfel, scenele descrise în corpus (expunerea publică la raportul de gardă, ironia din sala de operație, „*demontarea*” unui rezident în fața colectivului) pot fi interpretate și ca „ceremonii” care produc disciplinare prin rușine și reafirmare de statut, cu efecte ambivalente. Pe de o parte, ele clarifică regulile jocului profesional; pe de altă parte, ele pot transforma formarea într-un regim de control emoțional cu costuri morale și psihologice. O a treia perspectivă utilă este antropologia ritualurilor de trecere („*rites de passage*”), care permite conceptualizarea formării medicale ca succesiune de faze, pe traseul separare–liminalitate–reintegrare, în care novicele traversează praguri instituționale (intrarea în clinic, primele manevre, primele găzui, primele responsabilități) într-o zonă liminală caracterizată prin vulnerabilitate, incertitudine și probe inițiatice (Van Gennep, 1960; Turner, 1966). Din această perspectivă, „*călirea*” invocată în comentarii poate funcționa ca justificare culturală a liminalității; suferința și „încercarea” sunt resemnificate ca dovadă de apartenență și maturizare profesională, iar accesul la „nucleul” comunității clinice devine condiționat de trecerea prin aceste praguri. Literatura medical-educațională a discutat explicit rolul ritualurilor și al curriculumului ascuns în formarea clinică, arătând cum ele pot consolida identitatea profesională, dar și cum pot legitima abuzuri atunci când sunt normalizate instituțional (Lawrence *et al.*, 2018; Lempp, & Seale, 2004). În cele din urmă, se poate discuta și printr-o grilă goffmaniană despre spații semi-totalizante; deși facultatea și spitalul nu sunt „instituții totale” în sens strict, anumite micro-arii (blocul operator, ATI, găzui prelungite) pot funcționa temporar prin acces controlat, ritualuri stricte ale comportamentului, reducerea autonomiei și ceea ce Goffman numește „mortificarea sinelui” (Goffman, 1961). Aplicarea acestor idei la mediile chirurgicale a fost argumentată în literatura sociologică, subliniind felul în care spațiul și ierarhia produc conduite, tăceri și dependențe (Fox, 1992; Wear, & Kuczewski, 2004). În ansamblu, aceste perspective (socializare ocupațională, ritualuri de degradare, ritualuri de trecere, semi-totalizare) permit o triangulare interpretativă și umilirea poate fi simultan un mecanism informal de integrare, o tehnică rituală de disciplinare și un instrument implicit de selecție, fără ca această constatare să diminueze problema etică; dimpotrivă, ea ar putea ajuta la delimitarea mai clară a pragului la care „formarea” devine violență simbolică, având efecte asupra empatiei, motivației și climatului moral al instituțiilor.

Implicații teoretice

Rezultatele studiului aduc contribuții la trei niveluri teoretice. Din perspectivă sociologică, confirmă aplicabilitatea teoriei câmpului lui Bourdieu în înțelegerea relațiilor de dominație simbolică din mediul medical românesc. Filosofic (Foucault), se evidențiază funcționarea micro-puterii disciplinare în formarea profesională, în care supravegherea și obediența înlocuiesc dialogul și autonomia. Etico-psihologic, oferă o bază empirică pentru studiul burnoutului moral și al pierderii empatiei în profesiile vocaționale. Perspectiva vulnerabilității morale și reconceptualizarea grupului profesional al medicilor (în particular cel al psihiatrilor) drept grup vulnerabil a fost deja sugerată empiric în cadrul nostru autohton (Dumitrescu, & Dan, 2024). Astfel, cercetarea arată că problemele sistemului medical nu sunt doar administrative, ci culturale și simbolice, iar reforma autentică trebuie să vizeze transformarea modului în care este concepută puterea educațională. Lucrarea vine să completeze investigații empirice mult mai largi privind percepțiile medicilor privind aspectele negative ale funcționării sistemului de sănătate; pe lângă deficiențele constructului legislativ local, aspectele legate de educație, ierarhii și statut social al medicului se dovedesc a fi prezente și importante în medicina Românească (Dumitrescu, Dan, & Ilinca, 2023a; Dumitrescu *et al.*, 2023b).

