

Buletinul Asociației Balint

Periodic trimestrial. Volumul XVI. Nr. 63



Septembrie 2014

CAUZE ȘI POSIBILE MĂSURI DE ATENUARE ALE STIGMEI ÎN BOLILE MINTALE

- Dr. M. DRĂGAN medic specialist psihiatru, Ruxandra DRĂGAN psiholog în formare

MERLIN, VRĂJITORUL

- Dr. Moldovan Csilla, Mădăraș-Ciuc

FARMACOLOGIA UMORULUI

- Dr. András Györfi - Spitalul Municipal „Dr Pop Mircea”, secăia interne, Marghita

BALINT WORK AND HEALING RELATIONSHIPS*

- Andre Matalon, MD, Israel

WELCOME THE DRAGON: OPENING THE HEART OF BALINT

- William L. Miller, MD, MA, Philadelphia, PA, September 8, 2011



Cuprins

Prezentarea Asociației Balint din România	2
Biroul asociației	2
Către autori	3
CAUZE ȘI POSIBILE MĂSURI DE ATENUARE ALE STIGMEI ÎN BOLILE MINTALE	4
■ Dr. M. DRĂGAN medic specialist psihiatru, Ruxandra DRĂGAN psiholog în formare	
MERLIN, VRĂJITORUL	9
■ Dr. Moldovan Csilla, Mădăraș-Ciuc	
FARMACOLOGIA UMORULUI	16
■ Dr. András Györfi - Spitalul Municipal „Dr Pop Mircea”, secăia interne, Marghita	
BALINT WORK AND HEALING RELATIONSHIPS*	20
■ Andre Matalon, MD, Israel	
Welcome the Dragon: Opening the Heart of Balint	23
■ William L. Miller, MD, MA, Philadelphia, PA, September 8, 2011	
Știri din viața asociației - planuri de viitor	28
■ Dr. Albert Veress - <i>Miercurea Ciuc</i>	

MOTO: Vedeți, că am avut dreptate! (Epitaful hipocondriacului)

Septembrie 2014, Volumul XVI, Nr. 63 ■ 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: Botond Miklós FORRÓ (fbotond@yahoo.com) ■ Editat de: Asociația Balint din România ■ Tipărit la: Tipografia Alutus, Miercurea-Ciuc ■ Adresa redacției: 530.111 - MIERCUREA CIUC, str. Gábor Áron 10, tel./fax 0266-371.136; 0744-812.900 ■ E-mail: berciveress@asociatiabalint.ro; alveress@clicknet.ro

COMITETUL DE REDACȚIE:

Tünde BAKA ■ Doina COZMAN ■ Dan Lucian DUMITRAȘCU ■ Evelyn FARKAS ■ Liana FODOREANU ■ Ioan-Bradul IAMANDESCU ■ Cristian KERNETZKY (D) ■ Mircea LĂZĂRESCU ■ Holger Ortwin LUX ■ Dragoș MARINESCU ■ Ioana MICLUȚIA ■ Csilla MOLDOVAN ■ Aurel NIREȘTEAN ■ Iuliu OLTEAN ■ Gheorghe PAINA ■ Ovidiu POPA-VELEA ■ Almos Bela TRIF (USA) ■ Ionel ȚUBUCANU ■ Éva VERESS ■ Nicolae VLAD



Prezentarea Asociației Balint din România



Michael Balint: Psihanalist englez de origine maghiară

DATA ÎNFIINȚĂRII:
25 iulie 1993

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

SPECIFICUL ASOCIAȚIEI:
apolitică, nereligioasă, inter-universitară, multi-disciplinară, de formație polivalentă.

OBIECTIVE:

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

ACTIVITATEA ASOCIAȚIEI:

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

REGULI PRIVIND ÎNSCRIEREA ȘI PLATA COTIZAȚIEI:

Cotizația se achită până la data de 31 martie a anului în curs. Cuantumul ei se hotărăște anual de către Biroul Asociației. 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 mar-

tie a anului următor vor fi considerați restanțieri pe doi ani și vor fi excluși disciplinar din Asociație. **Cotizația pentru anul 2014 este de 25 EURO** (la cursul oficial BNR din ziua în care se face plata), în care se include și abonamentul la Buletin. În cazul în care două persoane dintr-o familie sunt membre ale Asociației, una dintre ele poate cere scutirea de la plata abonamentului la Buletinul Informativ, împreună revenindu-le doar o sumă de **42 euro**. Studenții și pensionarii sunt scutiți de la plata cotizației, fiind necesară doar abonarea la Buletinul Asociației. Taxa de înscriere în Asociație este de **20 EURO** (nu se face reducere nici unei categorii socio-profesionale). Abonamentul costă **8 EURO**. Plata abonamentului și a cotizației se face în cont CEC Miercurea Ciuc, nr. RO-26CECEHR0143RON0029733, titular: Asociația Balint, cod fiscal: 5023579 (virament) sau 25.11.01.03.19.19 (depunere în numerar)

Biroul asociației



PREȘEDINTE:
Holger Ortwin LUX
■ holger.lux@gmx.net



VICEPREȘEDINTE:
Csilla VAJDA-HEGYI
■ asociațiabalint@gmail.com



SECRETAR:
Ilona GÖRÖG
■ abr.secretariat@gmail.com



TREZORIER:
Albert VERESS
■ alveress@clicknet.ro



Zsófia ÁRVAI



István VÁRADI



Tünde BAKA



Enikő Éva BUTYKA



Éva VERESS



Către autori

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

Materialele scrise la solicitarea redacției vor fi remunerate. Buletinul este creditat de către CMR ca prestator de EMC, deci orice articol publicat se creditează cu 25 de credite EMC. Abonamentul la Buletin se creditează cu 5 credite.

Redactorul șef și / sau lectorul au dreptul de a face cuvenitele corecturi de formă și conținut al lucrării și rezumatului, iar în cazul neconcordanțelor de fond vor retrimite articolele autorilor cu sugestiile pentru corectare. Deoarece revista se difuzează și colegilor din străinătate, articolele care nu se limitează doar la descrierea evenimentelor Balintiene, trebuie să aibă un rezumat în limba română și engleză, de maximum 10 rânduri dactilografiate.

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 arabe în paranteză, iar în bibliografie se înșiră autorii în ordinea citării, nu cea alfabetică, și doar acei autori care au fost citați în lucrare).

Manuscrisele sunt lecturate de un 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. Decizia lor este necontestabilă.

Toate drepturile de multiplicare sau reeditare, chiar și numai a unor părți din materiale aparțin Asociației Balint.

Plata abonamentului și a cotizației se face în cont CEC Miercurea Ciuc, nr. RO26CECEHR0143RON0029733, titular Asociația Balint, cod fiscal: 5023579 (**virament**) sau 25.11.01.03.19.19 (**depunere în numerar**)

Recenziile cărților trebuie să cuprindă datele de identificare a cărții în cauză - autorii, titlul, toate subtitlurile, anul apariției, editura, orașul, numărul de pagini și ISBN-ul.

Se trimite în fișier separat imaginea scanată a copertei.

Se primesc doar materiale trimise pe CD, DVD, memory-stick sau prin e-mail ca fișier atașat. Se vor folosi numai caractere românești din fontul Times New Roman, culese la mărimea 12, în WORD 6.0 sau 7.0 din WINDOWS.

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

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

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

Conținutul articolelor nu reprezintă neapărat și părerea redacției, autorii asumându-și responsabilitatea pentru corectitudinea datelor, afirmațiilor și pentru tonul folosit în text.

Prețul unui număr la vânzare liberă este de 2 EURO (evaluate în lei 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.



CAUZE ȘI POSIBILE MĂSURI DE ATENUARE ALE STIGMEI ÎN BOLILE MINTALE

■ Dr. M. DRĂGAN medic specialist psihiatru, Ruxandra DRĂGAN psiholog în formare

Abstract: Causes of mental illness-stigma and suggested measures for its mitigation

Objectives: The need to use the concept of person-centered psychiatry, not the institution beds one.

Material and method: Using literature mostly provided by WHO and personal professional experience.

Results: According to the WHO "stigma and discrimination are the single most important barrier to overcome in the community". It is the outcome of improper personal, group and institutional ways of managing that situation, hindering good social integration of people that suffer from mental disorders. This paper names and discusses some of the causes leading to stigma in contemporary Romanian society, such as: insufficiency of the resources allotted and their squandering, bureaucracy, poor access to quality medical and social care, infringement of citizen rights, multiple functional deficiencies of the Romanian psychiatric system, lack of community psychiatric nursing system, the negative role often played by the media.

Conclusions: Discrimination of people with mental health disorders continues to be a painful social reality.

A few solutions are being suggested. Among them, the most important are deinstitutionalization and empowerment.

Key words: empowerment, stigma, mental health legislation.

Rezumat: Obiectivul studiului: Demonstrarea necesității utilizării conceptului de psihiatrie centrată pe persoană și nu pe cea a instituțiilor cu paturi.

Material și metodă: Utilizarea literaturii de specialitate mai ales cea elaborată de OMS și a experienței personale.

Rezultate: Conform OMS stigma este principala barieră în calea unei bune reușite sociale. Este produsă de manifestări neadecvate la nivel individual, de grup și instituțional ce împiedică buna inserare în societate a persoanelor suferind de afecțiuni psihiatrice. În articol se enunță și se dezbat unele cauze ce conduc la stigmatizare în societatea românească contemporană: alocarea de resurse insuficiente și risipa acestora, birocrăția, îngrădirea accesului la îngrijiri medicale și sociale de calitate, neacordarea de drepturi cetățenești, unele deficiențe ale funcționării sistemului psihiatric, lipsa structurilor de îngrijire de tip comunitar, rolul negativ pe care presa îl joacă uneori.

Concluzii: Discriminarea persoanelor cu tulburări mintale continuă să fie o realitate socială dureroasă. Se propun unele soluții. Cele mai importante fiind dezinstituționalizarea și empowermentul.

Cuvinte cheie: empowerment, stigma, legislație în sănătatea mintală.



Definiția stigmei

Ervin Goffman definește stigma ca fiind fenomenul prin care un individ este respins de către societate deoarece posedă un atribut care este profund discreditat de către aceasta. Stigmatizarea este un proces prin care identitatea normală este distrusă de reacția

altora (2). Stigma este produsă de manifestări neadecvate la nivel individual, de grup și instituțional ce împiedică buna inserare în societate a persoanelor suferind de afecțiuni psihiatrice (3).

Conținutul semantic al termenului în limba română

În limba română termenul de stigmă este un barbarism. El nu există în principalele dicționare editate în ultimii 30 de ani (4). Totuși psihiatrii români îl folosesc. În acest context contradictoriu în care limba vorbită încalcă regulile limbii academice, se pune cu legitimitate întrebarea dacă este bine să utilizăm în textele științifice românești substantivul *stigma*, sau pe cel de *stigmat*. O temă semantică și psiholingvistică ce rămâne pe mai departe de analizat. În virtutea argumentării expuse mai sus îmi permit să sugerez cititorilor punctul meu de vedere, să utilizeze termenul de *stigmat*.

Scurt istoric al noțiunii de stigmat

Cuvântul își trage originea din limba greacă veche,



din verbul a înțepa, a împunge; desemna însemnarea, marcarea unei persoane. Sclavii erau marcați pe piele pentru a li se cunoaște statutul față de cel al oamenilor liberi. Prima menționare a unei persoane marcate apare în Vechiul Testament: „Și Domnul a hotărât un semn pentru Cain, ca oricine îl va găsi, să nu-l omoare” (5).

În creștinism se vorbește despre stigmat; este vorba despre rănilor sângerânde care apar pe trupul unor persoane credincioase, asemănătoare cu cele ale Iisus Christos.

În evul mediu condamnații la muncă grea, ocașii, erau marcați pe piele pentru a putea fi identificați dacă fugeau.

În romanul Cei trei mușchetari al lui Alexandru Dumas tatăl, Milady de Winter (Ann de Breuil, contesă de la Fère) este înfierată, pe umărul stâng cu floarea de crin, de către călăul orașului Lille, semn al osândiților, fiindcă aceasta a sedus un preot tânăr.

Conceptul actual de stigmat/stigmă

În prezent există câteva moduri de abordare.

Link și Phelan, au dezvoltat în psihologia socială un model în care aceștia argumentează faptul că stigma apare atunci când în privința unui individ sau grup, se întrunesc concomitent mai multe condiții: **separarea, pierderea de statut, identificarea diferențelor considerate negative și etichetarea, stereotipizarea, discriminarea** (6).

Modelul Corrigan identifică trei componente:

- *stereotipurile*, care reprezintă structuri cognitive învățate de majoritatea populației unui grup social;
- *prejudiciul*, care este răspunsul emoțional și cognitiv la stereotipuri și
- *discriminarea*, care este consecința comportamentală negativă a prejudiciului.

Stigma este clasificată de Corrigan în două categorii:

- *stigma socială* (publică): reacția generală a populației față de persoanele bolnave mintal și
- *auto-stigma* (self-stigma): prin care persoanele suferind de afecțiuni mintale au o atitudine de segregare față de ele însele (7).

Modelul cercului vicios al stigmatizării propus de Norman Sartorius, preluat și utilizat de către actualele recomandări ale OMS. El presupune că orice persoană care posedă o caracteristică vizibil anormală, va fi etichetată în mod negativ datorită ei. Acest lucru se realizează pe baza informațiilor căpătate din presă, din filme, sau din ceea ce se discută în mod obișnuit. Când această caracteristică a

fost înregistrată ca atare în mentalitatea comunității, ea va opera ca o stigmă pentru oricine o posedă. Faptul aduce cu sine mari prejucții privitor la îngrijirile de care ar fi putut beneficia persoana, la diminuarea stimei de sine și la discriminare. În astfel de condiții, intervențiile pe oricare dintre etapele cercului vicios devin salutare (8).

Factori principali cauzatori de stigmă din România de azi

o Psihiatria comunitară

Existența acesteia are un important rol în combaterea stimei. Absența ei este un important factor de stigmatizare (9). La noi în țară constatăm o alocare exclusivistă și discriminativă de resurse către serviciile de sănătate mintală intramuros în comparație cu serviciile de sănătate de tip extramuros. Progresele mari făcute în domeniul psihofarmacologiei au îmbunătățit radical evoluția și prognosticul tulburărilor mintale.

De aceea în multe state politicile de dezinstituționalizare în psihiatrie recomandate de către OMS au făcut pași importanți. Vechile azile s-au închis și în locul acestora au apărut o întreagă diversitate de servicii de asistență psihiatrică comunitară. În țara noastră nu. Dispunem încă de azilele gigantice construite în secolul XIX situate departe de marile centre urbane, în timp ce serviciile comunitare medico-psiho-sociale sunt aproape inexistente.

