

Buletinul Asociației **Balint**

Periodic trimestrial. Volumul XVIII. Nr. 69



Martie 2016

DE LA PATERNALISM LA AUTONOMIE ȘI DE ACOLO ÎNAPOI

- Almos Bela Trif - M.D., Ph.D., J.D.

COMPORTAMENTUL DE AUTOVĂTĂMARE CORPORALĂ, UN FENOMEN RECENT MAI FRECVENT ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR

- Sándor Kalmár M.D. Ph.D., Kecskemét

NOUTĂȚI ÎN PSIHOSOMATICĂ. MARGINALII PE SEAMA CONFERINȚEI ANUALE A ASOCIAȚIEI EUROPENE DE PSIHOSOMATICĂ, NUREMBERG

- Lucia Florescu, Dan L. Dumitrașcu, Clinica Medicală II, UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca

ÎNTRE SINUCIDERE CLASICĂ ȘI ACCIDENTE MORTALE

- UN CONCEPT NOU ASUPRA COPIILOR CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 5 ȘI 11 ANI

- Dr. Miron Itzhak, Piatra Neamț

CONFLICTELE ÎN RELAȚIILE DE CUPLU

- Marcel Vintilă – Canada



Romeo BOCĂNESCU,
CEO Destine Broker de Asigurare

Cine este DESTINE

- Peste 7000 de profesioniști dinamici construiesc împreună o echipă puternică – un brand al excelenței – DESTINE BROKER DE ASIGURARE.

Declarăm cu mândrie faptul că suntem brokerul cu cel mai mare număr de asistenți în brokeraj autorizați în evaluarea riscurilor și gestionarea contractelor intermediare.

Reporter: Cum răspunde societatea de brokeraj Destine provocărilor din sistemul de sănătate?

Romeo BOCĂNESCU: Destine Broker de Asigurare intermediază și promovează asigurările private de sănătate ale tuturor asiguratorilor activi în România.

Mai mult, Destine Broker de Asigurare introduce în piața românească primul produs de asigurare internațională de sănătate dedicat expaților - un produs ce permite accesarea îngrijirilor medicale oriunde în lume, în condiții alese de clienți, individual, furnizat de Cigna.

Asigurarea Medicală Internațională,

disponibilă în 3 nivele distincte de acoperire: **Silver, Gold și Platinum**, constituie acoperirea dumneavoastră esențială pentru îngrijirea medicală în regim de spitalizare, internare de zi și costurile de cazare, precum și acoperirea pentru tratamentul împotriva cancerului, a afecțiunilor psihiatrice și multe altele.

Acoperă cheltuielile de spitalizare, costurile de cazare și costurile aferente următoarelor servicii medicale:

- Intervenții chirurgicale și costurile consultațiilor
- Sala de operații
- Terapie intensivă
- Servicii de ambulanță
- Tratament psihiatric
- Maternitate și naștere (pentru Planul Gold și Platinum)
- Transplant de organe, maduvă osoasă și celule stem
- Analize și teste
- Tratament cancer
- Dializă renală
- Proteze, dispozitive și aparate
- Tratamente de reabilitare

Reporter: Cine este Destine?

Răspunde

**Romeo Bocănescu,
CEO DESTINE BROKER
DE ASIGURARE**

- Cu o experiență de peste opt ani, Grupul DESTINE HOLDING, având capital 100% românesc, este compus din: Destine Broker de Asigurare, Destine Broker de Credite, Destine Asig Broker de Asigurare-Reasigurare-Republica Moldova și Destine Leasing Imobiliare IFN.

Fiecare linie de business a holding-ului are soluții integrate pentru a susține complementar strategia generală.

Destine Holding este autorizat ca și furnizor de programe educaționale în domeniul asigurărilor, oferind un avantaj important în procesul de pregătire a reprezentanților săi.



**Prima atestare a calității
serviciilor și expertizare a
unei companii din
România.**



Cuprins

Prezentarea Asociației Balint din România	2
Biroul asociației	3
Către autori	3
De la paternalism la autonomie și de acolo înapoi	
■ Almos Bela Trif - M.D., Ph.D., J.D.	4
Comportamentul de autovătămare corporală, un fenomen recent mai frecvent în rândul adolescenților	
■ Sándor Kalmár M.D. Ph.D., Kecskemét	8
Noutăți în psihosomatică. Marginalii pe seama Conferinței Anuale a Asociației Europene de Psihosomatică, Nuremberg	
■ Lucia Florescu, Dan L. Dumitrașcu, Clinica Medicală II, UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca	15
Între sinucidere clasică și accidente mortale	
- un concept nou asupra copiilor cu vârsta cuprinsă între 5 și 11 ani	
■ Dr. Miron Itzhak, Piatra Neamț	18
Conflictele în relațiile de cuplu	
■ Marcel Vintilă – Canada	22

MOTOURI:

Fiecare om care se simte bine e de fapt un bolnav care se neglijează. – *Jules Romains (1885 – 1972)*

Caria e acel mic orificiu dintr-o măsea a copilului tău pentru a cărei umplere e nevoie de foarte mulți dolari. – *Bill Dodds.*

Leacul sigur pentru o durere de măsea e să gâdili copita unui măgar. – *Ken Alstad*

Iert zece greșeli, dar nicio minciună! – *Victor Emilian Bancu*

Martie 2016, Volumul XVIII, Nr. 69 ■ 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: veressalbert02@gmail.com

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 martie** a anului următor vor fi considerați restanțieri pe doi ani și vor fi excluși disciplinar din Asociație. **Cotizația pentru anul 2016 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**.

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.

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**)



Biroul asociației



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



VICEPREȘEDINTE:
István VÁRADI
istvanvaradi@inbox.com



SECRETAR:
Ilona GÖRÖG
abr.secretariat@gmail.com



TREZORIER:
Albert VERESS
veressalbert02@gmail.com



MEMBRU:
Stelian CÎNTEA



MEMBRU:
Csilla VAJDA-HEGYI



MEMBRU:
Tünde BAKA

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 acreditează cu 25 de credite EMC. Abonamentul la Buletin se acreditează cu 5 credite.

Redactorul șef și / sau lectorul au dreptul de a face convenitele 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 monografii (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).

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.

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.



De la paternalism la autonomie și de acolo înapoi

■ Almos Bela Trif - M.D., Ph.D., J.D., Master in Medical Ethics; Professor of Pathology; College of Medical Sciences, Nova Southeastern University

Rezumat: Autorul revizuieste un eseu scris de el cu 15 ani în urmă, actualizându-l și adaptându-l la timpul prezent. El este de părere că nu poate exista o autonomie autentică a pacientului în pletora de tehnologii terapeutice noi, cu excepția procedurilor chirurgicale special deziderate de pacient. În fiecare an se emit noi instrucțiuni pentru tot felul de proceduri diagnostice și terapeutice, iar acestea modifică relația medic-pacient cu consecințe importante de ambele părți. Autorul descrie un caz imaginar de etică medicală, ce a fost creat special pentru el de unul din foștii săi profesori de etică, tratând despre o femeie româncă care suferea de cancer într-un spital american. În analiza cazului, autorul își exprimă din nou atitudinea călduroasă față de „vechiul paternalism” într-o lume dominată de principiul „autonomiei pacientului”. Referindu-se la propria sa experiență de medic, el descrie Sindromul Casandrei, în care predicțiile medicului nu sunt crezute de pacientul care pune mai presus autonomia sa, drept o sursă de sindrom de epuizare (burn-out). Sunt prezentate câteva întrebări retorice, care încearcă să sugereze că e absurd să pui principiul autonomiei mai presus de cel cunoscut ca „primum non nocere” și cel al beneficiului.

Cuvinte cheie: cazuri de etică medicală, autonomia pacientului, primum non nocere, beneficiență, paternalism, sindromul Casandrei.

Abstract: The author is refurbishing an essay written 15 year ago, amending and adapting it to the current times. He states that a true autonomy of the patient cannot exist in the plethora of the new therapeutic technologies, with the exception of the elective surgical procedures specifically desired by the patient. Every year new guidelines are issued for all type of procedures, either for diagnosis or for therapy, and they alter tremendously the doctor-patient relationship, with important consequence on both sides. The author describes an imaginary ethical case, which was once specifically given to him by one of his professors of ethics, involving a Romanian woman who suffers of cancer in a USA hospital. In the analysis of the case, the author reiterates his warm attitude towards “old paternalism” in a world dominated by the principle of “autonomy of the patient”. Making reference to his own experience as a doctor, he describes the Cassandra syndrome, in which the doctor’s predictions are not believed by the patient, who values more his/her autonomy, as a source of burn-out syndrome. Few rhetorical questions are listed, trying to suggest the absurdity of putting the principle of autonomy before those of non-maleficence and beneficence in some cases.

Key words: medical ethical cases, autonomy of the patient, non-maleficence, beneficence, paternalism, Cassandra syndrome

Trăim într-o lume saturată de perfecționism și de dorința unora de a trăi cât mai lung posibil, folosind toate mijloacele – dorință pe care eu nu o am și pe care nu o agreez, ca idee generală.

Unii oameni vor să își schimbe dinții, fizionomia, curbele corpului și altele, iar de aceea sunt mereu în căutare de noutăți și inovații medicale care să le permită să țină pasul cu imaginea lor despre ei înșiși - e vorba bineînțeles de implante dentare, operații estetice, chirurgia obezității și multe altele. De aceea, de multe ori simpli cetățeni în căutare de servicii medicale se adresează doctorilor nu în postura de pacient, ci în cea de client. E evident sau subînțeles că atunci când clientul își dorește un anumit rezultat, in-

tervine obligația de rezultat pentru medicul care acceptă cazul, iar el trebuie să respecte doleanțele pacientului în detaliu. E clar că aici se va pune la mare preț sinceritatea absolută a medicului față de pacient: „Eu vă pot face asta, asta sau aialaltă” - considerându-se autonomia clientului care plătește ca principiu absolut: „Clientul nostru, stăpânul nostru”.

Dar când vine vorba de urgențele medicale, sau de tratamentele oncologice se schimbă treaba. Pacientul poate spune doar: „Fă tot ce crezi că e de făcut ca să mă scoți viu!” Să mă refer la câteva exemple simple:

Ghidurile cu recomandările pentru manevrele de resuscitare cardio-pulmonară s-au schimbat în 2015, după ce



abia fuseseră schimbate în 2012. Poate un pacient să ceară să se aplice noua metodă dacă para-medicalul e mai sigur de succes aplicând-o pe cea pe care o stăpânește mai bine?

Noi roboți chirurgicali apar mereu, fabricați de diferite firme ce concurează între ele, oferind mai mult confort ba pentru chirurg, ba pentru pacient, sau oportunitatea de a fi operat de un alt chirurg aflat la mii de kilometri distanță. În asemenea cazuri, autonomia pacientului se poate exprima doar în procesul de alegere a spitalului X sau Y – optând pentru cel dotat cu cea mai modernă tehnologie. După momentul admiterii sale în Spitalul X pacientul nu mai poate cere acces la tehnologia din Spitalul Y, transferul acestuia fiind făcut exclusiv după rațiunile medicului curant și a administrației spitalului.

În viața de spital, cu scopul de a obține consimțământul pentru oarece procedură diagnostică sau terapeutică, se fac sute de scurte informări care sunt apoi semnate de pacient sau de reprezentantul lui după o superficială lectură și o minimă deliberare. E clar pentru oricine, că nu doar pacienții cu un coeficient de inteligență mediu sau ceva mai mare beneficiază de proceduri terapeutice moderne. Dar și cei cu capacitate intelectuală sub-mediocră își vor da oricum acordul, fără să fi înțeles procedura, deci va fi cazul unei autonomii formale, doar pe hârtie, pentru formă doar!

Am mai scris despre dezacordul meu cu conceptul de *dobândire a autonomiei prin emancipare*, care există în SUA. Era vorba de cazul real al unei tinere de 16 ani - considerată „minoră emancipată” deoarece avusese deja viață sexuală și trăise înafara familiei „nucleare”. Ea fusese salvată de la moarte deja de două ori din șoc septicemic post-abortum, căci după primul episod i se dăduse drumul din spital „la cerere”. Ea voise doar să fie sigură că iubitul ei îi va rămâne fidel și de aceea părăsise spitalul. Acum ajunsese aproape moartă înapoi la spital, dar după ce fusese salvată a doua oară, acum ea voia să o tulsească din nou, căci iubitul ei o făcea geloasă prin telefon.

Pentru ca să o protejeze de tendințele ei auto-distructive, medicul curant l-a rugat pe medicul psihiatru să o declare incapabilă de a lua decizii, dar psihiatrul refuza, explicând că nu este cazul și avea dreptate. La momentul respectiv însă, bolnava acționa iresponsabil, deși conform legii americane era capabilă să decidă pentru sine, fiind aptă de consimțământ conform legii.

Pentru mine, principiul călăuzitor după care am fost eu educat la școala medicală „*Primum non nocere!*”, cunoscut în bioetica americană sub numele de *non maleficence* este mai important decât respectul față de acțiunile iresponsabile ale unei fete de 16 ani, chiar dacă societatea america-

nă o consideră pe ea matură și responsabilă, doar pentru că a fugit de acasă și a trăit în concubinaj cu un nemernic care o mai chinuie.