Similitudini, diferențe și reacții instituționale din alte sisteme sanitare

În Statele Unite ale Americii, regăsim raportate date de prevalență și tipologii. În 2023, ~38% dintre absolvenții de medicină au raportat cel puțin un episod de „*mistreatment*” (umilire publică, comentarii sexiste etc.), tendință confirmată și de analize editoriale recente (Association of American Medical Colleges, 2025). Studii pe populația de medici rezidenți (medicină internă) arată rate ridicate ale abuzului/hărțuirii și legături cu burnout/depresie (Finn *et al.*, 2022). Consecințele intuite teoretic sunt din ce în ce mai bine demonstrate; scăderea empatiei de-a lungul formării e documentată (revizuri sistematice), „curriculumul ascuns” fiind un factor-cheie (Neumann *et al.*, 2011). Sistemul american generează o serie de răspunsuri, precum campanii de conștientizare a politicilor anti-mistreatment și a raportării la nivel de școli/programe universitare (Baranwal *et al.*, 2024).

În Marea Britanie există o supraveghere națională. *GMC National Training Survey* monitorizează anual „bullying/undermining”; include canale de escaladare către forurile profesionale regionale (General Medical Council, 2025a). Se face o evaluare de impact; datele GMC corelează „bullying/undermining” cu satisfacție scăzută și risc crescut de burnout la „*doctors in training*” (British Medical Association, 2024). Totodată, se dezvoltă instrumente practice, precum ghiduri

pentru centrele de formare privind gestionarea comentariilor de bullying raportate în *National Training Survey* (General Medical Council, 2025b).

În Australia și Noua Zeelandă regăsim date sugestive. Situația în specialitățile chirurgicale apare în Raportul RACS (2015) care a documentat discriminare, bullying și hărțuire sexuală ca probleme sistematice, declanșând programul „*Operating with Respect*” (Royal Australasian College of Surgeons, 2015). Studiile arată că acest tip de comportamente e „comun” în pregătirea chirurgicală; schimbarea necesită reformă culturală și procese clare privind raportarea plângerilor (Crebbin *et al.*, 2015). Analizele sunt desfășurate în timp pentru a se identifica tendințele. Sondajul național de formare din 2024 semnalează că o parte relevantă a juniorilor ia în calcul părăsirea profesiei, pe fondul presiunilor culturale și al sub-raportării (AdelaideNow, 2025). În Japonia și Asia de Est disfuncțiile relaționale apărute pe perioada formării medicale sunt documentate. Rezidenții raportează comportamente disruptive (~35% din timp) atât din partea medicilor, cât și din partea asistentelor medicale, ceea ce indică o cultură ierarhică difuză, nu doar verticală (Watari *et al.*, 2025). Sondajele naționale din Canada au raportat expuneri ridicate (până la 45-93% într-un review care include date ale RDoC – Resident Doctors of Canada), cu abuzul verbal predominant și sub-raportare (Vogel, 2016). În privința burnoutului și a sănătății ocupaționale, CMA arată declin accentuat al stării de bine postpandemie; „*mistreatment*” și violența la locul de muncă sunt cofactori importanți (Canadian Medical Association, 2022).

Din această observare sumară globală rezultă o serie de similitudini între sisteme. Ierarhiile rigide și „curriculumul ascuns” sunt prezente în toate sistemele; statutul (senioritate/titlu) și normele tacite legitimează umilirea ca „inițiere”, în linie cu violența simbolică (Bourdieu) și micro-puterea (Foucault). Empatia scade pe parcursul formării (Neumann *et al.*, 2011). Sursele abuzului sunt multiple; nu doar „profesorii”, ci și alți medici, rezidenți seniori și personalul non-medic pot fi surse, cu variații pe specialități (Finn *et al.*, 2022). Consecințele sunt unele convergente; se numără printre ele burnout, depresie, intenții de migrație/abandon și scăderea calității educației clinice. Datele sunt consistente în SUA/Regatul Unit/Canada (Lall *et al.*, 2021). Sub-raportarea este un fenomen cronic și distribuit global. Frica de repercusiuni și scepticismul privind remedii duc la sub-raportare (Crebbin *et al.*, 2015).