Despre psihiatria comunitară se vorbește și se scrie mult, dar se face puțin. De ce acest fenomen? Serviciile psihiatrice de tip ambulator au o serie de atribute pozitive care ar trebui să le recomande:

- Consumă resurse mult mai puține decât spitalele
 - Comparativ cu spitalul clasic de psihiatrie au un rol mult mai important în prevenție
 - Fiind în proximitatea pacienților, sunt mai aproape de mediul lor natural de viață
 - Sunt mai flexibile și mai adaptabile
- Cu toate acestea ele continuă să fie defavorizate.

Fenomenul se explică prin influența factorilor de decizie, de la nivel central și local chemați să aplice reforma în sănătate, să întocmească bugetele și să le repartizeze. Aceștia se comportă discriminator și stigmatizant față de proprii cetățeni, considerând că persoanele cu tulburări mintale ar fi vinovate de simptomele și de tulburările lor de comportament. Ei nu înțeleg tulburarea mintală și nici nu cer sfatul avizat al unor consilieri. Consecința este că acești conducători în fața bolii mintale acționează după un model punitiv preluând intuitiv modelele ancestrale de comportament conform cu care nebunul este un pericol



■ Referate

social și el trebuie îndepărtat din societate. Acesta este mecanismul mental prin care decidenții, atribuie serviciilor de sănătate mintală un rol coercitiv, de segregare al bolnavilor față de restul populației.

Rolul de pază și de izolare este argumentul principal pentru care marile azile continuă să își justifice existența. Că se risipesc inutil bani și resurse care ar fi putut fi putut fi mai bine utilizate de către psihiatria comunitară, că aceste azile nu sprijină remisiunea ci cronicitatea, se pare că pe nimeni nu interesează (10).

o **Discriminarea personalului care lucrează în sănătatea mintală**

Persoanele care lucrează în sănătatea mintală sunt privite adeseori de mulți membri ai societății ca fiind inferioare altor categorii de personal sanitar. Ei capătă adeseori atribute peiorative, cum ar fi „doctori de nebuni”. E vorba de un proces de condensare mitologică stigmatizantă operată și menținută în inconștientul colectiv.

A doua stigmatizare se petrece în interiorul sistemului de îngrijiri din sănătatea mintală. Personalul care lucrează în spitalele de psihiatrie este considerat superior ca importanță socială celui din ambulatorii. Fapt care se constată în salarizarea discriminatorie; mult superioară în spitale: 75% spor salarial în spitale, 50% spor în ambulatorii. Ceea ce face ca majoritatea medicilor psihiatri să prefere să lucreze în spitalele de psihiatrie și nu în ambulatorii. De exemplu: asistentul medical, director cu îngrijirile dintr-un mare spital de psihiatrie, primește un salariu net superior unui medic psihiatru din ambulatorul unui spital general (11). Medicii de spital mai pot beneficia de un al doilea contract cu Casa de Asigurări pentru o jumătate de normă într-un ambulator, altul decât al spitalului unde lucrează. Medicilor de ambulator nu li se permite acest lucru (12).

Acest fapt demonstrează directă legătură, între politicile de susținere a marilor spitale de psihiatrie și de minimalizare a serviciilor extramuros, comunitare, prin politicile de salarizare ale personalului. Spitalul este important, salariații primesc mai mulți bani. Ambulatorii este neimportant, salariații primesc mai puțini bani. Consecința este raportul de 3/1 între personalul încadrat în spitale și cel din ambulatoriile din România, raport invers față de cel recomandat de către OMS de 1/3 (13).

o **Lipsa psihiatriei de legătură în majoritatea spitalelor generale**

Comorbiditățile psihiatrice sunt deosebit de răspândite, mai ales în serviciile de urgență, oncologie, cardiologie,

neurologie. Lipsa acestor servicii conduce la ignorare și neglijarea patologiei mintale ceea ce aduce prejudicii pacienților, agravându-le suferința.

Medicii psihiatri care oferă rețete în ambulatoriu pacienților spitalizați în alte servicii sunt penalizați de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și obligați să plătească costul medicamentelor, în condițiile în care farmacia cu circuit închis a spitalului nu deține acele psihotrope tocmai pentru faptul că spitalul nu are un serviciu de psihiatrie de legătură, iar așa s-a creat un cerc vicios.

Să exemplificăm: un bolnav oncologic are o depresie, oncologul solicită psihiatrului de ambulator să efectueze un consult. Se stabilește diagnosticul de depresie severă cu tendințe suicidare, tulburare care reprezintă o mare urgență psihiatrică. Cum spitalul nu deține antidepresive, psihiatrul nu le poate prescrie pe fișa de internare a pacientului. Dacă va elibera rețetă în circuitul exterior al farmaciilor el va fi penalizat. Dacă se va abține de la prescriere și pacientul va trece la act, tot psihiatrul va fi chemat să răspundă (14).

o **Absența politicilor ușilor deschise**

Până acum câțiva ani persoanele afectate de tulburări mintale severe aveau acces neîngrădit la asistență psihiatrică specializată în ambulatoriul de specialitate. În prezent acest lucru este mai dificil. Contractul Cadru al CNAS impune ca obligatorie o trimitere inițială de la medicul de familie pentru confirmarea unei afecțiuni psihice majore.

Nu de puține ori se constată însă din partea medicilor de familie o atitudine de negare a maladiei mintale, de moralizare, de respingere a persoanelor afectate de tulburări mintale. Aceasta este o altă fațetă a stigmei. Consecința este întârzierea diagnosticului și tratamentului ceea ce duce la agravarea suferinței, la complicații redutabile precum suicidul și la spitalizări de multe ori inutile și costisitoare (15).

o **Discriminarea persoanelor neasigurate față de cele asigurate**

Multe dintre afecțiunile psihiatrice debutează în adolescență și prima tinerețe. Bolile în sine cât și impactul stigmatului diagnosticului se constituie într-o imensă barieră întâmpinată de către cel afectat la accesul pe piața forței de muncă. Lipsa unui contract de muncă implică lipsa unei asigurări medicale. În astfel de condiții și conform legislației actuale pentru marea majoritate a unor astfel de persoane, accesul gratuit la servicii medicale calificate este imposibil (16).



o **Discriminarea privitoare la obținerea și păstrarea unui contract de muncă**

Din cauza concepției că persoanele cu afecțiuni mintale sunt considerate periculoase, cu mintea rătăcită și incapabile de activități, ele sunt primele excluse de la angajare și sunt primele disponibilizate. Anumiți medici de întreprindere în loc să respecte jurământul hipocratic în apărarea pacienților lor, sunt printre primii care declară patronatelor morbiditatea psihiatrică favorizând astfel excluderea. Pentru păstrarea locului de muncă, a ajunge la un medic psihiatru pentru o consultație, o rețetă, un concediu medical, sau o spitalizare psihiatrică, constituie actualmente un risc personal.

o **Rolul uneori negativ al mijloacelor de informare în masă**

În ultimii 20 de ani, odată cu câștigarea libertății de exprimare se constată și o **lipsă majoră de autocenzură a ziariștilor față de problematica bolii mintale**. În goana după audiență unele posturi de televiziune și unele ziare, dau știri care utilizează împotriva unor persoane termeni psihiatrici cu conotație peiorativă. Se desecretizează diagnostice medicale și se expun figurile unor bolnavi care conform legislației ar trebui să beneficieze de confidențialitate și de protecție. Reciproca este și ea valabilă.

Unii hoți, borfași, violatori, ucigași, traficanți, sunt etichetați de presă ca fiind bolnavi mintali, în loc să li se confere statutul desemnat de codul penal.

Modalități de a atenua stigmatizarea persoanelor afectate de tulburări mintale din România

Iată câteva dintre metodele principale de intervenție anti-stigma:

- **Campaniile în presă** - Cu excepția campaniei de acum câțiva ani a „Ligii Române pentru sănătate mintală”, realizată pe TVR nu am cunoștință de alte acțiuni similare. Presa ca vehicul al opiniei cetățenilor ar trebui să joace în România un rol mult mai mare în favoarea destigmatizării și în promovarea sănătății mintale.
- **Acțiunile de protest public** - Nu am cunoștință să se fi organizat în România astfel de acțiuni.
- **Activismul social și civic** - Sunt câteva ONG-uri care activează pe plan local; de exemplu: „CRY FOR HELP” Miercurea Ciuc și „Trepte” București. Nu am cunoștință să aibe un impact național.
- **Implementarea de programe** - Programul Ministerului Sănătății privind sănătatea mintală a fost demult sistat.
- **Utilizarea conceptului de medicină centrată pe persoană** - Un mod de abordare al pacienților la

îndemâna tuturor profesioniștilor. Persoana cu o suferință mintală este înțeleasă holistic ca făcând parte dintr-o cultură, împărtășind anumite credințe și obiceiuri. Biologia ființei se conjugă cu o complexă activitate cognitivă și afectivă; toate aflate în legătură cu mediul natural, domiciliul, educația și profesia. Conceptul în cauză propune repunerea individului uman în centrul atenției ca singularitate și unicitate, el fiind opusul curentului standardizării, computerizării și robotizării la care asistăm în prezent în practica medicală (17).

- **Psihoeducația** - Un domeniu aproape deloc explorat la noi, la ea participă: familia, școala, psihopedagogii (aproape inexistenți), mass-media, ONG-urile, cultele, medicii.
- **Empowermentul** - în sănătatea mintală se referă la *capacitatea de alegere, de decizie, de influență și de control* pe care utilizatorii de servicii de sănătate mintală pot să o exerseze asupra evenimentelor din viața lor. Termenul este dificil de tradus în limba română. Ar putea semnifica **împuternicire, darea, cedarea, primirea sau câștigarea de putere, competență, autonomie, capacitate de decizie**.

Cheia empowermentului se află în transformarea raportului de forțe și de relații de putere între indivizi, grupuri, serviciile de sănătate și guverne. Empowermentul previne stigma (18).

În definiția operațională dată empowermentului de către Judi Chamberlin aceasta arată că la nivel individual pentru ca o persoană să devină „împuternicită” ea trebuie să întrunească mai multe caracteristici operaționale:

1. Să ia decizii pentru a lua puterea
2. Să aibe acces la informații și resurse
3. Să beneficieze de o gamă de opțiuni din care să poată face alegeri. Nu numai cu da sau nu, ci și cu ori, sau fie
4. Să fie asertivă, adică capabilă de a da și asuma declarații
5. Să simtă că ea ca subiect poate face diferența față de situația sa din trecut, că poate astfel să aibe speranță pentru nu nou viitor
6. Să învețe să gândească critic, să vadă lucrurile diferit:
 - α. Să învețe să se redefinească pe sine; să vorbească în propriul său fel de a gândi
 - β. Să învețe să redefinească ce poate face
 - χ. Să învețe să redefinească relațiile de putere cu instituțiile
7. Să învețe cum să își exprime nemulțumirea și furia
8. Să nu se mai simtă singur ci parte a unui grup



Referate

9. Să înțeleagă că are drepturi și obligații
10. Să producă schimbări în propria viață și în propria comunitate
11. Să deprindă abilități de comunicare care să o facă capabilă să se definească ca individ și ca importanță (19).

La nivel social, instituțional, empowermentul semnifică adoptarea unor măsuri structurale care să permită manifestarea la nivel individual.

Conferința de la Leuven (2010) a sintetizat următoarele măsuri de trecere / transformare:

- de la îngrijirile în instituții (azile) la îngrijiri comunitare;
- de la spitale la activități de suport;
- de la paternalism și ierarhie la egalitate în abordare și parteneriat;
- de la tratare la remisiune și vindecare;
- de la tratarea bolii la promovarea și menținerea abilităților de a trăi în societate;
- de la coerciție la cooperare;
- de la modelul biomedical la modelul holistic bio-psiho-social;
- de la control asupra bolnavului la autodeterminare și autonomie;
- de la furnizarea de îngrijiri singulare (un medic-un bolnav) la echipe terapeutice;
- de la "pacientul nebun" la cetățeanul utilizator de servicii;
- de la bolnavul privit ca obiect la persoana privită ca subiect;
- de la bolnavul privit în termeni de deficit la persoana definită în termenii posibilităților;
- de la îngrijirea unde familia este exclusă la îngrijirile unde familia este luată ca partener (20).

Concluzii

Discriminarea persoanelor cu tulburări mintale continuă să fie o realitate socială dureroasă. Ar fi o utopie să credem că aceasta va dispărea într-un orizont de timp previzibil. Există însă soluții de atenuare care au fost cu succes aplicate în unele țări care pentru acest motiv au fost și recomandate în rapoartele Organizației Mondiale a Sănătății și ale Asociației Mondiale de Psihiatrie. Pentru această etapă evolutivă a țării noastre primele măsuri care ar trebui luate ar trebui să fie empowermentul și dezinstituționalizarea.

Bibliografie:

1. Promoting mental health; chapter 4; 2001. <http://www.who.int/whr/2001/chapter4/en/index2.html>
2. Erving Goffman (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall. ISBN 0-671-62244-7.
3. Ibidem.
4. Dicționarul enciclopedic român 1987, DEX (Dicționarul explicativ limbii române) DEX; on line. Editura Academiei Române 2010. Noul Dicționar Universal al Limbii Române; Editura Litera Internațional; București –Chișinău 2006 (Italia); Marele dicționar al Psihologiei; Larousse, 2006 Editura TREI.
5. Biblia sau Sfânta Scriptură, București Editura Institutului Biblic de Misiune Ortodoxă al Bisericii Ortodoxe Române 1975, Geneza 4:14-16; pag 14-15.
6. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev. Sociol.* 2001.
7. Corigan P.W. Mental Helath stigma as social attributions: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and practice.* V7 N1 Spring 2000; 48-67.
8. Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Programe for World Psychiatric Association, Norman Sartorius, Hugh Schulze, Cambridge University Press 2005.
9. WHO. The World Health Report 2001; New Understanding , New Hope; Developing Community Mental Health Services. pg. 89. 2001.
10. Stigmatizing Attitudes about Mental Illness and Allocation of Resources to Mental Health Services Patrick W. Corrigan, Amy C. Watson, Amy C. Warpinski, Gabriela Gracia: *Community Mental Health Journal*, Vol. 40, No. 4, August 2004.
11. Ordinul MS 547/2010 ; Regulamentul privind acordarea sporurilor de bază. Ministrul Sănătății, Cseke Attila.
12. Contractul Cadru CNAS 2014-2015. <http://www.cnas.ro/page/alte-modificari-conform-contractului-cadru-2014-2015>
13. Report from the WHO European Ministerial Conference; Facing the challenges, building solutions, Mental health Action Plan, 2005.
14. Evolution of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine; Handboock of Consultation-Liaison Psychiatry; Leight, H.; Streltzer, J. (Eds) 2007, Hardcover.
15. The World Psychiatric Association. The WPA global programme to reduce stigma and discrimination



- because of schizophrenia, Schizophrenia - Open the Doors Training Manual, September 2005.
16. From Alma-Ata to the Millennium Development Declaration International Conference on Health for Development Rights, Facts and Realities, Eliot Sorel. Towards a health strategy for equity, based on primary health care August 17 th 2007, Buenos Aires, Argentina.
 17. World Psychiatric Association perspectives on person-centered psychiatry and medicine; Juan E. Mezzich 2010.
 18. Santé mentale en Europe: Indicateurs favorables à l'autonomisation des usagers aidants; 4^{es} Rencontres internationales du COMS, 30-31 janvier 2014 - Lille, France.
 19. Judi Chamberlin; A Working Definition of Empowerment - NEC Article National Empowerment 17/12/2013.
 20. WHO. Empowerment in Mental Health Working together towards Leadership; 27-28 October 2010, Leuven, Belgium.