Ideea că principiul autonomiei e mai presus de principiile non-maleficienței și beneficienței a apărut doar în ultimele trei decenii. Mie nu mi se pare că societatea în sine ar beneficia de această noțiunea aparentă de respect pentru persoana aflată în suferință, deoarece în SUA trăiesc sute de mii de oameni fără domiciliu – homeless - care se adăpostesc sub poduri sau sub dărâmături, exprimându-și dreptul la autonomie de a nu folosi adăposturile puse la dispoziție de primărie. Pentru mine, în asemenea cazuri sociale, autonomia e doar o vorbă pompoasă a societății de consum, un fel de atitudine de „a te spăla pe mâini: *Vedeți că eu vreau să îl ajut, dar el refuză pentru că e autonom!*”

Un fost asistent universitar de la cursurile pe care le-am luat pentru Masterul în Etică Medicală a imaginat un caz de etică medicală anume pentru mine și ni l-a dat tuturor studenților ca temă pentru acasă. El e acum profesor plin, iar din respect, eu redau aici cazul fictiv imaginat de el:

„Era vorba de o bătrână româncă suferindă la pat cu cancer inoperabil, într-un spital american, dar care avea încă o stare clinică bună. Doctorul de salon, care avea o vechime de treizeci de ani de practică nu voia să îi comunice pacientei diagnosticul, în ciuda presiunilor din partea unor surori tinere și cu educație modernă. Biata femeii nu ar fi vrut să afle de niciunele, iar feciorii și fiica ei dădeau din colț în colț, căci nu știau cum ar fi fost mai bine de procedat. Ei fuseseră informați de către surori cum se face în mod „oficial și modern” dezvoltarea diagnosticului și prognosticului, dar ei nu prea erau de acord.”

La vremea aceea am stat și am chibzuit îndelungat asupra cazului ce mi se părea foarte plauzibil, iar acum aș putea spune că am aflat despre cazuri oarecum similare de la membrii comunității româno-americane.

Atunci am formulat un răspuns scurt: „*Dacă biata femeie își va da seama că ceva nu merge bine, va întreba de una singură cam cum merge treaba, dar în nici un caz ea nu va fi pregătită să accepte tot adevărul și numai adevărul, ca în justiție*”. Apoi am adăugat o analiză detaliată de caz, referindu-mă pe rând la ceea ce cred eu despre pacientă, despre medic, iar mai apoi despre cum aș proceda eu însumi.

Părerea mea despre pacienta din cazul imaginar:

Trebuie luate în considerație două lucruri esențiale: fap-



tul că femeia era suficient de în vârstă, 74 de ani și jumătate, ca să se creadă că a murit de moarte bună și faptul că ea provenea dintr-o cu totul altă cultură decât cea americană modernă.

Copiii ei au descris-o medicului curant cam în felul următor: „*Ea nu are o personalitate de luptătoare. Ea se bucură de viață, dar dacă aude de cuvântul cancer, se prea poate să nu mai vrea să trăiască*”. Pentru o mare parte a lumii, vârsta ei era considerată superioară duratei medii de viață, în așa fel încât ea ar putea să presupună că sfârșitul îi vine din „cauze naturale”, sau dintr-o altă cauză decât cancerul.

Considerând că ea era o româncă emigrată în SUA, ea ar putut să fie atee, fie să aparțină uneia din următoarele religii: Ortodoxă, Romano-Catolică, Greco-Catolică, Reformată, Luterană, Adventistă, Penticostală, Baptistă sau Iudaică. Dacă ea era credincioasă, probabil că citise măcar o dată Vechiul Testament. Acolo, în Psalmul 90, versul 10 se găsește o foarte celebră frază, pe care eu o foloseam adesea când vorbeam despre cei nesățioși de viață. Citez din memorie, căci Biblia pe care o am cu mine e în limba engleză: „*Zilele vieții noastre sunt șaptezeci de ani; iar dacă prin tăria minții ele se întind până la optzeci, dar tot ce trece de asta e numai chin și durere...*”

Psalmul se referă la micimea vieților noastre în comparație cu eternitatea lui Dumnezeu, dar poate fi folosit ca un test de prezumțiozitate pentru cei cărora nu le ajung cei 70-80 de ani oferți.

Pentru o femeie româncă credincioasă prelungirea vieții ei nu este atât de importantă, cum ar fi pentru o mulțime de femei americane de aceeași vârstă.

Foarte probabil, femeia noastră era o mamă devotată, iar gândurile ei despre sine se împleteau cu cele despre întreaga ei familie. Pe de o parte, pentru o asemenea persoană ideea de *sacrificiu personal* poate fi deosebit de importantă. Pe de altă parte, pentru ea, **umanismul** societății americane - care e de fapt un **antropo-centrism** - nu are nici un fel de semnificație, deoarece nu e legat de setul ei de valori morale.

Așa cum o vedeam eu, bolnava ar fi fost capabilă de o mare toleranță, putea accepta multe lucruri noi, dar nici într-un caz nu putea accepta un nou set de valori ideologice, doar pentru a le face altora pe plac, deoarece nu are timpul necesar să le digere.

Păreră mea despre medicul curant:

Cineva l-ar putea acuza pe medicul bătrân de atitudine paternalistă și de ignorarea principiului supremației autonomiei. În viziunea mea, acel medic curant este un om cu experiență, care nu se lasă sedus de noua modă care

poruncește să spui bolnavului întregul adevăr despre boala sa. Eu îl stimez pe acest doctor, chiar dacă unii l-ar putea disprețui pentru că practica idei învechite, nu aplica cele mai *moderne* principii, ba chiar, că își permitea să aibă tăria opiniilor personale.

Dar ce e rău la atitudinea paternalistă? O fi paternalismul un soi de atitudine deviantă, ceva de care să ne fie rușine? Aș spune că mai degrabă autonomia era o atitudine deviantă, pe vremea când paternalismul era regula. Iar acum, când noi ne referim la autonomie ca la o regulă de aur, e nevoie să blamăm absolut vechile viziuni paternaliste?

Cum aș face eu ca să ies cu basma curată din asemenea situație, fără să lezez pacientul sau familia lui, urmând și regulamentul de spital?

Chiar dacă se recomandă dezvăluirea pe larg a condiției pacientului, eu aș vorbi cu el/ea pe îndelete și i-aș urmări atent toate reacțiile și limbajul corpului. Cred că o observație atentă poate evita rejectarea diagnosticului, justificarea ilogică a bolii, sentimentele de culpabilitate sau altă abordare subiectivă a bolii, adesea întâlnite cu unii pacienți.

În cazul nostru ipotetic, existau mai multe argumente împotriva dezvăluirii complete, dar general vorbind, eu sunt de părere că medicul curant trebuie să fie eclectic și să își modeleze atitudinea după personalitatea pacientului, iar uneori chiar după trăsăturile familiei lui.

Chiar în cazul unui medic experimentat care acționează deosebit de atent și grijuliu, o dezvăluire francă poate produce o reacție psihologică neprevăzută, care poate avea uneori și consecințe tragice.

Abordând **valoarea adevărului** în relația medic-pacient, eu cred că anumite adevăruri, care sunt cu adevărat șocante, nu merită să fie spuse, deoarece rezultatul poate fi devastator, malefic.

În lumea contemporană americană – atât de invadată de corectitudinea politică – pare chiar ciudată o pledoarie pentru adevărul spus cu orice preț. De fapt, nimeni nu se bucură de prezența cuiva care spune mereu adevăruri, care pot fi jenante pentru majoritatea celor prezenți, iar o societatea restrânsă nu are nimic de câștigat prin distrugerea unor conveniențe, sau a unor coduri de discreție în comportament.

Principiul de bază care lucrează la locul meu de muncă e să nu faci valuri, principiu de preț și deosebit de valabil în întreaga societate americană contemporană. Eu simt mereu la ședințe teama celor din jur, căci ei știu că eu spun mereu numai adevăruri și că rapoartele mele sunt adesea critice. Puțini înțeleg partea constructivă a criticii, iar de



aceea o consistentă majoritate mă detestă pentru sinceritatea mea.

Iar atunci de ce să zicem în față bolnavului adevărul despre boala lui, cu orice preț!?

Deși eu militez mereu pentru valorizarea adevărului, sunt sigur că *nu toate dezvăluirile adevărate sunt benefice*. În toată viața mea de medic m-am străduit să le spun pacienților mei adevărul despre diagnosticul și prognosticul lor. Am făcut-o însă cu o considerabilă flexibilitate, de la caz la caz, în funcție de vârsta, sexul, profesiunea și nivelul de cultură și de înțelegere al pacientului. Eu obișnuiam să le spun cam așa ceva: „*Dumneavoastră suferiți de asta sau de aia, iar dacă nu veți urma sfaturile mele sau ale altor doctori care v-au consultat și au adoptat același diagnostic ca și al meu, vă puteți pierde, după caz, piciorul..., vederea..., sau viața.*”

Unii pacienți - căci eu nu am avut niciodată clienți - mă ascultau atent, iar apoi spuneau: „*Da, da, Dom Doctor am înțeles!*”, ca la urmă să facă așa după cum îi tăia capul. Din nefericire, mulți dintre aceștia își pierdeau respectiv, piciorul, vederea sau chiar viața, conform previziunilor mele care se adevăreau. Asta nu înseamnă că mă laud, ba din contra, căci am pierdut și pacienți cărora le dădusem un prognostic favorabil.

Folosind terminologia eticii medicale, eu încercam să fiu paternalist, uneori poate chiar prea autoritar, dar eram mereu benevolent, însă dumnealor – în ciuda faptului că aparent erau de acord cu spusele mele - își exercitau dreptul la autonomie, iar drept consecință făceau doar cum credeau ei.

Dacă se dovedea că eu avusesem dreptate, nenorocirea era nu numai pentru ei, ci era și pentru mine. De ce? Foarte simplu: eu sufeream nu numai pentru că ei se prăpădeau cu zile, dar și pentru faptul că eu nu fusesem capabil să îi determin să îmi urmeze sfaturile. La vremea aceea mă tortura realitatea crudă că, deși eu le explicam previziunile vorbindu-le în termeni cât mai pe înțelesul fiecăruia, ei preferau să nu-mi urmeze sfaturile și să lase ca boala să-și urmeze cursul.

Chiar și astăzi mă mai necăjește memoria suferințelor mele, în momentele când eram pe calea extenuării spirituale (*burn-out syndrome*), deoarece îmi răsuna continuu întrebarea: „*Cum te poți considera tu însăși un doctor bun, când nu ești în stare să îi faci pe pacienții tăi să te creadă pe cuvânt, iar de aceea ei nu se simt obligați să-ți urmeze sfaturile, diminuându-și dramatic șansele lor de supraviețuire?!*”

Această lipsă de eficiență practică a medicului care nu îi poate face pe pacienții săi să accepte sfaturi concrete

și o predicție adevărată, deoarece nu le acordă cuvenita importanță, eu am denumit-o „*Sindromul Casandrei*”. În mitologia greacă, Casandra era fiica lui Priam, regele Troiei; ea prezicea corect viitorul, dar fusese blestemată ca prezicerile ei să nu fie crezute de oameni. Termenul de *Complexul Casandrei*, a fost inventat de Gaston Bachelard în 1949, dar el se referea însă la abilitatea unui om de a prezice viitorul și nu la frustrarea prezicătorului a cărui preziceri nu sunt ascultate. Acest sindrom era o pură invenție de-a mea, dar astăzi îl puteți găsi menționat în Wikipedia, însă în cu totul alte contexte – în domeniile psihologiei și filosofiei.

Combinând experiența mea personală cu diverse cazuri cunoscute din cărțile de etică medicală, se pare că adevărul pacientului întregul adevăr despre diagnosticul și prognosticul lor, chiar dacă e *legal și dezirabil din punct de vedere etic*, nu reprezintă o garanție pentru beneficiul pacientului în prezent sau în viitor.

În opinia mea, abordarea inflexibilă a principiului autonomiei - obligația de a comunica pacientului toată informația - fără a ține seama de starea lui/ei fizică și mintală este inumană, sau pur și simplu robotică. Eseul meu se centra pe *aplicarea combinată a principiului autonomiei cu principiul confidențialității* și elabora mai multe întrebări retorice, la care am încercat să le potrivesc niște răspunsuri:

- De când a devenit *adevărul absolut* în relația medic-pacient o măsură a tuturor lucrurilor?
- E oare nevoie ca în absolut toate cazurile să dăm întâietate autonomiei față de beneficiență?
- Oare de ce unii oameni și unii doctori paternaliști se tem să spună cuiva un adevăr dureros? Disprețuiesc ei valoarea adevărului? Ignoră ei voit regula că „autonomia pacientului e primul principiu ce trebuie luat în considerație”? Ori, din contră, ei sunt mai grijulii față de bolnavii lor, punând mai întâi în balanță riscurile și beneficiile unei asemenea dezvăluiri?
- Cine are curajul să se erijeze în *arbiter elegantiarum ethicae* și să dea sfaturi de principiu, aplicabile oricând, în toate situațiile?
- Oare, în viața de zi cu zi, oamenii de rând se străduie să spună numai adevărul, încât noi, eticienii profesioniști să dorim să impunem sus și tare doctorilor datoria de a informa pacienții despre adevăruri dureroase cu orice preț?
- Dacă pacientul consideră că pentru el/ea faptul de a fi autonom înseamnă de a-și hotărî propria atitudine – aceea de a nu pune întrebări – atunci *pentru ce motiv și în beneficiul cui* cineva se poate simți obligat să ofere răspunsuri la întrebările ce nu au fost puse încă?



