

**BULETINUL ASOCIAȚIEI
BALINT DIN ROMÂNIA**

Septembrie 2007, Volumul 9, Nr. 35.

Periodic trimestrial, apare în ultima decadă a lunii a treia
din trimestru.

Fondat – 1999

Redactor șef - Albert VERESS M.D. Sc.D.

Lector - Almoș Bela TRIF M.D., Sc.D., J.D., M.A.

Tehnoredactor – Örs Sulyok

Coperta – Botond Miklós FORRÓ

Comitetul de redacție:

Tünde BAKA, Dan Lucian DUMITRAȘCU, Evelyn
FARKAS, Iosif GABOS GRECU, Cristian KERNETZKY
(GERMANIA), Holger Ortwin LUX, Csilla MOLDOVAN,
Iuliu OLTEAN, Gheorghe PAINA, Ovidiu POPA-VELEA,
Traian STRÂMBU, Almoș Bela TRIF (USA),
Ionel ȚUBUCANU, Éva VERESS, Nicolae VLAD,
Róbert ZIELINSKI.

Adresa redacției:

530.111 – MIERCUREA CIUC, Gábor Áron 10.

tel. 0266-371.136; 0366-104.566

0744-812.900, (Dr. Veress)

E-mail: alveress@topnet.ro, www.balint.xhost.ro

Adresa lectorului:

E-mail: abtrif@yahoo.com

Editat de Asociația Balint din România

Tipărit la Tipografia Alutus, Miercurea-Ciuc

**Manuscrisele sunt supuse lecturii unui comitet de
referenți, care primește manuscrisele cu parolă, fără să
cunoască numele autorilor și propune eventualele
modificări care sunt apoi transmise autorului prin
intermediul redacției.**

Toate drepturile de multiplicare sau reeditare, chiar și numai
a unor părți din materiale aparțin Asociației Balint.
Buletinul este expediat de către secretariatul Asociației
Balint fiecărui membru cu cotizația achitată la zi.
Plata abonamentului și a cotizației se face la cont CEC
Miercurea Ciuc, nr. **RO26CECEHR0143RON0029733**,
titular Asociația Balint, **cod fiscal: 5023579** (virament)
sau **25.11.01.03.19.19** (depunere în numerar)
Prețul unui număr la vânzare liberă este de **2 EURO/număr**
la cursul BNR din ziua respectivă.
Abonamentele pentru țările occidentale costă **50 EURO/an**,
incluzând taxele poștale și comisionul de ridicare
a sumei din bancă.

*INDEX: ISSN - 1454-6051***CUPRINS**

Oliver Samuel BEING SOMEONE FOR SOMEONE	3
Pat Tate THE BALINT GROUP AND THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP	7
Ryan Hutchison A CASE FOR AN IMPOTENT APOSTLE	9
Laurel C. Milberg BALINT GROUPS FROM THE PERSPECTIVE OF A TEACHER	10
Michel Delbrouck TRAUMATISMUL PSIHIC	13
Teodora Surdea-Bлага, Dan Lucian Dumitrașcu STEATOHEPATITA NONALCOOLICĂ, ANXIETATEA ȘI DEPRESIA	16
Simona Costin, Dan L. Dumitrașcu ABUZUL FIZIC ȘI SEXUAL ÎN PATOGENEZA TULBURĂRILOR FUNCȚIONALE DIGESTIVE	20
Almos Bela WHERE THE TRADITIONAL HEALERS HAVE DISAPPEARED	23
Hegyi Csilla PREZENTARE DE CAZ BALINT	26
Dan L. Dumitrașcu RECENZIE MEDICINA PSIHO-SOMATICĂ – CURS	27
ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI	28

*Dorim să stabilim schimburi cu alte publicații.**On désiré établir l'échange avec d'autres
publications.**We wish to establish exchange with other
publications.**Wir wünschen mit anderen Herausgaben den
Austausch einzurichten.**Desideriamo stabilire cambio con alte
pubblicazioni.**Déseamos establecer intercambio con otras
publicaciones.*



Prezentarea

ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA

Data înființării: 25 iulie 1993

Michael BALINT: Psihanalist englez de origine maghiară

Grupul BALINT: Grup specific alcătuit din cei care se ocupă de bolnavi și care se reunesc sub conducerea a unu sau doi lideri, având ca obiect de studiu relația medic-bolnav prin analiza transferului și contra-transferului între subiecți.

Activitatea Asociației:

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

Specificul Asociației: Apolitică, nereligioasă, inter-universitară, multi-disciplinară, de formație polivalentă.

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

BIROUL ASOCIAȚIEI:

Președinte: Albert VERESS;

Vicepreședinte: Tünde BAKA;

Secretar: Éva VERESS;

Trezorier: Rita-Lenke FERENCZ;

Membri: Csilla HEGYI, Csilla MOLDOVAN, Attila MUNZLINGER, Ovidiu POPA-VELEA, István VÁRADI

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

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

Studenții sunt scutiți de plata cotizației, fiind necesară doar abonarea la Buletinul Asociației.

Cotizația pentru anul 2007 este de **10 EURO** (la cursul oficial BNR din ziua în care se face plata), în care se include și abonamentul la Buletin.

Taxa de înscriere în Asociație este de **20 EURO** (nu se fac reduceri studenților). **Abonamentul** costă **4 EURO**.

CĂTRE AUTORI

Se primesc articole cu tematica legată de activitatea grupurilor Balint din România și din străinătate, de orice fel de terapie de grup, de psihoterapie, de psihologie aplicată și de alte abordări de ordin psihologic al relației medic – pacient (medicină socială, responsabilitate medicală, bioetică).

Materialele scrise la solicitarea redacției vor fi remunerate.

Buletinul este creditat de către CMR ca prestator de EMC, deci orice articol publicat se creditează cu 15 ore EMC. Abonamentul la Buletin reprezintă 5 ore.

Redactorul șef și / sau lectorul își iau libertatea de a face cuvenitele corecturi de formă, iar în cazul neconcordanțelor de fond vor trimite înapoi articolele autorilor cu sugestiile pentru corectare.

Deoarece revista se difuzează și în alte țări, articolele care nu se limitează la descriere de evenimente, adică – eseurile, expunerile teoretice, experiențele clinice – trebuie să aibă un rezumat în limba română și engleză, de maximum 10 rânduri dactilografiate. Lectorul își asumă responsabilitatea de a face corectura rezumatului.

Pentru rigoarea științifică apreciem menționarea **bibliografiei** cât mai complet și mai corect, conform normelor **Vancouver**, atât pentru articolele din periodice cât și pentru monografiile (**citarea în text se notează cu cifre în**

paranteză, iar în bibliografie se enumeră autorii în ordinea citării nu cea alfabetică).

Recenziile cărților trebuie să cuprindă datele de identificare ale cărții în cauză – autorii, titlul și toate subtitlurile, anul apariției, editura și orașul de proveniență, numărul de pagini și ISBN-ul. Pentru cei care au posibilitatea, se poate trimite pe fișier separat imaginea scanată a primei coperti.

Se primesc doar materiale trimise pe dischete floppy de 3,5" sau prin e-mail ca fișier atașat (attach file). Este inutil să expediați materiale pe altă cale (foi scrise de mână, dactilografiate, fax sau altfel). Se vor folosi numai caracterele **românești** din fontul Times New Roman, culese la mărimea 12 pentru aprecierea convențională a numărului de pagini, în WORD 6.0 sau 7.0 din WINDOWS.

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

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



ANUNȚURI ÎMPORANTE

Prin bunăvoința colegului nostru balintian, DAN FRANCISC IOSIF Asociația Balint are un site. Adresa: www.balint.xhost.ro

Începând din 01.01.2007 creditele pentru întâlnirile Balint se vor acorda fracționat, în funcție de numărul grupurilor la care s-a participat cu ocazia evenimentului creditat.

Autorii sunt rugați să se conformeze regulilor de redactare a articolelor.

BEING SOMEONE FOR SOMEONE

The Balint Society Essay prize 2003, joint winner, by Oliver Samuel

Getting it right is hard. Tom Main once described GPs as being "in the front line" and at times that warlike metaphor seems just right although usually practice is much more benign. Family doctors have to learn technical skills and how to be able to respond flexibly with all sorts of problems. So much happens in the consulting room that is unexpected, and sometimes it is hard to know what to do. When first I worked in general practice, I was often out of my depth with patients. Their troubles did not fit what I had been taught. So, in groping around for some help in finding out what I was supposed to be doing, I joined a Balint group. Even there, I found very few answers but the members were very supportive and, more than that, we found ourselves empowered to try out ways of working with patients that would not have seemed possible before. Here is one case that I presented (almost thrust on) the group after I had been a member for a couple of years. I remember every detail like yesterday.

On being (almost) a husband:

She was aged 30 and had been married happily for five years. Her gentle and conscientious husband was an office worker. They had been patients since they moved into a flat nearby shortly after their wedding. She had come initially about painful periods but sexual anxieties and non-consummation emerged all too easily as the real problem. At first I felt at a loss to know how to deal with this but, with the group's encouragement, suggested to the patient that I should examine her and show her how to palpate her own vaginal introitus and so learn more about her own body. While doing so we talked about some of the fears she had about sex. The sessions were uncomfortable for both of us but therapeutically successful, for after our third session she told me that they had achieved normal sex and subsequently she became pregnant.

I had recently read *Virgin Wives 2* and it had alerted me to the problem of unconsummated marriage, a topic I had never heard discussed before. So I had started to notice previously undiagnosed sexual problems, but without having too clear a notion of how to deal with them. I had

great reservations, as a man, about following the author's suggestion of trying to combine vaginal examination with verbal exploration of feelings and fantasies. It seemed fraught with difficulty. I was a male doctor acting out penetrating my female patient on the surgery couch. But the patient was desperate about her situation and it seemed worth a go. At the time I felt extremely uncomfortable, almost a usurper - as if, rather like a medically qualified Count Almaviva in Mozart's *The Marriage of Figaro*, I was exercising the '*droit de medecin*' perhaps. After this initial foray into sexual medicine, there followed many other patients with such problems and helping them was never quite so difficult. The group had helped me to tackle an area of which initially I was virtually unaware and for which I then sought some further training.

My later cases in the group may have been more mundane but no less stressful. I believe that a Balint group can serve each member in different ways, enabling every one to learn whatever skills and attitudes are personally relevant at the time. As Enid Balint wrote³ "...they can get in touch with feelings in themselves about which they have been unaware and which may enable them in due course to understand something about their patients which they would not have been able to do, had they been out of touch with their own feelings and the seriousness of them."

I went on taking a particular interest in people who seemed in some way out of the ordinary after I had stopped attending the group. I noticed my kind of 'special' cases were often ones in which I found myself playing a role in relation to the patient that was in many respects different from normal day by day doctoring. So when a case grabbed my notice, or if I found myself making some kind of unusual or different relationship with a patient, I made it my regular practice to start thinking about what kind of person that patient needed me to be. Not all 'special' cases were difficult. Doctoring is often both rewarding and good fun and often my required persona was simple and obvious. The children who consulted with their mothers seemed to regard me as a kind of extra uncle, who gave them sweets



and tickled them with a stethoscope or whatever. And often enough they gave me a sticky cuddle in return. But it was not only with children that I found that I was taking on a family role.

On being a big sister:

She was in her late twenties. She worked up in town and lived locally in digs. She came in for smear test and to discuss contraception. But having dealt with the technical aspect, she was obviously flustered about all the shopping she had brought in with her. So she started showing me what she had bought and discussing what clothes she would wear with what. I must have demurred a bit as we then moved back to the original reason for the appointment and she told me about her boyfriend and her mixed feelings about the relationship. She told me that she was an only child and was away from home and in a new job and had no one to talk to about such things. She dried up a few tears, blew me a kiss and was off. One cannot think of a more intimate physical examination than that provided here. But I hardly knew the patient as a person. We started with the doctoring, but then moved on to more loaded issues. Her opening gambit seemed, at the time, to be more woman to woman than patient to doctor. Or maybe, having allowed me, literally, to look at her inside, she wanted to let me see her more personable interior, so we looked in her shopping bags as she flirted with all her new clothes. This led to her feeling able to open up about interpersonal problems and to talk about her sexual feelings. But it was the farewell kiss that said it all. It seemed to characterise how we had been together - technical but sexy, and dealing with shopping- a feminine interpersonal agenda. I felt like a sort of older sister, intimate and allowed to know, close, concerned but not too deeply involved. But was that in part my reservation against allowing a more intimate response? I never felt quite certain. My relationship with her stayed friendly and very personal until she and her boyfriend married and moved away.

On being a nephew:

She was a lovely lady, aged 82, living alone in a small house with rather steep stairs. She had been widowed for 20 years. Her daughter lived about half an hour's drive away and was concerned and attentive, albeit in full-time work and not always available. My patient was rather overweight and had severe arthritis. So she was housebound and neighbours did her shopping. She was charming, always grateful and much loved.

I have never undertaken regular social visits to the elderly, but happily accepted the slightest reason to come and visit here. We would deal quickly with the medical matters and then chat about her family and about my family. After a time I realised that I always reported my own family events to her and she took a real interest. So she had become a kind of extra grandma to my kids and I seemed, if not quite a spare son, then at least an honorary nephew.

I know that being unable to go out of the house had severely restricted her life, but somehow I never felt sorry for her while visiting; more privileged to know someone who is able to stay happy and apparently contented despite considerable disabilities. But was this really true? Perhaps the cosy relationship that had grown up was stopping me from asking about other discomforts in her life. I knew nothing much about her past, or about her husband or background. None of this seemed to matter, for her present problems were being housebound and socially rather isolated and suffering from painful arthritis. I was able to help her with just these problems so for the time being the dose of doctoring would seem to do. I remember this patient particularly because my role as a doctor, though never interrupted, was complemented by my unexpected personal familiarity with a lovely old lady — easy to sustain and comfortable to live with - and it seems to have served the patient well. Thinking about it now, I wonder how much at the time, I may have wanted her approbation and interest to serve my own needs. Perhaps at that time I may have needed an extra someone to be my auntie and to be interested in my family. We certainly 'clicked' and were both happy with the extra social dimension.

We all make many relationships starting, for sure, in infancy and this background of experience provides the structure on which new relationships are formed. As a family doctor, I try to offer patients an open-minded and neutral face for them to react towards and I take my cues from them about how they need me to behave. Sometimes the patients' expectations are unacceptable; collusion must nearly always be avoided and dealt with by offering an alternative but hopefully helpful response. But quite often it feels alright to be the kind of person that the patient wants to relate to. Such thinking may be like the psychoanalytic notion of analysing the counter-transference, but I think that I am describing something that is mostly more superficial and social. A psychoanalyst will try to be apart from the patient's world, so as to be able to reflect entirely on all the material that the patient offers. For a GP such remoteness is entirely inappropriate, for a family doctor works within the community and may be part of the patient's social and cultural life too. My kind of reflections about how I perceive the role I am to play with my patient often incorporates ideas about their social setting as part of trying to understand the emotional aspects.