MERLIN, VRĂJITORUL

■ Dr. Moldovan Csilla, Mădăraș-Ciuc

C. G. Jung:

“Until you make the unconscious conscious, it will direct your life and you will call it fate.”
„Merlin is my second personality, in a certain way it's me”

Abstract: Merlin the Wizard is a well-known character for those dealing with magic, alchemy, old and even modern versions of myths. He may appear to some of us as an archetype of the Wizard, as well as a very important person in the psychology of the unconscious. In some way, C. G. Jung is identifying himself with Merlin. It is controversial if Merlin really existed; we have access to some literary references coming from the Celtic mythology. His life story is molded to the history of the Middle Ages. Traumatized by the fratricide quarrels he was forced in, Merlin is hiding in the cradle of the Nature to become a Wild Man, Mad, and a Prophet. He is aware of his Shadow, the somber side of the unconscious, achieving this way his first step towards seeking his own identity. The retreat from the Common World has the meaning of a secret initiation. When he returns to the World of Humans he is already an initiated-one, purified by suffering. He is going through a rejuvenating process, which sublimates in creation. When he encounters Love, he has to disappear from this World, overwhelmed by the Strength of Anima. Through Death and Decay, Merlin becomes Breath, Spirit. The value of Merlin consists in his life-experience of being invaded by the “collective unconscious”, which penetrated him till the “core”, which C. G. Jung calls “the Self”.

C. G. Jung:

„Până când nu îți faci inconștientul conștient, el îți ghidează viața, iar tu crezi că e vina soartei”
„Merlin este o a doua personalitate a mea; într-un anumit sens sunt eu”

Rezumat: Vrăjitorul Merlin este o figură familiară magiei, alchimiei, miturilor vechi dar și a celor moderne. Poate fi considerat un arhetip al vrăjitorului, o personalitate a psihologiei inconștientului. Jung se identifică într-un anumit sens cu Merlin. Existența reală a lui Merlin este controversată, avem mai multe referiri literare la acest personaj, ale cărui origini se pierd în mitologia celtică. Istoria personală a vrăjitorului se conformează Evului Mediu. Traumatizat de luptele fratricide la care participă, Merlin se retrage în natură devenind Om Sălbatic, Nebun, Profet. El își cunoaște Umbra, parte sumbră a inconștientului, realizând astfel primul pas spre căutarea propriei identități. Retragerea din lume coincide cu o inițiere secretă. Când reapare în lumea oamenilor, Merlin este un inițiat, purificat prin suferință. Trece printr-un „proces de înțiere” care culminează în creație. Când întâlnește iubirea va muri pentru această lume, căci puterea Animei îl copleșește. Prin moarte și descompunere, Merlin devine Respirație, Spirit. Importanța lui Merlin e dată de faptul că el, prin viața lui, a experimentat invazia inconștientului colectiv, l-a traversat și a ajuns în centrul acestuia la ceea ce Jung numește Sinele.



În „Amintiri, Vise, Reflecții”, terenul din Bollingen de pe malul lacului Zürich, situat în districtul St. Meinard, pământ bisericesc ce aparținuse cândva mănăstirii St. Gallen, cumpărat de Jung în 1922, capătă o semnificație aparte, devenind locul unde visele inconștientului se materializează în piatră - locul unde simbolul

totalității psihice încolțește ca o sămânță ancestrală în realitatea fizică a pietrei.

Turnul construit de Jung apare ca o reprezentare plastică a *individuației* - obârșia și concretizarea materială a comunicării dintre conștient și inconștient.

„La Bollingen, sunt înconjurat de liniște..., răsar gânduri care coboară până în străfundul veacurilor și anticipează în mod corespunzător un viitor îndepărtat. Aici, chinul creației se diminuează; creația și jocul sunt laolaltă” (1)

Mai târziu, Jung ridică un fel de monument din piatră în cinstea a ceea ce însemna Turnul pentru el. Această piatră are o istorie proprie: ea vine dintr-o carieră apropiată de Bollingen, are forma unui cub, dar dimensiuni greșite, ceea ce înfurie la culme zidarul care vrea să se descotorosească de ea. Jung însă se îndrăgostește pe loc de piatră ”Nu, asta e piatra mea...trebuie să fie a mea!”(2)

În structura naturală a pietrei, pe partea frontală, Jung descoperă un cerculeț, un fel de ochi care îl privea parcă. Dăltuind piatra Jung plasează în centrul „ochiului” un omuleț care poartă o pelerină cu glugă și duce un fel de lanternă; un soi de cabir sau Telesphoros al lui Esculap, așa cum apare în unele reprezentări antice. Pietrei îi sunt dedicate mai multe texte în greacă și latină, zămislite sub imperiul unor gânduri răsărite spontan în timp ce dalta aluneca pe suprafața pietrei. Jung spune: „Când piatra fu gata m-am uitat la ea, m-am tot minunat și m-am întreat ce o semnifica oare să faci așa ceva. Știti ce intenționasem să cioplesc pe spatele pietrei? Le Cri de Merlin! Căci ceea ce exprimă piatra îmi amintește de manifestarea lui Merlin în pădure, după ce dispăruse deja din lume. Oamenii tot îi mai aud strigătul, așa spune legenda dar nu îl pot înțelege sau tălmăci.”(3)

Legenda lui Merlin a luat naștere în secolul al XII-lea. Jung spune: *”Merlin reprezintă încercarea inconștientului medieval de a crea o figură paralelă cu a lui Parsifal. Parsifal este erou creștin, iar Merlin, ca fiu al diavolului și al unei fecioare pure, este fratele său obscur. S-ar putea*

spune că secretul lui Merlin a fost continuat de alchimie, mai cu seamă în figura lui Mercur. Apoi a fost preluat de psihologia mea a inconștientului și rămâne și până în ziua de astăzi un neînțeles, întrucât celor mai mulți oameni viața cu inconștientul le este pur și simplu incomprehensibilă!” (4)

A existat Merlin Vrăjitorul cu adevărat? Vrăjitoria e simbolul energiilor creatoare instinctuale, neîmblânzite, golite de orice disciplină. Figura lui Merlin este o concretizare a mitului transcendental. (Miturile transcendente sunt consacrate de omul primitiv elucidării contradicțiilor existențiale aparente, pe care el nu le acceptă decât ideal). Figură menită a rezolva o contradicție existențială între bine și rău prin crearea unui erou arhetipal, care este “un model inegalabil, nu strămoșul totemic, ci modelul de la care pornește șirul”? (5) Merlin este o figură arhetipală, (vrăjitorul), în care se regăsește suprastructura demonologică a credinței în duhuri și demonii care guvernează universul - un univers dual, bazat pe principii antagonice care se completează reciproc - un univers subordonat destinului ca lege sau legi implacabile.

Dacă acceptăm arhetipul ca „o categorie preformativă din inconștientul colectiv și arhetipul, ca model formativ precosmic și cosmic” (6) figura lui Merlin, reluată de Jung în psihologia inconștientului, este expresia unei componente sufletești arhaice care vizează împletirea umbrei cu lumina, a demonicului cu angelicul, este expresia inconștientului greu de înțeles. Merlin are caracterele unei figuri mitologice nu numai prin faptul că este atemporal (el bănuie și azi, mereu neînțeles) ci și datorită faptului că “numai printr-un mit se poate exprima ceea ce este omul, conform intenției sale lăuntrice și ceea ce pare el a fi sub aspectul de *specie eternitas*. Mitul este mai individual și exprimă viața într-un mod mai precis decât o face știința”. (7)

Merlin, ca personaj legendar, este menționat în câteva texte celtice rare cum ar fi: Yr Oionau (Purcelușul) sau Ymddiddan Myrddin a Thaliesin (Dialogul dintre Myrddin și Thaliesin). Aceste texte datează din secolul al XII-lea, dar prezintă un personaj numit Myrddin care a trăit în secolul al VI-lea.

Myrddin, Wyllt sau Emrys, Merlinus Caledonensis sau Merlin Sylvestris, sunt numele eroului legendelor medievale, al Vrăjitorului Merlin din legendele Arthuriene.

Călugărul galez Geoffrey of Monmouth folosește o parte din aceste surse când scrie “Vita Merlini” (Viața lui Merlin). Opera este scrisă în limba latină și îl descrie pe Merlin ca pe un profet. Sunt numeroase episoade în care Merlin își pierde mințile și trăiește în sălbăticie ca un animal sălbatic, ca Nabuconodosor sau ca Sălbaticul din Pădure al velșilor.



Opera apare prin anii 1150, precedată de „Profețiile lui Merlin”, scrisă tot în latină, de același autor, prin anii 1130 sau 1135.

O altă lucrare a lui Geoffrey of Monmouth, scrisă în 1136, este „Historia Regum Britanniae”, unde pentru întâia dată se face legătura dintre Merlin și regele Arthur.

Robert de Boron, poet francez care a trăit în sec XII-XIII, scrie mai multe poeme despre Merlin, care se transmit mai târziu în proză: „Histoire de Merlin 1230-1235”.

După cum afirmă Kernbach, fantezia oamenilor este incapabilă să născocască nimic din nimic, orice mit având la origini o istorie concretă. Astfel, unul sau mai multe personaje au stat la baza nașterii lui Merlin, trăind poate la câteva secole depărtare unul de celălalt, dar în zone geografice similare sau apropiate.

În „Vita Merlini”, Merlin se naște din legătura nepremisă dintre o prințesă și un incubus. Nașterea îi conferă un caracter dual și ambiguu, păgân prin tată și creștin prin mamă. Reprezintă trecutul cu toate zeitățile păgâne, cu toate elementele religiei vechi și viitorul creștin cu darul profeției dăruit de Dumnezeu pentru a contracara latura demonică a personalității sale. Tradiția veche nordică amintește de Llallawgy sau Laleocen, dar se referă la același personaj. (8)

Toate aceste istorii personale au câteva trăsături comune menite a contura cu tărie caracterul unui personaj unic: Merlin bardul, războinicul, omul sălbatic, nebunul, profetul și, în final, Merlin Vrăjitorul!

Se spune că Merlin a trăit la curtea lui Gwenddolerus, unde a avut o poziție privilegiată, dar după bătălia de la Arfderydd neputând suporta trauma pierderii regelui său și a rudelor sale în bătălie, a înnebunit și s-a refugiat în pădurea Ceyddon, unde a trăit ca un animal sălbatic și a avut, din când în când, profeții tulburi; (de aici vine numele Merlin, căci numelui cunoscut i s-a alipit epitetul „miridin” - om nebun, care ar sta la baza numelui Myrddin, care mai târziu a fost transformat de Geoffrey of Monmouth în Merlin).

Pentru Merlin refugiu în pădurea Ceyddon înseamnă totala detașare de realitatea cotidiană și, implicit, de condiția umană. Merlin se întoarce într-un univers primordial: pădurea, în a cărei sălbăcie el comunică cu forțele generatoare ale naturii. Pierzând statutul de normalitate culturală și socială a epocii, el devine nebun, sălbatic, împins în exteriorul existenței cotidiene. Așa cum spune Michel Foucault: „Nebunul este pus în interiorul exteriorului și invers”. (9) Chiar dacă în Evul Mediu exista obiceiul îmbarcării nebunilor pe un vas cu care erau trimiși în largul oceanelor, abandonați apoi pe tărâmurii

necunoscute, pădurea îl ține prizonier pe Merlin tot așa cum oceanul îi ține prizonieri pe nebuni „în mijlocul celui mai deschis celui mai liber dintre drumuri”. (9)

„El se afundă în desișul pădurii, fericit să rămână ascuns sub ferigi. El admira animalele care treceau prin ierburile însingurării, câteodată le urmărea, alteori le depășea în cursa lor. El se hrănea cu ierburi și rădăcini și a devenit un om sălbatic ca și cum s-ar fi născut în sânul pădurilor.”(10)

Dar în acest spațiu Merlin înțelege forțele tainice ale naturii, care în mod obișnuit se refuză a fi cunoscute omului rațional. Se metamorfozează într-o figură aproape mistică al cărei delir devine un act creator, căci accede la origini și se pierde în lumea începuturilor, ceea ce îl face să trăiască în „casa reflecțiilor despre el însuși, a reculegerii interioare”. (11)

Merlin, vrăjitorul din legendele arthuriene, se identifică într-un fel cu „modelul de la care pornește șirul”: Stăpânul Animalelor sau zeul încornorat al celților, Cernunnos. Merlin druidul, pierzându-se în labirintul inconștientului, accede la un zeu venerat de popoarele celtice, care face parte din elementele constitutive intrinseci ale subconștientului colectiv. Acest zeu este reprezentat înconjurat de animale, în primul rând de mistreți, cerbi, șerpi, câini și șobolani. În poemul Yi Oianou, Merlin este însoțit de un purceluș care e singurul lui confident.

„Ascultă, purceluș mic, îmi vine greu să dorm, atât de tare mă preocupă necazurile mele.

Timp de paisprezece ani am suferit atât că aspectul meu este lamentabil.

Ce-i pasă lui Rydderdi care petrece în noaptea asta
Că eu îmi petrec ultima noapte fără somn, cu
genunchii pe zăpadă

Și cu ace de gheață în părul meu?

Ce soartă tristă!

Ascultă, purceluș mic, muntele nu este verde?

Mantia mea e strâmtă, pentru mine nu mai e odihnă,

Palidă e fața mea.

După bătălia de la Arfderydd nimic nu mă atinge,

Chiar dacă cerul se prăbușește și marea își iese din
matcă.”