De o utilitate mai ridicată ar fi observarea diferențelor. Mecanisme naționale de monitorizare sunt prezente în sistemele sanitare mai avansate; modul de implementare poate fi oarecum diferit, prin implicarea statului sau a structurilor colegiale, cu accent pe anumite categorii profesionale sau investigând în ansamblu sistemul. Exemple privind mecanismele de monitorizare au fost oferite în secțiunea anterioară. Transparența față de fenomen și metodele de urmărire („*follow-up*”) pot reprezenta diferența cea mai notabilă față de sistemul autohton. În Regatul

Unit se publică anual sinteze și ghiduri operaționale; în SUA, articolele pun accent pe „*policy awareness*” (conștientizare) și training. În Australia, se pune accent pe schimbare culturală în chirurgie (Royal Australasian College of Surgeons, 2015). Profilul cultural aduce și el o serie de diferențe. În Japonia, datele despre comportamentele disruptive arată o distribuție relativ simetrică între profesii (medici/asistente), sugerând norme de echipă mai largi, nu doar autoritate didactică (Watari *et al.*, 2025).

Această perspectivă globală este esențială pentru România; este esențială o normalizare, o recunoaștere că sistemul autohton nu este o excepție. Modele similare de umilire normalizată apar în sisteme mature (SUA/Regatul Unit/Canada/Japonia). Diferența o fac mecanismele de raportare, transparența și „*follow-up*”-ul instituțional. Odată recunoscută existența problemei sunt necesare ținte concrete: implementarea unui sondaj anual standardizat (tip NTS), cu „*feedback*” public și rute clare de remediere și programe de schimbare culturală. Aceste măsuri nu sunt inovatoare ci sunt măsuri transferabile. Evaluarea dimensională a empatiei devine o nevoie sistemică în învățământul medical; revizuirile sistematice în educație indică nevoia de a viza „*hidden curriculum*” prin intervenții curriculare și instituționale (mentorat empatic și evaluare bilaterală formator-student) (Howick *et al.*, 2017).

Nuanțarea conceptuală a umilirii: între mecanism pedagogic informal și abuz organizațional

Rezultatele analizei sugerează necesitatea unei distincții conceptuale între umilirea ca mecanism informal de socializare profesională și umilirea ca formă de abuz organizațional și violență simbolică instituționalizată. În anumite contexte, experiențele percepute ca dure sau inconfortabile pot funcționa ca practici informale de disciplinare și integrare în cultura profesională, contribuind la internalizarea normelor de responsabilitate, rigoare și reziliență. Totuși, această dimensiune formativă devine problematică atunci când practicile respective depășesc funcția educativă și se transformă în mecanisme de dominare, stigmatizare sau control emoțional, care afectează demnitatea, autonomia și sănătatea psihologică a celor aflați în poziții inferioare ierarhic. Diferența esențială nu constă în gradul de exigență profesională, ci în intenționalitatea pedagogică, proporționalitatea intervenției, respectul pentru demnitatea persoanei și existența unor mecanisme instituționale de responsabilizare. Din această perspectivă, studiul nu tratează umilirea ca un fenomen unitar, ci ca un continuum situat între formare exigență și violență simbolică, ceea ce permite o interpretare mai nuanțată a rolului său în reproducerea culturii medicale.

Concluzii

Analiza de față demonstrează că formarea medicală în România funcționează încă într-un regim de putere premodern, care pare bazat pe umilire, control și ierarhie rigidă. Totuși, prin expunerea acestor realități în spațiul public digital, se conturează germeii unei culturi reflexive și democratice a profesiei. Schimbarea nu va veni doar prin reforme curriculare, ci prin reconstruirea ethosului medical în jurul a trei valori fundamentale: demnitate, empatie și responsabilitate morală. După cum avertiza Foucault (1982), puterea nu dispare niciodată, dar poate fi redistribuită. Iar în medicină, redistribuirea puterii înseamnă transformarea educației dintr-un instrument de disciplinare într-un proces de umanizare reciprocă.