Referate

- Dacă aflarea adevărului poate fi dăunătoare sănătății mintale sau fizice a pacientului, de ce e nevoie să spunem adevărul cu orice preț? la să ne gândim care ar fi diferența între „tot adevărul” și „tot adevărul pe care pacientul îl poate înghiți”? Eu aș încerca să denumesc această diferență *speranță*. Poate cineva să fie obligat să se conforme unor reglementări, regulamente sau chiar legi care stipulează *necesitatea de a ucide speranța*?
- Am putea oare să îi dăm în judecată pe acești medici pentru că nu sunt ascultători? Din păcate, da! Sunt destule cazurile în care unii medici devotați meseriei și pacienților lor au fost dați în judecată doar pentru că au salvat viața unui pacient în ciuda regulamentului de spital!
- Faptul că astăzi pretindem informarea completă a pacientului asupra diagnosticului și a perspectivelor de tratament, ca o obligație a medicului curant, punând autonomia pacientului mai presus de non maleficientă și de beneficentă nu e cumva doar *o modă trecătoare*?
- Unde duce această variantă de etică medicală *modernă*? Va trebui să-i lăsăm pe oamenii bolnavi să se prăpădească, lăsându-i să facă ceea ce îi taie capul deoarece ei sunt capabili și autonomi, iar noi doctorii să stăm pe margine și să-i urmărim cu durere cum ei se pierd?
- „Dacă cineva nu vrea să fie liber, cei care vor să impună autonomia pacientului ca pe o aplicare a *principiului libertății*, trebuie să îl forțeze să devină liber?”
- În cazul de femeii românce suferind de cancer în SUA, este societatea îndreptățită să *o forțeze pe biata femeie să devină autonomă, ca să poată fi informată despre diagnosticul ei cu prognostic nefast, ca ulterior medicii să se consulte cu ea despre cum ar dori ea să fie tratată!*?
- Dacă ideea ei de *autonomie* înseamnă a se încrede în opinia iubiților ei copii mai mult decât în părerea pe care și-ar putea-o forma de una singură, fiind convinsă că ei sunt oameni benevolenți, trebuie societatea să o oblige ca să își structureze o nouă opinie independentă de cea a copiilor, pe care ulterior să o urmeze?
- Este etica medicală americană gata să recurgă la principiul celebru din antichitate: *“Pereat mundus, fiat justitia!”*?
Chiar dacă codurile de etică americane sugerează necesitatea unei ample dezvoltări a diagnosticului și a opțiunilor terapeutice, avocații americani vor profita de orice final nefericit al terapiei aplicate pacientului. Ei își pot impune punctele de vedere în fața unor jurii, ca să scoată cât mai mulți bani de pe spinarea bietului doctor care a făcut cu benevolentă tot ce i-a stat în putere. E vorba de așa zisele cazuri de *wrongful death*, mult căutate de avocații care pândesc ambulantele și sălile de urgențe, așa numiți *ambulance chasers*.
Eu cred că orice doctor trebuie să delibereze și să se consulte cu un psiholog de spital în situații ca cele din cazul teoretic de studiu, folosindu-se în raționamentul său de o criteriologie bio-psiho-socio-spirituală, care ar trebui să includă profilul global al pacientului, văzut prin prisma inserției sale profesionale, familiale și sociale, așa cum se deliberează la Grupul Balint.

Comportamentul de autovătămare corporală, un fenomen recent mai frecvent în rândul adolescenților

■ Sándor Kalmár M.D. Ph.D., Kecskemét

Abstract: *The non-suicidal self-injury as a recent and more frequent phenomenon among adolescents*

Man is a unique, wonderful, complex, complicated-sophisticated, multi-dimensional physical, biological, somatic, mental, psychological, cultural, social and spiritual being, but also a weak and fragile creature. Stranger, he is not really at home in this world, is at the mercy of thousands of danger and suffering, and it's in a constant struggle against the jungles from nature, society, mind and spirit, and especially fear and anxiety. Comes into the world completely helpless, with immature development, incapable for independent living, but with huge individual physical and mental abilities. Only with the help of its family members and of the staff from health, and educational institutions will be able to overcome the biological, psycho-



logical, cultural, social and spiritual crisis along of the bumpy road towards the adulthood, and by the Ego-force obtained this way, becomes normal, healthy adults, and will have the ability to live a full life, to enjoy his life, and to realize itself. Unfortunately, today this is not given to every child. The families are in crisis, the traditional family structure fell apart, the parents' ignorance regarding educational and mental issues has grown, and this can cause anxiety and hesitation in them.

This is strengthening by the crisis of health and education too, the lack of a single set of values, health, lack of teaching and education for family life, and in consequence of that young people are significantly damaged during their adolescence in biological, psychological, cultural and spiritual aspects. It has been known for years, that 50-75% of psychiatric disorders are first manifested in adolescence and young adulthood, and 24.8% of those under 18 years are struggling with psychiatric and behavioral disorders, though would need, but will not receive appropriate treatment. This is confirmed also by the fact of the recent increase of non-suicidal intent self-harm in adolescents (Non-Suicidal Self-Injury, NSSI). The author's article will review the history of self-harm - which is known since the beginning of civilization - the self-harm types' classification and the potential treatments. It states that if the children will be the most important in every family, every kindergarten, at school, in every community and in society, and every parent would have adequate knowledge regarding their children and his education, and if the health service ensures optimum conditions and care for all children, and if every nursery teacher, teacher, educator will possess the necessary self-awareness, the means and knowledge for child rearing, and will follow the eternal values, and live accordingly, exemplary, if all the schools will provide the highest quality education for the development of children as a healthy person, then this serious problem of the present, will disappear.

Key words: "non-suicidal self-harm intention of" self-injurious behavior, classification, treatment and prevention of self-harm.

Rezumat: Omul este o ființă particulară, unică, minunată, complexă, complicat sofisticată, fizic, biologic, somatic, mental, psihologic, cultural, social și spiritual multi-dimensională, dar și slabă și fragilă. Străin în această lume, nu este de adevăratelea acasă în ea, pândit de mii de pericole și suferință, este în luptă continuă în jungla naturii, societății, minții și spiritului, și în principal cu frica, anxietatea. Vine pe lume complet neajutorat, imatur, incomplet evoluat, incapabil de a supraviețui singur, dar cu un imens potențial personal fizic și psihic. Va fi capabil să depășească crizele biologice, psihologice, culturale, sociale și spirituale de pe parcursul drumului anevoios către maturitate doar cu ajutorul membrilor familiei și al personalului din instituțiile de sănătate, educație și învățământ, ca prin forța eului dobândit să devină un adult normal, sănătos, să poată trăi și bucura de o viață deplină prin care se poate auto-realiza. Din păcate, astăzi nu poate beneficia de așa ceva fiecare copil. Familiile sunt în criză, structura tradițională a familiei s-a destrămat, a crescut ignoranța părinților în ceea ce privește educația copiilor, anxietatea și nesiguranța lor.

Acest lucru este confirmat de criza din sănătate și din învățământ, de lipsa unui sistem unitar de valori, lipsa educației pentru sănătate și viața de familie, și drept consecință, afectarea semnificativă biologică, psihologică, culturală și spirituală a tinerilor încă din adolescență. Este cunoscut de ani de zile că 50-75% al tulburărilor psihice se manifestă mai întâi în adolescență și la adulții tineri, dar 24,8% dintre cei sub 18 ani care ar avea nevoie de tratament pentru tulburări psihice și de comportament nu mai primesc tratament adecvat. Acest lucru este confirmat și de faptul că în ultima perioadă a crescut frecvența comportamentului de autovătămare corporală fără intenție de sinucidere la adolescenți (Non-suicidar Self-Injury, NSSI). În articolul său, autorul trece în revistă istoricul autovătămării – cunoscut de la începuturile civilizației – tipurile de autovătămare și modalitățile de tratament posibile. Consideră, că dacă copilul va fi cel mai important în fiecare familie, în fiecare grădiniță, școală, în fiecare comunitate și în societate, dacă fiecare părinte va deține cunoștințele adecvate despre copil și de educația copilului, dacă sistemul de sănătate va asigura condițiile și îngrijirile optime, și dacă fiecare educatoare, învățătoare și profesor va dispune de autocunoaștere adecvată și de cunoștințele necesare pentru educația copiilor, va cunoaște valorile atemporale și, în consecință, va duce o viață exemplară, când toate școlile vor asigura educație de cea mai înaltă de calitate pentru dezvoltarea sănătoasă a personalității copiilor ce le-au fost încredințați, atunci problemele serioase existente azi, vor fi eradicate.

Cuvinte cheie: "intenție de autovătămare non-suicidală," comportamente de autovătămare, clasificarea, tratamentul și prevenirea auto-vătămarilor.



I. INTRODUCERE

„Intenția de autovătămare non-suicidală” (Non-Suicidal Self Injury, NSSI) este un fenomen ce ține în mare parte de adolescență. Conceptul a fost inclus în plus față criteriile de diagnostic specificate în DSM-5 ca un sindrom separat și numai în capitolul „merită să fie studiat ulterior” (DSM-5, 2013)

Autovătămarea poate avea nenumărate manifestări și diverse cauze posibile din punct de vedere genetic, biologic, biochimic, de dezvoltare, psihologic, mental, psihic, cultural, social, religios, mitologic, istoric și spiritual, dar baza trebuie căutată întotdeauna în modificările sistemului nervos.

II. TERMENI

În literatura de specialitate există termeni diferiți pentru forme diferite ale comportamentului autodistructiv. Termenii diferiți reflectă lipsa unui consens între concepția diferiților cercetători.

Denumiri mai frecvente: biting, bone breaking, burning the skin, cutting the skin, carving, Deliberate Self-Harm, (DSH) erasing, extrem forms of downhill riding, eye gouging, eye enucleation, freezing the skin, head banging, hitting, illegal car racing, interference with wound healing, intoxication by psychoactive substances, inserting objects under the skin, joint dislocation, limb amputation, nail biting, needle sticking, Non-Suicidal Self Injury, (NSSI) orifice digging, parasuicidium, picking at a wound, picking the skin until it bleeds, pinching, pulling hair out, refusal to take prescribed medication, refusing to eat in the case of anorexia nervosa, scraping, scratching, self-biting, self-castration, self-hitting, Self-Injurious Behaviours, (SIB) self-mutilation, self-tattooing, skin picking and scratching, skin cutting, swallowing sharp or non-edible objects, (chalk, ink, paper, etc.) tooth extraction, trichotillomania, trichotillophagia, etc. (Campbell, 1996; Horváth, Mészáros, Balázs, 2015; Jans, Taneli, Warnke 2015; Kalmár, 2016a).

III. CONTEXT

În ultimele decenii, este în creștere decalajul dintre dezvoltarea accelerată a noilor simptome psihopatologice, a semnelor, tulburărilor mentale și de comportament, și evoluția psihiatriei. Se modifică evoluția persoanei de la naștere până la maturitate, se produc schimbări, ale căror cauze și tratament adecvat nu sunt cunoscute.

Nevoilor copiilor în creștere și cunoștințele părinților și profesorilor nu sunt sincronizate, astfel copiii rămân singuri în toate etapele dezvoltării lor, și în special în adolescență. Acest lucru este confirmat de tot mai multe studii și publicații care raportează prevalența simptomelor psihopatologice ce apar tot mai frecvent în rândul tinerilor, față de care părinții și profesorii nu știu ce să facă. Aceste simptome, semne, tulburări psihice reprezintă o problemă de sănătate publică în creștere. (P Kalmár 2011, Kalmár, 2011b, 2013b, 2016)

De la naștere până la sfârșitul vieții, se dezvoltă la oameni anumite comportamente și forme de comportament care, printre altele, se leagă de corpul uman, de satisfacția sau insatisfacția legate de acesta, de intenția de modificare a unor părți, care se întipăresc în personalitate, devenind „un obicei”. Unele dintre acestea țin de normele adoptate de anturaj, de obligații spirituale, altele de „obiceiuri proaste”, a treia parte aparțin de forme deviate, iar a patra de domeniul psihopatologiei. Din cele mai vechi timpuri s-au dat numeroase explicații acestor modificări - care, în multe cazuri, au apărut la constrângere externă, și au fost integrate în normele, ceremoniile societății, și azi sunt cunoscute nenumărate explicații, în primul rând subiective, antropologice, mitologice, psihologice, culturale / sociale, hermeneutice, spirituale.

O explorare completă a originilor organice ale fenomenului încă se lasă așteptată. Autovătămarea corporală poate fi observată și în regnul animal, în copilăria timpurie și în stări de tulburare mentală. (Șarpele, șopârta care mușcă propria coadă, lupi, scorpioni, care rod propriile lor picioare, păsări care își rup penele proprii, maimuțe ce-și scot unghiile și animale care se mușcă pe sine, etc.)

În antichitate și mitologie pe lângă atrocitățile agresive au fost foarte frecvente sinuciderile și automutilările. Automutilările au fost conștiente, spre deosebire de sinucideri, care au fost comise fie în stări tulburate abătute asupra lor de „zei”, fie s-au făcut într-un cadru de ritual, religios, magic sau de practici superstițioase. Putem găsi nenumărate exemple în fiecare mitologie și istorie. (Esmun, Bata, Attis, Erüszikthon, Oedip, Thinnan, Súrpanakhá, Sourdas, etc.), dar și Biblia se ocupă de acest subiect. (Harish et al, 2012).

La triburile primitive se regăsește și azi obiceiul de automutilare a mâinilor, degetelor, tăierea părului în caz de do-liu, sau pentru a dovedi apartenența la un trib și gravarea, arderea unor semne magice pe corp în timpul unor ritua-luri de inițiere. Musulmani șiiți își aduc aminte de moartea Imamului Hussein, nepotul profetului Mohamed, în sărbă-



toarea Asura. Ei își exprimă durerea prin diferite auto-vătămări, își taie până la sânge capul, fețele, trupurile. (Kalmár 2016)

Printre creștinii superstițioși din Filipine se păstrează și azi obiceiul de autoflagelare și auto-răstignire, în ciuda faptului că Papa Clement I-a interzis în 1348. Sfinții catolici „și-au privat trupurile și și-au înfrânat simțurile necruțător”. Cu permisiunea particulară din partea unor mentori spirituali, autoflagelarea a fost temporar aprobată în cadrul religiei creștine și în ultimul secol. (Tanquerey, 1932).