Are such perceptions valid? Unlike the 'flash' - in which the doctor and patient are supposed to have a magic moment of mutual understanding that changes their relationship - I have no expectation that the patient will be aware of my way of thinking about them. The normal role of the family doctor is to provide technical competence, medicine and sympathy in appropriate doses. My personal aim goes further and is to enhance my own perception of the patient's needs so that I can react in a more meaningful



way and with greater tolerance. If this approach allows some patients a better deal, then that is a sufficient justification. But although it is true that being sensitive and empathic can lead to new kinds of understanding, you can also get it wrong.

On being a dog:

She was a brusque Northerner, far more professionally successful than her husband who always seemed to be the more feminine of the pair. She consulted me about a lump in the breast that turned out to be highly malignant and had already metastasised widely. I had referred her for rapid full investigation and was now meeting to discuss the findings.

I believe strongly in being open and honest with patients and in sharing important medical decisions with them. So I was surprised when she opened the consultation by telling me that she didn't want me to tell her anything. She told me about the tests she had had and said that that was the end of the matter and please would I not refer to it again. I must have got it wrong because she left the room, made an appointment to see another partner in the practice and asked him to take over her care.

About six months later she asked me to come and see her at home. She looked ill, but was still as sparky as ever. She just said she wanted no discussion but would I now take over her care again. So I did. And without explanation did all that I could to keep her comfortable until the end. Her husband later told me that she hated me but had confidence in my technical skill.

My preferred mode would have been to talk it through and try to understand, but she had a different agenda. She needed to split off what she couldn't allow herself to know and then she left me holding it. I felt that I was being blamed for giving her cancer and was certainly someone to hate for her having it. Yet curiously enough, when at some level she knew that she and her dreaded secret could no longer avoid being put together, I was allowed back. I was clearly no part of this family circle and had to be muzzled before being let in again. I felt as if I was the family Alsatian - to be kept in the kennel and only turned loose around the grounds after dark.

I have been describing my private way of thinking about my special patients; those with problems that still hold a place in my memory. Initially these were the sort of cases that I presented in my Balint group - an experience that played such a useful place in helping me to climb the steep learning curve out of hospital medicine and into general practice. But the trick has stayed with me, of puzzling about what kind of a person particular patients want me to be. Not all patients are lovely or even pleasant to care for and sometimes the kind of relationship that develops can be both close and uncomfortable. The final case shows how this worked to help me cope with a really difficult pair of patients.

On being mother:

They were an elderly couple who had moved into a small bungalow as arthritis had made the stairs in their house intolerable. She was a couple of years older than her husband and had been somewhat demented for a while. But for years he had looked after her, cosseting and fussing round to make sure that she had everything she wanted.

Their daughter brought their medical cards in to book them in as patients and our very bright registrar went out to visit them. At first all seemed well, but then came a never ending stream of requests for urgent home visits, often several times in the same day. The doctor went in repeatedly but to no avail and, most unusually, she asked to be taken off having to see them. She couldn't cope with the incessant demands.

So I took over their care and became a regular visitor. What had happened was tragic. The old lady had been highly dependent and totally demanding for years and her husband had lovingly responded to her every whim. But now he too was losing his short-term memory. Every time his wife said she was ill, he phoned for the doctor, unaware that she had been visited only a few hours earlier.

They were always very polite and very grateful, but the phone never stopped. We tried everything we could think of: immediate telephone advice, a regular doctor's visit twice a week, sharing visits with social workers and a psychiatric nurse. The receptionists started dreading the phone calls and, like everyone else in the practice, I too started hating them. But that was unfair for they were pathetic and in real difficulties. So I made time for a more leisurely visit to try to get to know them as people. She was really unknowable, but her husband was charming. He had been a bank manager and was a stamp collector and only too happy to show me his collection. But he also showed me how pathetic and inadequate he felt in trying to care for his wife. I found myself comforting him and promising to try to make him better.

The phone calls continued as ever before, but now I had a way of seeing the problem that was different. I would speak to him as often as I could and still had to make frequent visits, but now the focus was on giving him comfort and trying to make him feel less lonely. I came to admire him for the way he was trying to manage. I saw my role as putting verbal sticking plaster on his poorly, bruised knees as he struggled in the mess of his mad wife's making. In time, they moved to more supervised care, arranged for them by their daughter who had received at least twice as many demands for help as we had.

As his dementia made him regress from kindness and competent coping to childish demands for immediate succour, his phone calls sounded more and more like crying for 'mummy'. His wife may have been a motherly sort of person in times gone by, but by time I knew them both, she was far past it. So it was by taking on a sort of mothering



role for this poor man that I was able to respond to at least some of his cries for help. And understanding myself as trying to play this role increased my forbearance of this totally demanding impossible couple to the level of being able to sustain their care. I even grew to rather like them.

I have used these case histories to illustrate how introspection made it possible to risk working in new ways with my patients. Thinking about what kind of family role I was playing served as a short cut to understanding and shouldering their problems. It formed a matrix for structuring ideas about relationships with patients. But it also served as protective procedure that has allowed me to take on patients without being overwhelmed by their difficulties. This was not an unconscious negative reaction to avoid engagement, but a considered attempt to differentiate between my private emotions and an empathic professional engagement. It became my internal language for focusing on the patient and rethinking what was going on; it became my new and personal way of coping.

All family doctors must develop survival skills if they are to manage the incessant accelerating demands. We all need some defences against being overwhelmed, but they have to be proportionate and not get in the way. Doctors all too often deal with their own anxieties or other distress to the detriment of their patients. Defensive behaviour can

obscure the patient's needs and doctors need to know about their own reactions. As Salinsky, Sackin and their colleagues have recently shown⁵, it is unrealistic to expect a doctor to be able to maintain a professional sangfroid at all times. So I hope that the approach that I have outlined here might fit some aspects of the "elastic bespoke medical defences tailored for each case and each doctor" that Tom Main challenged us to experiment with a quarter of a century ago¹.

Reference List

1. Main T. *Some medical defences against involvement with patients. J.BalintSoc. 1978;7 :3-II.*
2. Friedman LJ. *Virgin wives. London: Tavistock Publications Ltd., 1962.*
3. Balint E. *Research, changes, and development in Balint Groups. In Elder A, Samuel O, eds. While I'm here, doctor, pp 95-102. London: Tavistock Publications Ltd, 1987.*
4. Balint E, Norell J, eds. *Six minutes for the patient. London: Tavistock Publications Ltd., 1973.*
5. Salinsky J, Sackin P. *What are you feeling, doctor? Identifying and avoiding defensive patterns in the consultation. Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd, 2000.*



Weekend Național Balint. Ianuarie, 2007.



THE BALINT GROUP AND THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

The Balint Society Prize Joint Winner, 2003 by Pat Tate

The Balint group, for those fortunate enough to experience it, is a potentially potent force in the development of a doctor. Michael Balint wrote (1966), of the kind of doctor successful in the early groups, "It is highly probable that he will derive from this professional work enough 'deep' satisfaction to compensate him for the strains caused by the training. In this way he will be able to give up without too much pain some of his accustomed ways of behaving towards his patients and to achieve the often mentioned 'considerable though limited change of his personality'." And if the doctor's personality changes, we can be sure the doctor-patient relationship changes as well.

Those who present cases to a group sometimes comment, "I will go back to this patient a different doctor." Sometimes that amounts to a new approach, sometimes to increased patience, sometimes to less self-doubt. The knowledge that at the next meeting, or the next, the group will be there to hear the follow-up, to comment or reflect, is enormously important, and allows the doctor to think and to venture.

But most groups (and sooner, rather than later) come to an end. Does the influence on the doctor and on the doctor-patient relationship, end as well? From experience, it seems that answer is, "No." The group continues to exist in the doctor's mind, both in the conscious and in the unconscious, a 'virtual group' which is transportable, transferable and ready for use when needed. It merely requires the doctor to remain open to the awareness originally developed within the group, and to continue to examine his work in the language of the group.

This doctor had the benefit of a long-term Balint group, but that finished years ago. Because the working environment did not change, it did not feel too difficult to continue thinking in the style of, and referring to, the former group. But recently, this general practitioner made some substantial changes to her working life, moving from full- to part-time, from city to rural practice, from Principal to Assistant. These big changes made the doctor wonder what resulting differences would be found in consultations. In the old practice, the doctor was known as a 'psychological' doctor, interested in the unhappiness/happiness of patients, and of course, people understood, and brought that kind of problem. But what would it be like in a patient population of strangers? And would the virtual group survive the move?

First morning, first surgery, first patient. A working class man in his 40s, looking worried. We are mutually unknown entities. The computer says he has not attended

for years. "It's those headaches, doctor, and I can't sleep." Some physical examination, some questions, a lot of listening. He and his wife of twenty years have split up, he is living in digs, aware that he is losing a great deal of what his life's hard work has earned. No other parties involved, just a realisation that they married young, and it no longer works. No details are given about the joint pain that must have led to this decision, but the pain is acknowledged between the two of us.

The doctor reassures, "I don't think there is anything physically worrying here," the headaches are likely to be related to tension, the poor sleep to a strange, lonely room. The doctor adds, "Generally, I don't like sleeping tablets, but try these few for a week, to break the present pattern. I won't be here again for a fortnight, but please come back and see me then, to tell me how you are getting on." And during that time of wanting, what will the group think, what will the doctor think of herself, with regard to the bending of a fairly strict 'No Sleeping Pills' policy.

The man seems relieved that serious disease is unlikely. He has spent 15 minutes with the doctor, who has accepted the fear and unhappiness, and now shares them. He departs. The doctor is aware of two emotions: firstly, amusement, that random change has brought a first patient of the kind she likes, and feels capable of helping, and secondly, self satisfaction in a good piece of work. This could be reported to the group as an interesting short case!

A fortnight later, but the man does not reappear. Disappointed, the doctor checks the computer, - no, at least he has not been back to see someone else. But the doctor's self-esteem is shaken - maybe that was NOT a good piece of work. Maybe the man was disappointed in what he received, maybe the doctor was too intrusive into the personal story. Did the doctor do too much or too little? These are issues the doctor imagines the group tactfully exploring.

Another week passes, the man reappears, three weeks after the initial meeting. He is dressed up - jacket, shirt and tie, all a bit on the flamboyant side. The doctor is pleased and excited, but plays it cool. "How are things going?" He is relaxed. "Headaches nearly gone, and what's left I can live with. Sleep nearly back to normal, I only took 4 of the sleeping tablets, but they helped." There is a shared smile, and a pause. The practical side is being amicably arranged, he has a better place to live, the family will spend Christmas together. This feels like a cue (both doctor and group want to know more) so the doctor inquires what Christmas was like for the man in the past. The resulting



story is dreadful - a mother who died when he was 7, a father who put him into care, abuse by foster parents, independent living from age 16. This man has had more than his share of unhappiness.

Another shared pause, solemn this time. Both doctor and patient reflect on the sad history, the sad present. Then the doctor feels it is time to acknowledge the man's outward presentation. "You're looking very smart today, what is that about?" "Oh, I'm off to London on business today." The doctor wants to give him a present. "I expect you are good at your job?" Quick as a flash, the man replies, "Yes, I am - and so are you." A gift in return. They part, friends after two brief meetings. "Please come and see me in the New Year, let me know how it's going."

That night, the doctor dreams of the man — but it is her father, wearing the flamboyant jacket. The two men are completely mixed up together in the dream; the emotion of the dream is sad but bearable. And does the rftan thank about the doctor afterwards? Is she mixed up with the lost mother (the doctor is the right age) and have these two brief encounters met a need to tell mother about the unhappiness? Probably the doctor will never know, but, conscious of the internalised group, she can wait and see, bear the uncertainty, hold on to the unhappy story. Maybe they will never meet again, but the man has made quite an impression on the doctor. And what will the group make of bringing a dream into the case.

The whole episode reminds the doctor that, no matter

how often she does this, she remains unsure of her abilities, anxious not to do harm, wanting to feel good about herself. She thinks of the old maxim, 'only the wounded physician heals', interpreting the 'wound' as an awareness that can flow from a powerful experience. It seems that the doctor contains an element which is 'patient' and the patient an element which is 'doctor'. In addition to expertise and experience, the doctor also possesses the weakness and helplessness inherent in the patient role. For the practising doctor, the 'doctor' pole is dominant, while the 'patient' pole is latent. But the latent helplessness is there and, if it can be consciously accepted, it is the wound.

The doctor in this account is relieved - it seems that general practice is not different in this different setting. It seems that the virtual group is transportable, along with the BNF and the stethoscope. That random first patient had a common problem, for which the doctor, supported by the virtual Balint group, felt skilled enough to offer help. Doctor and patient have formed a relationship and then parted, satisfied with each other. Unhappiness remains, but two people have met and examined it together. Beyond those meetings in the 'real' world, the doctor, as if in the group, has reflected on the relationship. It's all right for now.

Reference

Balint, M., Balint, E., Gosling, R. and Hildebrand, P. (1966) A Study of Doctors. London: Tavistock.



În pauza lucrărilor de la Sighetu-Marmației. Mai, 2006.



A CASE FOR AN IMPOTENT APOSTLE

The Balint Society Essay Prize, joint winner 2003

by Ryan Hutchison MD, Department of Family Medicine, Medical University of South Carolina, USA

In the second year of my residency training, I acquired a patient that presented himself as a unique case for which none of my therapeutic efforts succeeded. Despite this failure and the apparent frustration of both parties, he continued to return to my clinic. I brought this case to a Balint session, and we discussed the nature of our patient-physician relationship and the roles that each was playing. With suggestions from the group and a review of pertinent concepts from Michael Balint's *The Doctor, his Patient, and the Illness*, I have been more equipped to take an empathetic approach and create a more therapeutic compromise in our work together.

GR came on strong from the moment that I met him. "We're gonna get along great...they say you and I have the same twisted sense of humor". He is a 32 year-old man with a ventriculo-peritoneal shunt, placed at age 16 as a result of hydrocephalus. His concern at his initial visit to my office was recent headache and unsteadiness, the same symptoms he had when his shunt was originally placed. Because of his insurance, he needed a referral from a primary care physician to visit his neurosurgeon. His neurologic exam was normal. I gave him the referral that he requested, and he indeed did have a shunt revision (based on clinical suspicion, since the shunt series and CT scans were negative).

Shortly after his surgery, GR returned to my office complaining of pain at his incision site and, soon thereafter, for insomnia. I initially prescribed amitriptyline and later gabapentin in response to phone calls and visits reporting poor effect.

In the months that followed, GR returned for several visits and left several phone messages regarding multiple complaints such as various pains, fatigue, and blackout. During these encounters he was dramatic and sometimes childish. He was convinced that he was a 'medical mystery' with unique physiology and responses to medicines. For example, he reported having enhanced senses. He could smell antifreeze in the car behind him at an intersection. He could hear conversations in the house next door. The sound of screaming children pierced his senses and he thus needed to avoid such situations. Medicines, as he claimed, affected him differently than other people. He would require double doses of all antibiotics or pain medicines. Amitriptyline caused insomnia. Gabapentin worked 'as needed' for panic attacks. (Of note, I found him to be neither psychotic nor manic.)

I also learned in these encounters more about his background. GR is an only child, raised by a single mother.