Cercetarea de față a investigat, prin analiza de conținut a discursurilor de pe rețelele sociale, modul în care relațiile de putere, violența simbolică și lipsa empatiei se manifestă și se perpetuează în formarea medicală românească. Rezultatele obținute arată că sistemul educațional medical, în special în faza clinică, este structurat pe o cultură ierarhică rigidă, unde autoritatea este adesea confundată cu competența, iar obediența cu profesionalismul.

Postările și comentariile analizate au conturat patru teme majore: (1) umilirea ca ritual de inițiere profesională – justificată tradițional ca „lecție de viață”, (2) normalizarea abuzului – acceptarea structurală a comportamentelor degradante ca parte a procesului de formare, (3) rezistența tăcută – existența unor contradiscursuri morale și empaticе, încă fragile, și (4) eroziunea empatiei și demotivarea vocațională – consecințe directe ale climatului instituțional abuziv. Împreună, aceste teme evidențiază un paradox fundamental: profesia care ar trebui să cultive umanitatea o erodează prin propriile practici de formare.

Sistemul medical românesc produce adesea specialiști competenți tehnic, dar fragilizați emoțional și potențial lipsiți de resurse morale.

Bibliografie

- AdelaideNow (2025). One in five junior doctors set to leave the profession. Disponibil la https://www.adelaidenow.com.au/subscribe/news/1/sourceCode=AAWEB_WRE170_a&dest=https%3A%2F%2Fwww.adelaidenow.com.au%2Fnews%2Fsouth-australia%2Fa-national-survey-shows-doctorsintraining-are-allegedly-facing-bullying-harrassment-and-racism-as-one-in-five-c.
- Association of American Medical Colleges (2025). Graduation Questionnaire - Reports of the 2025 (GQ). Disponibil la <https://www.aamc.org/data-reports/students-residents/report/graduation-questionnaire-gq>. Accesat în 16 octombrie 2025.
- Baranwal, S., Ellen, S. B., Giordano, C., Los, I., Smolen, A., & Salhi, B. A. (2024). Raising Awareness of Mistreatment Policies and Reporting Procedures Using a Novel Medical Student Mobile Application, *Journal of General Internal Medicine*, 40(1), 294. Doi.org/10.1007/S11606-024-08948-8.
- Batt-Rawden, S. A., Chisolm, M. S., Anton, B., & Flickinger, T. E. (2013). Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review, *Academic Medicine* :

- Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(8), 1171-1177. Doi.org/10.1097/ACM.0B013E318299F3E3.
- Becker, H. S., Geer, B., Hughes, E. C., & Strauss, A. L. (1961). *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago: Chicago University Press.
- Beley, G. J., & Dimaya, E. (2023). Medical Students' Perspectives on Professionalism: A Phenomenological Study From a Medical School in Southern Philippines, *Jep*. Doi.org/10.7176/jep/14-6-08.
- Bourdieu, P. (1998). *Practical Reason: On the Theory of Action*. Stanford: Stanford University Press.
- Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*. Stanford: Stanford University Press.
- Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (1977). *Reproduction in Education, Society and Culture*. London: Sage Publication.
- Branch, W. T. (2010). The road to professionalism: Reflective practice and reflective learning, *Patient Education and Counseling*, 80(3), 327-332. Doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.022.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Doi.org/10.1191/1478088706QP063OA.
- British Medical Association. (2024). Bullying and harassment in the medical profession. Disponibil la <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/equality-and-diversity-guidance/bullying-and-harassment-guidance/impact-of-bullying-and-harassment?> Accesat în 16 octombrie, 2025.
- Bynum, W. E. (2015). Filling the Feedback Gap: The Unrecognised Roles of Shame and Guilt in the Feedback Cycle, *Medical Education*, 49(7), 644-647. Doi.org/10.1111/medu.12754.
- Bynum, W. E., & Goodie, J. L. (2014). Shame, Guilt, and the Medical Learner: Ignored Connections and Why We Should Care, *Medical Education*, 48(11), 1045-1054. Doi.org/10.1111/medu.12521.
- Canadian Medical Association. (2022). Physician wellness: New 2021 National Physician Health Survey findings - burnout, short-staffing and an overburdened system take their toll. Disponibil la <https://www.cma.ca/physician-wellness-hub/content/physician-wellness-new-2021-national-physician-health-survey-findings-burnout-short-staffing-and?> Accesat în 16 octombrie, 2025.
- Charmaz, K. (2014). Grounded Theory in Global Perspective. *Qualitative Inquiry*, 20(9), 1074-1084. Doi.org/10.1177/1077800414545235.
- Colenbrander, L., Causer, L., & Haire, B. (2020). 'If You Can't Make It, You're Not Tough Enough to Do Medicine': A Qualitative Study of Sydney-Based Medical Students' Experiences of Bullying and Harassment in Clinical Settings, *BMC Medical Education*, 20(1). Doi.org/10.1186/s12909-020-02001-y.
- Crebbin, W., Campbell, G., Hillis, D. A., & Watters, D. A. (2015). Prevalence of bullying, discrimination and sexual harassment in surgery in Australasia, *ANZ Journal of Surgery*, 85(12), 905-909. Doi.org/10.1111/ANS.13363.
- Dumitrescu, R.-M., & Dan, A.-N. (2024). Revealing the hidden vulnerabilities of psychiatrists: Insights from the Romanian health system. A sociological and empirical study. *Sociology and Social Work Review*, 8(1), 79-102. Doi.org/10.58179/SSWR8105.

- Dumitrescu, R. M., Dan, A. N., & Ilinca, C. (2023a). Healing Voices: A Deep Dive into Doctor Perceptions on relation between Malpractice and Medical Legislation and Healthcare system in Romania. The results of a qualitative sociological research, *Sociology and Social Work Review*, 7(2), 6-25. Doi.org/10.58179/SSWR7201.
- Dumitrescu, R. M., Dan, A. N., & Ilinca, C. (2023b). *Medici în alertă! Căutăm tratament pentru schimbare! Percepțiile medicilor privind legislația medicală și sistemul sanitar din România. Rezultatele unei cercetări sociologice ...* București: Tritonic Books.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students, *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 81(4), 354-373. Doi.org/10.1097/00001888-200604000-00009.
- Espeland, W. N., & Sauder, M. (2007). Rankings and Reactivity: How Public Measures Recreate Social World, *113*(1), 1-40. Doi.org/10.1086/517897.
- Finn, K. M., O'Connor, A. B., McGarry, K., Harris, L., & Zaas, A. (2022). Prevalence and Sources of Mistreatment Experienced by Internal Medicine Residents, *JAMA Internal Medicine*, 182(4), 448-450. Doi.org/10.1001/JAMAINTERNMED.2022.0051.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: the birth of the prison*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1982). The Subject and Power, în H. L. Dreyfus & P. Rabinow (Eds.), *Beyond Structuralism and Hermeneutics* (Second Edition). Chicago: The University of Chicago Press.
- Fox, N. J. (1992). *The social meaning of surgery*. Philadelphia: Open University Press.
- Gaberson, K. B., Foreman, R. M., & Brzustowicz, R. (2024). Integrative Review of Sources of Baccalaureate Nursing Students' Clinical Practice Anxiety, *Journal of Nursing Education*, 63(6), 349-355. Doi.org/10.3928/01484834-20240207-05.
- Garfinkel, H. (1956). Conditions of Successful Degradation Ceremonies, *American Journal of Sociology*, 61(5), 420-424.
- General Medical Council (2025a). *National training survey 2024*. London. Disponibil la https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/national-training-survey-summary-report-2024_pdf-107834344.pdf.
- General Medical Council (2025b). National training survey comments management in 2024. Disponibil la https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/2024-nts-bn4-annex-a_pdf-106017154.pdf? Accesat în 16 octombrie, 2025.
- Goffman, E. (1961). The Medical Model and Mental Hospitalization: Some Notes on the Vicissitudes of the Thinkering Trades, în *Asylums*, Garden City: Anchor Books, 321-386.
- Gomes, A. P., & Rego, S. (2013). Pierre Bourdieu and medical education, *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 260-265.
- Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 73(4), 403-407. Doi.org/10.1097/00001888-199804000-00013.
- Howick, J., Steinkopf, L., Ulyte, A., Roberts, N., & Meissner, K. (2017). How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys, *BMC Medical Education*, 17(1). Doi.org/10.1186/s12909-017-0967-3.