(Ca o simplă curiozitate, bunicul lui Jung avea drept animal de companie un purceluș care-l urma asemenea unui câine.)

În legenda lui Merlin, pădurea este simbolul reflecției despre Sine, de care vorbește Jung.

În contextul **individuației** (definită în mod foarte simplist ca o comunicare dintre conștient și inconștient) Merlin face uz de ceea ce Jung numește Imaginație Activă. Aflat



Într-o situație de viață foarte grea, el inventează mereu căi care îi permit să prevină dificultățile obiective, creând un univers în care va fi în largul său. Dar acest univers, creat și recreat mereu, este totuși un univers al regresiei către Umbră, o descoperire a aspectului celui mai primitiv al inconștientului. „*Umbră este o coadă invizibilă de saurian, pe care omul o trage încă după el.*” (12) Pădurea Ceiyddon, ca orice pădure, simbolizează un loc sacru, centru și izvor al vieții, spațiu întunecat și labirintic ce trezește spaimile ancestrale...este loc de inițiere, de confruntare cu numeroase probe și semne care deslușesc drumul sau induc în eroare; pădurea este un spațiu al inconștientului uman. (13)

Inconștientul ține de adânc, de ape tulburi de peșteri ascunse; Merlin, afundându-se în pădure, *plonjează în inconștient, iar pădurea e pentru el o zonă crepusculară la limita dintre real și ireal.*

„*Pădurea, sumbră și impenetrabilă vederii, ca și apele profunde și marea, este conținătorul misteriosului și necunoscutului. Este un sinonim apropiat inconștientului. Arborii, ca și peștii în apă, reprezintă conținutul activ al inconștientului.*” (14)

În pădure, Merlin se contopește cu natura, devine animal, floare, copac, fir de iarbă, nu se subordonează legilor omenești. Viața lui e de pe o zi pe alta, lipsită de griji, iar el se afundă în propria lume, asemenea unui copil inocent. E ocrotit de Pădure ca și cum ar trăi în atemporal, având acces la cele mai arhaice simboluri, eul lui dezintegrandu-se parcă și regăsindu-se în regnurile primordiale dintr-o lume crepusculară, care aduce aminte de începuturile copilăriei.

„*Prin viața sa vegetală și animală, prin lumina sa crepusculară și prin orizontul limitat, pădurea evocă starea abia conștientă și apropiată de natură a copilăriei.*” (15)

În acest univers apropiat copilăriei, monștrii au dreptul lor să bântuie. După Jung, există o fantezie plâsmuitoare de mituri, care a dispărut în epoca noastră rațională; fantezia mitică duce în adâncurile inconștientului și poate fi un fâgaș al erorii, ambiguității și incomprehenșunii. Umbră își târăște coada de reptilă preistorică, ea este răul care există în noi și nicidecum în afara noastră; Merlin trebuie să recunoască în spațiul sacru al pădurii un adevăr fundamental: răul este în el, căci poartă o moștenire demonică. Nebunia lui este rezistența Sinelui față de cunoașterea Umbrei. Mitul nebuniei lui Merlin pare să se destrame când el începe să conștientizeze existența Umbrei. Problema răului într-un om e problema umbrei, dar, ca orice om, Merlin unește în el binele și răul.

„*Umbră este un aspect moral care provoacă ansamblul*

personalității-Eul, căci nimeni nu poate să recunoască umbra fără o dezvoltare considerabilă a fermității morale. Această realizare constă în a recunoaște existența reală a aspectelor obscure ale personalității. Acest act este fundamentul indispensabil oricărui mod de cunoaștere a Sinelui și, ca urmare, se lovește, de regulă, de o rezistență considerabilă.”

Umbră este în strânsă legătură cu tot ce este primordial, animalic și instinctiv. Orice societate cât de cât conformistă tinde să refuleze tot ceea ce este legat de Umbră.

„*A-ți controla Umbră înseamnă a descoperi aspectul cel mai primitiv al inconștientului și începerea căutării identității reale.*” (16) Vita Merlini (1151) spune că, după un an de rătăcire în pădurea Ceiyddon, Regele Riderch Hael, supranumit Generosul, reușește să-l aducă pe Merlin în siguranță la Strathclyde Court.

Întâlnim variante ale poveștii în care Merlin părăsește pădurea călare pe un cerb, purtând în mâini coarne de cerb. Cerbul are un simbolism religios, în primul rând este animal totemic sau strămoș mitic al unor popoare din emisfera nordică (celți), prezent la unele ritualuri de trecere, simbolizează reînnoirea ciclică, este un animal psihopomp, călăuză a sufletelor pe lumea cealaltă, intermediar între lumi, mesager divin. Este imaginea forței generatoare de viață, este simbolul sufletului care își caută mântuirea. Dar Merlin se și poate transforma în cerb; e o trăsătură care face din el un personaj mitic.

Merlin moare pentru oameni când se afundă mânat de nebunie în desișul pădurii, se leapădă de tot ce ține de existența lui de dinainte, devine mai mult animal decât om. Este vorba de fapt despre echivalentul unei morți ritualice, în care va dobândi înțelepciune de tip inițiativ. Este moartea rituală și inițierea șamanului. Eliade vede rădăcinile elementelor șamanice în moștenirea indo-europeană, dar nu exclude nici influențele nord-asiatice. Chiar dacă el face referiri la religia germanilor și la cultul lui Odin-Woden, regăsim elementele inițierii șamanice și în povestea lui Merlin.

După Stanislav Grof, nebunia lui Merlin este o criză transpersonală, dar în același timp o posibilitate de ridicare la un nivel superior de funcționare psihologică și de conștiință spirituală, care implică o transformare radicală al personalității și a deschiderii spirituale. Crizele psihospirituale, adesea confundate cu nebunia, de care abundă literatura mistică, pot fi parte din istoria de viață a șamanilor, misticilor și sfinților.

Jaques Lacan spune despre nebunie: „*Ființa omului nu numai că nu poate fi înțeleasă în afara nebuniei, dar nici*



nu ar fi ființă a omului dacă nu ar purta în sine nebunia ca limită a libertății sale.” Nebunia șamanului este contactul privilegiat cu spiritul sau spiritele protectoare, cu alte cuvinte, cu inconștientul lui.

Merlin este preocupat de sacrificiu, martiriu, moarte. Stările lui vizionare concretizate prin profeții unice destul de obscure și greu de deslușit, îl duc înapoi în timp, în istoria lui personală, dar și în istoria omenirii. Călătoria lui în timp este o regresie continuă până la o stare de inocență animalică, atinsă de om doar în paradisul original. La poarta Paradisului pândeste Umbra, răul din noi, partea întunecată a firii; prin suferință, Merlin se confruntă cu Umbra și cu inconștientul. Această cunoaștere lăuntrică face experiențele trăite din ce în ce mai plăcute și ele încep să se îndrepte către rezolvare. Este un „proces de înnoire” care, în opinia lui J. Perry - psihiatru și analist jungian californian, conduce persoana către ceea ce Jung numea individuație, realizarea și expresia deplină a potențialului său profund. (17)

Pierdut în desișul pădurii, Merlin a trăit viața unui eremit. Sfinții creștini au căutat izolarea de lume în deșert sau în pădure. Au suportat demonii Umbrei, s-au temut de ei și, în cele din urmă, au învins Umbra prin cunoaștere. Privirea aruncată în inconștient, observarea viselor, meditația în solitudine au deschis calea spre conexiunea cu un sine superior spiritual.

Trecerea în lumea oamenilor coincide cu părăsirea statutului de „om sălbatic”. Merlin Vrăjitorul se situează pe o treaptă superioară a cunoașterii, căci, așa cum spune Stanislav Grof, *„Adevărata spiritualitate este universală și autocuprinzătoare și se bazează mai mult pe experiența mistică personală. Spiritualitatea implică un tip special de relație între individ și cosmos și este, în esență, o problemă personală”*. (18)

Merlin este veriga de legătură între păgânismul celtic și creștinismul Evului Mediu. Reprezentat ca un bătrân venerabil, cu părul și barba albe, se aseamănă cu imaginea sfinților, dar el aduce cu sine tot ce pentru creștinism înseamnă malefic și neînțeles. Merlin este un vrăjitor, el se poate transforma în animal, în tânăr fermecător, cunoaște viitorul, poate face minuni. Este un Druid, iar druzii, așa cum spune Pliniu cel Bătrân, sunt magicieni. „Druidae ita suos appellant magos.” Merlin este puternic prin capacitatea lui de a transcende elementele arhaice arhetipale ale inconștientului, colectiv și personal, în conținuturi conștiente, astfel dânduși seama cine și ce este cu adevărat.

Legendele Arthuriene îl prezintă pe Merlin ca pe un

înțelept sfătuitor al regelui Arthur.

Fiu a lui Uther, concepția lui s-a realizat printr-un vicleșug grație puterilor magice ale lui Merlin. Copilăria lui, ca și urcarea pe tron, se desfășoară sub protecția acestor puteri magice ale marelui Vrăjitor. Fiu al diavolului, sfințit de actul botezului, Merlin acționează ca un bun creștin, folosind darul primit prin naștere în scopuri nobile. La îndemnul lui, Arthur constituie un Ordin legendar, Cavalerii Mesei Rotunde, în care între cavaleri nu există deosebiri ierarhice, care are ca scop menținerea păcii și asigurarea echilibrului în regat. Bineînțeles, există și o Masă Rotundă, invenția lui Merlin, dăruită lui Uther și care, după moartea acestuia, ajunge înapoi în Camelotul condus de Arthur, ca dar de nuntă. Este pomenită de Wace în *Romaine de Brut*, apoi de Robert de Boron, în secolul al XIII-lea. („Histoire de Merlin”). Versiunea târzie are tendința explicită de a creștina mitul stăvechi, trecând sub tăcere elementele păgâne și evidențiind elementele creștine, prin analogie cu masa Cinei de Taină.

Masa Rotundă simbolizează autonomia, perfecțiunea, izolarea. Este Cercul simbol principal al eternității, semn al vieții, simbol solar. *” Implică, prin forma sa, o mișcare dinamică a unei rotunjimi fără sfârșit, ce aseamănă cercul cu timpul și cu regulile neînduplecate ale legilor cosmice”*. (19)

Legată de simbolistica cercului este și o altă creație al lui Merlin: Stonehenge - loc de înmormântare pentru nobilii britanici, ucisă mișelește în 460, la o conferință de pace, ca o consecință a trădării saxonilor. Merlin a transportat prin magie pietrele menhirului, de pe Muntele Killarney din Irlanda, la Salisbury în Anglia.

Din punct de vedere psihologic Cercul reprezintă Sinele Ideal, care a atins echilibrul perfect, echilibru care este reînțoarcerea la origini, un mod de evadare de sub teroarea timpului și a existenței lumești, regăsirea paradisului pierdut prin corectarea sciziunii dintre conștient și inconștient. Pentru Merlin, Cercul, regăsit în arhitectonica creațiilor sale, reprezintă proiecția Sinelui Ideal în plan spiritual, o sublimare a tot ce este obscur sau luminos în natura lui ambiguă, în actul Creației.

Cercul este semnul prezenței divine, indiferent că este vorba despre discul solar adulat de celți sau despre Graalul creștin. Masa Rotundă are în mijlocul ei un loc rezervat pentru Divinitate, este centrul infinitului, originea cosmică a tuturor lucrurilor, unde se va așeza Pocalul sfânt, cu sângele Mântuitorului. Graalul este ținta căutării, pentru care cavalerii au făcut legământ, căci *„este un simbol al iluminării, care conține în sine dorințele majore ale omenirii. Căutarea Sfântului Graal simbolizează capacitatea omului*



Referate

de a-și pune întrebări asupra sensului vieții, adică de a căuta adevărul și mântuirea.” (20)

Prin actul Creației, Merlin aduce tribut laturii sale divine, găsim echilibrul între demonic și omenesc, între conștient și inconștient. Dar vai, Merlin este om, căruia nimic din ceea ce este omenesc nu îi este străin -nici iubirea pătimasă, nici destinul tragic, consecința inevitabilă a acestei iubiri.

Fântâna Barenton este locul unde Vrăjitorul o întâlnește pe Viviane, frumoasa zână a legendelor arthuriene, cunoscută și sub numele de Niniane sau Nimue. Captivat de frumusețea ei, Merlin o inițiază pe Nimue în tainele magiei, ea devenind scribul lui Merlin și cunoscătoarea profețiilor sale. Supranumită Doamna Lacului, ea este o zeităte a apei, poate chiar zeița celtică a apei, Coventina. Ea îi oferă lui Merlin vestita sabie Excalibur, sabie care va conferi legitimitate și putere regală urmașului lui Uther: Regele Arthur. Zână a apei, Nimue este o entitate ambivalentă tot așa cum apa este dătătoare de viață și aducătoare de moarte. Sensul primordial al apei este feminin, legat de matricea creatoare, de naștere și regenerare. Apa este și o forță distrugătoare, simbolistica apei este legată de viață și destin. Dacă Merlin s-a confruntat cu Umbra ca „figură interioară” legată de inconștient, el va descoperi în curând Anima - personificarea tuturor tendințelor psihologice feminine din sufletul bărbatului. „*Fiecare bărbat poartă în sine imaginea eternului feminin, nu imaginea unei femei anume ci a femeii în genere.*” (21)

Anima din sufletul bărbatului are la origini arhetipul matern, eternul feminin simbolizând mama, zeița, Fecioara, Sophia, dorința de izbăvire prin iubire, recâștigarea Paradisului pierdut prin Unirea contrariilor. Iubirea pentru o femeie poate fi o incursiune în mister, prin unirea contradicțiilor, este o manifestare a transcendenței pe un plan spiritual al existenței. Anima este o imagine inconștientă, proiectată în mod inconștient asupra ființei iubite.