He is married with two young sons (two and four years old). He used to be a professional fisherman, but he no longer works due to a back injury that resulted from a car accident in 1999 (although he was not hospitalized at the time and never met legal criteria for disability). His wife works and is the sole provider of income for the family. Despite his being home, he does not participate in childcare, as his children are sent to day care and his wife attends to them on the weekend. Although he is 'disabled', he has a rather active life, enjoying computers and fishing with friends.

After several visits, a pattern to our encounters emerged. I realized that all of my efforts were failing. My medical evaluations of complaints were fruitless, and a multitude of medications and dose adjustments were ineffective or caused idiosyncratic or 'reverse' effects. He expressed frustration, and I certainly shared this sentiment. However, he continued to return.

It was clear as time went on that he was a 'problem patient', so I brought his case to our weekly Balint group. Why does this man continue to return if nothing I do for him helps any of his problems? In the session, the group challenged my assessment of the arrangement as a failure. They proposed instead that it must be a success on some level if GR continued to return. Perhaps, they suggested, the relationship reinforced his identity in some manner. Finally, the group underscored my irritation with GR and asked me to explore what this might mean about personal bias and the dynamics of our relationship.

This case was an opportunity for me to review some of that which Balint presents in *The Doctor, his Patient, and the Illness*. Specific to this case are concepts of the 'apostolic function', 'mutual investment company', and the role of the 'impotent doctor'.

The 'apostolic function' is Balint's idea that we have biases regarding how one should behave when one is ill and what one should expect from a physician in this setting. Importantly, one's apostolic function has no roots in medical training, but rather is a collection of personal beliefs and experiences. Balint refers to it as 'personality', 'zeal', or 'common sense'. We expect our patients, who have their own beliefs and experiences, to comply with our constructs. In Balint's words, it is 'as if every doctor has revealed knowledge of what is right and what is wrong and a sacred duty to convert to his/[her] faith all the ignorant and unbelieving among his/her patient's. If too rigid, the apostolic function can be an obstacle to proper clinical assessment. Every patient - physician dynamic involves



offers and responses. If an acceptable compromise is found, a patient might return and become a continuity patient. The terms of a compromise are functions of that which the parties allow or accept to be part of the negotiation within the relationship. Balint calls this the 'mutual investment company'. It is 'on the basis of mutual satisfaction and mutual frustration that a unique relationship establishes itself between a GP and those of his/her patients who stay with him/her. The nature of the compromise cannot be overestimated, as it is on these grounds that therapy is attempted.

The more I saw GR the more aggravated I became and the more I dreaded his visits. His presentation clashed with my apostolic function and our relationship was a compromise on his terms. My personal beliefs and 'personality' disapproved of his behavior as a father, husband, citizen, and patient. I felt that he wasted my time and clinic space and insulted my education and work ethic. I quickly became disinterested and 'invested' less in our relationship. I resorted to any means necessary to please or pacify him enough to end each encounter. This meant endless referrals, laboratory investigations, and medications for less-than-convincing indications. All of these measures, of course, failed.

GR dictated the nature of our negotiations. I unknowingly accepted a role that served to reinforce his pathologic identity and therapeutic inaccessibility. Failure of his doctor ensured his incurability and secured his status as unique. GR needed me to be impotent, and when I was he stayed with me. This way he could remain ill and

disabled, which may well define his identity

The impotent doctor is a difficult role to accept. As Balint writes, the majority of us, driven by our apostolic zeal, have to do everything possible to impress our patients - and ourselves - that we are good, helpful doctors. The compulsive tendency of doctors to take action and give makes the impotent doctor a role that is easy to assume and thus compounds the inaccessibility of those patients for whom failure serves (misguided) needs.

My experience with GR shows how personal judgment can impede clinical impression and how a patient-physician compromise on pathologic terms can lead to therapeutic failure. The apostolic function can obstruct empathy. A more flexible, empathetic approach to GR recognizes that he is riddled with guilt. He knows he is not upholding his duties in his system(s). To relieve his guilt and to excuse him of his responsibilities, he seeks an impotent doctor that can prove his illness. It may take a slow titration of myself as the 'drug doctor', but in the future I will try to resist the compulsion to act, changing what is expected of me and thus changing the terms of our compromise. I can understand his need for an impotent doctor if he understands that we will acknowledge his underlying guilt as we approach his somatic complaints. This would not likely happen overnight, but if he returns, it could one day be therapeutic.

Reference

Balint, M. (1957) *The Doctor, his Patient and the Illness*, International Universities Press.

BALINT GROUPS FROM THE PERSPECTIVE OF A TEACHER

Laurel C. Milberg, PhD, U.K.

(Keynote paper given at the Oxford Balint Weekend in Exeter College on Friday 13 September 2002)

Good Evening. A strange thing happened to me on my way here from the States. I and some of my colleagues from the American Balint Society decided to come and see how you do these weekends, because we are trying to start something similar in the U.S. When I inquired by email as to whether my registration had been received, John Salinsky wrote back suggesting that it had been received if I agreed to give a keynote address. Very persuasive fellow! I agreed, however, because it allows me to tell you what Balint work means to me as a teacher. I'm hoping as the weekend progresses you will stop and tell me what it means to you, as well.

Quite simply, Balint groups were an inauguration, 25 years ago, into my new role as a psychologist teaching family medicine in a brand new residency program in Pittsburgh, PA, USA. I was full of enthusiasm in 1977 to begin applying my knowledge and skills as a psychologist to the doctor's job. Unfortunately, other than my own trips

to the doctor, I had little real understanding of the doctor's job and not the foggiest idea of what or how to teach them. I was given one hint: I was to conduct Balint Groups. It was a very good hint, indeed. Balint work remains today the single most potent tool I have for creating a safe but challenging environment where trainees can learn and grow to be competent personal physicians. It is how I do my job.

I was fortunate to have been introduced to Balint seminars and taught to lead them by a man who worked and mingled ideas directly with Michael and Enid Balint. His name was Dr. Rex Pittenger. He gave the seminars we co- led (he led while I learned) his own style, yet helped me to see the sometimes hidden essential themes that constitute the Balint group process. Best of all, he encouraged me to use my judgement and experiment with the group, much the same way he encouraged the resident participants in our Balint seminars.

A personal/professional identity was formed from this



initiation by Balint group. It created for me a place where what I know and what young doctors could benefit from learning came together and made sense. Things like:

1. Widening and deepening one's perception of the patient, learning more about their circumstances, context, and family and how that might relate to their complaint.
2. Actively listening to the patient - being able to empathize and understand what is going on with them and what that might have to do with their symptoms.
3. Valuing listening and the doctor-patient relationship as diagnostic and therapeutic tools.
4. Understanding how the illness impacts the patient and the patient impacts the doctor.
5. Self-reflecting on the doctor's own responses to the patient or the illness, having insight into the roles the doctor is habitually drawn to play with patients as well as his or her allergies to certain illnesses or patient behaviours.
6. Responding with more tolerance to a wider range of patients - developing a larger, more varied repertoire of interventions.
7. Having the patience to work with patients over time despite lack of a cure or even sometimes a common ground.

These are all lessons relevant to the doctor's job which could be embraced by trainees in my program. I learned them in Balint group. Best of all, Balint work showed me a way to transform at least an hour and a half a week into something more positive, affirming, divergent, creative, supportive, verbal, thoughtful, emotional, intuitive and humanistic than medical education in general appeared to me to be. This was good stuff.

And then, a couple of years ago, I received a gift of confirmation. We surveyed our second and third year residents as part of a research project. We asked them, 'What have you gained from participation in Balint groups during your residency? What, in general, is the value of having Balint groups in residency? And what are the drawbacks? I was thrilled with their answers. May I read you a few?

In answer to *'What have you personally gained from participation in a Balint group during residency?'* they said:

Catharsis: getting rid of frustrations built up over time from dealing with patients.

Normalizing even negative feelings toward patients: builds confidence when I make a mistake or have heinous feelings about patients; makes me feel more like that is human and less like it is a fault; feeling like it's OK to admit I have emotional responses to patients; I am not the only one who feels a certain way about a situation with a patient.

Empathy: empathy for my reactions from fellow physicians. I can connect to people who may be too scary for me to empathize with all by myself.

Insight: new things brought up I couldn't see from being too close to the situation; a forum to work through what is difficult about the relationship; insight on where to go, questions to ask, practical ideas so I don't flounder with patients who have me stuck; better insight into the doctor-patient relationship especially from the patient's point of view.

Better knowledge of patient: know the patient better: motivated to get to know the patient better. I realize there is more than one way to see patients and look for those alternate ways; makes me hate fewer people, more tolerant of difficult patients. I ask more questions of a difficult and regular patient: 'I know you', vs. 'Oh crap, it's you;' I realize that the feeling I have when I leave the room may be the feeling the patient has; insights on particular patients and their relationship with me.

Skills: gaining a small useable amount of 'touchy feely'; I develop a more holistic approach to patients; getting a shared experience and mental skills to deal with difficult cases; not put up barriers which is what I'd be doing otherwise; alternative ways of dealing with patients.

Transformation: ways to use insights about how I am with patients that gets in the way of connecting/dealing with them to transform certain relationships into one/that work better; frequently revealed other avenues to pursue with difficult patients, though not the purpose; new ways to face that situation in the future; hearing different people's approaches in a non-confrontational setting* a fresh perspective on a difficult doctor-patient relationship.

Support: not getting advice on what to do; not feeling alone with frustration; helps cope with stress of practice; decreased isolation as a resident; makes us feel understood and cared for.

In answer to, *'What can be gained in general from participation in a Balint group?'* they said:

- Increased sense of camaraderie;
- Increased ability to be less judgmental toward patients and peers;
- Makes you a better doctor;
- Helps cope with the stress of practice;
- Getting a fresh perspective on difficult doctor-patient relationships from others in a non-confrontational setting.

In answer to, *'What is the value of Balint groups to the residency as a whole?'* they wrote:

- Cohesion: decreased isolation as a resident; helps establish closer relationships between residents; leads to a closer group; makes us a team, a confident team.
- Intimacy: get to know other resident better through what they express in Balint.
- Values: reflects emphasis of residency on importance of seeking help from others; helping MDs cope with difficult roles; social aspect of patient's lives has an impact on health; makes our training unique; better training



of family physicians in the doctor-patient relationship.

In answer to, *'What are the drawbacks of participation in a Balint group?'* they said:

- Difficult emotionally: sometimes it is extremely emotional and it is hard to reset oneself to go back to work.
- Lack of skill in some members to 'do Balint': new people don't have the feel for how the group can work to explore complicated feelings, issues, etc. and can stop the momentum by side tracking or getting superficial.
- Vulnerability: can be uncomfortable to be that revealing.
- Hard work: even though I knew it was good for me and understood the benefits, I did not look forward to it; very time consuming which can be hard on tired, busy residents.

I believe these trainee comments reveal much about what is so valuable and hard won about Balint training and Balint groups. I think we all stand to gain this and more through our participation in Balint work.

Finally, Balint work provides me with a group of like-minded, though diverse; colleagues who allow me to feel I am not alone. My mentor, Dr. Pittenger, talked a great deal about acceptance as a key outcome of the Balint group experience. Working in these groups gives one the definite feeling that someone really knows what I am up to and accepts me, even if I'm frustrated, or flawed or impotent. This is not unlike what the patient feels when attended to by a Balint group trained physician. On another level, the collegiality we in the States have experienced with the International Balint community has truly encouraged us. Here, too, were folks who knew what we were up to and cheered us on. The British Balint Society essentially birthed the American Balint Society, with John Salinsky in the role of midwife. Together and from different sides of the Atlantic we continue to challenge each other to grow and learn the art of mindful doctoring.

In December of 1965, Michael Balint wrote:

"If it is true that patients can get a better, more understanding service from doctors who have had a training along the lines advocated by us and I have no doubt this is so then patients will have the right to expect this better and more reliable understanding from their doctors. This in turn requires that the methods leading to this sort of understanding must be integrated into the training programs of the teaching hospitals not as an additional frill, but as a basic ingredient."*

Graduate medical education in the States has just begun to require that programs show how their trainees become competent in six major areas including doctor-patient communication and professionalism which includes self-awareness, self-reflection and self-evaluation. After all this time, Balint groups may just be the idea whose time has come in the U.S.

For us here this weekend, the time is now. We have come to experience an Oxford Balint Weekend. A warm welcome to all of you and let's get on with it. Does anyone have a case?

Post script:

Two years ago, Balint work lost the man who literally helped bring Balint Seminars to the United States. In 1956, Dr Rex Pittenger invited Michael Balint to Pittsburgh to help initiate Seminars for General Practitioners at the Staunton Clinic. Balint's visits to these ongoing seminars and his collaboration with Rex continued for eleven years. From that time on, Dr. Pittenger himself started many successful Balint Groups and served as mentor for scores of Balint Seminar leaders in Pittsburgh, West Virginia, New York and across Pennsylvania. No doubt the practicing physicians, residents and leaders he taught are now spread all over the country. He was a wise and patient teacher-guide of Balint work and wrote several articles and books on Balint groups. I honour his contributions by dedicating this talk to his memory.



Grup mic la Ocna Sugatag. Mai, 2007.



TRAUMATISMUL PSIHIIC

Michel Delbrouck, Belgia



(Originalul a apărut în *Revue Balint* nr. 100.

Traducere din limba franceză: Dr. Csilla Moldovan, Mădăraș-Ciuc

Republicarea este posibilă cu aprobarea redacției Revistei Asociației Balint din Belgia).

Obișnuit cu traumatismele psihice provocate de accidente sau de boală, medicul și-a însușit reflexele terapeutice adecvate. Medicina bazată pe evidențe și liniile sale directoare îl ajută pe medic să se descurce în asumarea situațiilor ivite de la ieșirea din băncile facultății. Din contră, în fața suferinței psihice medicul practician rămâne foarte dezorientat.

Freud folosește termenul de traumă în cazul unui șoc violent. Pentru Laplanche și Pontalis traumatismul psihic este un eveniment din viața subiectului, care se definește prin incapacitatea lui de a răspunde în mod adecvat tulburărilor și efectelor patogenice directe pe care el îl provoacă în organizarea psihicului.

Traumatismul psihic reprezintă deci o veritabilă fracție în interiorul individului. Dacă această traumă are loc foarte precoce în psihogeneză, procesul de dezvoltare al individului poate fi afectat la diferite nivele. Mulți dintre pacienții noștri funcționează într-o manieră corespunzătoare din punct de vedere social dar sunt niște adevărați handicapați din punctul de vedere al relațiilor afective.

Factorii externi ca abuzul sexual, incestul, pedofilia, tratamentele rele din copilărie în sens larg pot să reprezinte veritabile „pete albe”, găuri, în aceste faze ale dezvoltării psihice. Acești factori sunt responsabili de traumatisme interne cum ar fi boala copilului, spitalizarea lui, decesul sau boala unei rude apropiate.