- Hughes, C. (2019). Addressing Violence in Education: From Policy to Practice, *Prospects*, 48(1-2), 23-38. Doi.org/10.1007/s11125-019-09445-1.
- Hughes, E. C. (1958). *Men and their Work*. Glencoe (IL): Free Press.
- Hutchinson, S. A. (1993). Grounded theory: the method, in P. L. Munhall, & C.A. Boyd (Eds.), *Nursing Research: A Qualitative Perspective* (2nd Edition, pp. 180-212). National League for Nursing Press. Disponibil la <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/naturalistic-inquiry/book842>.
- Kerins, J., Smith, S., Phillips, E. C., Clarke, B. F., Hamilton, A. L., & Tallentire, V. R. (2020). Exploring Transformative Learning When Developing Medical Students' Non-technical Skills, *Medical Education*, 54(3), 264-274. Doi.org/10.1111/medu.14062.
- Lall, M. D., Bilimoria, K. Y., Lu, D. W., Zhan, T., Barton, M. A., Hu, Y. Y., ... Baren, J. M. (2021). Prevalence of Discrimination, Abuse, and Harassment in Emergency Medicine Residency Training in the US, *JAMA Network Open*, 4(8). Doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2021.2170.6.
- Lawrence, C., Mhlaba, T., Stewart, K. A., Moletsane, R., Gaede, B., & Moshabela, M. (2018). The Hidden Curricula of Medical Education: A Scoping Review, *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 93(4), 648. Doi.org/10.1097/ACM.0000000000002004.
- Laws, E., Samuriwo, R., Webb, K., & Bullock, A. (2019). Emotional Socialisation and Burnout in Medicine and the Role of Medical Educators, *Medical Education*, 53(4), 320-322. Doi.org/10.1111/medu.13787.
- Lee, H., Ryu, Y. M., Mi, Y., Kim, H., & Oh, S. (2022). A Qualitative Meta-Synthesis of Studies on Workplace Bullying Among Nurses, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14120. Doi.org/10.3390/ijerph192114120.
- Lempp, H., & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching, *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 329(7469), 770-773. Doi.org/10.1136/BMJ.329.7469.770.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publication. Disponibil la https://books.google.ro/books?id=2oA9aWlNeoC&pg=PA3&hl=ro&source=gbs_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false.
- Markham, A., & Buchanan, E. (2012). Ethical Decision-Making and Internet Research: Recommendations from the AoIR Ethics Working Committee (Version 2.0), *Association of Internet Researchers (AoIR)*. Disponibil la <http://www.aoir.org/reports/ethics.pdf>
- Marwick, A., & Boyd, D. (2011). To See and Be Seen: Celebrity Practice on Twitter. *Convergence*, 17(2), 139-158. Doi.org/10.1177/1354856510394539.
- Mbada, C. E., Ogunseun, I. P., Fasuyi, F. O., Adegbemigun, O. D., Fatoye, C. T., Idowu, O. A., ... Fatoye, F. (2020). Prevalence and correlates of bullying in physiotherapy education in Nigeria. *BMC Medical Education*, 20(1), 1-11. Doi.org/10.1186/S12909-020-02019-2/FIGURES/1.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., ... Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents, *Academic Medicine : Journal of the*