Părul, este purtător al forței vitale, iar tăierea acestuia a însemnat privarea de forță deja în Vechiul Testament, (Samson). În cazul în care unei persoane i-a fost tăiat – a fost o umilire. Tonzura călugărilor simbolizează renunțarea la o parte a libertăților vieții civile. Modificările tonsurii și coafurii din cele mai vechi timpuri și până în prezent pot fi ușor urmărite de-a lungul istoriei. În cele mai multe societăți părul și coafura individuală și colectivă au semnificație simbolică. În publicația „Magical Hair”. E.R. Leach analizează teoria psihanalitică a lui Charles Berg, potrivit căruia părul și părul facial sunt simbol al organelor sexuale, iar tăierea lor, reprezintă de fapt o castrare simbolică sau tentativă de a trata agresiunea. (Leach 1958).

IV. Epidemiologie

Incidența autovătămării este incertă, deoarece termenii sunt inexacti, nu există statistici adecvate, și cu scalele motivaționale utilizate sunt greu de evaluat în cazul persoanelor nemotivate.

Un studiu multicentric din 1989 efectuat în zece țări europene a arătat că, în privința para-suicidului, există diferențe considerabile între diferite țări. Cele mai mari valori au fost găsite în Finlanda, unde la 100 000 de locuitori au fost 414 cazuri de para-suicid. Cea mai scăzută valoare a fost găsită în Țările de Jos, 61/100 000. La femei rata cea mai mare a fost în Spania, 595/100 000. În diverse studii, prevalența pe parcursul vieții a para-suicidului s-a dovedit a fi între 1-20%. (Doina Cosman, 2013)

Osuch și colegii săi au identificat șase factori motivaționali. 1. modulații de afect, (affect modulation), 2. abandon (desolation), 3. dualitate punitivă (punitive duality), 4. influențarea altora (influencing others), 5. controlul magic (magical control), 6. auto-stimulare (self-stimulation). Motivațiile pot fi, în aceeași măsură, intra-personale și inter-personale.

Autovătămarea fără intenție sinucigașă (NSSI) este foarte comună în țările dezvoltate, dar prevalența variază foarte mult în funcție de regiune, țară, subcultură, vârs-

tă. Se găsește la cotele cele mai mari în adolescență, la adulții tineri și în copilărie. Debutul se află cel mai frecvent la vârsta de 12-14 ani. În SUA este prezentă la 26-37% din tinerii din clasele de mijloc și superioare. În Canada, 17% din tinerii au avut o tentativă cel puțin o dată. În Irlanda, Australia și Japonia, incidenta este 6-10%. Studiul „Child and Adolescent Self-Harm in Europe” (SEYLE), a arătat că prevalența de vârstă în rândul băieților este 29,9%, la fete: 24,6%. Sondajul Child and Adolescent Self-Harm in Europe” (CASE) arată că prevalența pe parcursul vieții în rândul băieților este: 4,3%; la fete: 13,5%. La tinerii maghiari după SEYLE prevalența de vârstă în rândul băieților este: 14,4%; la fete: 19,0%. Conform anchetei efectuate în Clinici Psihiatrice maghiare incidența automutilării în jurul vârstelor de 14-18 de ani este de 25,6% (Pe baza studiului realizat de Ágnes Vetró, 24,8% dintre tinerii maghiari suferă de tulburări de comportament și / sau tulburare psihiatrică care necesită tratament. (Vetró, 1997; Horváth, Mészáros, Balázs, 2015; Jans, Taneli, Warnke, 2015)

Relația și diferența dintre tentativele de suicid și autovătămarea fără intenție de sinucidere - Autovătămarea este factor de risc pentru sinucidere.

TENTATIVĂ DE SUICID	AUTOVĂTĂMARE (NSSI)
Ideație suicidală	nu este ideație suicidală
Impulsivitate posibilă, dar sentiment de durată de lipsă de speranță și singurătate	stare acută de furie, disperare și / sau stres greu de controlat
Prezența formelor mai grave de comportament autodestructiv, care pun viața în pericol (strangulare, a se arunca de la o înălțime, armă de foc, otrăvire, a se arunca în fața unui vehicul, etc.)	Printre comportamentele auto-destructive se găsesc forme ce pun mai puțin viața în pericol (mușcătura, tăierea, încrestarea, arderea, congelarea pielii, etc.) Individul este conștient de faptul că aceasta poate provoca o accidentare mai gravă, dar nu îi pune viața în pericol.
Fenomenul se repetă, dar mai puțin frecvent decât autovătămarea corporală	În unele cazuri autovătămarea este extrem de frecventă

(Jans, Taneli, Warnke 2015)



V. AUTOVĂTĂMAREA (NSSI) ȘI SISTEMUL NERVOS

Pe parcursul evoluției psihiatriei maghiare autonome, psihiatrii au adoptat pe lângă o poziție fermă în privința abordării holistice, și cu privire la problema, că toate manifestările, comportamentele, iar prin urmare și simptomele, semnele și bolile psihiatrice sunt determinate de o bază organică neurologică.

În cartea lor, „Fundamentele biologice de Psihiatrie”, Lipcsey Attila, Szentistványi István și Janka Zoltán dau o descriere detaliată despre relația dintre modificările sistemului nervos și bolile psihiatrice (Lipcsey, Szentistványi, Janka, 1986). Pe atunci încă n-au ajuns în prim-plan definițiile exacte ale simptomelor și semnelor psihiatrice.

Primul dicționar psihiatric de limbă maghiară a apărut numai în anul 1998 (Kalmár, 1998), care de atunci a cunoscut mai multe ediții, și, mai mult, versiunea ei prescurtată a fost inclusă în fiecare ediție a „Manualului Maghiar de Psihiatrie” începând cu cea de-a doua ediție a acestuia, și numeroase părți din manual se găsesc și în „Lexiconul de psihiatrie” (Kalmár S, Kalmár P, 2007; Füredi, Németh, 2015; Ozsváth, 2011). Manualele neurologice s-au ocupat și se ocupă în detaliu de zeci de ani de simptomele psihiatrice ale tulburărilor neurologice (Mă refer la Horányi, 1966).

Pentru explicarea autovătămării corporale - care, în multe cazuri, apare la constrângere externă, și a fost integrată între normele, ceremoniile societății, - au fost formulate din cele mai vechi timpuri numeroase explicații, și sunt cunoscute și azi explicații, în primul rând, subiective, antropologice, mitologice, psihologice, culturale / sociale, spirituale, hermeneutice, dar o explorare completă a originilor organice a fenomenelor încă se lasă așteptată.

Un număr mare de boli determinate genetic se asociază cu autovătămarea, care în mod clar este de origine organică:

- În cazul sindromului Smith-Magenis „fenotipul comportamental” include tulburări de somn, comportament stereotip, comportament mal-adaptiv și autodestructiv.

- Boala Lesch-Nyhan este asociată cu mutilări, de obicei, prin mușcarea buzelor și a segmentelor distale de deget, cu ruperea unghiilor, întețirea ochilor (este o boală enzimatică legată de gen cu moștenire recesivă, cauzată de lipsa enzimei de hipoxantin-guanin-fosforibozil-transferază. Cele mai multe cazuri se încheie fatal înainte de pubertate) (Csábi, Tényi, 2006).

VI. CLASIFICAREA AUTOVĂTĂMĂRILOR CORPORALE

Au fost făcute multe încercări de clasificare a automutilărilor. Cele mai importante sunt:

- a. Karl Meninger (1938) 1) nevrotică, 2) psihotică, 3) organică, 4) religioasă.
- b. Ross & Mc Kay (1979) 1) directă (tăiere, mușcare, ardere, lovire, etc.) și 2) indirectă (supraalimentare, abuz de substanțe psihoactive, refuzul îngrijirii medicale, etc.).
- c. Patisson și Kahan (1983) a identificat trei variabile: 1) directă/indirectă, 2) letalitate, 3) repetare.
- d. Favazza și Rosenthal: 1) Majoră, 2) Stereotipă, 3) De suprafață / moderată. Cu subgrupuri: 3/1. compulsive, 3/2. episodice, 3/3. repetate.
- e. Simeon și Favazza (2001) 1) Stereotipă, 2) Majoră, 3) Compulsivă, 4) Impulsivă. (Yates, 2004; Prabhat Kumar Chand, 2010)
- f. În funcție de severitatea afecțiunii poate fi: 1) Formă ușoară și izolată, fără tulburări psihice sau subclinice, 2) Formă moderată și ciclică, la care pot exista tulburări psihiatrice, dar nu și psihoză, 3) Formă foarte gravă, izolată cu simptome de psihopatologie gravă, tulburări psihice, tulburări de percepție, iluzii, tentă paranoică, idei suicidale, tulburări psihice, inclusiv și psihoză.
- g. În funcție de frecvență: 1) Rară: 1-3 ori pe an, 2) Moderată: 4-11 ori pe an, 3) Frecventă: de mai mult de 11 ori pe an.
- h. Pe baza bolilor psihice: 1) Nu există nici o tulburare psihiatrică, 2) Retard mintal, 3) Psihoză, 4) Tulburare de personalitate, 5) Alte boli psihiatrice. Există de asemenea grupări combinate.
- i. Clasificarea formelor deviate și / sau patologice: 1) Organice-, 2) Psihice-, 3) Culturale-, 4) Spirituale/ religioase/ magice/ de origine superstițioasă.
- j. Clasificare proprie. (Horváth, Mészáros, Balázs, 2015; Kalmár, 2016a).

Primul grup: Activități adecvate standardelor sociale, culturale, sociale: vopsirea feței și corpului, îndepărtarea pilozității și a unor derivate de piele (de pe cap, față, axile, părul pubian, de pe picioare, unghii), perforarea lobului urechii, nasului, pleoapei, limbii, mamelonului, organelor sexuale și altor părți ale corpului pentru purtarea unor accesorii, bijuterii dentare, tatuaje. Se poate presupune că persoana este nemulțumită de aspectul fizic propriu și dorește să o schimbe și / sau că dorește să-și atenuze anxietatea.

Al doilea grup: Activități de estetică corporală, în principal, de îngrijire, dar și de chirurgie facială de întinerire, lipo-



sucțiune, mărirea sânului, intervenții de chirurgie plastică, manichiură, pedichiură.

Al treilea grup: forme obligatorii de ritual religios, magic sau superstițios, și mai recent și din motive de sănătate, precum:

- circumcizia chirurgicală a prepuțului la bărbați. Este cunoscută la mai multe popoare. Sunt cunoscute trei forme de mutilare genitală la femei.
- contractul de sânge (este cunoscut și în istoria maghiară)
- autoflagelarea,
- purtarea unor brățări, lanțuri de fier care cauzează durere fizică, sau de centuri din păr,
- răstignire din convingeri religioase-superstițioase,
- rănirea capului, corpului cu cuțitul până la sângereare în semn de doliu
- tunderea părului pe motiv religios (tonsura călugărilor, călugării budiști se rad chel, etc.)
- anumiți băștinași desenează cu cuțit modele pe pielea lor, și apoi ung rana cu rășină arsă. Noilor-născuți din Khartoum li se desenează pe față semnele magice ale trunchiului tatuat.
- suspendare de cârlige agățate în piele din motive religioase sau de altă natură ale individului. În India face parte din ceremonii religioase. Este o intervenție la modă printre tinerii de astăzi, să se suspende folosind cârlige agățate de spate, piept, picioare, în diferite părți ale feselor,
- bijuterii corporale purtate înfipte în pielea din cele mai diferite zone ale corpului, de la nas la organele genitale.

Al patrulea grup: forme deviate și / sau patologice: tăierea unor părți ale corpului, a limbii cu cuțit, lamă, bucată de sticlă, sau oglindă, înțeparea cu cuțitul, cu acul. Înțepări, arsuri cu țigări, lumânări pe antebrățe, încheieturi și alte părți ale corpului, tatuaje pe penis, introducerea unor implanturi sub pielea penisului, mușcăături, mușcarea buzelor. Smulgerea părului și mâncatul părului, frecarea, ruperea firelor de păr. Smulgerea sprâncenei, a unghiilor, pișcarea pielii, loviri, frecarea puternică, în special a părții din spate a gâtului, a extremităților sau a organelor genitale. Masturbare provocatoare de leziuni cu ajutorul unui ac. Ruperea rănilor, coaserea împreună a unor părți ale corpului, băi opăritoare, ingerarea unor materiale nepotrivite pentru alimentație (cerneală, hârtie, cretă), turnarea unor substanțe corozive pe corp, lovirea ritmică, repetată a ca-

pului de perete sau de un obiect dur.

Proceduri chirurgicale voluntare, mutilări de corp forțate de chirurghi, tăierea pielii pe abdomen, braț, piept, tăierea mamelonului. Introducerea unor corpuri străine în nas, urechi și alte orificii ale corpului. Cea mai gravă este auto-castrarea, tăierea organului genital, care a fost cunoscută și în mitologie. Scoaterea ochiului propriu, a propriilor dinți cu mâna sau cu diferite instrumente. Tăierea degetului mare, tăierea sânului, provocarea unor răni pe abdomen, amputarea unor părți ale corpului, auto-provocarea de avort, etc. (Csábi, Tényi, 2006)

Diferitele forme de patologie apar adesea în combinație unele cu altele. Complicație rară denumită trichobezoar, care apare după ingestie de păr.