După Jung, există tipuri de femei care pot lua asupra lor proiecția de anima: femei cu un caracter de sfinx de un echivoc incitant, femei care tac, păstrând o tăcere grăitoare ascunsă sub zâmbet de Mona Lisa, femeia bătrână și tânără, mamă și fiică, de o castitate îndoielnică, infantilă și cu o inteligență naivă, dezarmantă pentru bărbat. Iubirea lui Merlin pare de înțeles în lumina celor spuse de Jung. Nimue este inocentă, infantilă, îi este ucenică și admiratoare, dar iubirea ei pentru Marele Vrăjitor este doar o iluzie, având în vedere deznodământul fatal al relației lor. Nimue personifică anima negativă, distructivă. Dar iubirea este „*proiecția animei care produce o dependență obsesivă,*

bazată pe motivații inconștiente”. (22)

Proiecția animei se alimentează dintr-o uluitoare lume de reprezentări;

„She” a lui Richter Haggard creionează lumea animei din sufletul bărbatului. Anima se alimentează din inconștientul colectiv, e vorba în esență de conținuturi spirituale, având un veșmânt erotic; câți bărbați nu au văzut sfinte, zeițe sau dimpotrivă demoni în femeia iubită! Mentalități mitologice primitive, femeia Marea Mamă, originea tuturor ființelor, peștera, izvorul, apa dătătoare de viață dar și apocaliptică dezlănțuire de forțe primitive, conturează figura animei ca o chintesență a sentimentelor confuze, a premonițiilor, a atracției față de irațional. În același timp, anima, ca totalitate a tendințelor psihologice feminine din sufletul bărbatului, este și atracție față de natură dar și exponentă a relației față de inconștient. Anima se alimentează din inconștientul colectiv. Proiecția animei este o relație inconștientă „*care ajută la trecerea de la o relație colectivă la una individuală*”. (23)

Pentru Merlin, însă, Nimue reprezintă femeia fatală, proiecția unui vis care nu se poate adevăra. După ce îl atrage pe Vrăjitor în lumea ei, devenind stăpâna sufletului lui, îl trădează, folosind propria lui vrajă, închizându-l într-un mormânt pentru eternitate. Această manifestare a animei este rece și lipsită de suflet, misterioasă și crudă, ca natura dezlănțuită. Există variante potrivit cărora Nimue îl închide pe Merlin într-un palat de sticlă de unde el vede tot dar nu poate fi văzut de nimeni. Doar Nimue îl vizitează și Merlin rămâne iubirea ei, amantul ei pentru eternitate.

Anihilarea puterii lui Merlin este triumful Animei. Când inconștientul sau o anumită parte a inconștientului, care este anima, câștigă puterea, Vrăjitorul se retrage din lume pentru ca nimeni să nu mai audă de el. Dispariția lui este însoțită de Strigătul din pădure, care e purtat pe aripile vântului prin sălbăticia verde, un strigăt vrăjit care bănuie depărtările. De acum, pădurea devine moșia lui solitară, iar mișcările arborilor inseparabile de vânt vechiculează Strigătul său. După moarte, Merlin se dezintegrează și, așa cum spune Appollinaire, devine Verb Magic. Vrăjitorul închis în mormânt e mort pentru lume, dar sufletul lui trăiește și vocea sufletului lui se face auzită, vocea creează Miracolul. Prin relizarea unei spiritualizări (închiderea în mormânt), Merlin devine Stăpân al Respirației. După Stanislav Grof, respirația este Spirit. Spiritus, principiul care animă viața, este totodată un portal către o stare de manifestare a conștiinței superioare, prin care nu mai găsim pe nimeni (ca materie), nici pe noi înșine nu ne putem identifica în această respirație (adiere), nu putem auzi nimic altceva decât strigătul indescifrabil al vântului.



*„His cry went unheard,
so far had he wandered
that green wilderness
its sound haunting
as a curlew.”*

„Merlin’s Cry.” A Poem by Michael Whan

Nota traductorului: curlew (Numenius arquata) este o pasăre de baltă, cunoscută în Limba Română sub numele de FLUIERAR. Strigătul acestei păsări se reproduce prin onomatopeea “curlu-u”, ca și în denumirea engleză a păsării.

A existat sau nu Merlin cu adevărat? Pare irelevant, căci el trăiește ca figură arhetipală, „Bătrân Înțelept”, întruchiparea conținuturilor arhaice ale sufletului, un simbol al totalității. Dispartiția lui Merlin – însoțită de strigătul din pădure – apoi reapariția lui în Imaginar semnifică dezintegrarea, dezmembrarea lui de forțele obscure ale inconștientului (anima care triumfă, umbra, nebunia), dar totodată și renașterea lui ca o putere superioară, purificată, care, după cum spune Jung, nu numai că a experimentat invazia inconștientului colectiv, ci l-a și traversat pentru a ajunge în centrul acestuia, la ceea ce Jung numește Sinele.

Legenda lui Merlin cunoaște o nouă viață, probabil și datorită apariției neoșamanismului, iar distincția dintre fapte și credințe se șterge și vechiul se întruchipează în epoca modernă, căci „cum grupurile sociale ajung să considere ceea ce ei cred a fi fapte prin ele însele, devin adevăruri evidente. Distincția dintre fapte și credințe este greu de menținut”. (24)

Jung este atașat de figura lui Merlin. El afirmă: „Merlin este o a doua personalitate a mea, într-un anumit sens sunt eu”. Figura lui Merlin Vrăjitorul este simbolul „părții eterne și indestructibile a ființei umane, este ceea ce se perpetuează în succesiunea generațiilor”. (25)

„Trăind un simbol și descifrându-i corect mesajul, te deschizi spre Spirit și, în cele din urmă, poți accede la Universal” spune Mircea Eliade în Memoriile. În devenirea lui ca Vrăjitor, Merlin trebuie să conștientizeze și să cunoască relația cu forțele din interiorul sufletului său, atât cu demonii din adâncuri cât și cu Dumnezeu și îngerii lui. El trăiește invazia inconștientului colectiv, care în sine este o experiență cutremurătoare, dar trebuie să traverseze această stare, să asimileze această experiență pentru a ajunge în centrul inconștientului colectiv și a descoperi Sinele.

Numai atunci când, în formularea lui Jung, „a avut el însuși experiența infinitului, viața lui își va fi aflat un sens.”(26)

Această experiență nu îi este străină lui Jung; în

„Amintiri, Vise, Reflecții”, operă cu caracter autobiografic, asistăm la nașterea, lupta și devenirea unui geniu. Marele Vrăjitor al sufletelor noastre parcurge drumul lui Merlin, coboară în adâncuri și se înalță spre culmi, trecând în eternitate ca stăpân al cuvântului, Verb Magic care creează Miracolul. Așa cum afirmă Marie-Luise von Franz în „C.G. Jung; Somități ale timpurilor noastre” - Jung apare, într-un fel, ca o persoană aleasă de o Putere misterioasă, denumită, pudic, de el „inconștient colectiv”, pentru a trăi și a prezenta o formă de conștiință nouă. La sfârșitul erei Peștilor care corespunde creștinismului, el anunță omul din Vărsător. Jung ne oferă ca scop și sens al vieții nu dezintegrarea, ci reintegrarea energiilor cosmice în această ființă foarte fragilă, dar suverană, care este omul, restaurat în demnitatea sa de „microcosmos”.

Bibliografie

1. Jung C.G. - Amintiri, Vise, Reflecții - Editura Humanitas 1996 ISBN 973-28-0699-0 pag 234
2. Idem pag. 234
3. Idem pag. 236
4. Idem pag. 236
5. Kernbach. V. - Miturile Esențiale Editura științifică și enciclopedică 1978, pag 11
6. D. Ruști. - Dicționar de simboluri din opera lui Mircea Eliade, editura Coresi, București 1998, ISBN 973-608-366-7, pag. 19
7. Jung C. G. -Amintiri, Vise, Reflecții, editura Humanitas 1996 ISBN 973-28-0699-0 pag. 18
8. [http:// eu. wikipedia org/wiki/](http://eu.wikipedia.org/wiki/)
9. Foucault M. - Istoria Nebuniei în epoca clasică editura Humanitas 1996 ISBN 07328-0671-0
10. Boron R. - Histoire de Merlin, pag. 216
11. Jung C. G. – L’ame et la vie, Paris, 1963, traducere din germană Cohen R și De Lay Y. pag 319, 320
12. Idem pag. 319
13. D. Ruști - Dicționar de simboluri din opera lui Mircea Eliade, editura Coresi, București 1998, ISBN 973-608-366-7 pag. 114
14. E. Jung și M. L. Von Franz - La legende du Graal - traduction de l’allemand par M Hagenburger et A. Bethvoud, Paris Albin Michel 1980
15. Idem
16. Jung C .G. – L’ame et la vie, Paris, 1963 traducere din germană Cohen R și De Lay Y. pag. 319-320
17. Stanislav Grof - Psihologia viitorului, ed Elena Francisc, București, 2007, ISBN 978-973-1812-06-9 pag 183
18. Idem pag. 236-237



■ Referate

19. C. Gibon - Signs and Symbols, 1998, by editura Aquila 93 Oradea 1999 ISBN 973 9319-44-0 pag. 210-211
20. D. Ruști - Dicționar de Simboluri din opera lui Mircea Eliade, editura Coresi București, 1998, ISBN 973-608-366-7 pag. 65
21. Jung C. G. - Puterea sufletului, antologie, București, 1994 – Căsătoria ca relație psihologică, pag. 149
22. Idem
23. Idem
24. Weishaus J - Poetica-Critiques of Poetry and Poetics „Merlin’s Cry” a poem by M. Whan; Foerxvord: In a wayward Mood: Daniel C Noel: Selected Writings 1969-2002 New York Universe 2004
25. M. L von Franz – Psihoterapie, Editura Herald București 2013 ISBN 978-973-111-398-2 pag. 238
26. Idem pag 237

FARMACOLOGIA UMORULUI

■ Dr. Györfi András - Spitalul Municipal „Dr Pop Mircea”, secția boli interne, Marghita

Abstract: *The pharmacology of humor*

A good word put in for someone during a medical consultation or hospital admission can significantly alleviate the stress generated by the contact with the healthcare institutions. The superlative of good word in these situations could be represented by a humorous phrase of the physician during the consultation or treatment, which could realize a cognitive shift in the patient’s perception of its own disease. This change of perspective will diminish the anxiety, depression and fear generated by the symptoms of the illness and will help to rebuild optimism and a good doctor-patient relationship, based on hope and collaboration. The essay analyzes the elements which can generate humor – the recipe of humor -, and the involved neurological mechanisms. The indications, contraindications and dosage of this genuine alternative medication are explained. The dosage is calculated introducing the concept of quantic humor dynamics, based on the similarity between the emission, propagation and absorption of humor’s quanta (called hilarion) with the elementary particles described by Quantum Physics. Finally, healthy laughter’s psychological and physiological benefits are presented, which are mediated by changes in circulation, respiration, muscular tonus and endorphin release. Due to this large variety of effects, humor can surely be regarded as a panacea.

Key-words: *humor, hilarion, cognitive shift, doctor-patient relation, psycho-physiological changes*

Rezumat: *O vorbă bună poate diminua semnificativ stresul pacientului generat de pregătirea pentru o consultație medicală sau de o internare în spital. Iar superlativul vorbei bune în aceste cazuri ar fi o doză de umor administrat adecvat de către medic în cursul consultației sau al tratamentului, prin care se poate realiza o modificare cognitivă a percepției bolii de către pacient. Această schimbare de perspectivă are rolul de a diminua anxietatea, depresia, teama generate de simptomele bolii, și generează optimism, lansând relația medic-pacient pe un făgaș de speranță și cooperare. Lucrarea analizează elementele și mecanismele neurologice ce generează umorul, apoi trece în revistă indicațiile, contraindicațiile și dozarea acestei veritabile metode de medicație alternativă. Se introduce noțiunea de umorodinamică cuantică, observând similaritatea proceselor de emisie, propagare și absorbție a cuantei de umor (numit hilarion) cu particulele elementare descrise de fizica cuantică. În final sunt prezentate efectele benefice psihice și fiziologice ale râsului sănătos asupra stării de sănătate, mediate de modificări ale circulației, respirației, tonusului muscular și eliberării de endorfine. Datorită acestor game variate de efecte umorul poate fi înrolat în categoria panaceelor.*

Cheie-cuvinte: *umor, hilarion, modificare cognitivă, relația medic-pacient, modificări psihofiziologice*



“Nu e bine să trăiești într-o țară fără umor. Dar mai rău este să trăiești într-o țară în care poți trăi doar cu umor”.

Aldous Huxley



Poate părea dificil la prima vedere să prezentăm elemente noi legate de rolul umorului în viața noastră cotidiană, deoarece vorbim despre un fenomen ce joacă un rol important în definirea relațiilor sociale și al comportamentului uman.

Bibliografia umorului are rădăcini în Grecia antică: comedii ale lui Aristofan, apoi ale lui Menander au fost puse în scenă din sec. V î. Ch. până în zilele noastre. Cea mai veche compilație de scrieri umoristice, numite Philogelos (Cel cărui îi place să râdă) datează din sec. IV î. Ch., este lucrarea lui Hierocle - și conține deja relatări hazlii legate de boli, respectiv relația dintre medic și pacient.

În codicele numit *Cyurgia* al renumitului chirurg francez Henri de Mondeville, apărut în 1312 în limbile latină și mai târziu în franceză, se recomandă pentru prima dată sutura primară a plăgilor, anestezia și antisepsia (în contradicție cu principiul *“Laudabile pus”* recomandat de medicii antichității). Dar acest codice mai prezintă o recomandare revoluționară, astfel formulată de autor: „Chirurgul să participe la toate aspectele vieții cotidiene a pacientului său, în așa fel ca acesta să se simtă fericit și bucuros. În acest scop (chirurgul) să-i promită că se va însănătoși grabnic, (chirurgul) să cheme lângă patul de spital prietenii și rudele pacientului pentru ca aceștia să-i povestească istorioare hazlii, să-l înveselească și să-l consoleze prin sunetul viorilor și psalmurilor.”

Cu toate acestea, trebuie să recunoaștem, că de multe ori spitalele noastre de astăzi sunt des percepute ca un spațiu al durerii și suplicului.

Pentru a asigura condițiile necesare desfășurării actului medical, spitalele și ambulatoriile noastre ar trebui să se implice mai hotărât în prevenirea sau demontarea unor asemenea percepții. Desigur, cea mai eficientă abordare a problemei ar fi asigurarea activității continue și la cele mai înalte standarde ale unităților medicale. Din păcate, în anul 2014 doar foarte puține spitale sau ambulatorii din Transilvania se pot mândri cu asigurarea asistenței medicale permanente în toate specialitățile, unde toate serviciile clinice și paraclinice sunt accesibile în câteva minute, iar minorităților din zonă să li se asigure comunicarea cu

personalul medical în limba maternă.

În aceste cazuri imaginea, stresul generat de apariția unei afecțiuni care impune prezentarea la spital nu este suplimentat de către stresul generat de contactul cu un sistem medical bine pus la punct. Însă, în condițiile caracteristice instituțiilor noastre sanitare din Transilvania, marcate de lipsa de personal, finanțare și dotare, o prezentare la medic sau internare la spital generează o povară emoțională și financiară semnificativă pentru majoritatea pacienților noștri.