- Association of American Medical Colleges*, 86(8), 996-1009. Doi.org/10.1097/ACM.0B013E318221E615.
- Olsson, C., Kalén, S., & Ponzer, S. (2019). Sociological analysis of the medical field: using Bourdieu to understand the processes preceding medical doctors' specialty choice and the influence of perceived status and other forms of symbolic capital on their choices, *Advances in Health Sciences Education : Theory and Practice*, 24(3), 443-457. Doi.org/10.1007/S10459-018-09872-3.
- Papacharissi, Z. (2015). *Affective publics: sentiment, technology, and politics*. Oxford: Oxford University Press. Disponibil la https://books.google.com/books/about/Affective_Publics.html?hl=ro&id=mX_woAEACAAJ.
- Parra Larrotta, S., Hernández Rincón, E. H., Niño Correa, D., Jaimes Peñuela, C. L., & Romero Tapia, A. E. (2025). Effects of the Hidden Curriculum in Medical Education: Scoping Review, *JMIR Medical Education*, 11(1). Doi.org/10.2196/68481.
- Resnyansky, L. (2019). Conceptual frameworks for social and cultural Big Data analytics: Answering the epistemological challenge, *Big Data & Society*, 6(1). Doi.org/10.1177/2053951718823815.
- Royal Australasian College of Surgeons (2015). *Expert Advisory Group on discrimination, bullying and sexual harassment*. Disponibil la <https://www.surgeons.org/-/media/Project/RACS/surgeons-org/files/operating-with-respectcomplaints/expert-advisory-group/eag-report-to-racs-final-28-september-2015-.pdf>.
- Rus, M., Călin, M. F., Sandu, M. L., & Tasește, T. (2024). Predictive factors regarding bullying behavior in Romanian schools, *Frontiers in Psychology*, 15. Doi.org/10.3389/FPSYG.2024.1463981.
- Simache, A. (2019, August 23). Fenomenul bullying în rândul rezidenților. Disponibil la <https://www.viata-medicala.ro/fenomenul-bullying-in-randul-reziden-ilor-17319>. Accesat în 15 octombrie, 2025.
- Singh, P. K., Singh, S., Ahmad, S., Singh, V. K., & Kumar, R. (2025). Navigating power dynamics and hierarchies in medical education: Enhancing faculty experiences and institutional culture, *Journal of Postgraduate Medicine*, 71(2), 82. Doi.org/10.4103/JPGM.JPGM_728_24.
- Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1997). *Social Organization of Medical Work*. New Brunswick: Transaction Publisher.
- Sykes, G. M., & Matza, D. (2017). Techniques of neutralization: A theory of delinquency, *Social Control and Self-Control Theories of Crime and Deviance*, 21-27. Doi.org/10.2307/2089195.
- Toivonen, T., Heikinheimo, V., Fink, C., Hausmann, A., Hiippala, T., Järv, O., ... Di Minin, E. (2019). Social media data for conservation science: A methodological overview, *Biological Conservation*, 233, 298-315. Doi.org/10.1016/J.BIOCON.2019.01.023.
- Turner, V. (1966). *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Ithaca: Cornell University Press.
- Van Gennep, A. (1960). *The rites of passage* (Transl. Monika B. Vizedom & Gabrielle L. Caffee, 1st Ed. 1908). Chicago: The University of Chicago Press.
- Vogel, L. (2016). Bullying still rife in medical training. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 188(5), 321. Doi.org/10.1503/CMAJ.109-5237.

- Watari, T., Sheffield, V., Gupta, A., Taniguchi, K., Tokuda, Y., & Nishizaki, Y. (2025). Resident encounters with disruptive workplace behaviours in Japan: findings from a national cross-sectional study, *BMJ Open Quality*, 14(1), 3093. Doi.org/10.1136/BMJQ-2024-003093.
- Wear, D., & Kuczewski, M. G. (2004). The professionalism movement: can we pause? *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 4(2), 1-10. Doi.org/10.1162/152651604323097600.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions, *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529. Doi.org/10.1111/JOIM.12752.
- West, Colin P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis, *The Lancet*, 388(10057), 2272-2281. Doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X.
- World Medical Association. (2017). Declaration of Geneva 2017. Disponibil la <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/decl-of-geneva-v-2017/>. Accesat în 15 octombrie 2025.