Deși auto-vătămările mai grave și bizare de cele mai multe ori sunt comise în stare psihotică, au fost descrise auto-vătămări grave și în tulburări neurologice, boli infecțioase, neuro-sifilis, sindromul Lesch-Nyhan, sindromul Down, și în alte leziuni ale creierului, chiar și fără boli psihice (Harish et al, 2012).

Bibliografie:

- Campbell R. J.: Psychiatric Dictionary. Seventh Edition. Oxford University Press. New York, Oxford, 1996.
- Cozman Doina: Suicidology. Presa Universitara Clujeană. Cluj-Napoca. 2013. 65-65.
- Csábi Gy., Tényi T., (2006): Magatartási fenotípusok és kognitív sajátosságok mentális retardációban. Neuropsychopharmacologia Hungarica. VIII/3; 127-142.
- Csorba J., Szélesné Ferencz E., Steiner P., Farkas L., Németh Á., (2005): Önsértő magatartású serdülők tüneti jellegzetességei. Pszichiátria Hungarica. 20. 6. 456-462.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. (DSM-5) American Psychiatric Association. Washington DC. 783. o. 801-806. o.
- Füredi J., Németh A.: A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina Könyvkiadó ZRT. Budapest, 2015.
- Harish T., Chawan N., Rajkumar R. P., Chaturvedi S. K., (2012): Bilateral self-enucleation in acute transient psychotic disorder: the influence of sociocultural factors on psychopathology. Comprehensive Psychiatry 53, 576-578. www.sciencedirect.com
- Horányi B.: Neurologia. Medicina Könyvkiadó, 1966.
- Horváth É., Lengyel J., Ónodi Molnár D., Tóth M.: Gyermekek szexuális bántalmazása. Független Médiaközpont, Budapest, 2011.
- Horváth L. O., Mészáros G., Balázs J., (2015): Serdülőkori nem-szucidális önsértés: aktuális kérdések.



Referate

- Neuropsychopharmacologia Hungarica. XVII/1; 14-22. o.
11. (<http://www.nice.uk/CG16>)
 12. Jans T., Taneli Y., Warnke A.: Suicide and Self-harming Behaviour. In The Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Edit. J. M. Rey. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Profession, IACAPAP, Geneva, 2015.
 13. Kalmár P., (2011): Depressziós tünetek előfordulása adolescens korú fiataloknál Budapesten, a XV. Kerületben, 2011-ben. Health Development Egészségfejlesztés. Országos Egészségfejlesztési Intézet. LIII. évfolyam, 5-6. szám. 12-16. o.
 14. Kalmár S.: Pszichiátriai szótár. Janssen-Cilag. 1998.
 15. Kalmár S., Kalmár P., (2007): Pszichiátriai Szótár. Kalm-R Bt. Kecskemét.
 16. Kalmár S. (2010a): The advantages and the disadvantages of the Internet in preventing suicide In: L. Sher, A. Vilens: Internet and Suicide. Nova Science Publishers 2010. Chapter 3.
 17. Kalmár S. (2010b): Konfliktuskezelő és kommunikációs tréning lehetősége Internet alapú továbbképzési rendszerben. MPT. Délkelet Magyarországi Tagozat Tudományos ülése. Cserkeszőlő, 2010. nov. 26-27.
 18. Kalmár S. (2010c): Az Internet lehetőségei a pszichiáter továbbképzésben és az öngyilkosság megelőzésében. MPT. Délkelet Magyarországi Tagozat Tudományos ülése. Cserkeszőlő, 2010. nov. 26-27.
 19. Kalmár S. (2010d): Az Internet szerepe és lehetőségei az öngyilkosság megelőzésében. Aesculap Academia Konferencia az öngyilkosság megelőzésének témakörében. Lélekben Otthon, 2010. nov. 29.
 20. Kalmár S. (2011a): Az internet kihasználatlan lehetőségei suicid prevencióban. Magyar Pszichológiai Társaság Jubileumi XX. Országos Tudományos Nagygyűlése, Budapest, 2011. Május 25-27.
 21. Kalmár S. (2011b): The Relationship between Education and Mental Health in adolescents in Hungary. Psihiatru-Ro.
 22. Kalmár S.: Az Internet lehetőségei az öngyilkosság megelőzésében. In Kalmár S., Németh A., Rihmer Z.: Az öngyilkosság orvosi szemmel. Medicina Kiadó Budapest, 2012. 354-375
 23. Kalmár S. (2013a): The possibilities of suicide prevention in adolescents. A holistic approach to protective and risk factors. Neuropsychopharmacologia Hungarica. XV/1
 24. Kalmár S. (2013b): A hit hiánya, a nem kellő hatékonyság, a motiváció hiány, a negatív önértékelés, alkalmazkodási zavarok és fáradékonyság vizsgálata magyarországi középiskolásoknál. In: Czékus Géza: Motiváció – Figyelem – Fegyelem. Motivation – Attention – Discipline. (ISBN 978 86 87095-38-0) Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka. 666-682o.
 25. Kalmár S. (2013c): Az öngyilkosság a biológiai pszichiátria és az idegtudományok szempontjából. In Filo M: Halálos bűn és szabad akarat. Öngyilkosság a jogtudomány tükrében. Medicina Kiadó 2013.
 26. Kalmár S. (2016a): Az emberi test megváltoztatására irányuló öncélú tevékenységek a szociálisan elfogadottól a patológiás formáig. (a nem öngyilkossági szándékkal történő önsértésről) Neuropsychopharmacologia Hungarica. XVIII/1.
 27. Kalmár S.: A nevelés szerepe az egészséges magatartás kialakításában és az önpusztító magatartás megelőzésében. 2016b. (kézirat)
 28. Kelleher I., Corcoran P., Keeley Helen, Wigman Johanna T. W., Devlin Nina, Ramsay H., Wasserman Camilla, Vladimir C., Sarchiapone M., Hoven Christina, Wasserman Danuta, Cannon Mary, 2013: Psychotic Symptoms and Population Risk for Suicide Attempt. A Prospective Cohort Study. JAMA Psychiatry. 2013;():-. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013. 140. Published online July 17, 2013
 29. Kósa K. (2008): Prevenció – bevezető. Orvostovábbképző Szemle. XV. Évf. 3. szám. 18-22.
 30. Leach E. R.: Magical Hair. The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland. Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland. London 1958.
 31. Lipcsey A., Szentistványi I., Janka Z.: A pszichiátria biológiai alapjai. Akadémia Kiadó Budapest, 1986.
 32. Makra S.: A mágia. Magvető Könyvkiadó. Budapest. 1988.
 33. Mann J. J., Apter A., Bertolote J., Beautrais A., Currier D., Haas A., Hegerl U., Lonquist J., Malone K., Marusic A., Mehlum L., Patton G., Philips M., Rutz W., Rihmer Z., Schmidtke A., Schaffer D., Silverman M., Takahashi Yoshitomo, Varnik A., Wasserman Danuta, Yip P., Hendin H. (2005): Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review, JAMA, 294: 2064-2074.
 34. Nagaraja Rao K., Sudarshan C. Y., Shamshad Begum (2008): Self-injury behavior: A clinical appraisal. Indian Journal of Psychiatry. 288-292.
 35. Nemeroff C., Compton M., Berger J.: The depressed suicidal patient. In Hendin H., Mann J. J.: The Clinical Science of Suicide Prevention. 2001. p. 5)
 36. Oszváth K.: Pszichiátriai Lexikon. Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2011

***Traducere din limba maghiară: Görög Ilona**



Noutăți în psihosomatică. Marginalii pe seama Conferinței Anuale a Asociației Europene de Psihosomatică, Nuremberg

■ Lucia Florescu, Dan L. Dumitrașcu, Clinica Medicală II, UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca

Abstract: Psychosomatic medicine is a discipline (and in some countries even a medical specialty) complementary to Balintianism. Therefore, Balintians attend the meetings of psychosomatic medicine (usually invited) and the psychosomatic doctors attend the Balintian events. We consider therefore appropriate to summarize here a selection of papers presented to the EAPM Annual Meeting 2015, with specific comments, as we proceeded in previous years.

Key words: psychosomatic medicine, relation between body-soul.

Rezumat: Psihosomatica este o disciplină (iar în câteva țări chiar o specialitate) complementară balintianismului. De aceea, balintienii vin la conferințele de psihosomatică (de obicei invitați), iar psihosomaticienii contribuie la manifestările balintiene. Considerăm de aceea util să supunem atenției o selecție dintre lucrările de la conferința EAPM din 2015, încadrate cu comentariile potrivite, așa cum am procedat și în alți ani.

Cuvinte cheie: medicina psihosomatică, relația corp-suflet.

Motto: „Trupul și mintea sunt în egală măsură reședința bunăstării sau a bolilor. Ceea ce determină sănătatea și armonia ființei umane este interacțiunea lor armonioasă” (fragment din înțelepciunea ayurvedică).

Problema minte-corp este una dintre cele mai dezbătute probleme din cadrul filosofiei minții, încercările ei de soluționare datând încă din antichitate. În esență, problema constă în a stabili cum este relaționată mintea cu corpul omenesc. Căutarea unei legături între dispozițiile psihologice și susceptibilitatea bolii a fost aproape în permanență prezentă în istoria psihologiei. Prin anii 1930, conceptul de medicină psihosomatică a devenit legat de psihanaliză. Cele mai influente figuri, Helen Dunbar și Franz Alexander, au încercat să creeze o explicație materialistă a interacțiunii minte/corp. Teoria lui Dunbar a fost numită termodinamica emoțională, ea explicând că „energia psihologică caută o priză prin simptome fizice din cauza incapacității sale de a fi exprimată mental”. Interpretarea lui Alexander a fost însă puțin mai abstractă, el afirmând că „orice conflict nesoluționat al subconștientului se manifestă în final prin daune fizice” [Lipowski et al 1986].

Mesajele circulă în corpul nostru în ambele sensuri, atât dinspre planul psihic spre cel fizic, cât și invers. O lovitură asupra corpului nostru, de exemplu, nu generează doar durere fizică, ci și emoții negative (deprimare, regret, frustrare etc.). Dar și ideile, sentimentele, stările noastre psihice pot induce la rândul lor reacții la nivel fizic. În sensul său strict,

psihosomatica reprezintă studiul proceselor dintre psihic și somatic. Experiența subiectivă a patologiei fizice este profund afectată de contextul psihologic și social în care are loc procesul de boală.

Domeniul bolilor psihosomatice reprezintă o zonă interesantă de studiu. General vorbind, acestea sunt considerate ca fiind manifestări fizice care rezultă în urma factorilor psihologici. Câteva astfel de exemple ar fi: sindromul intestinului iritabil, durerile musculare, durerile de cap, sindromul de oboseală cronică, hiperventilația, atacurile de panică. De asemenea multe tulburări psihologice, cum ar fi depresia sau anxietatea legate de stres au implicații psihosomatice, dar nu sunt clasificate ca atare.

Medicina psihosomatică poate fi definită ca un cadru interdisciplinar pentru evaluarea factorilor psihologici care afectează vulnerabilitatea individuală, cursul și prognosticul bolii.

Anul acesta a avut loc la Nuremberg cea de-a treia conferința anuală a Asociației Europene de Medicină Psihosomatică (EAPM), unul dintre cele mai așteptate și de referință evenimente din acest domeniu. Conferința este un eveniment de prestigiu internațional, multidisciplinar și multiprofesional, dedicat cercetărilor din specialitatea me-





dicinei psihosomatice. Scopul acestei întâlniri este acela de a oferi o definiție actualizată, o compilație cuprinzătoare și detaliată a celor mai recente realizări din acest domeniu, pentru a sublinia limitele sale cu disciplinele conexe și pentru a ilustra principalele contribuții în medicina clinică și preventivă. [Leentjens and Levenson 2015]

Progresul atins în acest domeniu are implicații practice atât în cercetare, cât și în practica medicală. Subiectele atinse fac referire la rolul stilului de viață, simptomele inexplicabile din punct de vedere medical, nevoile psihosociale determinate de bolile cronice, evaluarea terapiei dincolo de zona farmaceutică și rolul pacientului ca participant activ pentru sănătatea lui. Astăzi domeniul medicinei psihosomatice este științific mai diversificat și relevant din punct de vedere terapeutic mai mult ca oricând.

Anual, congresul reunește specialiști din diferite domenii de activitate și abordează implicațiile bolilor psihosomatice din perspective multiple, fiecare autor prezentând o contribuție însemnată în propriul său domeniu de expertiză. Scopul îl reprezintă sporirea gradului de cunoștințe cu privire la principiile de medicină psihosomatică, aportul practic al comorbidităților și asimilarea informațiilor cu privire la aspectele clinice și implicațiile terapeutice specifice.

Un subiect mult discutat face referire la axul creier-tub digestiv. Sindromul intestinului iritabil este una dintre cele mai frecvente tulburări gastro-intestinale funcționale cu etiologie complexă și diversă. Există un număr mare de posibili factori ce țin de apariția și progresia acestei tulburări.