În aceste condiții reale, noi, medicii trebuie să utilizăm toate resursele accesorii și complementare disponibile în mod inovativ și constructiv, încercând să diminuăm stresul generat de contactul pacienților noștri cu instituțiile sanitare. Așa cum mama soldatului din Sparta antică și-a îndeamnat fiul - care se lamenta pe motiv că sabia îi este prea scurtă - să-și prelungească lungimea sabiei făcând un pas înainte, noi, medicii transilvăneni trebuie să facem un pas înainte pentru a contracara neajunsurile generate de malfuncționarea sistemului sanitar.

În acest context pasul înainte poate fi reprezentat de o vorbă bună, care poate acționa ca un factor anti-stres, prin simplul fapt, că asigură pacientul, că are în față o persoană înțelegătoare (și nu un sistem impersonal), care va încerca să facă tot ceea ce îi va sta în putință să-i aline suferința.

Doresc să demonstrez că superlativul acestei vorbe bune este abordarea cu o notă de umor a problemelor, deoarece pe lângă cele amintite umorul poate ajuta pacientul să își vadă problema de sănătate dintr-o altă perspectivă. Această schimbare cognitivă modifică modul în care pacientul percepe factorii generatori ai stresului, diminuează anxietatea, depresia și teama declanșate de simptomele bolii. Mai mult, cuvintele bine alese pot îmbunătăți autoaprecierea pacientului, pot genera un climat de optimism și pot ghida relația medic-pacient pe un făgaș de încredere și biziunță într-o evoluție favorabilă a bolii. În consecință, umorul poate fi considerat o măsură terapeutică complementară, și recomand utilizarea acestuia în practica clinică pe baza principiilor mai jos detaliate.

Cine și când poate aplica umorul în relația cu pacientul?

Medicul curant este persoana cea mai potrivită pentru a introduce elemente de umor în conversația cu pacientul. Termenul de medic curant denotă deci acel medic, care se ocupă de pacient în fazele mai avansate ale procesului de diagnosticare - dar mai ales pe acela, care coordonează terapia sau reabilitarea. Este de menționat necesitatea preexistenței unei bune relații dintre medic și pacient, care



■ Referate

va fi întărit, ameliorat prin introducerea unor elemente de umor în comunicarea dintre cei doi.

O categorie aparte este reprezentată de umoriștii sau clovni deghizați în medici, angajați de consiliul medical al unității sanitare, cu ajutorul cărora anumite categorii de pacienți pot fi expuse la doze mai mari de terapie prin umor.

De menționat, că observațiile glumețe ale personalului auxiliar la adresa pacienților în majoritatea cazurilor produc efecte nedorite (senzație de inferioritate, desconsiderare, jignire).

Totodată considerăm ca nepotrivită primirea unui pacient nou, care tocmai intră pe poartă, cu o remarcă hazlie.

Care este rețeta umorului? Care-i sunt ingredientele și modul de preparare?

Umorul își are originea în două situații:

- Pierderea autorității
- Situația stă mult mai rău – sau chiar invers – față de cum pare să fie

Poanta ajunge la apogeu în clipa în care celui care se povestește situația hazlie, își dă brusc seama, că eroul principal al istorioarei – care este sau (mai des) se consideră o autoritate într-un anume fel – se dovedește dintr-o dată failibil. Acest moment, în care subiectul glumei își pierde brusc autoritatea generează în ascultătorul glumei o senzație de eliberare de sub presiunea autorității. O poantă bine povestită se construiește pe o turnură neașteptată a evenimentelor, care anihilează o amenințare ascunsă generată de o oarecare autoritate, și deschide astfel o perspectivă nouă, în care persoana sau organizația autoritară se dovedește a fi incompetentă. Dacă medicul va reuși să descrie o situație în care factorul stresant al procesului patogenetic sau cel izvorât din autoritatea sistemului de asigurări de sănătate se dovedește failibil, efectul pozitiv se poate garanta.

De remarcat, că zâmbetul și râsul în majoritatea cazurilor sunt legate de manifestări fiziologice necorelate cu umorul. Mimica feței umane este cel mai important și des folosit instrument de comunicare cu anturajul. Este calea prin care putem trimite mesaje celor din jur – cum ar fi de exemplu, că ne place situația în care ne aflăm, sau ne bucurăm de prezența celui alt. În timpul râsului – indiferent, dacă este provocat de umor sau de o astfel de situație socială – se activează anumite regiuni ale scoarței cerebrale, legate de senzațiile de bucurie, fericire și plăcere.

Investigațiile efectuate cu rezonanță magnetică funcțională au confirmat că, concepția umorului începe în cortexul prefrontal. Regiunea acestui cortex aflat pe

emisfera stângă este cea care analizează povestirea citită sau auzită din punctul de vedere al cuvintelor și structurii gramaticale folosite. Aceste elemente sunt apoi comparate și evaluate în cortexul prefrontal din dreapta, iar aici se decide, dacă situația se consideră comică sau nu. Desigur, acest proces este strict individual: nu toți râdem la același banc.

Dacă însă situația trece de aceste filtre mentale ale cortexului prefrontal și este considerată demnă de a declanșa râsul, atunci se activează regiunile laterale hipotalamice, operculul parietal, amigdala și emisfera dreaptă a cerebelului. De aici, excitația va ajunge la regiunile corticale motorii [1], și în funcție de situație și de cei șapte ani de acasă, izbucnim în râs cu hohote – sau zâmbim discret.

Indicații

Terapia prin umor se poate utiliza în majoritatea afecțiunilor medicale, chirurgicale și neuropsihiatrice în stadiile cronice și subacute. Efecte benefice se observă în stări caracterizate de durere cronică – dar efectul anti-stres al umorului este util și în cazul internării în spital a persoanelor sănătoase (de exemplu pentru naștere)

Contraindicații

Nu se recomandă utilizarea umorului în stări critice, ce pun viața în pericol. Astfel durerea intensă, hemoragiile masive, dispneea severă pot fi considerate contraindicații.

Trebuie avut în vedere că în cazul pacienților recent operați în regiunile toraco-abdominale sau în sfera oftalmologică, râsul în hohote ar putea duce la ruptura unor suturi, motiv pentru care se va evita aplicarea terapiei cu umor în aceste situații.

Dozaj

Fenomenul cuantic denumit umor se propagă sub forma unor unde, dar se absoarbe ca particule. Poziția, viteza și direcția deplasării acestor particule cuantice denumite hilarioni nu se pot determina cu precizie datorită principiului de incertitudine similar cu cel descris de Werner Heisenberg. Efectul de tunelare cuantică în cazul umorului este deasemenea similar cu cel observat în mecanica cuantică, și se manifestă prin diferența – câteodată semnificativă – dintre unde dai și unde crapă. Cu toate acestea, mecanismul de acțiune se poate înțelege utilizând noțiunile de umorodinamică cuantică introduse în cele ce urmează.

1. De obicei pacientul intră pe ușa instituțiilor medicale



în stare de depleție în privința numărului de hilarioni: stresul, teama, anxietatea și depresia provocată de apariția simptomelor bolii se asociază cu pierderea hilarionilor.

2. În cazul absorbției unui hilarion, fața pacientului se luminează, colțul gurii se ridică spre urechea homolaterală prin intermediul marelui zigomatic. Dacă zâmbetul este sincer, mici riduri se formează în jurul ochilor - inclusiv pe partea externă. Întru-cât partea externă a mușchiului periorbicular nu poate fi acționat voluntar, prin prezența acestor fine riduri putem verifica, dacă hilarionul nostru a ajuns la țintă, sau pacientul mimează doar zâmbetul. În primul - și mai fericit - caz avem de a face cu zâmbetul sincer, numit și zâmbetul Duchenne în amintirea marelui neurolog francez Guillaume Benjamin Duchenne (1806-1875), care a pus bazele electroneurofiziologiei.
3. Absorbția unui al doilea hilarion este marcat de apariția unor sunete provenind din căile aeriene superioare. Chicoteala acompaniază expresia facială a zâmbetului, și se produce printr-un expir scurt și zgomotos, ce produce sunete caracteristice trecând prin nas sau faringe.
4. Dacă un pacient care a absorbit deja doi hilarioni este expus unei a treia cuante de umor, putem observa cum îl pufnește râsul. Sunetele ce acompaniază râsul provin din zone mai profunde, din trahee și bronșii.
5. Absorbția celui de al patrulea hilarion se manifestă prin râsul în hohote. În acest proces participă și mușchii respiratori auxiliari ai gâtului, toracelui și abdomenului, producând ventilarea întregii capacități vitale a plămânilor. Sunetele emise între timp sunt intense și se pot asemena nechezatului, lătratului sau grohăitului.
6. În cazul absorbției celui de-al cincelea hilarion apar deja fenomene de supradozaj. Pacientul prezintă mioclonii involuntare, chiar convulsii, râsul sacadat produce extensii ritmice ale coloanei vertebrale și a capului. Se observă plesnirea coapselor cu palmele, tropăitul, lăcrimare excesivă asemănătoare plânsului.
7. Expunerea unui pacient în stadiul 5 la efectul unui hilarion suplimentar amenință cu instalarea stării de șoc umoristic. În stadiul 6 victima își poate pierde controlul de sine, se tăvăleşte pe podea sau în pat, poate cădea de pe scaun. Râsul în hohote se agravează, producând episoade lungi de apnee ce pot duce și la suspendarea cunoștinței de scurtă durată. Este posibilă și pierderea controlului sfincterelor, care

poate duce la o creștere nejustificată a costurilor de spălătorie - și chiar să expună medicul la procese de malpraxis.

De remarcat, că umorul prezintă și unele caractere epidemice: sunetele și priveliștea oferite de un pacient care tocmai a absorbit un anumit număr de hilarioni pot genera bună dispoziție în anturaj. Am observat, că reacția de răspuns al anturajului este cu două nivele sub cel manifestat de pacientul care a absorbit hilarionii. Astfel un râs (3 h) generează de obicei un zâmbet (1h), sau pacientul în stare de râs convulsiv (5 h) poate provoca râsul (3 h). Desigur, sunt cunoscute și cazurile simetrice, descrise de obicei de colegii stomatologi, care au observat că un copil care începe să urle de teamă în scaunul stomatologic poate goli foarte eficient sala de așteptare a cabinetului.

Efecte fiziologice

În primele două stadii, denumite zâmbet și chicoteală, se activează coordonat - dar în diferită măsură - șase perechi de mușchi faciali din totalul de 32. În cazul râsului și în stadiile mai avansate intră în acțiune pe lângă aceștia și mușchii respiratori și cei antigraționali [3]. Un episod zdravăn de râs în hohote echivalează cu un exercițiu de aerobic de aproximativ 15 minute în privința efortului depus de musculatura trunchiului. Pe lângă acestea, se primenește întreaga capacitate de rezervă pulmonară prin bronșii și trahee, ameliorând astfel ventilația și circulația. Legat de circulație, este de amintit și faptul că după o creștere tranzitorie a pulsului și tensiunii arteriale în timpul râsului, acești parametri se stabilizează în scurt timp la valori inferioare față de cele măsurate în stare de depleție hilarionică. În consecință, râsul regulat asigură o întreținere fizică a sistemelor ventilator, circulator și locomotor.

S-a demonstrat că efectele absorbției cuantelor de umor scad secreția hormonilor de stres, și s-a descris chiar și un efect imunomodulator: după râs, a crescut cantitatea de IgA în secreția lacrimală și traheo-bronșică, ceea ce crește semnificativ capacitatea de autoapărare a organismului față de majoritatea microorganismelor. De asemenea, în sânge s-a constatat creșterea numărului celulelor natural killer, care au rol important în protecția antitumorală.

Dar poate cel mai important efect al râsului și a bunei dispoziții este creșterea nivelului endorfinelor. Aceste opioide endogene joacă un rol multiplu în diferite procese fiziologice: scad percepția durerii, ameliorează învățatul și evocarea memoriei, încetinesc procesul de îmbătrânire. De remarcat, că producția de endorfine nu este dependentă



■ Referate

de, numărul hilarionilor absorbiți deodată: zâmbetul sau râsul în hohote duce la secreția unor cantități aproximativ egale de opioizi endogeni.

Concluzii

În ultimul timp, tot mai mulți medici și psihoterapeuți folosesc terapia cu umor ca un adjuvant în planurile lor terapeutice. Aceasta se datorează faptului că metoda

- este gratuită
- se poate folosi fără logarea electronică prin token în SIUI
- este o panacee, ce se poate folosi în aproape toate afecțiunile
- produce o stare de revigorare intelectuală, ameliorează circulația, ventilația, tonusul muscular, stabilizează funcționarea sistemul endocrin și imunitar

- are efecte benefice atât asupra pacientului, cât și asupra terapeutului.

Bibliografie

1. Wattendorf, E., Westermann, B., Fiedler, K. et al.- Exploration of the neural correlates of ticklish laughter by functional magnetic resonance imaging, *Cerebral Cortex*, 2013, 23(6), 1280-1289
2. Ekman P., Davidson R.J., Friesen W.V. - The Duchenne smile: emotional expression and brain physiology, *J Pers. Soc. Psychol.* 1990; 58: 342-353.
3. Berk R.A. – The active ingredients in humor: Psychophysiological benefits and risks for older adults, *Educ. Geront*, 2001, 27:323-339

BALINT WORK AND HEALING RELATIONSHIPS*

■ Andre Matalon, MD, Israel



Contemporary society has entered a postmodern era in which economic, philosophical, and technological advances have transformed medicine, doctoring, and the doctor-patient relationship. The growing and globalized capitalistic economy turned physicians into “providers,” patients were transformed into

“customers,” and medicine is now a “product.”

Technological medicine is seen as the top of medical achievement. The cold Dr. House who rescues his patients from death by the use of ultra-modern technology substituted the compassionate Dr. Axel Munthe in the story of San Michele, as the modern medical hero. Doctors are confronted with medical information gathered from the Internet, often of dubious quality and often unrelated to the patient’s clinical condition.

Other characteristics of modern society are well described by Petr Strabanek in his book: „Death of Humane Medicine”:

- Obsession with health

- Marketing Health is good business
- Tanatophobia – the fear of death (and the response is anti-ageing, fitness craze)
- Medicalisation of sex (do you have good erections? if not, you can have a pill...)
- Medicalisation of food (everything must be labeled as healthy food)
- Medicalisation of beauty (the overwhelming growth of plastic surgeries)
- Coercive Healthism (new Paternalism)

Also in the last decade, influenced by the industry and new schools of management, everyone speaks quality: quality of the product, quality outcome, quality management. Occidental Medicine adopted this principle and now we all are dealing with.

- Quality in disease management (HbA1C of diabetic patients; are they receiving ACE inhibitors? how many of them have their weight measured? have their blood pressure recorded?)