Traumatismul psihic reprezintă un lucru inefabil și nespus. Pacientul nu-și poate da seama de experiența pe care a trăit-o nici de cea pe care o trăiește în prezent. El nu are cuvinte pentru a-l exprima cu atât mai mult cu cât trauma a avut loc în perioada preverbală, înainte de vârsta de trei ani, în perioada structurării memoriei. Noi observăm în clientela noastră pacienți care nu se pot exprima nici prin intermediul limbii vorbite nici la nivel emoțional. Îngrijirea psihoterapeutică la acești pacienți nu se va putea face la nivel verbal sau intelectual.

Evenimentul traumatizant poate să fie imediat și dirijat discret de individul traumatizat. În acest caz el se manifestă sub forma unor reacții neuro-vegetative și prin expresii emoționale interne. În alte cazuri el va fi negat, refulat sau va fi somatizat într-o manieră cronică.

Etape în evoluția conceptului

Charcot și Freud arată în studiul isteriei că deși traumatismul psihic a încetat, el are drept consecințe manifestări exterioare cum ar fi afazia „Dorei” sau manifestări neurovegetative ale unui atac de panică sau un P.T.S.D –sindrom de disfuncție post traumatică.

La începutul elaborării psihanalizei, traumatismul califica mai întâi evenimente din istoria personală a subiectului databile și subiectiv importante prin efectele pe care le puteau declanșa. Pentru Freud acestea sunt circumstanțele specifice care asigură evenimentului valoarea sa traumatică, condiții psihologice particulare în momentul traumei sau conflict psihic care împiedică subiectul să integreze în personalitatea lui conștiența experimentului care i-a parvenit.

Pentru Melanie Klein sugarul pune în mișcare foarte rapid mecanisme de apărare în fața anxietății enorme care reprezintă intrarea lui în lume. Copilul va utiliza mecanismul de CLIVAJ care-i permite să structureze lumea în obiecte bune și rele. *Metoda proiecției* potrivit căreia obiectele rele sunt proiectate în afara lui. *Idealizarea primitivă* recentrând obiectul bun asupra persoanelor care sunt investite pozitiv. Traumatismele precoce din această fază a copilăriei vor rămâne marcate la copilul sau adolescentul care vine să ne consulte. Aceste evenimente traumatizante pot fi uitate sau refulate. Această cantitate de energie refulată poate fi convertită într-un simptom organic permițând uitarea semnificației sale psihice.

Pentru Jean Bergeret individul traversează mai multe etape, mergând de la **a.** un stadiu de nediferențiere somato-psihică („Eul nu distruge non-eul, iar exterioritatea nu distruge lumea exterioară”) până la **b.** un stadiu de preorganizare „unde calitățile ereditare congenitale ca și cele achiziționate prin experiențe obiectale succesive influențează și structurează subiectul și în fine **c.** un stadiu de structurare a personalității, care nu se mai poate modifica, nici să schimbe linia fundamentală psihiatrică sau nevrotică ci numai să se adapteze sau să se dezadapteze. Evenimentul traumatic survine și falia nu poate să opereze decât pe linii de forță și rupturi prestabilite în copilăria sau adolescența subiectului. După Bergeret evocarea retrospectivă a traumatismului se face în stadiul de ”după lovitură”, câteodată ca o reconstrucție sau o intelectualizare defensivă.

În cazurile de stări limită un fapt real este resimțit de subiect ca o frustrație foarte puternică, un risc de pierdere de obiect sau abandon. În acest context traumatismul trebuie înțeles într-un sens afectiv. El corespunde unei



emoții pulsionale intense care survine într-un stadiu încă foarte prost organizat și foarte puțin matur în cea ce privește echipamentul de adaptare a subiectului și modalitățile de apărare. Acest tip de traumatism afectiv este numit de Bergeret traumatism precoce sau prima dezorganizare precoce în evoluția subiectului care va fi blocată. O fază de fixație numită faza latențării va urma și trebuie așteptată la vârsta adultă, în general între 18-30 de ani, atunci când un eveniment de viață cum ar fi o ruptură amoroasă, o pierdere de serviciu vine să rupă acest fals echilibru aparent. Bergeret numește aceste traume traumatisme dezorganizatoare tardive. Aceasta e zona de frontieră în care lectura D.S.M-IV sau abordările pur cognitive comportamentaliste se ciocnesc cu abordările mai clasice.

Starea de stres posttraumatic poate foarte bine să se rezolve la anumiți pacienți, pe când la alți pacienți putem vedea decompensări într-o manieră clasică dacă nu haotică timp de luni sau ani întregi. Ipoteza reviscenței unui traumatism anterior și a unei decompensări profunde în relație cu traumatismul actual este explicată cu existența unei breșe mai arhaice.

M. Balint apreciază că în relația medic-bolnav nu se întâmplă decât rar ca un pacient să se prezinte cu o problemă. Altfel spus pacienții nu-și consultă medicul lor decât atunci când au transformat lupta cu problema lor într-o boală.

Pentru Jung traumatismul poate să fie transgenerațional și să traverseze inconștientul colectiv personal și familial mai multe generații. După Jung conștiința noastră individuală nu se perpetuează mai puțin netulburat în sânul inconștientului colectiv, comparabilă cu o mare pe care conștiința Eului călătorește asemenea unui vapor. Inconștientul original asediază din toate părțile conștiințele individuale. Conștiința este intermitentă și poate fi întreruptă, iar inconștientul este o stare durabilă continuă.

Pentru Ancelin Schuttenberger traumatisme care au avut loc cu mai multe generații înainte își pun amprenta și colorează încă viața inconștientă a unora. Acesta este cazul copiilor cu părinții victime al violurilor sau incestului suferit de bunici sau străbunici. Este important să se stabilească o distincție între sfera conștientului și al inconștientului pentru a explica acest fenomen. Psihanaliza, tratamentele comportamentale se înfruntă între ele în rezolvarea acestor probleme sau sunt pur și simplu complementare.

Nu putem trece cu vederea descoperirile actuale în materie de neurologie unde tehnicile de neuro imagine structurală au pus în evidență în caz de traumatism o diminuare a volumului hipocampului și o hiperactivitate a amigdalei și paralimbicului anterior.

Factorii de risc sau consecințe ale acestora: P.T.S.D

În cazul unui eveniment traumatic - accident, viol, atentat - informațiile senzoriale sunt transmise a. în

talamus, la ariile primare vizuale, olfactive, auditive, kinestezice, apoi în b. hipocamp, care este "memoria evenimentelor", după care c. la complexul amigdalian. Un neuron presinaptic trimite glutamat la neuronul postsinaptic activând așa zișii receptori N.M.D.A. Urmează activarea unei proteinkinaze care eliberează monoxid de azot făcând să crească numărul receptorilor N.M.D.A. pe neuronii postsinaptici. Informația utilizează astfel căi privilegiate și această rețea este activată ori de câte ori apare un context similar celui în care s-a petrecut traumatismul.

Această rețea constituie memoria traumatică care se bazează pe fenomenul de întărire a conexiunilor dintre neuronii sinaptici și efectori. În complexul amigdalian aceste conexiuni constituie memoria inconștientă a contextului traumatic.

Toate informațiile legate de context pot să reactiveze ansamblul memoriei inconștiente și să declanșeze aceeași simptomatologie psihică și neurovegetativă

Hipocampus reprezintă al doilea centru al memoriei traumatice la care victima poate accede prin verbalizare. Terapiile de decondiționare vizează activarea memoriei traumatice -neuronii de context- fără să activeze expresiile traumatice -neuronii efectori-. Aceste tehnici vizează stimularea nodului pericaducal care întărește o acțiune inhibitoare asupra complexului amigdalian în cauză. Dar acest blocaj nu este decât temporar, apărând în cca. 40 % a cazurilor recăderi după câteva săptămâni sau luni de tratament. Mai mult, această inhibiție poate fi înlocuită printr-o altă inhibiție, aceea al cortexului prefrontal median care inhibă la rândul lui complexul amigdalian, de data aceasta într-o manieră mai durabilă.

Pacienții care prezintă recăderi arată la MRI o activitate mai slabă la nivelul cortexului prefrontal.

M. de Clerq subliniază în articolul său asupra traumatismelor psihice că, în abordarea anglo-saxonă calea de apariție al P.T.S.D nu separă realitatea intrapsihică de traumatismul suferit de persoană. Modul de reacție la stres explică reacția subiectului. Evoluția a cea ce va deveni pentru subiect traumatismul psihic este realizată în funcție de simptomele de stare post traumatică și de adaptarea socială și familială. Accentul e pus mai mult pe gravitate și circumstanțe decât pe cele trăite de subiect. Ori nu este vorba despre o simplă siderație sau perturbare al sistemului limbic. Pacienții sunt câteodată restimulați în amintirile lor uitate prin stimulări slabe, o situație sau un context particular, o imagine evocatoare o ambianță apropiată de cea a traumatismului inițial sau din contră de un nou traumatism masiv care tulbură întreaga personalitate.

Copilul abuzat plonjează într-o magmă emoțională fără repere, reorganizează faptele și încearcă în zadar să le dea un sens sau o structură, o asemănare logică și explicația a cea ce s-a întâmplat să trăiască. El reamenajează întâmplarea traumatică pentru a rămâne credibil și riscă să eșueze-n această tentativă.

Mai mult, efectul traumatic influențează evoluția comportamentului sexual ulterior al copilului din care poate decurge o dezvoltare perversă ajungând în anumite cazuri la un caracter pervers.

Mecanismele de refulare funcționează deasemeni și pentru traumatismele de război. Un astfel de pacient, vechi luptător din 1914-1918 nu a vorbit niciodată de cele 52 luni de tranșee nici copiilor nici nepoților săi. Exceptând vârsta de 74 ani, când, cu ocazia unui accident vascular cerebral amintirile au năvălit în starea lui de conștiință modificată.

Un anumit număr de pacienți au traversat viața într-o stare de hipernormalitate și-n momentele senescentei psihice și intelectuale, sociale sau afective, se decompensează brutal fără un traumatism aparent. Senescența poate să constituie traumatism, la fel și decesul unui apropiat, separarea de o ființă iubită, problemele financiare grave, pensionarea, pierderea unei poziții sociale privilegiate.

Moartea subită, demența senilă, afecțiuni psihosomatice pot să traducă această stare de angoasă acută.

Pentru cel care se îngrijește supus să asculte situațiile dramatice - răpiri, violuri, cancer terminal -, ca și pentru psihoterapeuți noi descriem Sindromul de epuizare profesională și traumatismul prin procură. Sunt patru nivele de funcționare unde cei care îngrijesc sunt atinși: pierderea reperelor, tulburări de memorie, tulburări cognitive și emoționale.

Îngrijirea traumatismelor psihice

Bineînțeles că medicația anxiolitică și antidepressivă sunt importante în cazurile asemănătoare dar esențialul se joacă în relația terapeutică. Înțelegerea, empatia, toleranța, acceptarea necondiționată ca și reintegrarea pozitivă, calitățile pozitive personale ale celor care îngrijesc bolnavul sunt ustensiile terapeutice majore ale tratamentului. Totul se va rejuca în transfer cu condiția ca cel care îngrijește să fie o mamă suficient de bună (Winnicott).

Balint ne reamintește că terapeutul este cel care trebuie să se adapteze pacientului și nu invers. În formula sa „Un psihanalist pe pacient” Boris Cyrulnick aduce o notă de speranță cu noțiunea sa de reziliere chiar în unele situații dramatice.

Abordarea cognitiv-comportamentală rămâne indispensabilă în anumite cazuri de recondiționare la situații obișnuite de viață. Retrăirea diferită a traumatismului, fără pericol, reexpunerea la locuri, situații unde s-a consumat acesta cu o verbalizare și retrăire emoțională, cu recăutarea sensurilor și semnificațiilor îi va ajuta pe mulți dintre acești pacienți.

Nimic nu e simplu și cel ce îngrijește va trebui să navigheze pe ape necunoscute.

Motivul primei întâlnești nu este întodeauna trauma

însăși ci efectele sale comorbide: alcoolismul, toxicomania, depresia, fobia socială. Terapeutului îi revine sarcina să caute și să depisteze adevăratele căi de contact. Astfel unii pacienți scot la iveală subit abuzul, dar psihicul lor nu-l suportă și nu se vor mai prezenta la întâlnirile următoare. Se dovedește utilă o anumită perspicacitate a terapeutului care navighează printre recife unde fiecare stâncă poate înspăimânta pacientul. Psihicul bolnavului trebuie restructurat prin terapie. Convenabil e să se lucreze-n ritmul pacientului, căci el e cel care decide asupra momentului oportun, iar a brusca lucrurile poate duce pentru el la ruperea relației cu terapeutul. Construcția unei legături terapeutice printr-un transfer solid se dovedește indispensabil în prima etapă a unui lung drum. În acest caz de P.T.S.D. anumiți pacienți, dacă nu majoritatea, nu sunt gata să realizeze un proces de introspecție și de repunere în chestiune a vieții trecute sau actuale atunci când reperiile lor sunt încurcate (anumiți oameni dragi inimii lor sunt răniți, dispăruți, traumatizați sau rău evaluați). În aceste cazuri frecvența interviurilor în timp este variabilă iar investiția pacientului în terapie este nemotivată.

Chiar dacă nu lucrează-n ședințe, li se poate cere pacienților să își aducă visele, coșmarurile. Materialul traumatic visat își are originea în preconștient. Depinde de terapeut să aducă în transfer această încărcătură inconștientă.

Pentru cei care pot să o facă, verbalizarea viselor și propriile lor asocieri și reflexii asupra conținutului oniric și a evenimentelor trăite și a consecințelor acestora vor permite să descopere coincidențele, să facă apropieri și conexiuni care pas cu pas permit înțelegerea, toleranța, empatia, acceptarea necondiționată ca și reintegrarea pozitivă a traumatizatului. Prelucrarea viselor va permite observarea evoluției în timp a materialului oniric adus. Viziunea de coșmar se va ameliora în favoarea unor preocupări cu alt centru de interes decât traumatismul. Calitățile terapeutice ale celui care îngrijește reprezintă ustensiile majore ale tratamentului.

Viața își va relua drepturile. Tracasările sunt reinvestite și subiectul se va reconstitui din ce în ce mai mult în legătura terapeutică și transfer. Terapeutul va căuta în materialul oniric zonele de strălucire printre cele de disperare. Această muncă pe opoziții și polarizări va permite subiectului să compenseze și să-și basculeze investiriile libidoului către obiecte pozitive, față de care el este atașat: familie, prieteni, activități sportive și profesionale.

Pentru alții –populație imigrată, fără acte, card, refugiați politici și-n cazuri extreme luări de ostatici, cei din lagăre de concentrare – această procedură nu se poate face. Vom accepta această stare de fapt rămânând gata să ascultăm. Rezultatele vor depinde bineînțeles de trecutul pacienților, de structura lor de personalitate, de adaptarea lor la factorii de stres, de capacitatea lor de introspecție, de timpul și voința pe care o au să regândească, să



restructureze, revizitând acest trecut câteodată rușinos și traumatic.

Culpabilitatea urmărește anumiți pacienți, care **se cred pedepsiți** pentru faptele imaginare sau realizate trans-generațional, de ex. pacientul care devine bolnav pentru că tatăl lui a fost criminal. El invocă greșeala înaintașilor săi ca un motiv al judecății Dumnezeiești.