Sindromul intestinului iritabil este un sindrom gastro-intestinal caracterizat prin dureri abdominale cronice, însoțite de modificări ale tranzitului intestinal, în absența unei cauze organice. Factori psihologici, cum ar fi stresul și anxietatea pot cauza modificări chimice în organism care pot declanșa sau accentua simptomatologia sindromului de intestin iritabil [Dumitrașcu et al 2001]. Stresul constituie cu siguranță un risc pentru sănătate atunci când se înregistrează într-o măsură exagerată și când fazele de tensiune nu sunt urmate de pauze de relaxare. Un studiu destinat importanței acestui factor de risc arată asocierea dintre sindromul de intestin iritabil și stresul de la locul de muncă. Cele mai multe persoane prezintă simptome mai accentuate sau mai frecvente în timpul perioadelor de stres crescut demonstrate și prin prezența markerilor biologici (IL-6). [Popa and Dumitrașcu 2015]

Este din ce în ce mai clar că ne putem îmbunătăți modul de îngrijire medicală acordând mai multă atenție la aspectele psihologice ale evaluării. Impactul sindromului de intestin iritabil asupra sănătății psihice a unei persoane poate

fi destul de important. Persoanele diagnosticate pot experimenta frustrare și chiar crize de depresie și anxietate. Este deci esențial a păstra atitudinea pozitivă, *gândirea* optimistă și *starea de spirit* bună pentru managementul cât mai eficient al bolii. Studiul destinat acestei probleme demonstrează că starea de spirit pare a avea un efect semnificativ atât asupra calității vieții, cât și a severității simptomatologiei. Nivelurile ridicate de depresie sunt legate de scăderea calității vieții și severitatea crescută a simptomatologiei, în timp ce starea de spirit pozitivă induce atenuarea simptomelor și îmbunătățirea răspunsului la tratament. [Pletikovic, Tkalic, Hauser 2015]

Un aspect care este deosebit de relevant pentru abordarea psihosomatică este identificarea modelelor biologice, psihologice și sociale (bio-psiho-sociale) inerente la dezvoltarea tulburării și influența răspunsului individual la o varietate de factori de stres.

Legătura dintre stres și boală devine bine cunoscută, dar măsura în care stresul afectează sănătatea noastră este de multe ori subestimată. Importanța factorilor de risc psihosociale și comportamentali este tot mai frecvent invocată. Bolile cardiovasculare reprezintă principala cauză a deceselor la nivel global. Tehnicile de management al stresului au efecte pozitive asupra organismului, lucru demonstrat și în cadrul unui studiu clinic randomizat efectuat în Iran care a inclus pacienți diagnosticați cu boli coronariene, demonstrând o îmbunătățire a imunității organismului și a sănătății psihice în grupul care a beneficiat de aceste ședințe. [Aghajani, Asgarian, Bashiri 2015]

Ideea că evenimentele și situațiile din viața unei persoane, care sunt semnificative pentru aceasta, urmate de apariția unor manifestări fizice, a fost de asemenea o observație comună. Introducerea unor metode structurate de colectare a datelor și a grupurilor de control a permis să susțină legătura dintre evenimente din viață și o serie de tulburări, care să cuprindă sistemul endocrin, cardiovascular, respirator, gastro-intestinal și autoimun. Evenimentele traumatiche repetate din copilărie, în special abuzul și traumele emotionale, au efecte profunde și de durată, și pot schimba corpul, creierul, sistemul nervos și în cele din urmă, viața întregă. Se pare că aceste evenimente par a fi asociate cu o vulnerabilitate crescută spre dezvoltarea tulburărilor gastro-intestinale funcționale. Un studiu efectuat în rândul a 2097 adolescenți din România demonstrează acest lucru. Cu puține excepții, bărbații și femeile au raportat o prevalență similară pentru fiecare categorie de evenimente traumatiche. Excepțiile au inclus abuzul fizic, care a fost raportat mai frecvent de bărbați decât de femei, aces-



tea raportând o prevalență mai mare a abuzului sexual și traumelor emoționale. Expunerea la abuz fizic și emoțional a crescut riscul de raportare a simptomelor gastrointestinale, comparativ cu grupul de neexpuși, cele mai frecvente simptome fiind diareea, constipația, durerile abdominale și indigestia [Baban, Cozma, Balázs, Dumitrașcu 2015].

Aria psihiatrică apare și ea ca o sursă extrem de importantă de comorbiditate în tulburările medicale. S-a constatat afectarea calității vieții și a funcționării sociale, care în final urmează să fie asociate cu mortalitate mai mare (în special a persoanelor în vârstă). Relația dintre tulburările de anxietate și depresie cu apariția altor boli a fost de asemenea dovedită a avea implicații clinice importante.

Personalitatea de tip D (Denollet, 1995) se poate defini ca fiind profilul cu afinitate generală către suferință psihologică și care se caracterizează prin combinarea afectivității negative și inhibării sociale, fiind în același timp semnificativ asociat cu creșterea mortalității la pacienții cu boală coronariană [Denollet and Conraads 2011]. Cu toate acestea, până în prezent nu există nici un studiu cu privire la asocierea de personalitate tip D și diagnosticul de tulburări mentale. Primul studiu având ca obiectiv analiza acestei ipoteze a fost efectuat în Germania și a demonstrat că tipul de personalitate D la pacienții cu boli coronariene și depresie este asociat cu tulburări psihice mai complexe și mai durabile, cum ar fi fobia socială, distimia și tulburările de personalitate. [Albus et al 2015]

Obiectivele, potențialul și limitele tratamentului tulburărilor psihosomatice au fost de asemenea revizuite. Cea mai mare parte a pacienților care suferă de tulburări psihosomatice trebuie tratați prin mijloace comune însă apar dificultăți din cauza diferențelor de abordare între specialități. După excluderea unor cauze fizice ale simptomelor unei persoane, abordarea de obicei, se concentrează pe stabilirea unei relații de încredere și de susținere între persoană și medicul lor. În evaluarea perspectivelor de tratament, ar trebui luate în considerare vârsta la examinare, durata bolii, gradul de înțelegere, natura bolii, factorii de risc asociați, tipul de personalitate al pacientului și structura mediului din care provine. Tratarea unei astfel de tulburări poate fi de cele mai multe ori o provocare. Măsurile terapeutice care au fost folosite până în prezent includ: medicamente psihotrope, hipnoza, terapie de grup, psihoterapie. Sarcina acestor metode de tratament este de a înțelege ce aspecte ale vieții emoționale a pacientului sunt depozitate în organism și prin această înțelegere, să-l aducă înapoi la terenul de gândire, astfel încât acestea nu mai trebuie să se manifeste somatic.

Diferite discipline susțin și cultivă mindfulness, dovedindu-și încă de la început utilitatea atât în mediul psihologilor clinicieni, cât și în domeniul medicinei, fiind recomandat atât oamenilor clinic sănătoși, cât și oamenilor care suferă de o condiție sau o boală pentru a reduce stresul prin utilizarea meditației de tip mindfulness.

Meditația mindfulness este definită ca "o disciplină mentală, un efort de a antrena mintea prin cultivarea conștientizării mindfulness și concentrarea atenției pe momentul prezent". (Grossman, 2011). [Carmody and Baer 2008]

Aproximativ 80% din bolnavii de cancer care fac chimioterapie prezintă vărsături și grețuri din cauza toxicității tratamentului, simptome care se pot menține timp îndelungat. Un studiu recent efectuat în Statele Unite ale Americii demonstrează cum această tehnică de relaxare reduce semnificativ simptomatologia post-administrare chimioterapice, fiind în același timp o metodă ieftină și accesibilă tuturor. [Hunter, Chaoul, Fisch, Harden 2015]

Mindfulness a început să fie puternic popularizat în mediul academic și clinic odată cu propunerea programului MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) de către John Kabat-Zinn în 1979 [Chiesa and Serretti 2009]. Un studiu danez a experimentat această tehnică și la pacienții cu dureri cronice, și a demonstrat că, comparativ cu un grup de control, participanții care au beneficiat de training MBSR au raportat mai puține simptome anxioase și depresive, un control și o toleranță mai bună a durerii [La Cour et al 2015]. Astfel, meditația de tip mindfulness îmbunătățește procesele metacognitive, duce la o

scădere a gândurilor ruminative prin învățarea detașării față de un gând și acceptarea gândului în momentul prezent așa cum e el și îmbunătățește capacitățile atenționale, memoria de lucru, precum și flexibilizarea cognitivă. Aceste îmbunătățiri ale proceselor cognitive și metacognitive pot fi asociate cu îmbunătățiri ale eficienței mecanismului de auto-reglare.

Tratamentul tulburărilor psihosomatice reunește măsuri terapeutice din domeniile medicale și psihologice, dintre care multe sunt orientări formale și proceduri standard, cea mai mare parte atinse prin utilizarea datelor de cercetare și a rezultatelor bazate pe dovezi.

Necesitatea de a lua în considerare, productivitatea, performanța, capacitatea intelectuală, stabilitatea emoțională și bunăstarea de zi cu zi, a apărut ca o parte esențială a investigației clinice și de îngrijire a pacientului. Aceste aspecte au devenit deosebit de importante în bolile cronice și este esențial pentru clinicieni a înțelege ro-



Referate

lul multipleror variabile care afectează individul, familia și mediul social. Medicina psihosomatică are în față o agendă încărcată de cercetare. Cea mai mare prioritate ar trebui să se acorde studiilor care analizează tulburările psihice majore în bolile cu impact global crescut. Studiile clinice bine concepute sunt esențiale pentru evaluarea eficacității prevenției și tratamentelor în îmbunătățirea rezultatelor medicale și psihosociale. În final „fiecare om este autorul propriei sale sănătăți sau boli”- Buddha.

Bibliografie

1. Aghajani M., Asgarian F., Bashiri Z.: Effects of stress management program on mental health of patients with coronary heart disease. *J psychosom res* 2015;78(6)
2. Albus C., Lambertus F., Fritzsche K., Hamacher S., Hellmich M., Junger J., Ladwig K.H. et al.: Association of the Type D personality with SCID diagnosis of ental disorders-results from the SPIRR-CAD trial. *J psychosom res* 2015;78(6)
3. Baban A., Cozma A., Balazsi R., Dumitrascu D. L.: Adverse childhood experiences and associations with self-reported gastrointestinal symptoms in young adults. *J psychosom res* 2015;78(6)
4. Carmody, J., & Baer, R. A. (2008): Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of behavioral medicine* 2008; 31(1), 23-33.
5. Chiesa A., & Serretti, A.: Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *The journal of alternative and complementary medicine* 2009;15(5), 593-600.
6. Denollet J., Conraads V.M.: Type D personality and vulnerability to adverse outcomes in heart disease. *Cleve Clin J Med*. 2011 Aug;78 Suppl 1:S13-9
7. Dumitrașcu D.: *Sindromul de intestin iritabil; Tratatul de gastroenterologie*. Ed Medicală Națională, București, 2001, 45- 59
8. Fava G.A., Sonino N.: The clinical domains of psychosomatics medicine. *J Clin Psychiatry* 2005;66.
9. Hunter J., Chaoul M., Fisch M., Harden-Harrison M., Basset R., Sui D., Maunder R. et al.: A relaxation strategy for reducing chemotherapy side-effects. *J psychosom res* 2015;78(6)
10. La Cour P.C.: Mindfulness and chronic pain. What is next step?. *J psychosom res* 2015;78(6)
11. Leentjens A.E.G., Levenson J.L.: *J psychosom res* 2015;78(6)
12. Lipowski Z.J.: *Psychosomatic medicine: past and present*. *Can J Psychiatry* 1986;
13. Nemiah, John C.: "A Psychodynamic View of Psychosomatic Medicine." *Psychosom Med* 2000;5
14. Pletikosic S., Tkalcic M., Hauser G.: The role of mood in irritable bowel syndrome symptom severity and the quality of life. *J psychosom res* 2015;78(6)
15. Papa S., Dumitrascu D.L.: Job stress in irritable bowel syndrome. *J psychosom res* 2015;78(6)
16. Prince M., Patel V., Saxena S et al.: No health without mental health. *Lancet* 2007;370

Între sinucidere clasică și accidente mortale - un concept nou asupra copiilor cu vârsta cuprinsă între 5 și 11 ani

■ Dr. Miron Itzhak, Piatra Neamț

Abstract: This article comes from a true case which I observed during the last two years. Most psychologists considered that the period between 0-11 years is a period of happiness, with no worries or troubles, stating that the child has no sense of guilt and he can't perform such a complex act like a suicide. The author's observation claims to find a connection between classical suicide and mortal accidents among children.

Rezumat: Acest articol este rezultatul unui studiu de caz cu care m-am confruntat în ultimii doi ani. Majoritatea psihologilor au crezut că perioada de 0-11 ani este o perioadă de fericire, fără griji sau probleme, afirmând că un copil nu are simțul vinovăției și nu poate întreprinde un act atât de complex ca sinuciderea. Lucrarea aceasta pretinde să caute o îmbinare între sinuciderea clasică și accidentele mortale la copii.



Cuvânt înainte

Cazul cu care m-am confruntat în ultimii doi ani e următorul:

O mamă a venit la psihoterapie pentru a discuta despre moartea fetiței ei. Ea suferea de o depresie majoră. De la primele întâlniri am aflat informații legate de starea mamei, istoricul ei, lucruri legate de familia ei și bineînțeles, amănunte despre fiica ei și despre moartea acesteia.

Din povestirea mamei am înțeles că a fost vorba despre un accident petrecut la patinoar, fiica ei alunecând și căzând, ca să nu se mai trezească apoi niciodată. Concluzia Institutului de Medicină Legală din Iași a fost că fetița sufere un accident soldat cu moartea victimei. Așa crezusem și eu în primele ședințe.

Mama mi-a povestit despre fetița ei care avea 11 ani, era talentată, o foarte bună elevă, dar și foarte sensibilă. Ea avea probleme de adaptare în clasă, nu se regăsea în colectiv, îi plăcea foarte mult să se joace cu păpuși și să viseze, izolându-se social de alți copii de vârsta ei.