- Quality of medical record (but can we record the human touch that relieves suffering and say that I am here for you?)



- Quality medical service – how long a patient waits to see a doctor, satisfaction surveys through telephone answering, politeness of the clerks, etc.- Quality in preventive medicine (how many patients are referred to mammography or to fecal occult blood for screening of Colon Ca.)

With growing computerization of medicine including patients' files, the entire process of treating diseases can now be measured, and with the implementation of „quality measures“, doctors are dichotomized and being labeled as good or bad, according to their achievements in these quality measures.

Unfortunately, values such as compassion and the ability to calm a panic attack cannot be measured, and nobody speaks of suffering or healing. This is delegated to alternative or complementary medicine or to spiritual healing of the religions

Maybe the crisis and growing frustration with modern medicine, reflects this split between body and mind and the split with humane suffering. In a recent study at Princeton University the investigators planned an examination for the fourth year medical students in a room at the end of a corridor of the Internal medicine department. In the middle of this corridor there was an open door with a fictitious patient in the room, an old actor crying in agony. They were called one by one to the last room of the corridor, where the examiners were waiting for them and checking if they would stop at the patient in pain. Of the 40 students, only 16 stopped to help the crying man. They called this examination: the „Good Samaritan“ test.

The dominant unspoken philosophical basis of modern medical care is a form of Cartesian reductionism that views the body as a machine and medical professionals as technicians, whose job is to repair that machine. But this goes against the reasons we initially wanted to study medicine since most of us turned to study medicine or any other helping profession to transform suffering, not to fix machines.

Modern medicine didn't find good „quality measures“ to manage suffering, heart feelings, loss of hope, sadness, moral dilemmas, compassion as if they don't exist!

We learned to give insulin to treat hyperglycemia but not to treat the distress that follows the diagnosis. We learned to prolong the life of cancer patients but we didn't learn to contain his or her anguish. Cancer patients report their treatment in the oncological department after their diagnosis, as a traumatic experience.

So, what are the qualities of a good medicine provided by a good doctor?

I think that the answer is the practice of Humanistic Medicine, a medicine that is rooted in a concern for fellow humans, their body and their emotions, their wholeness and uniqueness, their suffering and their peace of mind; respecting their autonomy and having in mind the ultimate goal of releasing them from suffering.

It prescribes compassion, caring, kindness, deep listening, patience, tolerance, commitment, trust and loyalty and all the values that are part of virtue-based ethics. It is the merging of the Homo sapiens with the Homo Empathicus, the merging of knowledge and caring, the doing and the being, the drug and the human touch, and we will see in the next few lines how Balint work can encourage this wisdom.

The purpose of this presentation is to advocate for an alternative philosophy of medicine based on the concept of healing relationships between clinicians and patients and to understand the place of Balint work in the development of these relationships. We need a common basis for understanding and defining suffering, healing, relationships and how Balint work is essential for healing relationships.

What is suffering?

What is healing?

How relationships heal?

SUFFERING:

Suffering is an intrinsically disagreeable experience that is distress of an order different from pain, though it may involve pain.

It arises from perceptions of impending destruction of an individual's personhood and continues until the threat of disintegration has passed or the integrity of the person is restored in some other manner. As such, suffering includes nonphysical dimensions — social, psychological, cultural, spiritual.

Suffering is personal, individual, and commonly expressed as a narrative and arises from the meaning ascribed to events.

We find suffering everywhere: in war, in terrorism, in the Holocaust, in drugs, in sexual abuse, in domestic violence, in modern slavery, in exile, in immigration, in disease and in disability.

Suffering is frequently related to loss: death of a beloved person, the heartbreak of termination of love, in abandonment, loss of fertility, loss of potency, loss of respect, loss of a vital bodily function, ageing.

Suffering can also be often related to bodily pain.

Suffering lives in the unconscious, sometimes for the



■ Referate

entire life and may even be transferred to the second generation (the well-known syndrome of the second generation of the Holocaust survivors or sexually abused children).

But suffering may be resolved if the threat to integrity is removed, distress relieved, and integrity of personhood reconstituted. Not all suffering can be resolved, and some of them are beyond medicine.

Still, suffering can be healed through acceptance, through the creation of new connections with the world, and through finding meaning in the experience of suffering. It reflects a change in the patient's relationships to the illness, to others, and to the world.

Cure does not equate to healing. Transcendence of suffering through healing can occur regardless of cure, restoration of health, continued illness or impairment, or even at impending death.

HEALING

Healing is "the personal experience of the transcendence of suffering".

To heal is to cure when possible, to reduce suffering when cure is not possible and finding meaning beyond the illness experience.

HEALING RELATIONSHIPS

Sickness separates persons from wholeness with the world. To ameliorate isolation, the physician-healer becomes a "therapeutic instrument" (Balint's concept of the doctor as a drug), providing a relationship to "reconnect sick persons to the world of the well." Toward this end, continuity of caring relationships through time and the patient's feeling of being known are very important aspects of healing.

Healing relationships involve a therapeutic alliance which is facilitated by empathy, warmth, and genuineness. Being "heard and accepted" goes beyond an intellectual understanding of the sufferer's troubles. Suchman and Matthews describe the therapeutic relationship as having a "connexional," transpersonal dimension that connects physician and patient in "a sensation of wholeness". Sharing vulnerability also opens the possibility of a healing connection around the commonality of human woundedness (the wounded healer). Balint work is the laboratory where doctors can train in exposing their vulnerability in an atmosphere of reception and empathy.

The compassion that promotes a therapeutic alliance and enhances knowledge of another's suffering is aided by

empathy, which requires a willingness to suffer some of the patient's pain and this sharing of suffering is vital to healing.

If you have compassion for the sufferer, you treat your patients with your presence, with your listening and understanding, with love and hope. From birth we need love to heal. Even for a simple bruise, wound or fever, the healing process includes the mothers' kiss, her caring and love. Babies that grow up without a mother or a loving mother substitute are more prone to diseases, their recovery from illness takes longer and even their mortality is greater.

Also, when we are grown up, we don't heal alone. We either have an internalized mother who soothes our anxieties, or we have another person to help us in this healing process. The healing process is a joint venture, and the second person in the process may be a spouse, a parent, or our children. For religious people, the belief in God, in His presence, can also be very comforting and healing. But for many, the second person that accompanies the ill in the healing process is the doctor. It is the doctor that gives to the ill his presence, the feeling that he is not alone. This doctor-friend knows him, respects his wishes and beliefs and cares for him. In this environment, the body and the mind will eventually find and recruit all the neuro-immuno-humoral elements necessary for the healing process to unfold. This is essentially the philosophy of healing relationships.

The encounter between a patient and doctor follows the same process as the mother and infant attachment in the very beginning first years of life: there is a development of a basic trust for the fulfillment of the basic needs; there is a mutual learning of the responses one of the other; there is a motivation of the parent (the doctor) to diminish suffering and frustration for the infant (the patient) and there is a consistency in the responses, prompt availability and easy accessibility of the parents (the doctor) to the infant (the patient). Both persons involved in the relationship learn from each other and if the doctor is aware of his own feelings and behavior there is growth and development. This is Balint's concept of the mutual investment company when both patient and doctor grow together into a better knowledge of each other.

This emotional knowledge is the difference between a good doctor and a true healer. Intellectual knowledge leads to "doing", while emotional learning leads to "being"; both are essentials in the art of doctoring, and the merging of both are the real wisdom.

Balint groups are the way to learn this emotional learning. Through the repeated observation and reflections



on the doctors' emotions and behavior there is an increasing possibility to change their habitual rejection of a difficult non-rewarding patient, or a dependent clinger. The emotional learning achieved in Balint groups permits to calibrate the exact closeness or distance with each patient, leading to an optimal therapeutic relationship.

According to John Scott, Deborah Cohen, Barbara DiCicco-Bloom, William Miller, Kurt Stange and Benjamin Crabtree, in their beautiful paper in the Annals of Family Medicine in 2008, there are three essential processes necessary to create and sustain healing relationships and all three are important issues raised and discussed in Balint groups:

- Understanding the emotional dimension of relationships
- Understanding the power balance dimension in relationships
- Understanding the continuity dimension of relationships

The first dimension, the understanding of the emotional bonds that forms between clinician and patient, is the very central issue in Balint groups. This is characterized by a non-judgmental stance, finding resonance and being fully present in the moment with the patient, while always keeping professionalism in mind.

Understanding the power balance dimension in relationships is the recognition that the clinician-patient relationship is inherently asymmetrical, and that the clinician's task is to use that asymmetry for the patient's benefit.

Understanding the continuity dimension of relationships

refers to the time dimension of the clinician-patient relationship and is characterized by personal continuity, the accumulation of caring actions, and a commitment not to abandon the patient.

These processes lead to three relational outcomes: trust, hope and uniqueness (the feeling of been known). Trust develops when there is willingness to be vulnerable, a feeling of being well taken care of and knowing that promises will be kept. Hope is the belief that some better future beyond the present suffering is possible. Uniqueness is the accumulated sense that the clinician knows the patient as a person and he is unique.

There are some competencies necessary for clinicians to participate in healing relationships: self-confidence (projection of confidence to the patient of the healer's ability to heal); emotional competence, mindfulness and clinical knowledge. Balint groups, promoting emotional competence and boosting self-confidence are the foundation of a strong therapeutic alliance which, in turn, helps patients into finding their own alternative narrative to sickness, finding meaning beyond illness, and experience healing. If we want to foster Humanistic Medicine and healing relationship, Balint groups are a must.

** Dept. of Family Medicine, Clalit Health Services, Dan - Petach Tikva Districts, Rabin Medical Center; Petach Tikva, and Tel Aviv University, Israel*

E-mail: matalon@netvision.net.il

WELCOME THE DRAGON: OPENING THE HEART OF BALINT

■ William L. Miller, MD, MA, Philadelphia, PA, September 8, 2011

Welcome to Philadelphia, the Cradle of liberty, and the city of brotherly love, home where fear, fundamentalism in the form of monarchy and absolutism, and human inertia were defeated and a new set of participatory truths proclaimed with those famous words, "We hold these truths to be self-evident..." Welcome to Philadelphia! But, sadly, all is not love and liberty in our broken land, on our breaking home, planet earth.

We have lost our way into fear, again, and too many of us feel stuck and seek refuge in fundamentalisms of various different colors. We appear overcome with inertia and sluggishness. It is in this context that we, lovers of Balint, gather today in this place because we also know some self-evident truths, and we will be pronouncing them for the next few days. We know that Balint work helps us to move beyond fear, loosen the clenched jaws of judgment, and



■ Referate

overcome being stuck. This is our core work!

Welcome to Philadelphia, the Cradle of liberty where we will ring the bell of freedom from fear of the unexpected, and the uncertain. Welcome to the City of brotherly love where we will, with humility, create cracks in the metal of judgmentalism. Welcome to Philadelphia, home of the great clothespin where we will create connections, demonstrating how we make it happen through transformed relationships.

I greet you in this spirit of revolution. Remember that every human is a patient sometime. Think of that revolutionary potential! I am also here to breathe fire. Like the dragon, I want to burn open the heart of Balint and each of us, to create an opening where patients may enter more easily. This means learning to welcome the dragon. The Dragon, a universal symbol that change and transformation are coming. Isn't it time for Balint to welcome transformation of itself?

The Dragon is a symbol that evokes uncertainty, danger, fear, anxiety. It is an evocative, symbolic creature that threatens to hoard our treasures, destroy our desires, and steal our power over others. In its imaginative presence, we seem, as humans, compelled to flee or deny or slay. Or in the spirit of traditional Balint, to at least keep the dragons in their caves so we can safely talk about them as metaphors in our Balint Groups.

What would Balint Groups look like if we welcomed the dragon, real fire-breathing, frightening transformation, into our circles? What if we asked the dragon to join our revolution? What stops us? I am reminded of wise words from Rainer Maria Rilke in his Letters to a Young Poet, "Fear of the unexplainable has not only impoverished our inner lives, but also diminished relations between people; these have been dragged...from the river of infinite possibilities and stuck on the dry bank where nothing happens. For it is not only sluggishness that makes human relations so unspeakably monotonous, it is the aversion to any new, unforeseen experience we are not sure we can handle." Out of fear of the unexplainable, we succumb to rigidity, fundamentalism, "aversion to any new" and inertia or "sluggishness."

Fear, judgment, and inertia – these stand between us and meaningful transformation and overcoming them for doctors actually represents the fundamental work of traditional Balint; yet, we have also been somewhat averse to any new, unforeseen experience.

I last spoke with all of you in 1994 in Charleston with three major goals in mind: 1) how to better standardize and

operationalize Balint leader training; this has experienced great success. 2) how to expand the research agenda for Balint and a few small, important steps have been taken. 3) how to open the ideology of Balint. I am not so sure about this one. It is my only goal today! When we open the ideology of Balint, we will also open its heart.

I have a Case. Irene is a 45 year old woman with fatal breast cancer; she died a few weeks ago. She was a vigorous young woman, a successful accountant with a wonderful and loving long-term relationship with her partner, Katya but estranged from her parents partly related to her open, gay relationship. Irene had no risk factors for breast cancer and followed her family physician, Maria's, recommendation not to get a screening mammogram until 50. Maria had explained the battle of the guidelines (e.g. United States Preventive Services Task Force and American Cancer Society), and they agreed to wait. Their world turned frighteningly silent when the lump was accidentally discovered by Irene's partner, Katya. The cancer was already metastatic. Maria, the family physician, received an angry phone call from Irene's parents and another from the specialist – both accusing her of negligence. She felt paralyzed in her ability to support Irene and Katya. She brought her case to a local Balint Group. There, Maria was able to reflect on her work, share her anxieties and self-doubts, gain support and sufficient courage and insight to return and be somewhat present for Irene and Katya through their hospice experience. The other relationships, however, remain profoundly and deeply broken.

This is the traditional Balint we all know, and it was somewhat helpful in this case, the case of Maria, the Doctor, her patient, Irene, and the illness, breast cancer. But it wasn't and isn't enough for 21st century health care. It isn't enough if we are serious about patient-centered care, if we are serious about the PCMH & primary care transformation. So much more is possible from us. What are we afraid of?

It is now 54 years since publication of our sacred text, *The Doctor, His Patient and the Illness* (London: Churchill Livingstone, 1957) and 61 years since the first Balint Group. Much has changed in the last half century. The foundational work of Michael and Enid Balint assumed physician autonomy and doctor specialness; it assumed the patient was primarily the doctors and represented a case, and it assumed the illness was in the patient. The intent of traditional Balint group was to help the doctor feel, in Michael Balint's words, "free enough to be himself with his patient – that is, to use all his past experiences and present



skills without much inhibition.” Those were good working assumptions and goals in the mid-20th century. But do they still hold?