Le Bigot citează culpabilitatea malefică formulată de Paul Ricoeur: ”a fi om înseamnă să aparții unei specii

implicate profund într-o istorie a răului”.

În situațiile în care pacientul nu poate fi ajutat printr-o terapie verbală, aspectul analogic al terapiei psiho-corporale și umaniste vor aduce căldura, prezența reală a terapeutului și angajarea lui controlată.

Medicii de familie sunt foarte obișnuiți și experți în această lungă îngrijire a pacientului în cursul carierei de acompaniere a unor familii, în majoritatea cazurilor peste mai multe generații.



STEATOHEPATITA NONALCOOLICĂ, ANXIETATEA ȘI DEPRESIA

Teodora Surdea-Blaga, Dan Lucian Dumitrașcu
Cluj-Napoca



Rezumat: *Steatoza hepatică nonalcoolică este afecțiunea hepatică cronică cu frecvența cea mai mare în țările vestice. În timp poate evolua spre steatohepatita nonalcoolică, afecțiune cu potențial evolutiv spre ciroză. S-a stabilit că rezistența la insulină, alături de factori inflamatori și stres oxidativ, sunt elemente cheie în dezvoltarea steatohepatitei nonalcoolice. Aceasta din urmă este considerată în prezent a fi manifestarea hepatică a sindromului metabolic. Opțiunile terapeutice pentru steatohepatita nonalcoolică sunt însă limitate. Unele studii au relatat că există o corelație între depresie, anxietate și controlul slab la glicemie la pacienții cu diabet zaharat tip 2, apariția unui număr mai mare de complicații ale diabetului zaharat și prognosticul mai slab al pacienților cu cardiopatie ischemică. Se pare că acțiunea acestor afecțiuni psihiatrice se explică prin inducerea rezistenței la insulină și a unor modificări proinflamatorii. Unii cercetători au sugerat implicarea depresiei și anxietății în apariția și progresia steatohepatitei nonalcoolice. Sunt necesare și alte studii pentru a stabili dacă depresia și anxietatea sunt factori de risc ai steatohepatitei nonalcoolice.*

Abstract: *Nonalcoholic fatty liver disease is the most common chronic liver disease in western countries. In time, nonalcoholic steatohepatitis (NASH) may occur, and it can progress further to liver cirrhosis. Insulin resistance, inflammatory states and oxidative stress are essential for the development of nonalcoholic steatohepatitis. NASH is considered to be the hepatic manifestation of the metabolic syndrome. Treatment options for NASH are still limited. Several studies showed a correlation between depression, anxiety and poor glycemic control in patients with type 2 diabetes, increased diabetes complications and a poor prognosis for patients with coronary heart disease. An explanation seems to be that depression and anxiety can determine insulin resistance and inflammatory changes. Some researchers have suggested that these two psychiatric illnesses might be also involved in development and progression of nonalcoholic steatohepatitis. Further*

studies are necessary to determine whether anxiety and depression are indeed risk factors for NASH.

Cuvinte cheie: *steatohepatită nonalcoolică, rezistență la insulină, depresie, anxietate*

Cadru nozologic

Ficatul gras nonalcoolic este un termen care se referă la un spectru de boli, de la steatoza simplă fără inflamație sau fibroză până la steatohepatita nonalcoolică, sau chiar ciroză hepatică. Steatoza hepatică nonalcoolică este afecțiunea hepatică cronică cu frecvența cea mai mare în țările vestice. Estimările efectuate pe studii imagistice și de autopsie apreciază că 20%-30% dintre adulții din Statele Unite și statele vestice ale Europei au steatoză hepatică. Se estimează că 10% din acești indivizi, sau 2% - 3% din populația generală îndeplinesc criteriile curente pentru steatohepatita nonalcoolică, proporția fiind mult mai mare în populațiile cu risc crescut (obezitate, diabet zaharat). (1)

Diagnosticul de steatoză hepatică nonalcoolică necesită 2 criterii de bază: evidențierea încărcării cu lipide a hepatocitelor (în proporție de 5-10% din greutatea ficatului) în absența unui istoric de consum excesiv de alcool (pragul limită e considerat în general sub 20g/zi pentru femei și sub 30g/zi pentru bărbați). (2) Modalitatea de prezentare a afecțiunii variază foarte mult, de la hepatocitoliză asimptomatică, până la ciroză hepatică, insuficiență hepatică și hepatocarcinom. (3)

Steatoza hepatică nonalcoolică se caracterizează prin prezența steatozei, dar fără inflamație sau fibroză hepatică. Este o condiție benignă și reversibilă. În 20% din cazuri însă, examenul histopatologic evidențiază necroinflamație și diferite grade de fibroză pericelulară, situație în care se folosește termenul de steatohepatită nonalcoolică (NASH). Steatoza hepatică se consideră a fi starea premergătoare dezvoltării steatohepatitei nonalcoolice. În 20% din cazuri, NASH progresează spre ciroză hepatică, fiind considerată cea mai frecventă cauză de ciroză hepatică criptogenică, cu un prognostic similar cu al hepatitei cronice virale C. (4) Steatoza hepatică nonalcoolică poate fi primară sau

secundară. Trebuie excluse cauzele secundare, deoarece acestea au prognostic și tratament diferit. (3, 5) Vârsta, obezitatea și diabetul sunt predicatori ai fibrozei. (1)

Steatoza hepatică nonalcoolică se asociază cu rezistența la insulină și se însoțește frecvent de elemente ale sindromului metabolic. Factorii de risc pentru apariția steatozei hepatice nonalcoolice sunt: obezitatea, diabetul zaharat tip 2, hiperglicemia a jeun, hipertrigliceridemia, hiperuricemia, obezitatea de tip central, hipertensiunea arterială și nivelele scăzute de HDL-colesterol. (6)

Steatoza hepatică nonalcoolică este mult mai frecventă la pacienții cu diabet zaharat (50%) și obezitate (76%) și este aproape universală printre pacienții diabetici cu obezitate morbidă. (7, 8) Obezitatea, diabetul și sindromul metabolic sunt factori de risc pentru ficatul gras nonalcoolic și pentru modificări fibrotice severe la biopsia hepatică. (9, 10, 11) Unele studii au evidențiat o legătură importantă între sindromul metabolic și dezvoltarea SH (OR=3,2), precum și între sindromul metabolic și fibroza avansată (OR=3,5). (12)

Patogeneza

Ficatul joacă un rol central în metabolismul lipidic. Rolul principal în patogeneza steatozei hepatice îl are rezistența la insulină, care determină acumularea lipidelor în interiorul hepatocitelor. Patogeneza rezistenței la insulină este complexă și presupune pe de o parte modificări genetice care influențează secreția insulinei precum și acțiunea sa, dar și factori de mediu ce determină obezitate și sedentarism. (13) Se pare că hiperinsulinemia cronică poate activa citokine profibrotice cum ar fi factorul de creștere tisulară. (14) Adipocitokinele (factorul de necroză tumoral- α TNF- α , leptina și adiponectina), acizii grași liberi, disfuncțiile mitocondriale, endotoxinele bacteriene și perturbările vasculare sunt toate implicate în dezvoltarea inflamației și fibrozei hepatice la pacienții cu NASH. (15) Acești factori pot fi direct hepatotoxici sau pot genera radicali de oxigen, ulterior determinând peroxidarea lipidelor, inducerea citokinelor și leziuni hepatice. (16)

Pe măsură ce injuria hepatică progresează, hepatocitele încărcate lipidic și fibroza perisinusoidală determină alterarea fluxului hepatic microvascular. Secundar se reduce schimbul de oxigen și nutrienți, ceea ce determină un răspuns inflamator microvascular și intrarea într-un cerc vicios de amplificare a leziunilor hepatice și a insuficienței vasculare. (17)

Toate aceste date din literatură susțin implicarea majoră a rezistenței la insulină în apariția steatozei hepatice nonalcoolice; în acest context, steatoza hepatică și steatohepatita nonalcoolică sunt considerate a fi manifestarea hepatică a sindromului metabolic. (18)

Depresia, anxietatea și rezistența la insulină

La pacienții cu depresie s-au evidențiat nivele crescute de insulină după încărcare orală cu glucoză, sugerând prezența rezistenței la insulină. Meta-analizele au

demonstrat că există o asociere semnificativă între depresie sau anxietate și hiperglicemie la pacienții cu diabet zaharat tip 1 sau 2. Această asociere pare a fi insuficient explicată de aderența scăzută la tratament sau de controlul greutății. (19, 20) În unele studii, tratamentul depresiei (cu antidepressive și psihoterapia) a îmbunătățit pe termen scurt nivelul glicemiei la diabetici, efectul observat fiind independent de modificarea masei corporale sau a aderenței la tratament. (21, 22)

Se pare că depresia și anxietatea, independent de factorii de risc tradiționali, se asociază cu dezvoltarea diabetului zaharat tip 2, cu controlul slab al glicemiei la diabetici, apariția complicațiilor diabetului zaharat, precum și cu accelerarea bolii coronariene cardiace, atât la diabetici cât și la nediabetici. (19, 23)

Asocierea depresiei sau anxietății cu rezistența la insulină este reflectată și de observarea unei rate mai crescute de complicații ale DZ (retinopatie, nefropatie, neuropatie diabetică, disfuncție sexuală, complicații macrovasculare) la acești pacienți. (24)

Depresia, independent de prezența hiperglicemiei, accelerează apariția și progresia bolii cardiace coronariene, atât la diabetici cât și la persoanele fără această afecțiune, cauza posibilă fiind inducerea rezistenței la insulină asociată depresiei. (23, 25, 26)

Altfel spus, anxietatea și depresia pot determina rezistența la insulină, putând fi în aceste condiții factori de risc pentru apariția steatozei hepatice și a steatohepatitei nonalcoolice, sau pot să influențeze (în sensul accelerării sau agravării) evoluția bolii la indivizii susceptibili.

Unele studii (efectuate pe un grup de vârstnici cu depresie) au evidențiat nivele semnificativ crescute ale unor markeri inflamatori (IL-6, TNF- α , PCR - proteina C reactivă) la pacienții cu depresie comparativ cu persoanele fără această afecțiune. Prin urmare starea de depresie se asociază și cu nivele crescute ale markerilor inflamatori, sugerând că depresia este secundară inflamației sistemice, sau că poate determina inflamație sistemică. (27, 28). TNF- α determină rezistența la insulină și inflamație hepatică. (29) Astfel, depresia și anxietatea pot să reprezinte un stimul suplimentar pentru progresia histologică a leziunilor.

Mulți dintre pacienții cu ciroză hepatică criptogenică au factori de risc metabolici pentru SH și e posibil ca steatoza hepatică să fie cauza cirozei, în particular deoarece steatoza hepatică poate să dispară odată cu dezvoltarea cirozei. (30). Steatoza hepatică se poate prezenta și ca ciroză hepatică complicată cu hepatocarcinom (HCC): cel puțin 13 % din HCC au fost atribuite NASH într-un studiu. (28) Unele studii au arătat că progresia fibrozei la pacienții cu steatoză hepatică nonalcoolică pare să fie lentă: progresia spre ciroză, hepatocarcinom și insuficiență hepatică se face în câteva decade, și apare la un număr mic de pacienți.

Depresia, anxietatea și steatohepatita nonalcoolică

Rezistența la insulină este, alături de stresul oxidativ și



stările inflamatorii, factor cauzal al steatozei hepatice nonalcoolice. (3) Tot mai mulți autori consideră această afecțiune ca fiind manifestarea hepatică a sindromului metabolic. (18) În 2006, Elwing publica rezultatele unui studiu generat de ideea că rezistența la insulină asociată depresiei și anxietății pot fi factori de risc pentru apariția steatohepatitei nonalcoolice, sau pot să influențeze (acelereze, agraveze) evoluția bolii la indivizii susceptibili. Studiul a evidențiat că la pacienții cu tulburare depresivă majoră severitatea steatozei este semnificativ mai mare față de pacienții fără afecțiuni psihiatrice. Similar, la pacienții cu tulburare anxioasă gradul inflamației și severitatea fibrozei au fost mai mari față de grupul de control. Efectul anxietății asupra fibrozei pare a fi independent de alți factori cum ar fi sexul, IMC, raportul talie/șold, prezența diabetului zaharat. Un efect similar pare să-l aibă depresia asupra steatozei. (31)

În studiul său, Elwing a studiat prevalența depresiei și a anxietății la pacienți cu steatoză hepatică nonalcoolică și steatohepatită nonalcoolică și a încercat să stabilească dacă există o relație între antecedentele de boală psihiatrică și modificările histologice. Intervalul de timp dintre primele manifestări ale bolii psihiatrice și diagnosticul afecțiunii hepatice a fost de aproximativ 18-20 ani, sugerând că anxietatea și depresia pot influența dezvoltarea și progresia steatozei hepatice nonalcoolice. Această ipoteză rămâne însă o speculație, studiul fiind retrospectiv. (31)

Progresia de la steatoză hepatică nonalcoolică la NASH este secundară stresului oxidativ și inflamației. Unele date sugerează că citokinele – IL-6, IL-8, TNF alfa joacă un rol în steatohepatita nonalcoolică (32) și că scăderea nivelului citokinelor asociată cu scăderea greutateii se corelează cu ameliorarea transaminazelor și a rezistenței la insulină. (33, 34)

Depresia și anxietatea se asociază cu creșterea nivelului de markeri inflamatori (27, 28, 35), acest lucru făcând plauzibilă ipoteza conform căreia depresia și anxietatea cresc riscul progresiei steatozei hepatice simple, cu apariția steatohepatitei.

Recomandările actuale pentru managementul NASH subliniază importanța reducerii factorilor ce determină rezistența la insulină. Unele studii mici au dovedit efectele benefice ale scăderii progresive a masei corporale ca și componentă a tratamentului steatozei hepatice (36), folosirea de agenți ce cresc sensibilitatea la insulină, administrarea de antioxidanți și inhibitori ai TNF-alfa. Eficacitatea acestor terapii și siguranța folosirii lor pe termen lung trebuie însă dovedite înainte de a fi recomandate pe scară largă.