De asemenea, mama mi-a spus că singurul lucru pe care îl regretă este faptul, că i-a ascuns fiicei situația tatălui ei, care era în închisoare pentru fapte grave.

Cu câteva zile înainte de Crăciun, fetița a intrat în casă foarte supărată și plângând. I-a povestit mamei că, grupa ei de copii a respins-o și nu au acceptat-o să meargă să colinde împreună. Mama a încercat să o sprijine și să o consilieze, oferindu-i chiar și o recompensă materială, însă fetița nu s-a liniștit, iar în următoarele 4-5 zile s-a închis în camera ei, refuzând să discute cu cineva. Așa a trecut Crăciunul, cu mamă și fiica stând separate, închise fiecare în camera lor.

Pe data de 27 decembrie, mama a simțit o schimbare de situație. Fetița a venit la mama ei și a rugat-o să meargă împreună la o plimbare în parcul din centrul orașului. Mama, foarte bucuroasă că fiica ei s-a liniștit, a acceptat și rugămintea ei de lua cu ele aparatul fotografic.

Mama își mai amintește că fiica ei o ruga să-i facă cât mai multe fotografii, ba chiar din mai multe poziții. Întrebată de ce dorește atât de multe fotografii, fetița i-a răspuns: *"Pentru că o să ai nevoie!"*

Pe data de 28 decembrie, fetița i-a propus mamei să meargă împreună la patinoar. Mama a acceptat din nou cu bucurie cererea copilului. După circa 10 minute, fetița a căzut. Mama s-a dus spre ea, speriată, să vadă ce s-a întâmplat, de ce nu se mai ridică copilul ei, de ce nu mai deschide ochii. A fost chemată o ambulanță, echipajul ei încercând timp de 2 ore să o resusciteze, fără vreun rezultat.

Povestea mamei, legată de colinde și de fotografii mi-a ridicat suspiciuni, cum că ar fi vorba de mai mult decât de

un accident mortal. Însă, următorul amănunt m-a lăsat fără aer, surprins de situație: mama m-a întrebat ce ar trebui să facă cu lucrurile personale ale fetiței - îmbrăcămintea, jucăriile, rechizitele etc. Eu i-am răspuns că pentru un doliu adevărat și procesiunea doliului, ar fi nevoie să avem cu noi tot ceea ce a aparținut copilului. Numai după împăcare și ieșirea din doliu și din depresie, se pot da lucrurile. Mama mi-a spus că unele din prietenele fetiței ei îi cer câte o amintire de la ea, iar ca exemplu mi-a dat ultima carte citită de ea. Curiozitatea m-a împins să o întreb cum se intitulează acea carte, iar răspunsul ei m-a șocat: *Madeleine L'Engle – "Călătorie în a cincea dimensiune"*.

Eu cunoșteam această carte, deoarece o citisem în urmă cu câțiva ani, în limba engleză. Este vorba despre o fetiță de 11 ani, care într-o zi, spre seară, a primit vizita a două persoane neobișnuite. Acestea i-au povestit că provin din a cincea dimensiune, iar tatăl ei se află în aceeași dimensiune cu ei. Apoi i-au propus copilei să-i însoțească spre dimensiunea lor, pentru a-și vizita tatăl. Fetița a acceptat invitația fără nici o ezitare și au pornit împreună o călătorie imaginară în dimensiunea a cincea.

Sensibilitatea fetiței, curiozitatea ei față de viață, dar mai ales curiozitatea față de tatăl ei pe care nu l-a cunoscut niciodată, problemele fetiței cu colegile ei, au făcut-o să se identifice puternic cu Meg, personajul principal al cărții.

Adevărul este că nu am știut cum să clasific acest caz: sinucidere clasică, un accident mortal sau altceva?

Din acest motiv m-am hotărât să fac această lucrare științifică, pentru a vedea cum este privit și cum este atins în literatura de specialitate acest subiect. Lucrarea dorește să clarifice situația cazurilor care nu sunt în totalitate sinucideri, dar nici accidente mortale nu sunt.

Introducere

Or-Bach, I. (*"They Don't Want to Live"*, 1987) definește sinuciderea ca un act conștient de auto-distrugere prin folosirea unui instrument până la terminarea vieții și ieșirea din lume.

Shneideman, E. (*"The definition of suicide"*) utilizează o imagine vizuală asemănând actul de sinucidere cu trunchiul unui copac. Locul unde s-a petrecut, metoda folosită, conținutul scrisorii de intenție, etc. fiind asemănați cu crengile, fructele și frunzele acestuia. De altfel, el definește sinuciderea ca o activitate a unei persoane care dorește





Referate

intenționat să se autodistrugă, pentru a-și înceta existența.

Aceste descrieri se referă la adulți, dar prezintă o problemă atunci când încercăm să le aplicăm la copii de până la 11 ani. Până în anii 1960, cercetările legate de sinuciderile la copii erau rare. Până atunci nu se credea că, copiii pot face un act sinucigaș, atât de puternic și la o vârstă atât de fragedă. De asemenea nu se putea crede că ei suferă atât de puternic încât să își dorească moartea. O altă cauză pentru care se credea imposibilă sinuciderea la copii, se referă la faptul că, se credea că un copil nu are o capacitate emoțională suficient de mare, încât să-și asume actul de sinucidere.

Majoritatea psihologilor au crezut că perioada de 0-11 ani este o perioadă de fericire, fără griji sau probleme, afirmând că, copilul nu are simțul vinovăției și nu poate întreprinde un act atât de complex ca sinuciderea.

Rosenthal, P.A. ("Suicidal behavior by pre-school children", "American Journal of Psychiatry" 520-525, 1984) susține că în practica de medicină legală din Statele Unite ale Americii, majoritatea medicilor patologi preferă să declare **accidentul** drept cauză a morții la copiii de până la 14 ani, indiferent dacă au existat scrisori de intenție, ori chiar dovezi că acel copil ar fi comis suicid.

Argument

Realitatea este alta. Din păcate, eu nu am reușit să mă documentez asupra "accidentelor" suferite de copii sau asupra cazurile de sinucideri în rândul copiilor din România, fiind nevoit să apelez la statisticile publicate în Israel.

Din raportul dat de Comisia de sănătate mentală a copiilor către Parlamentul Israelian în 2013, rezultă câteva date sugestive:

Între 2010 și 2013, în Israel, s-au sinucis aproximativ 450 de oameni (la o populație de 8 milioane de locuitori). Dintre ei, 100 au fost tineri cu vârste cuprinse între 17 și 24 de ani, 12 cazuri cu vârsta cuprinsă între 11 și 17 ani, 5 cazuri la copii cu vârsta cuprinsă între 7 și 11 ani.

Tentativele de sinucidere au fost raportate într-un număr mult mai mare – 4.850 de tentative anuale, dintre ele numai 50 înregistrându-se la copii cu vârsta între 7 și 15 ani.

Este oare real acest număr de sinucideri la copii, ori este mistificat, iar numărul real este mult mai mare decât cel dat publicității?

O statistică efectuată între anii 2006-2012 în rândul țărilor OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), arată că din 2, 5 milioane de copii cu vârsta cuprinsă între 0 și 11 ani, 144 de copii au suferi accidente mortale. 24.000 de copii au fost internați și au primit tratament în urma unor accidente.

În raportul acesta se face o diferențiere între accidente- le intenționate și cele neintenționate rezultând faptul că, 21 % (aproximativ 30 de copii) au murit într-un accident intenționat (accident intenționat este apropiat de definiția sinuciderii, dar din cauza prejudecăților se preferă sintagma menționată).

Din același raport reies și cauzele accidentelor intenționate, raportate în rândul copiilor cu vârsta de până la 11 ani. Se observă următoarele:

1. Încercarea în piscină sau mare – 11,1 %
2. Sufocarea sau strangularea – 7 %
3. Căderea de la mare înălțime – 3,8 %
4. Prin foc – 2,6 %
5. Jocul cu arma – 2,4 %
6. Curentare – 1,8 %
7. Accidente de mașină auto – 3,3 %
8. Otrăvire, abuz de pastile etc. – 3,75 %
9. Înjunghiere – 1,2 %

Locul în care s-au petrecut accidentele: 44 % din copii s-au accidentat mortal în propria casă, 32 % din tragedii având loc în stradă, 10 % la școală, 9 % pe terenurile de joacă, 5 % în locuri ascunse, 1,2 % având loc la mare.

În cartea sa, "They Don't Want to Live", tradus "Ei nu vor să trăiască", Or-Bach descrie cauzele care duc la actul de sinucidere:

1. Dorința de a muri ca o dorință endogenă, interioară – 28 %
2. Căutarea sentimentului de bine după o suferință psihică puternică – 22 %
3. Evadarea dintr-o situație nepermisivă și fără ieșire – 16 %
4. Dorința de ai face pe cei din jurul lor să înțeleagă sentimentele lor – 11 %
5. Dorința de ai face pe cei care i-au făcut să sufere, să regrete că au făcut-o (răzbunare) – 5 %
6. Să verifice dacă sunt iubiți – 2 %
7. Dorința de a căuta ajutor – 2 %.

În 1981, Sara Smilanski, în cartea "Conceptul de moarte la copii, 6-11 ani", ne aduce câteva cauze care sunt factori de risc pentru sinuciderea copiilor:

1. Personalitatea depresivă, când instinctul de moarte este mult mai puternic decât instinctul de viață.
2. Pierderea unui părinte, fie în urma decesului sau al divorțului, sau din alte cauze, pot aduce copilului sentimentul de abandon
3. Probleme sociale și de comunicare, de adaptare la grupuri
4. O dinamică familială complicată, rezultând sentimente de neapreciere, neglijare



5. Abuzuri psihice sau sexuale
6. Identitate personală și sexuală problematică
7. Imitarea personajelor imaginare din cărți, povești, desene animate etc.

Conceptul de moarte la copii, mai ales la cei cu vârsta până în 11 ani, este destul de problematic. Este nevoie de un copil matur afectiv, cu abilități de cogniție, care trebuie să cuprindă patru aspecte principale:

1. Ireversibilitatea morții: Copilul trebuie să înțeleagă, că omul nu este nemuritor, moartea fiind un proces fără întoarcere. Din păcate, atitudinile religioase și conceptele părinților sau ale celor din jurul copiilor îl fac pe copil să nu poată concepe moartea într-un mod puternic.

Existența vieții după moarte într-un tărâm magic ca de poveste poate oferi unui copil afectat o cale de evadare din lumea noastră și din suferință. Acesta o poate percepe ca pe o evadare temporară, neștiind că moartea este un fenomen ireversibil. În cazul fetei, cartea despre călătoria în dimensiunea a cincea, fuga de copiii care au refuzat-o, căutarea tatălui în dimensiunea a cincea pentru a-i veni în ajutor, i-au dat posibilitatea să evadeze.

Nu e greu de înțeles că unii copii înzestrați cu curiozitate și imaginație puternică vor dori să evadeze temporar în acel tărâm.

2. Moartea, ca un fenomen finit: Ideea că nu mai este nimic după moarte (nu mai există suferință, conștiință) și totul se sfârșește.

Din păcate, există foarte mulți copii care sunt influențați de ideea că după moarte există altă viață. Aceste mesaje îl fac confuz, dar măcar în acest caz nu are așteptări de întoarcere. Iar călătoria în a cincea dimensiune, este un act dinamic în afara spațiului nostru.

3. Cauzalitatea morții: un copil trebuie să aibă o putere cognitivă și înțelegere a ceea ce-l face pe el să-și dorească să moară. Motivele pentru evadarea lui i se par sieși foarte serioase, comparativ cu opțiunile de pe lumea aceasta.

4. Moartea ca un lanț al vieții: Copilul trebuie să conștientizeze că, moartea este o parte din viață și că orice ființă moare.

Din păcate, aceste patru aspecte care provin din filosofie și psihologie sunt foarte greu de înțeles de copii, deoarece ei nu au maturitate psihică a adultului.

Atunci când vorbim de un accident mortal ne referim la o situație pe care nu o controlăm deloc, produsă de factori exteriori. Dar aici nu e cazul. Din cercetările făcute de mine,

copiii cu o sensibilitate crescută, cu probleme de personalitate, cu lipsa unuia din părinți, cei care suferă foarte mult, sunt copiii care preferă să scape de neazuri și greutăți și de aceea să plece din lumea noastră.

În Israel, am avut câteva cazuri de copii care au deschis fereastra, s-au uitat în jos și din păcate au încercat să zboare. Filmul despre copilul care stătea fără teamă în acoperișurile caselor, până într-o zi, când a căzut, prezintă o situație complexă între accidentul mortal și nevoia de evadare.

Tot în Israel, l-am întrebat pe unul din copiii pe care îi aveam la tratament dacă a văzut vreodată cum moare un animal (un câine, o pisică etc.) sau dacă a văzut cum este îngropat acel animal. Folosind exemple despre animale putem ajuta copilul să înțeleagă că, evadarea din lumea aceasta este una definitivă.

Din păcate, numărul de copii care ajung să moară încercând să evadeze din viața crește. Ar fi foarte bine ca noi să-i tratăm ajutându-i să supraviețuiască, fără să ne speriem de creșterea numărului de cazuri.