This morning I want to challenge those assumptions, suggest what has changed, and then point toward some new directions for Balint. We will do this by exploring 3 questions that I hope will stimulate this gathering for the next few days and pave the way to welcoming the dragon into our circle.

- Who is the doctor? Is it still the single autonomous physician imbued with magical & special powers?
- Where is the patient in Balint? Should the patient remain only “the case” in a Balint group?
- Where is illness located? Has the epidemiology of illness changed? Who are we responsible for – populations or individuals? Where is society in Balint?

But first, let me explain the dragon and what I mean by transformation.

The image of the dragon is older than Homo sapiens. It is inherited from our primate and mammalian ancestors. The dragon exists in all known human cultures and always includes a serpent/raptor/big cat and fiery breath complex of features. The dragon constitutes a reptilian, serpent body with the wings and flight of an eagle or raptor and the clawed feet and teeth of a big cat such as a leopard. These are the 3 great primate predators, and this image emerged through evolution. It is a summary, mnemonic image of our greatest threats, harbingers of big change. And everywhere, the dragon represents immanent big change. In western mythology, we seek to slay that threat; whereas, in the east, it is humbly honored. Those differences are for another talk.

We all tremble a bit when we see the predator dragon certain that it will destroy our comfort and false sense of security. It exclaims that we will lose control, and, in many ways, the human story can be described as one of continually enhancing technology to control and protect from this imagined threat. What makes the dragon such a powerful symbol is that it represents both external and inner threats and fears. It also holds secret treasures. What are these threats and possible treasures? The Cat represents threat on land and in the forest or plain; it is the threat of power and evokes the emotion of anger. Asian and African folklore, however, view the cat as guardian of the dead and a source of strength in the face of uncertainty. The Serpent represents hidden threat, either in water or

in the grasses. It signifies the threat of uncertainty and awakens the emotion of fear. And the European serpent winds up the Aesculapian staff of healing. The Raptor represents threat from the air and being seen from above, the threat of shame and guilt. The raptor evokes the emotion of sadness but is also the Native American and shamanic bird of healing wisdom. The Fire represents the threat of being burned and the emotion of desire. It is also the alchemy in the cauldron of healing and the universal fire of cleansing, rebirth, and transformation.

Whenever I’m in a Balint Group, it usually feels as if the leader, in an effort to maintain adequate safety and the proper atmosphere for the group to do its work, is continually seeking to keep the dragon – call it the unconscious or dangerous emotions – just below the carpet or bed. We don’t want to lose control; we want the group to be the stability that is missing in the doctor-patient relationship. We keep the dragon of transformation on a ball and chain. What might we be losing in doing so?

Do we lose the hope of strength in the face of uncertainty, healing, and transformation? At this time when so much transformation is needed, especially in primary health care?

Over the past 4 years, I was member of the American Academy of Family Physicians’ National Demonstration Project (NDP) evaluation team. The NDP is the first in-depth demonstration project for the PCMH and its results were published last year (*Annals of Family Medicine* 8 (Supplement 1); 2010 – see www.annfam.org). I have also reviewed and spoken with more than 20 other PCMH demonstration pilots across the country and am collaborating with PCMH efforts in Canada, the United Kingdom, and Australia. News flash! None of us have made it to the Promised Land yet. On the other hand, we do have an excellent sense of what it will take. This slide attempts to highlight the features of that needed transformation. It essentially represents “moving from I to we,” and that task is daunting!

Everyone is and can start changing and getting to work on practice redesign with many small successes. You can do much of this and still stay inside most everyone’s current comfort zone and self-understanding and the conventional model of care. Until you start getting serious about creating teams for care, especially cross-disciplinary teams or you get serious about proactive, planned care, or you allow patients access to their records and the ability to directly enter information in them. The fires of hell are cooler. These changes all push on core identities,



■ Referate

especially those of the doctors. Then notice what it will actually take to be a PCMH: empowered, activated patients seeking accountable and transparent care in a medical neighborhood that benefits the larger community. Those are dragon goals – no autonomous doctor, ghostly patient, and body-bound illness there. This is the transformation, the dragon, which is on our horizon. Now we are ready for the 3 questions.

Here he is, the 20th century autonomous physician. Autonomy was the hallmark of the 20th century western professional and physician symbolized by the white coat and stethoscope and pens for writing prescriptions, and, more recently, the tie representing business interests. We were granted very special status, privilege and income. Have we become like monarchs, ancient despotic kings? All too often we act like medical police, monitoring lifestyles and judging people's worth by their hemoglobin A1cs. We, the doctors are disease slayers. We are like the medieval dragon slayers, the great white knights of lore. In order to do this slaying work, we learned to slay our own bad emotions, the frightening uncertainties that arose within our work. We learned it in medical school and our apprenticeships. Of course, Balint groups work furiously to help us recover. Is that a hint that maybe dragons shouldn't be slain?

What are the consequences of this special, autonomous status? What happens when you try to change the behaviors of these doctors? Some of what I've been doing since I spoke with you in 1994 is on this slide. I've been studying primary care practices and trying to improve them for over 17 years. This work at improving primary care practice represents observations at more than 600 practices includes several thousand clinical encounters or consultations. What was the source of the greatest barrier to change? You guessed well; it was the doctors!

Here are six commonly occurring observations about family doctors from all of that research.

- Surprising emotional reactivity and abrasiveness of physicians
- Monumental power difference between doctor and receptionist
- Surprising lack of self-care skills among physicians
- Surprising lack of communication between doctors
- Most practices want to improve, but few want to change
- Docs prefer hearing what to do rather than learning

Just imagine if we had studied surgeons? Clearly, we are deeply wounded. Powerful emotions have not been cared

for. No wonder we struggle getting physicians to work well in cross-disciplinary teams. And, at least in the United States, these behaviors even result in our turning on each other, specialists versus generalists; nurse practitioners versus doctors and generalists with each other. We, and I'm also a physician, have assumed a status of entitlement, but we don't seem to recognize it, like racism. I suspect it is partially a consequence of autonomy and privilege.

This is a CRISIS and needs Balint Groups sweeping out across the globe to help doctors change these behaviors. Consider this behavior change a research outcome measure. If it was, how would the work of Balint Groups change? This crisis is about the current, worn-out doctor. Who is the future "Doctor"? Whoever she is, she isn't autonomous but part of a healing team.

Who is the doctor? Who was Irene's doctor? It was Maria. And it was her oncologist, her surgeon, the hospice care team, her counselor, the dietician, and more. Her doctor was actually a web and network of healer relationships; call it a healing jazz ensemble. Unfortunately, they didn't play very well together. The future requires transforming existing physicians into this new "team," one that is not privileged, not entitled. It is time to drink the kryptonite Kool Aid and let go the super powers. What is the role of Balint in this transformative, dragon work? Where is the Balint group for the team?

Where is the patient in Balint? Where was Irene? Irene was outside the Balint group, present only in story as remembered by the doctor and fantasized by the rest. This is the patient in awe of the old autonomous doctor.

Patients too have changed. With consumerism, they feel more entitled. With the successes of the Civil Rights movement and feminism and gay-lesbian activism, they also feel more empowered and wanting a greater degree of partnership in their care. They want to assume more responsibility for their illnesses and demons. The acceptability of patriarchal paternalism is in rapid decline. Patients' relationships in their everyday worlds are also more fragile and transient and diverse in this mobile, virtual, and global world of blended families and significant inter-generational challenges. Relationships are also more vulnerable and broken.

As physicians, we acknowledge and verbalize these changes at talks like this one and then don't really change. We have been reluctant to share our power and all of the evidence for the last few decades shows declining trust and satisfaction with primary care and its clinicians. Patient-



centeredness and the PCMH were designed to change this. How are they doing? In the NDP, patient perception of care got worse in nearly all the practices. Patients didn't appreciate the work. What's going on here? The doctors hadn't changed. Neither has the way we understand Balint.

Patients and their friends and family are banding together and getting mad!

What if patients were more directly involved in Balint group activity? The Origins of Balint Group derive, partly, from the work at Tavistock where we learned so much about appreciating the dynamics & world-changing importance of small groups. Let's build on that wisdom. What if we created patient Balint groups? Not support groups, but groups where patients come to do the same work that general practitioners do. Then imagine a fish-bowl with a doctor group inside and a patient group on the outside! Imagine the dragons loose in that setting.

It is not only the doctor and patient who are changing. Illness has also changed. It's not just in the patient's body. That is only where it presents itself to the doctor. Where was Irene's breast cancer located? Certainly it was in her breast and throughout her body, and also with her care team, with Katya, and with her estranged family. Her cancer arose within an ecological and community context. Illness appears in bodies but its source, what triggers it, what promotes or hinders its development and where it ripples and has its effects are at least as much outside the body, in our communities and relationships, as inside. Nonetheless, we keep attacking it in the body seeking to slay each individual's disease. It is this approach that creates the "impossible" tension between individual health and community or population health. How well has this disease-based, body-bound approach worked? It has been very effective at producing new treatment options, but our relationships are worse and we are all going broke.

All of the western nations are on a trajectory to bankruptcy with rising cost slopes (Source: K. Davis, C. Schoen, S. Guterman, T. Shih, S. C. Schoenbaum, and I. Weinbaum, *Slowing the Growth of U.S. Health Care Expenditures: What Are the Options?* The Commonwealth Fund, January 2007, updated with 2008 OECD data). The combination of a greater proportion of elderly living longer with multi-morbidity requiring more and more expensive complicated care along with dramatic rescue technology at the beginning and end of life leaves all of us bewildered. What does this mean for Balint?

In 1957, diagnosis was the great uncertainty. In 2011, treatment options and availability and coordination of care

resources, including family & friends, are the uncertainty. The illness, for Balint, now also resides in the community and its inequities and in the fragmented medical neighborhood. Illness represents a breakdown in this membership. The healing team, the empowered patient and their complex relationships, need us to help them work towards health, a health that is about life together, health as membership. Illness is now about the individual and the population; they are inextricably intertwined. If illness is both in the individual body and in the social and ecological body, how does that change Balint?

Is it time for Balint to jump on and ride the dragon of transformation and leap off the edge? Remember, dragons can fly. Who is the doctor? Not the lone, autonomous and special physician. We are a team of people weaving a web of healing and caring relationships. Are they all included in our Balint work? Where is the patient? The patient is no longer just a case, but an empowered, activated, mobile, and complicated partner. Are they partners in our Balint groups? Where is illness located? It is found in our relationships with care issues and not diagnostic ones as the source of distress. Are those issues and the relationships in our Balint circles?

What is tomorrow's Balint? I suggest that they are Balint Groups that welcome the dragon? Dragon in Proto-Indo-European is "derk" or to see clearly. Our work needs to change so we can see more clearly the transformed world in which we live and reflect that to our participants. A new title for our next sacred text could be, *Healing Relationships and the Emergence of Health*.

For too long, the dragon has been misunderstood. Dragons do guard the gold, not to hoard it, but to protect it from those who would abuse it or seek it too easily. The gold is the glittering wonder of relationship. It is not true that we must slay the dragon to get the gold. We can welcome the dragon and his gifts, which require challenging work, and then share the gold in a great Jubilee.

Let's return to my case. The breast cancer in Irene was still fatal. But this time, she and Katya joined a patient Balint Group where they were able to self-reflect, gain support, and have their minds and hearts opened to new possibilities for reconnecting with Irene's family. The family doctor attended two Balint groups, her own and an on-going specialist-primary care Balint group. Irene still died, but love grew. Relationships were healed this time. Katya remained connected to Irene's family, and the community of healers continued their on-going transformation. They



■ Știri și planuri de viitor

had welcomed the dragon. They had opened the heart of Balint, of everyone involved. Balint helped Love grow!

Just one watershed to the north of her Pete Seeger, another revolutionary, turned 90 this year and his banjo still “surrounds hate and forces it to surrender.” One of his standard songs is “how can I keep from singing.” How can we keep from Balinting where our circles surround fear and force it to surrender? We can’t so let’s get transformative and open our groups and welcome the revolution.

Open the process. No longer listen only to patient cases; their form can be too constraining. Try relationship cases, all the relationships, and bring the whole community into the story. Use the techniques of community organizers who create safety in the presence of the fire of diversity (Sitting in the Fire by Arnold Mindell; Portland, Oregon: Lao Tse Press, 1995 & In the Tiger’s Mouth by Katrina Shields; Gabriola Island, B.C.: New Society Publishers, 1994). Consider using masks as a means for enhancing safety. Open to new alliances and create new groups that include staff and other non-physicians. Include the whole care team in a practice. Try specialist-primary care groups. Begin patient

and family Balint groups. Open to new outcomes such as team building and changing physician behavior (remember that infamous list of 6). Expand to help all of us who must transform.

I want to suggest a new Balint Group purpose, a new definition. Balint Groups are for helping those in emotionally charged health-related relationships to overcome fear, judgment, and inertia in a safe group space where the other in the relationship is not physically present and those in the group are people in similar relationships. My goal was to open the ideology, to ignite conversation, and to raise questions. In 2011, who is the doctor? Where is the patient in Balint? Where is illness located?

As I end, I return to Rilke. “Perhaps all the dragons in our lives are really princesses who are waiting to see us act, just once, with beauty and courage. Perhaps everything that frightens us is, in its deepest essence, something helpless that wants our love.” Welcome to Philadelphia, a city we can transform with our love. Welcome the dragon. Open the heart of Balint. We have work to do!

ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI - PLANURI DE VIITOR

■ Dr. Albert Veress - *Miercurea Ciuc*



3-5 octombrie 2014: A XXI-a Conferință Națională Balint cu **Adunare Generală și alegerea noului Birou**. Sibiu, Academia Evanghelică Transilvania (veți avea Biroul pe care îl veți alege!). **EMC 12 credite**. Taxă de participare: **40 euro** pentru balintieni cu cotizația achitată la zi, și cuprinde c.v. de **50 RON** a cinei prietenești. **50 euro** pentru alți participanți. **Masa de prânz tip meniu cu 3 feluri: 35 lei**. **Cazare:** 60 lei/pers. în regim dublă, 75 lei/cameră în regim Sgl. Sistem de rezervare: primul venit, primul servit, în limita locurilor disponibile. Termen de anunțare a participării și de rezervare a cazării: **28 septembrie** la dr. Lux Holger Ortwin. E-mail: Holger.Lux@gmx.net sau la nr. de telefon: **0740-045.727**

16-18 ianuarie 2015: Weekend Național Balint de Iarnă cu Postrevelion, Roman

Albert Veress