Identificarea anxietății și depresiei ca factori de risc ai SHNA oferă noi ținte în tratamentul NASH, însă sunt necesare cercetări suplimentare care să investigheze efectul intervenției psihiatrice asupra markerilor inflamatori, rezistenței la insulină și histologiei hepatice. (31) Tratamentul depresiei cu agenți farmacologici nu produce

îmbunătățirea marcată și de durată a glicemiei la diabetici, ridicând întrebări asupra duratei optime sau tipului de tratament care poate anula rezistența la insulină asociată bolilor psihiatrice. (21)

S-a sugerat și posibilitatea ca anxietatea și depresia să fie manifestări ale sindromului metabolic, ceea ce ar limita beneficiile intervenției psihiatrice asupra rezistenței la insulină și a consecințelor sale. (37) Cu toate acestea, în alte manifestări ale rezistenței la insulină (diabet zaharat tip 2), se recomandă screeningul depresiei, atât pentru prevenirea dezechilibrărilor cât și pentru dezvoltarea complicațiilor. (38, 39)

BIBLIOGRAFIE

1. Brent A, Neuschwander-Tetri. *Nonalcoholic steatohepatitis: Summary of an AASLD Single Topic Conference. Hepatology* 2003;37(5):1202-19
2. Lee F-Y, Li Y, Yang EK, et al. *Phenotypic abnormalities in macrophages from leptin-deficient, obese mice. Am J Physiol* 1999;276:C386-C394.
3. Adams LA, Angulo P, Lindor KD. *Nonalcoholic fatty liver disease. Can. Med. Assoc. J.* Mar 2005; 172:899 – 905
4. Hui JM, Kench JG, Chitturi S, Sud A, Farrell GC, Byth K et al. *Long-term outcomes of cirrhosis in nonalcoholic steatohepatitis compared with hepatitis C. Hepatology* 2003;38:420 – 7
5. Pitigoi D. *Steatoza hepatică nonalcoolică în Gherasim L: Medicina Interna vol 3, Ed. Medicală, București, 2000: 887-903*
6. Kim HJ, Lee KE, Kim DJ, Kim SK, Ahn CW, Lim SK, et al. *Metabolic significance of nonalcoholic fatty liver disease in nonobese, nondiabetic adults. Arch Intern Med* 2004;164:2169-75
7. Bellentani S, Saccoccio G, Masutti F, Croce LS, Brandi G, Sasso F, et al. *Prevalence of and risk factors for hepatic steatosis in northern Italy. Ann Intern Med* 2000; 132:112-7
8. Gupte P, Amarapurkar D, Agal S, Bajjal R, Kulshrestha P, Pramanik S, et al. *Non-alcoholic steatohepatitis in type 2 diabetes mellitus. J Gastroenterol Hepatol* 2004; 19:854-8
9. Mofrad P, Contos MJ, Haque M, Sargeant C, Fisher RA, Luketic VA, et al. *Clinical and histologic spectrum of nonalcoholic fatty liver disease associated with normal ALT values. Hepatology* 2003;37:1286-92
10. Angulo P, Keach JC, Batts KP, Lindor KD. *Independent predictors of liver fibrosis in patients with nonalcoholic steatohepatitis. Hepatology* 1999;30:1356-62
11. Dixon JB, Bhathal PS, O'Brien PE. *Nonalcoholic fatty liver disease: predictors of nonalcoholic steatohepatitis and liver fibrosis in the severely obese. Gastroenterology* 2001;121:91-100
12. Marchesini G, Bugianesi E, Forlani G, Cerrelli F, Lenzi M, Manini R, et al. *Nonalcoholic fatty liver, steatohepatitis, and the metabolic syndrome. Hepatology*

2003; 37:917-23

13. Choudhury J, Sanyal AJ. Insulin resistance and the pathogenesis of nonalcoholic fatty liver disease. *Clin Liver Dis* 2004;8:575-94

14. Paradis V, Perlemuter G, Bonvoust F, Dargere D, Parfait B, Vidaud M, et al. High glucose and hyperinsulinemia stimulate connective tissue growth factor expression: a potential mechanism involved in progression to fibrosis in nonalcoholic steatohepatitis. *Hepatology* 2001;34:738-44

15. Tilg H, Diehl AM. Cytokines in alcoholic and non-alcoholic steatohepatitis. *N Engl J Med* 2000; 343:1467-76

16. Day CP, James OF. Steatohepatitis: A tale of two "hits"? *Gastroenterology* 1998;114:842-5

17. Magalotti D, Marchesini G, Ramilli S, Berzigotti A, Bianchi G, Zoli M. Splanchnic haemodynamics in non-alcoholic fatty liver disease: effect of a dietary/ pharmacological treatment. A pilot study. *Dig Liver Dis* 2004; 36:406-11

18. Marchesini G, Bugianesi E, Forlani G, Cerreli F, Lenzi M, Manini R et al. Nonalcoholic fatty liver, steatohepatitis, and the metabolic syndrome. *Hepatology* 2003; 37:917-23

19. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, seGroot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000;23:934-42

20. Anderson RJ, Grigsby AB, Freedland KE, de Groot M, McGill JB, Clouse RE, Lustman PJ. Anxiety and poor glycemic control: a metaanalytic review of the literature. *Int J Psychiatry Med* 2002;32:235- 47

21. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin RH et al. Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosom Med* 1997;59:241-50.

22. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB. Effects of alprazolam on glucose regulation in diabetes: results of double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care* 1995; 18:1133-9

23. Rudisch B, Nemeroff CB. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biol Psychiatry* 2003;54:227-40

24. De Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2001; 63:619-30

25. Jarrett RJ, McCartney P, Keen H. The Bedford survey: ten year mortality rates in newly diagnosed diabetics, borderline diabetics and normoglycaemic controls and risk indices for coronary heart disease in borderline diabetics. *Diabetologia* 1982;22:79-84

26. Clouse RE, Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, McGill JB, Carney RM. Depression and coronary heart

disease in women with diabetes. *Psychosom Med* 2003; 65:376-83

27. Penninx BWJH, Kritechevsky SB, Yaffec K, Newmand AB, Simonsicke EM, Rubinc S, et al. Inflammatory markers and depressed mood in older persons: results from the health, aging and body composition study. *Biological Psychiatry* 2003;54(5):566-72

28. Miller GE, Freedland KE, Carney RM, Stetler CA, Banks WA. Pathways linking depression, adiposity, and inflammatory markers in healthy young adults. *Brain Behav Immunol* 2003;17:276-85

29. Hill DB, Marsano L, Cohen D, Allen J, Shedlofsky S, McClain CJ. Increased plasma interleukin-6 concentrations in alcoholic hepatitis. *J Lab Clin Med* 1992; 119:547-552

30. Poonawala A, Nair SP, Thuluvath PJ. Prevalence of obesity and diabetes in patients with cryptogenic cirrhosis: a case-control study. *Hepatology* 2000;32:689-92

31. Elwing JE, Lustman PJ, Wang HL, Clouse RE. Depression, anxiety and nonalcoholic steatohepatitis. *Psychosomatic Medicine* 2006; 68:563-9

32. Tilg H, Diehl AM. Cytokines in alcoholic and non-alcoholic steatohepatitis. *N Engl J Med* 2000; 343:1467-76

33. Kugelmas M, Hill DB, Vivian B, Marsano L, McClain CJ. Cytokines and NASH: a pilot study of the effects of lifestyle modification and vitamin E. *Hepatology* 2003; 38:413-9

34. Satapathy SK, Garg S, Chauhan R, Sakhuja P, Malhotra V, Sharma BC, Sarin SK. Beneficial effects of tumor necrosis factor-alpha inhibition by pentoxifylline on clinical, biochemical, and metabolic parameters of patients with nonalcoholic steatohepatitis. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:1946-52

35. Maes M, Song C, Lin A, De Jongh R, Van Gastel A, Kenis G et al. The effects of psychological stress on humans: increased production of pro-inflammatory cytokines and a Th1-like response in stress-induced anxiety. *Cytokine* 1998;10:313- 8

36. Luyckx FH, Lefebvre PJ, Scheen AJ. Non-alcoholic steatohepatitis: association with obesity and insulin resistance, and influence of weight loss. *Diabetes Metab* 2000; 26:98-106

37. Jackson JL, DeZee K, Berbano E. Can treating depression improve disease outcomes? *Ann Intern Med* 2004; 140:1054-6

38. Everson-Rose SA, Meyer PM, Powell LH, Pandey D, Torrens JJ, Kravitz HM, Bromberger JT, Matthews KA. Depressive symptoms, insulin resistance, and risk of diabetes in women at midlife. *Diabetes Care* 2004;27:2856-62

39. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care* 2005;28(suppl 1): S4-36

Adresa pentru corespondență: Prof. Dr. D.L. Dumitrașcu, Clinica medicala II., str Clinicilor 2-4, Cluj-Napoca, Email: ddumitrascu@cluj.astral.ro



ABUZUL FIZIC ȘI SEXUAL ÎN PATOGENEZA TULBURĂRILOR FUNCȚIONALE DIGESTIVE

Simona Costin, Dan L Dumitrașcu, UMF Iuliu Hațieganu Cluj



Rezumat

În ultimii ani s-au adunat în lumea occidentală argumente epidemiologice și experimentale care pledează pentru implicarea evenimentelor negative provocate de abuz fizic și sexual în patogeneza intestinului iritabil și al tulburărilor funcționale digestive în general. În țara noastră date personale nu au pus în evidență această relație. Diferența se explică prin particularități culturale.

Abstract

In recent years several epidemiological and experimental data show the involvement of negative life events caused by physical and sexual abuse in the pathogenesis of irritable bowel syndrome and generally in functional gastrointestinal disorders. Own data do not replicate these findings in our area. The difference is due to cultural particularities.

Tulburările funcționale gastro intestinale reprezintă o problemă curentă în practica medicală. Aproximativ 25-50% din consultații sunt oferite pacienților cu tulburări funcționale digestive. (1)

Prin funcțional se înțelege lipsa modificărilor structurale sau metabolice care să determine simptomatologia bolii. (2)

Factorii psihosociali sunt frecvent implicați în etiologia tulburărilor funcționale digestive, în special în intestinul iritabil. Dintre aceștia amintim factori de personalitate (alexitimia), stresul, abuzul fizic și sexual, tulburări psihice (anxietatea, depresia, atacul de panică, fobiile). (1)

Definiție

Prin abuz sexual se înțelege acțiunea prin care o persoană este angajată într-o relație sexuală la care ea/el nu a consimțit și este nepregătit/ă. Acesta include exhibiționism, mângâieri (dezmierdări), abuz prin atingere și violul.

Incidență

În țările occidentale există un procent de 7-22% de persoane abuzate în copilărie și 13-15% persoane adulte abuzate. Femeile sunt mult mai frecvent abuzate decât bărbații. (3)

Legătura între abuzul sexual și tulburările funcționale gastrointestinale

Deși asocierea dintre abuzul sexual și tulburările gastro intestinale a fost în general acceptată de lumea medicală,

problemele legate de metodologie nu au permis o descriere completă a relației dintre abuz și tulburări gastrointestinale, comparativ cu alți factori psihosociali (4). O altă problemă importantă este nerecunoașterea abuzului în practica clinică, doar 17% din femeile cu un istoric de abuz fiind identificate. În practica curentă abuzurile sexuale sunt mai frecvente la cei cu intestin iritabil comparativ cu pacienții cu afecțiuni organice (5). Deși există aceste dificultăți legate de metodologie, literatura oferă concluzii bine documentate. În primul rând prevalențe crescute ale abuzului (30-56%) au fost raportate în diferite centre de referință din SUA și Europa și acestea sunt semnificativ mai mari decât în grupurile de pacienți sănătoși. (tabel 1). În al doilea rând, frecvențe crescute de abuz în copilărie (aproximativ 50%) au fost raportate și la pacienți cu alte tulburări funcționale decât cele gastro intestinale (durere pelvină, cefalee, fibromialgie) și de asemenea în multe afecțiuni fizice și psihice ale adultului (17-19). În al treilea rând istoricul de abuz influențează evoluția acestor afecțiuni, astfel pacienții cu boli gastrointestinale prezintă dureri mai intense, tulburări psihice mai frecvente, afectări mai importante ale activității zilnice și consulturi medicale mai frecvente decât pacienții care nu au fost abuzați (5).

Din rezultatele unui studiu efectuat într-un centru medical din San Diego reiese că în cadrul pacienților cu intestin iritabil abuzul sexual a fost decelabil în 24% din cazuri, abuzul fizic în 22 % iar abuzul emoțional în 35% din cazuri. (6)

Intestinul iritabil este prototipul de boală funcțională digestivă care are la bază modelul biopsihosocial. Conform acestui model există factori predispozanți (bio): genetici, demografici și de mediu care pot conduce la manifestări sub influența factorilor psihosociali (7,8). Drossman și colaboratorii au formulat anumiți factori specifici legați de aspectele fiziologice și psihosociale ale abuzului în bolile funcționale digestive:

- traumatismele repetate în zona pelvină activează receptorii nociceptivi, scad pragul de sensibilitate de la nivelul receptorilor viscerali, astfel cresc sensibilitatea abdominală/pelvină la durere
- în urma unui abuz sexual, există pacienți care au sentimentul de vinovăție sau rușine, consideră organele sexuale ca "rele", ceea ce duce la disfuncție sexuală și dureri pelvine/abdominale
- disfuncții în mecanismele de adaptare la stres (coping) pot produce tulburări în percepția bolii, ducând la comportamentul maladiv (chronic illness behavior).

Aceasta este o caracteristică a pacienților care se simt mereu bolnavi, recurg frecvent și adesea nejustificat la serviciile medicale, lipsesc de la serviciu

- asocierea abuzului sexual cu boli psihice, explică tendința spre somatizare a unor pacienți cu intestin iritabil (9)

Scarinci și colaboratorii au adus argumente în plus în ceea ce privește legătura între abuzul sexual și intestinul iritabil, evaluând psihologia și percepția durerii la pacientele cu dureri abdominale, demonstrând o percepție crescută și un mecanism alterat de adaptare la durere la aceste paciente. Femeile care au fost supuse unui abuz sexual sau fizic, au mai frecvent și boli psihice. Autorii au concluzionat că durerile abdominale și tulburările psihice pot fi rezultatul unui abuz și în interacțiune cu factorii stresanți pot duce la o reacție exagerată la stimulii dureroși, la autoînvinuire, la mecanisme defectuoase de adaptare la stres. (10)

Silverman și colaboratorii au determinat prin PET răspunsul SNC la distensia rectală, comparând pacienți cu intestin iritabil cu un lot de persoane sănătoase. S-a constatat că în urma distensiei rectale nu se activează cortexul cingular anterior, o zonă cu receptori opioizi, ca la persoanele sănătoase, ci dimpotrivă se activează cortexul prefrontal stîng, asociat cu hipervigilență și anxietate (11)

Abuzul sexual în România

În România, din cauza rarității raportării abuzului sexual și fizic, nu s-a putut evidenția influența abuzului sexual în patogeneza intestinului iritabil.

S-a efectuat un studiu în care s-au inclus 125 femei cu intestin iritabil. Acestea li s-a aplicat chestionarul Leserman despre abuzul sexual și fizic. Din cele 125 de femei investigate, doar una a afirmat că a avut "un contact sexual nedorit". Astfel, datorită diferențelor culturale, cifrele publicate în țările occidentale nu au putut fi reproduse la o populație de femei cu intestin iritabil din România. (12)

Rolul stresului

Studiile au arătat că debutul afecțiunilor funcționale gastro intestinale este asociat cu evenimente stresante severe ca de exemplu (despărțirile în cuplu, divorțurile, migrarea, pierderea locului de muncă sau evenimentele politice dramatice) (13,14). În aceste studii, două treimi din pacienții cu boli funcționale digestive au prezentat un astfel de eveniment, comparativ cu un sfert în grupul pacienților sănătoși, ceea ce indică asocierea dintre stres și debutul tulburărilor funcționale gastro intestinale (14).

Studii prospective au demonstrat că evenimentele stresante sunt asociate cu exacerbări ale simptomelor adulților cu intestin iritabil (15), dureri precordiale (16) și ale copiilor care prezintă dureri abdominale recurente. De asemenea astfel de evenimente sunt asociate cu consultații mai frecvente pentru intestin iritabil (15,17). Stresul cronic a fost raportat ca principalul predictor al intensității

simptomelor intestinului iritabil pe o perioadă de urmărire de 16 luni, chiar și după îndepărtarea factorilor de confuzie (severitatea intestinului iritabil, anxietatea, trăsăturile demografice) (18).

Concluzie

De obicei pacienții nu se plîng de abuz sexual în antecedente, astfel medicii nu află de acest lucru. De aceea, medicii de familie, gastroenterologii, ginecologii și psihiatrii trebuie să țină cont de legătura dintre un istoric de abuz sexual sau fizic și tulburările funcționale sau durerile pelvine cronice. Ei trebuie să investigheze mai amănunțit acest aspect, în special la pacienții cu tulburări funcționale digestive.

Psihoterapia poate fi acordată pacienților abuzați și îmbunătățește pe termen lung simptomatologia tulburărilor funcționale digestive. În acest mod de abordare a problemei pot da un ajutor medicii formați în spirit balintian, care sunt mai predispuși spre o abordare holistică a bolnavilor.

Bibliografie

1. Sleisenger and Fordtran's. *Irritable Bowel Syndrome. Gastrointestinal and Liver disease. Vol 2. 2006, 2633-2646.*
2. Dumitrașcu DL. *Sindromul de intestin iritabil; Tratatul de gastroenterologie . Ed Medicală Națională, București, 2001, 45-59*
3. Leserman J, Drossman DA. *Sexual and physical abuse history and medical practice [editorial]. Gen Hosp Psychiatry 1995;17:71-74.*
4. Drossman DA; Talley NJ, Olden KW et al. *Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness: review and recommendations. Ann Intern Med 1995; 123:782-94*
5. ROMA
6. Longstreth GF, Wolde-Tsadik G. *Irritable bowel-type symptoms in HMO examinees: prevalence, demographics, and clinical correlates. Dig Dis Sci 1993;38:1581-1589.*
7. Engel GL. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-136.*
8. Drossman DA. *Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model [editorial]. J Clin Gastroenterol 1996;22:252-254.*
9. Drossman DA. *Physical and sexual abuse and gastrointestinal illness: what is the link? Am J Med 1994;97:105-107.*
10. Scarinci IC, McDonald-Haile J, Bradley LA, Richter JE. *Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse: a preliminary model. Am J Med 1994;97:108-118.*
11. Silverman DHS, Munakata JA, Ennes H, Mandelkern MA, Hoh CK, Mayer EA. *Regional cerebral*



activity in normal and pathological perception of visceral pain. *Gastroenterology* 1997;112:64-72.

12. Dumitrașcu DL, Stănculete M. Impaired sexual activity in females with irritable bowel syndrome in Romania. *Rom J Gastroenterol* 1999; 8, Suppl. 1, abstract.

13. Lesserman J, Drossman DA, Li Z et al. Sexual and physical abuse in gastroenterology practice: How types of abuse impact health status. *Psychosom Med* 1996;58:4-15.

14. Creed FD, Craig T, Farmer RG. Functional abdominal pain, psychiatric illness and life events. *Gut* 1988; 29:235-42.

15. Whitehead WE, Crowell MD, Robinson JC et al. Effects of stressful life events on bowel symptoms: Subjects with irritable bowel syndrome compared to subjects without bowel dysfunction. *Gut* 1992;33:825-30

16. Naliboff BD, Mayer M, Fass R et al. The effect of life stress on symptoms of heartburn. *Psychosom Med* 2004;66:426-34

17. Drossman DA, McKee DC, Sandler RS et al. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. A multivariate study of patients and nonpatients with bowel syndrome. *Gastroenterology* 1988;95:701

18. Bennett EJ, Tennant CC, Piesse C et al. Level of chronic life stress predicts clinical outcome in irritable bowel syndrome. *Gut* 1998;43:256-61.

Prof. Dr. D.L. Dumitrașcu, Clinica medicală II,
str Clinicilor 2-4, Cluj-Napoca,
Email: ddumitrascu@cluj.astral.ro

Tabel 1. Prevalența istoricului de abuz la pacienții cu tulburări funcționale gastro-intestinale, din cadrul studiilor caz-martor

Studiu	Subiecți	Prevalența istoricului de abuz sexual	Comentarii
Drossman 1990 (3)	206 femei Centru terțiar de asistență medicală	Viol – 31% tulburări funcționale digestive (fc.dig) afecțiuni organice Toate tipurile de abuz – 53% tulburări funcționale	Rate de răspuns joase Recunoașterea abuzului de către medici scăzută
Drossman 1996 (4)	506 femei Centru terțiar de asistență medicală	Abuz sexual sever – 33% boli fc dig vs 20% afecțiuni GI organice (37% vs 23% pentru abuz fizic amenințător de viață)	Istoric detaliat al abuzului. Abuzul-predictor important al evoluției bolii
Talley 1995 (5)	440 boli fc dig 557 afecțiuni organice GI	22% boli fc digestive 16% afecțiuni organice GI	Pacienții cu istoric de abuz raportează mai frecvent simptome ale intestinului iritabil
Walker 1993 (11)	28 II (intestin iritabil) 19 Boală inflam intestin (BII)	32% II 0% BII	Numărul simptomelor medicale neexplicate, depresia și anxietatea au diferențiat abuzul de non-abuz
Delvaux 1997 (12)	196 II 135 afecțiuni organice 200 boli oftalmologice	20% II 10% tulburări organice GI 5% boli oftalmologice	
Scarinici	13 boala reflux gastroesogaian (BRGE) 26 Durere noncardiacă (DNC) 11 II	BRGE 92% II 82% DNC 27%	Pacienții abuzați au un prag de percepție al durerii mai scăzut și mai frecvente tulburări funcționale, psihiatrice și alte tulburări dureroase
Heitkemper 2001 (13)	167 II 86 martori	Două grupuri 46 % II vs 21% martori și 26% II vs 10% martori	Abuzul nu a fost asociat cu tulburări GI sau cu tulburări psihologice provocate. Simptomele psihologice au fost crescute numai la cei cu abuz atât în copilărie cât și în viața adultă
Ali 2000 (14)	25 II 25 BII Centru terțiar	Atingerea 44 % II, 18% BII Violul 34% II, 14% BII	Nu a existat asociere între abuz și depresie
Longstreth 1993 (16)	1264 (organizații de menținere a sănătății)	51 % II (simptome severe) 25% II (simptome moderate) 12% martori sănătoși	Alte simptome decât cele GI, istoric de intervenții chirurgicale – mai frecvente la cei abuzați



WHERE THE TRADITIONAL ROMANIAN HEALERS HAVE DISAPPEARED?

Or “How the empirical research made me to write an essay”

Almos Bela Trif M.D., Ph.D., U.S.A.

Abstract

Spre deosebire de China și Japonia, unde civilizația a împletit mitologia cu anumite tipuri de medicină populară care sunt recunoscute oficial până în prezent (acupunctura, Ayur-Veda), în România nu persistă practicile vindecătoare ancestrale. Toate formele de „medicină alternativă” folosite aici sunt mai mult sau mai puțin importate, nefiind legate de trecutul istoric sau de medicina populară românească. Stimulat de chiar numele său de familie, ce coincide cu un arhetip pagân și creștin al „vindecătorului magic”, autorul relatează tentativele personale eșuate de a descoperi rămășițele practicilor vindecătorilor locali. Concluzia eseului, asumată după consultarea unei ample bibliografii, sugerează că opțiunea „vindecătorului popular” a încetat să mai fie necesară, deoarece România a introdus un sistem centralizat de igienă și sănătate, inclusiv de medicină preventivă la sfârșitul secolului XIX și începutul secolului XX.

There is a presumption that in the countries with a well established popular mythology and long and steady developed healing practices, the healing practices will last and become a form of “alternative medicine” to the contemporary allopathic practices. Maybe this is valid for India and China, and many other countries of the World, but for Romania this assumption is a just a fallacy.

Romania homeopathic practitioners may take a small pride in the fact that Samuel Heinemann was working as the librarian of Baron Bruckenthal in Sibiu – Hermannstadt, Romania, but this fact does not allow any “right” for a preemptive approach.

Despite a multitude of available “alternative practices”, fully advertised in mass media of today’s Romania, none of those is actually connected to the previous tradition of Romanian popular healers. Apparently, everything involved in diagnosing and treating human conditions and diseases is imported from other countries.

Romanian mythology is poorly known even by Romanians. Recently after it was issued, while looking through the “General Mythology Dictionary” (1989) by Victor Kernbach, I encountered for the very first time the mythological derivation of my family name “Trif”.

In this Dictionary, Kernbach describes the notorious “Trif Nebunul (Trif the mad). Much to my surprise, Trif Nebunul is portrayed as an interesting mythological archetype of ‘the healer’. Apparently, the name comes from the word *trifu* which first appears in a pre-Roman language

spoken in Umbria. *Trifu* probably gave rise to the Latin noun *tribus*.

“Trif the mad” was an angry and sometimes mean-spirited god -- a master of bugs, worms and locusts, who was capable of manipulating each of these creatures according to his whimsical designs. Usually, he defended the crops of the fields, gardens and orchards against the invasion of vermin.

Later, after the Christianization of the Romanians, the pagan god Trif metamorphosed into *Saint Trifon*, celebrated annually in the Orthodox Christian calendar on the first of February. On this day it was strongly recommended that no one work outside the house, as Saint Trifon may take offense. He may become furious and retaliate against these “excessively industrious” farmers by inflicting upon them a whole year of pestilence.

Actually in that time of the year is usually extremely cold, and outside everything is frozen, this making a “crazy thing” to work the frost earth. So, the message was clear: “If you are enough mad to want to work when other people don’t, you are messing with Trif the mad, and this fact puts you in the position of further damages on your crops!”

The interpretation of given by Kernbach suggest that being “mad”, the Romanian god Trif, defends the people against their own madness, and protects them from the madness of other people, too.

This renovated Trif was at once a healer and a miracle-worker -- having unlimited powers over the lesser demons. He was also capable of performing acts of exorcism.

Upon learning of this legendary healer, I recalled my former interest in popular healing, when I was searching for accounts of authentic healers, similar to those described in the publications on popular medicine that I was reading.

The Romanian vernacular sometimes uses the phrase “*leacuri băbești*” (“popular remedies” or “medications prescribed by old women”). This form of benign ‘white witchcraft’, which drew upon traditional healing and exorcism of “possessed” people, was mainly exercised by old women sometimes hailed as “good witches”.

Working for years as a supervisor of general practitioners, I had the opportunity to spend considerable time among the rural peoples of my country. Besides peasants, the patient list of a rural practitioner included truck drivers, agricultural mechanics, veterinary technicians, craftsmen, merchants, and school teachers.

Conversing almost daily with so many of these country folks, I was surprised to find out that very few of them



knew anything of the “popular medicine”, which includes the use of the plants and minerals, to say as nothing of leeches, as remedies for healing. Some of them did not even know of chamomile tea! Indeed, they were frequently puzzled when I instructed them to harvest, dry, and prepare the tea as an infusion. Often, they were not able to recognize the plant – nor did they know where to find it. Apparently, this traditional knowledge about herbal remedies had been almost completely lost. Seemingly, only schoolchildren were somewhat familiar with “medicinal plants”, because of lessons provided by their science teachers.

Too, some housewives continued to draw upon this folk wisdom only as it emerged from books, magazines and popular TV shows. In spite of my constant efforts for more than four years, I was unable to find a true “herbalist” in a large area of Iasi County, Romania – an area encompassing five big villages and more than 25,000 inhabitants.

It seemed reasonable to conclude that this region of Romania was atypical. Surely, I would be able to find greater awareness of herbal remedies in other areas of Romania. After all, there were many books available on this subject in almost every bookstore! Accordingly, I traveled to the market place in the big cities as many times as I could -- to see and talk with the vendors of herbal remedies. To whom were they selling their precious herbs? I approached the relatively rare buyers and asked them about their occupations and what they planned to do with the remedies. None of them could be described as a ‘peasant’, as they no longer lived in rural areas. But most of them did have parents living in the countryside. I further inquired as to why they purchased the herbs, flowers, roots, and seeds instead of asking their rural relatives to collect them. Almost inevitably I received the same simple answer: “*People in the countryside have no knowledge of the medicinal plants -- perhaps with the exception of the linden tree flowers*”.

Having consulted a pretty large bibliography about Romanian healers who used herbal remedies, I grew increasingly disenchanted. For a change, I contacted several pharmacists in the city where I was born. Even more disappointing to me, I found that they, too, were unable to explain the proper usage of the dried medicinal plants, roots, flowers, and seeds. As compensation the pharmacists provided me free information about herbal products, which they sometimes sold in various “ready to use” forms.

In my search for “Romanian popular healers”, I was able to get in touch with doctors and pharmacists using homeopathic remedies and a few herbal remedies, and with some certified healers using bio-energy and crystals, and even with some readers of the body aura. Apparently any knowledge about how to use plants in treating human ailments was coming exclusively from books written by

people who were having at least high-school training, using information already published in other books. Eventually I had to ask myself again “Where has all the popular knowledge about herbal healing gone?”

The “popular art of healing” may have been lost because of the rapid replacement with another system, although none of us may be sure, lacking the registers where those healers may have been mentioned.

Nevertheless, the answer to the second part of the question started emerging when I saw a huge reference data about the Romanian sanitary system in the second part of the nineteenth century, when Romania started passing from a Feudal Society to a Bourgeois-Capitalist one. Such a transition implied the importing from the Western countries of most of the already existing achievements in Hospital, Rural and Preventive Medicine, Health Policy, Work Place Medicine and School Hygiene.

It was impressive to see and to share with some of my American colleagues that some books published in Europe on the previous mentioned topics, edited in English, German and French were copiously using quotations from Romanian books. The Romanian books were published under the signature of famous health workers, registered nurses – nuns, medical doctors, and pedagogues.

I also looked at some referenced, which were not available to me, but were quoted by other authors, mentioning the still existence of “popular practices” at the beginning of the twentieth century.

This gave me a real comfort, and helped me understand that the option of the “popular healer” was somehow not necessary any more, because a consistent majority of the Romanian population was involved in a centralized Romanian Health System, encompassing Preventive Medicine.

References:

- Simeon Manguica, „De insemnatarea botaniceii românești” - 1874.
- Banciu, J. *Medicina populară*. (Populare Medizin), Craiova, 1884.
- Simeon Florea Marian, „Botanica poporana romana”, 13 vol. - 1885
- *Călăuza sanitară și igienică* (mart. 1899-oct. 1900); *Almanahul sanitar ilustrat* (1904);
- *Antialcoolul* (mai 1900-1908);
- *Medicina populară, revistă săptămânală pentru popularizarea igienei și a științelor medicale* nov.1905-1908 continuă);
- *Profilaxia, revistă de igienă și medicină populară* (aug. 1905-1908);
- *Reforma alimentară, organ al Asociațiunii vegetariene din România* (sept. 1908);
- *Comoara României, Organ de publicitate al Societății Hygieniștilor Hidropați din România, în scopul*

regenerării poporului român (oct.-dec. 1905);

- *Igiena și medicina practică* (ian-iun. 1905);
- *Monitorul sanitar, revistă de răspândirea medicinei populare și igienei și organ pentru apărarea intereselor personalului sanitar inferior* (oct. 1903-mai 1905);
- *Sanitarul, pentru răspândirea sfaturilor igienice și medicale* (iul.-sept. 1904)
- *Monitorul sănătății, fostă Saprofite și parazite* (din 1889; 1901-oct. 1906; mart. 1908);
- *Sănătatea, revistă bilunară ilustrată de medicină populară* (mart. 1901-1908);
- *Sănătatea femeilor, revistă de igienă și medicină populară, pentru femei* (sept. 1902-iul. 1903; oct. 1907-apr. 1908);
- *Tămăduirea. Prin firea însăși, după Louis Kuhne, Lipsca, fără doctorii și fără operații.* (iul. 1908-1909);
- *Termocauterul. (Libertatea opiniilor medicale), organ de medicină aplicată pentru îmbunătățirea rasei umane* din mart. 1902: *Termocauterul. organ mensual al legii pentru îmbunătățirea vieții umane* (ian.-mart. 1902);
- *Tribuna sănătății, revistă de medicină populară*, din apr. 1904 *Tribuna sanitară*, din mai 1904,
- *Sănătatea ilustrată, revistă de medicină populară* (oct. 1903-sept. 1905);
- *Vestirea comorilor. Legea naturei și minunile sale* (din 1898, 1899-1902; 1911);
- *Veterinarul. Foaie populară de răspunderea poveștelor asupra creșterii, îngrijirii și vindecării boalelor animalelor* (sept. 1906-1908 continuă);
- *Viața fericită. Revista lunară pentru Minte și Inimă. Revista lunară pentru Instrucțiune, Educațiune, Recreațiune*, supliment la *Sănătatea, revistă bilunară ilustrată de medicină populară* (mart. 1906-1908);
- *Gazeta veterinară, revistă bilunară pentru răspândirea cunoștințelor practice de medicină veterinară* (nov. 1906-aug. 1907)
- Brătescu, Gheorghe. La correspondance entre la nosologie populaire et la nosologie scientifique. In: *Noesis*, 1994, 20, p.147-151.

• Burghele, Camelia. În marginea religiei: sănătatea zeilor și boala diavolească. Cuplul sănătate/boală în Antichitate și Evul Mediu - Repere antropologice (En marge de religion: santé des dieux et maladie maléfique. Couple santé/maladie en Antiquité et au Moyen Âge). In: *AMET*, 2003, p.391-405.

• Ceapă Irinela. Medicina daco-romană și medicina populară românească. *The Daco-Roman medicine and the Romanian popular medicine. Medicina Modernă*, vol. XIII - Nr. 1 (ianuarie 2006) p. 47-51.

• Haiduc, Gheorghe. Bolile umane și medicina populară din zona Oașului (Les maladies humaines et la médecine populaire d'Oaş). In: *SC - Satu Mare*, 1996, 13, p.357-373.

• Iliescu, Vasile. De la șamanism la medicina biomoleculară. Eseu epistemologic cu aplicații în specialitatea ortopediei-traumatologice (Du chamanisme a la médecine biomoléculaire. Essai épistémologique avec applications dans la spécialité orthopédie traumatologie). In: *Aletheia*, 2003, 14, p.45-75.

• Limban, Florentina. Activitatea farmaceutică din București în secolele XVII și XVIII (L'activité pharmaceutique a Bucarest durant les XVIIe et XVIIIe siècles). In: *BMIM*, 2000, 14, p.333-338 ; 2001, 15, p. 125-127; 2002, 16, p. 127-132.

• Lipan, Vasile I. Aprovizionarea cu lipitori în secolul al XIX-lea (L'approvisionnement avec des sangsues au XIXe siècle). In: *RIF*, 2003, 4, nr. 1, p.54-59.

• Lipan, Vasile I. Farmacii mănăstirești în Moldova și Muntenia (Pharmacies de monastères de Moldova et Muntenia). In: *RIF*, 2001, 2, nr. 2, p.78-82.

• Sefer, Mariana. Medicina populară românească. Boli și leacuri populare din arhive și reviste de folclor (La médecine populaire roumaine. Maladies et remèdes populaires des archives et revues de folklore). Ediție îngrijită de: Sefer, Mihai. București, Ed. Viața Medicală Românească, 1998, 112p.

• Șerbănescu, Eugen; Molin, Virgil. Din istoria homeopatiei în România (De l'histoire de la homéopathie en Roumanie). In: *RIF*, 2003, 4, nr. 1, p.68-72.



Ședința de birou a Federației Balint, Potsdam. Martie, 2007.



PREZENTARE DE CAZ BALINT

Hegy Csilla, medic rezident pediater, Târgu Mureș



Între 1-15 iunie 2007 s-a desfășurat la Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu Mureș cursul postuniversitar „Managementul resurselor umane în domeniul sanitar” organizat de Disciplina de Sănătate Publică, sub îndrumarea șefului de disciplină, dr. Farkas Evelyn. În cadrul acestuia a avut loc ca premieră în cadrul cursurilor postuniversitare din România și un grup Balint.

Grupul cu colegi noi și vechi, cunoștințe din anii facultății, majoritatea fiind în contact pentru prima dată cu conceptul și metoda balintiană în sine, ne aflăm așezați în cerc. Lider și colider, suntem amândoi cu speranțe, cu așteptări față de inițiativa de a avea grup balint în cadrul unui curs postuniversitar. Ne facem griji despre cum va fi, dacă vom putea lucra cu atâția noi membri, griji care s-au dovedit inutile la sfârșitul grupului. Tinerii colegi au venit și ei cu așteptări, cu curiozitatea noutății, a promisiunii de a participa la ceva inedit față de experiențele din facultate. Grupul se încheagă prin liniștea caracteristică grupurilor balintiene de dinaintea prezentării cazului, dar totuși aceasta apare foarte repede, apar chiar două, din care se alege cea prezentată în continuare.

Prezentatoarea cazului este o tânără colegă însărcinată, povestind despre un copil, o rudă, recent diagnosticat și supus unui tratament oncologic. Vestea este șocantă, implică afect, identificări, proiectări după cum urmează să se contureze în derularea grupului. Se discută lucruri serioase, grele, iar atmosfera apasă ca norii întunecați, dar care vor dispărea în cele din urmă.

Este copilul partener în discuțiile despre boală și moarte? Trebuie să-i comunicăm caracterul tragic al diagnosticului stabilit sau să-l păcălim și să jucăm teatru, poate astfel nu-și dă seama de gravitatea problemei? - în acest caz cum să răspundem la întrebările firești de genul “de ce?” De datorica cui este să dea explicații unui copilăș cu un diagnostic sumbru la o vârstă atât de fragedă? Avem voie ca și aparținători să ne implicăm în prognostice? – numeroase întrebări ale grupului la care încercăm să găsească răspunsuri.

Este cert faptul că, o femeie însărcinată sau o mamă se implică altfel în problemele priviind copiii, decât oricine altul, afirmă o membră a grupului, însărcinată și ea la rândul ei. Instinctul matern se răsfrânge și asupra celorlalți copii, parcă ea ar fi de una singură responsabilă de toți copiii lumii. Este imposibil totodată, ca ea să nu fi identificat acel copil din familie cu al ei, încă nenăscut. Apare ideea unei viitoare tragedii în mica sa familie și apasă frica de a li se întâmpla și lor. Simt neputința, responsabilitatea: oare ca medic, am văzut toate semnele, oare a-și fi putut recunoaște mai devreme orice indiciu care să ajute la punerea și mai precoce a diagnosticului? Oare o

să văd toate semnele subtile la copilul meu, care abia se va naște?

Copiii trebuie să aibă contact cu moartea, încă din mica copilărie, este părerea multora din grup. Trebuie să le explicăm ideea morții prin intermediul acelor povești în care oamenii pot să și moară. Noi suntem muritori, aceasta este soarta noastră. Copiii trebuie să fie învățați corect, conștientizați despre conceptul bolii și a soartei de muritor, căci copiii din lumea noastră modernă nu mai sunt în contact cu natura și cu vechiul model de bunic/bunică: “bătrânul înțelept al casei” care te învăța multe. Majoritatea acestor copii nu se joacă în curtea bunicilor cu animalele domestice, care să le poată fi prieteni dragi și care la rândul lor se pot îmbătrâni sau îmbolnăvii și astfel muri. Ei nu văd nici sacrificarea animalelor, majoritatea cunosc doar produsele alimentare din magazine.

Copiii nu sunt adulți infanțili, continuă șirul ideilor. Sunt personalități independente, care pot și chiar trebuie să înțeleagă lumea cu toate lucrurile bune și rele împreună. Ei înțeleg ce li se explică, nu avem voie să cădem în capcana mușamalizării lucrurilor, în ideea, că sunt prea mici pentru a înțelege.

Ar fi ideal, să ne amintim, că și noi la rândul nostru am fost copii. Să ne gândim la viața sufletească și emoțională de atunci și astfel să vorbim de la egal la egal cu cei mici, exact la nivelul lor de înțelegere. Fiecare percepe altfel. Trebuie să întrebăm, să aflăm ce știi și ce gândesc, ce simt despre acea informație. Trebuie să întrebăm ce ar mai dori să afle și să dăm răspunsuri adevărate, fără a vorbi pe lângă sau a minți. Încrederea înșelată este greu de recuperat!

Pentru ea se suprapun rolurile: viitoare mămică, medic, ruda acestui copil, iar aceste suprapuneri ne pot crea dificultăți. Eu în locul ei, sunt opiniile multora, trebuie să-mi clarific: ce-mi reprezintă acest copil? Ce simt față de el? Ce reprezintă eu pentru acest copil? Ce așteaptă copilul de la mine? Ce așteaptă de la mine părinții și celelalte persoane implicate? – pentru ca într-un sfârșit să-mi găsesc rolul meu și liniștea sufletească.

Apropiindu-ne de sfârșitul cronometric al grupului, încetul cu încetul au apărut și primele raze de soare printre norii ce apăsau, au apărut zâmbetele, ca la oricare grup balint care ajunge la sfârșitul unei dezbateri de cazuri grele. Colega a rezumat pozitiv munca grupului, fiind profund impresionată de implicarea emoțională a fiecăruia în parte.

Am încheiat grupul cu sentimentul cunoscut al grupurilor reușite, fiecare gândind mai departe și analizând în sine și în grupuri mai mici cele discutate... parcă nu am vrea încă să plecăm....

LA REVEDERE LA URMĂTOARELE ÎNTÂLNIRI!

RECENZIE

MEDICINA PSIHOSOMATICĂ – CURS

de Dan L. Dumitrașcu în colaborare cu Cristina Pohribneac

„Cartea de față reprezintă o dezvoltare a acestui curs și constituie primul curs de psihosomatică oferit studenților la medicină din Transilvania. Cronologic este al doilea din țară după cel de la Universitatea Carol Davila din București” specifică autorul în prefața volumului.

Doctorul Dumitrașcu este un împătimit organizator al conferințelor de psihosomatică (PS) din Cluj-Napoca. A dibuit din timp necesitatea formării studenților, a perfecționării specialiștilor în domeniul vast al psihosomaticii, domeniu neglijat pe nedrept decenii la rând. Pune la dispoziția celor interesați, studenți și specialiști ai diferitelor ramuri a medicinei, o adevărată perla pescuită din adâncul minții și practicii sale de peste un sfert de veac.

În spațiul a 172 de pagini înșiră capitole care cuprind

istoria medicinei psihosomatice, instrumente de măsurare în medicina PS, bazele biomedicale ale medicinei PS, calitatea vieții, factorii psihosociali, comunicarea medicală, modele de boală, principii de psihoterapie, valențe psihosomatice în bolile oncologice, cardiovasculare, respiratorii, metabolice, digestive, neurologice, dermatologice. O bibliografie, în cea mai mare parte de după 2000, din 72 repere completează volumul, oferind celor dornici de studiu aprofundat posibilități de drumeții pe cărările studiului individual.

Meticulozitatea redactării și stilul ușor inteligibil, care te îndeamnă la citirea cărții îl caracterizează pe autor, fiindu-i oglindă fidelă a sufletului și minții sale.

dr. Veress Albert, Miercurea Ciuc



Într-un grup mic.



ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI

6-8 iulie: al 3-lea Weekend Interjudețean Balint la Bârlad cu 44 de participanți și 4 membri noi înscriși. Am pornit spre Bârlad cu bucuria și speranța participării la renașterea grupului din zonă. Cele 2 amfitrioane, Rodica Dorofte și Cristina Tiron au reușit să facă minuni atât pe tărâmul mobilizării cât și în ceea ce privește latura socială a întâlnirii. Parcă ne-am simțit chiar frustrați văzând câte bucate erau să dărâme mesele. Noi, fiind mai „zgârciți”, nu ne aventuram cu ocaziile întâlnirilor din Harghita la asemenea belșug, reținând marea parte a sponsorizărilor obținute pentru fondul Asociației. Bineînțeles, fiind decizia luată de organizatori, noi ne-am conformat și ne-am înfruptat din acele bunătăți. Le mulțumesc tuturor care au pus „osul” la reușita Weekendului. În rest: Vacanță Balint!

1-5 septembrie: Congresul Internațional Balint de la Lisabona, unde a participat o delegație a Asociației noastre formată din Paina Gheorghe, Baka Tünde, Lala Adrian, Borțan Rodica, Éva și Berci Veress. Lala Adrian a primit diploma pentru locul II. al concursului ASCONA. Impresiile le vom împărtăși cu ocazia Conferinței Naționale.

Planuri de viitor:

28-30 septembrie 2007: a 14-a Conferință Națională

Balint, Miecurea Ciuc-Șumuleu, Casa de Studii Jakab Antal. 16 credite EMC. Taxa de participare: 15 Euro. Data limită de anunțare a participării: 23 septembrie la mine (telefon sau e-mail). Cazare cu 20 Euro în sgl și 14 Euro în regim dbl./pers./zi, cu micul dejun inclus. Prânz: 6 Euro, cina 5 Euro. Pentru membrii Asociației cu cotizația plătită la zi banchetul se include în taxa de participare.

Deoarece pentru Revelionul Balint propus a se organiza între 28 decembrie-2 ianuarie nu s-a prezentat decât o singură familie, renunțăm la această variantă.

14-16 decembrie vom organiza deci Weekend Interjudețean Balint cu Prevelion, la Odorheiu-Secuiesc.

18-20 ianuarie 2008: Weekend Național Balint de Iarnă cu Postrevelion Balint, Gheorgheni, Motel 4.

Septembrie, 2009: următorul Congres Internațional Balint, la Poiana Brașov. Începeți de pe acum să faceți economiile necesare!

Berci Veress.