Lucrarea aceasta pretinde să caute o îmbinare între sinuciderea clasică și accidentele mortale la copii. Dacă acceptăm această provocare, fără să ne speriem de cifre, ar fi grozav să concepem un program de prevenție pentru copiii hipersensibili, copiii care au avut o tentativă de sinucidere sau care amenință să o facă. Învățându-i, ei vor înțelege că evadarea pe care o încearcă este totală, ireversibilă, reprezentând sfârșitul vieții. Dacă reușim să-i facem pe acești copii hipersensibili să se pătrundă de adevărul acestor argumente, copiii vor fi ațți să înțeleagă ce ar trebui să facă și care este calea cea bună de urmat pentru ca problemele cu care se confruntă să se rezolve în favoarea lor.

BIBLIOGRAFIE:

1. Or-Bach, I.: "They do not want to live", Bar-Ilan University, 1987
2. Smilanski, S.: "The death perception of the death by children 6-11", Haifa, 1981
3. Or-Bach, I.: "Pain until the end", Schocken, Tel-Aviv 2000
4. L'Engle, Madeleine: "Călătorie în a cincea dimensiune", Editura Corint, București, 2009
5. Pritchard, C.: "Suicide - the ultimate rejection?", studiu psihologic, 1996, Open University Philadelphia
6. Miron, I.: "Prietenul meu psihologul", Editura Archip, Sibiu, 2009
7. Miron, I.: "Psihologia pe înțelesul tuturor", Biblioprod, Piatra Neamț, 2005
8. Rosenthal, P.: "Suicidal Behavior by Preschool Children", American Journal Of Psychiatry 14 (4), 520-525, 1984



Conflictele în relațiile de cuplu ■ Marcel Vintilă – Canada

Aparent, nu este ușor să trăiești o viață în doi, timp de prea mulți ani, dacă luăm în considerare numărul de divorțuri care afectează aproximativ 50% din cupluri, fără să ținem seama de cuplurile la care se face simțită lipsa de satisfacție, dar care nu se separă. În general, femeia și bărbatul care formează un cuplu nu sunt satisfăcuți numai de relația lor de la început, ci sunt angajați și optimiști de asemenea în ceea ce privește viitorul relației lor. Atunci când se unesc, le este greu să-și imagineze că relația lor ar putea să se degradeze. Câțiva ani mai târziu, ne întrebăm ce s-a întâmplat cu oamenii aceștia și de ce au ajuns să se gândească la despărțire? De ce nu au fost capabili să-și mențină angajamentul luat și satisfacția în cuplu? Am putea oare identifica anumite diferențe între cuplurile care reușesc să trăiască fericiți împreună și cele care eșuează? Există oare anumiți factori care sunt prezicători pentru succesul sau eșecul relației? Câteva răspunsuri revelatoare sunt date de cercetările făcute în acest domeniu, în ultimii ani. Astăzi pot fi observate și măsurate diferitele caracteristici ale relației din cuplul familial - modul de comunicare, nivelul de angajare față de celălalt, armonia sexuală, divergențele ș.a. Uneori rezultatele obținute par surprinzătoare. Diferite echipe de cercetători, conduse de Clements și Markman sau de Gottman, au constatat că aspectele pozitive de la începutul unei relații - caracterizată printr-un anumit nivel de armonie sexuală, intimitate, satisfacție ș.a. - nu permit o predicție a probabilităților de succes ale acesteia. Din contră, se pare că ar avea valoare predictivă modul de reacție al cuplurilor la divergențele și conflictele care survin. În toate cuplurile apar inevitabil diferențe și conflicte, deoarece soții trebuie să decidă unde să trăiască, cum să-și împartă sarcinile, cum să administreze banii, a cui carieră să fie favorizată, cum să-și împartă timpul liber, fiecare pentru el sau în familie ș.a.m.d. Diferențele de gusturi, de priorități, de idei, aduc adeseori conflicte de interes, dificile de rezolvat. După mai mulți ani și cuplurile fericite au de asemenea subiecte de nemulțumire, de conflicte nerezolvate și discuții câteodată penibile. La cuplurile care s-au separat se observă însă foarte frecvent o anumită manieră negativă de a reacționa la conflictele iscate din stuații neplăcute. Gândirea negativă și sentimentele negative față de celălalt devin invazive, iar aspectele pozitive ale relației pierd din teren. Nu mai rămâne loc destul pentru prietenie, stimă, respect și pentru plăcerea de a mai fi împreună. Eșecul relației conjugale se datorează și eroziunii aspectelor pozitive, comparativ cu exersarea comportamentelor negative. Se consideră, că un act negativ contrabalansează mai multe acte pozitive – cum ar fi să te bucuri de o activitate împreună, să faci dragoste sau ceva asemănător.

Să vedem cum apar și evoluează aceste conflicte, care sunt manierele posibile de a reacționa la acestea. Încercăm să sugerăm cum ar putea să-și orienteze eforturile aceste cupluri pentru a-și păstra relația lor, chiar așa uzată prin conflicte.

Reacțiile dăunătoare generatoare de conflicte: când o discuție începe iritant, cu critică sau sarcasm, se sfârșește în majoritatea cazurilor la fel cum a început. Gottman descrie patru forme de negativism care apar în cursul relației conjugale: critica, disprețul, apărarea și mutismul.

Critica: cuvântul se referă la critica adresată persoanei sau caracteristicilor acestei persoane, cum ar fi temperamentul sau unele trăsături ale personalității. O critică este diferită de un reproș, implicând comportamentul celuilalt în situații de zi cu zi. Critica este foarte obișnuită în relațiile de cuplu, iar când aceasta este doar ocazională, nu se poate afirma că ar fi un semn al faptului că acel cuplu ar fi în dificultate. Atunci însă, când aceasta devine frecventă, ea devine cu adevărat distrugătoare și deschide drumul altor forme de negativism și mai distrugătoare pentru relația de cuplu. Cuplurile vor avea de aruncat reproșuri de la unul la altul, tot timpul. Este o mare diferență însă, între extinderea unei nemulțumiri în raport cu anumite comportamente și o critică care este globală. Aceasta comportă o judecată negativă asupra persoanei, vizează caracterul sau personalitatea partenerului, implică un defect constitutiv.

Disprețul (desconsiderarea): pasul între critică și dispreț poate fi foarte ușor de făcut. Exemplu: Oliver, venind de la muncă, îi spune soției sale Dora, că are nevoie de 15 minute pentru relaxare, după care va face ceea ce e de făcut în casă. Dora, zice cu sarcasm: „Tu ești bun numai ca să stai sau să dispari în baie. Crezi că cele 15 minute vor rezolva totul?” Patru ani mai târziu, Dora și Oliver erau în pragul divorțului. Dora, nu ar fi trebuit să se manifeste atât de nerespectuos, ci trebuia doar să-și exprime nemulțumirea fără a face apel și la critică. Gândurile negative față de celălalt sunt reprobabile, dacă diferențele dintre parteneri sunt înțelese și acceptate. Dacă Dora ar fi vrut să-l asculte pe Oliver, ar fi putut să-l și înțeleagă. Sarcasmul și cinismul sunt forme de dispreț care implică o anumită formă de mânie și agresivitate. În mod inevitabil, acest dispreț duce la amplificarea conflictelor, iar consecințele lor sunt importante asupra partenerilor. Dacă un bărbat își manifestă cu regularitate desconsiderarea față de soția sa, ea va fi predispusă la anumite probleme de sănătate – mai exact, ea va face mai des episoade de gripă, infecții urinare, micoze, sau va acuza mai frecvent probleme gastro-intestinale. Atunci când fizionomia unei femei exprimă dezgust de patru ori într-o discuție



de aproximativ un sfert de oră, e un semn că acel cuplu riscă mult să se separe în următorii ani. Dezgustul este alimentat și prin gânduri negative, întreținute timp îndelungat la adresa partenerului.

Apărarea: critica și disprețul conduc la poziții defensive ce generează nevoia de justificare, de negare sau de contraatac. Mesajul celuilalt nu este luat în considerație. Chiar atunci când acesta intenționează numai să se justifice, apărarea nu dă rezultatul dorit. O justificare aduce un contraatac și o expresie suplimentară de dispreț. Asistăm astfel la o escaladare a conflictului, deoarece poziția de apărare exprimă un blam de genul „Problema ești tu, nu eu!”

Mutismul: atunci, când discuțiile persistă să rămână în jurul unui punct înveninat, negativismul devine atât de covârșitoare, încât unul dintre cei doi poate termina prin a se închide complet în sine. Acest lucru rămâne valabil dacă survine orice altă discuție sau subiect de discordie. În 85% din cazuri, bărbații sunt cei care adoptă acest comportament, ce poate fi observat la cuplurile cu forme precedente de negativitate și care de câțiva timp sunt într-un angrenaj negativ.

Submersiunea - scufundarea: persoana care opune un zid de tăcere criticilor celuilalt, o face adesea pentru a se proteja de o scufundare datorată emoțiilor dezagreabile. Negativitatea sub formă de critică, atitudine de dispreț sau apărare, devine atât de invazivă, încât generează adesea o consternare lipsită de apărare. Persoana învață să facă orice pentru a evita ca aceasta să se repete. Scopul e de a se proteja, iar pentru aceasta se dezangajează din punct de vedere emoțional, se detașează. Submersiunea este acompaniată de reacții fizice ca:

- accelerarea ritmului cardiac (care poate crește de la 80 la 165 bătăi pe minut)
- schimbări hormonale: secreția de adrenalină (care pregătește organismul pentru o reacție de luptă sau fugă)
- creșterea tensiunii arteriale, care poate să se manifeste prin diferite simptome de anxietate, respirație apăsătoare, tensiune musculară, transpirații etc.

Aceste reacții sunt nespecifice la organismele care sesizează o amenințare. Dacă unul din parteneri sau amândoi se vor afla mai adesea în asemenea situații, șansa lor de separare este foarte mare. În primul rând, pentru că aceasta arată că persoana se găsește într-o severă disperare emoțională. În al doilea rând, pentru că este imposibilă orice discuție productivă, cu scopul de a regla problemele. În această stare avem tendința de a răspunde prin luptă (critică, dispreț, apărare) sau fugă (mutism, detașare), în loc de a da un răspuns intelectual sofisticat.

Interacțiunea între fiziologia endocrino-cardio-vasculară, emoțiile și gândirea generată de acestea este redutabilă. Cu cât răspunsul fiziologic este mai puternic, cu atât emoțiile sunt mai

puternice și cu atât avem tendința de a avea gânduri negative, care prin feedback, amplifică reacțiile fiziologice și emoțiile. Sistemul cardio-vascular al bărbaților este mai receptiv la stres decât cel al femeilor. Ritmul lor cardiac crește mai repede și necesită mai mult timp pentru a reveni la normal. Presiunea lor sanguină crește mai mult. Deoarece în această privință bărbații sunt mai afectați decât femeile, nu este surprinzător că ei sunt cei care caută de preferință să evite conflictele și că au tendința spre mutism.

Eșecul tentativelor de reparație. Semnul care arată că relația cuplului este în pericol este eșecul tentativelor de reparație în cazul conflictelor. Tentativa de reparație este un gest sau un cuvânt care vizează diminuarea tensiunii, să rupă angrenajul emotiv care a avut loc. De asemenea, aceasta ar trebui să contribuie la prevenirea submersiunii, la dedramatizarea acestui conflict. Ea constă într-un gest afectuos (o atingere, un zâmbet) o glumă, o invitație de a face o pauză (râzând sau spunând că-i pare rău), etc. Cu cât submersiunea este mai prezentă, cu atât sunt mai dificil de remarcat gesturile de reparație și cu atât mai greu este de a răspunde la ele.

Eșecul relației: După Gottman sunt patru etape care indică eșecul relației. 1. Partenerii consideră că problemele lor sunt serioase, caută fiecare să le rezolve separat, conversația li se pare inutilă. 2. Ei încep să-și trăiască viața paralel. 3. Se instalează singurătatea. 4. Partenerii sunt deconectați pe plan emotiv. Adesea în această ultimă etapă, unul dintre ei are relații extraconjugale. În acest stadiu posibilitatea de separare este foarte mare, dar nimic nu este încă terminat. Autorul crede că multe cupluri ar putea reuși să-și salveze relația, învățând cum să-și orienteze eforturile. El crede că în loc să înveți manierele de a face față conflictelor, ar fi mai profitabil să te concentrezi dezvoltându-ți atitudinile pozitive spre celălalt partener (dezvoltarea prieteniei și a respectului).

Apariția conflictelor de interes în analiza lui Cristensen și Valczynski: dintr-o perspectivă behavioristă (observare psihologică interioară a comportamentelor), unele persoane caută parteneri cu care să trăiască și să-și anticipeze bucuriile vieții. Acestea au tendința să caute parteneri care au un „background” (familia de origine, educația formativă și colectivitatea pe care o frecventează) asemănător cu al lor, ceea ce face mai probabilă consolidarea mutuală. De asemenea, ei pot căuta parteneri care prezintă anumite diferențe-opoziții care cresc probabilitatea de consolidare mutuală, prin contrabalansare. Exemplu: Laura este ambițioasă și energică în timp ce Walter este mai „relax”. Ei ar putea găsi gratificații în calitățile celuilalt. Energia și entuziasmul Laurei ar putea să-l motiveze și să-l susțină pe Walter pentru a lua o decizie în cariera sa. Capacitatea lui Walter de a lăsa deoparte responsabilitățile, ar putea face ca Laura să profite mai mult de viață. Anumite asemănări și diferențe între parteneri, însă, care



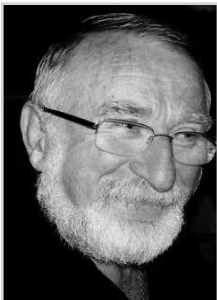
■ Știri din viața Asociației

la început contribuie la atracția lor, pot conduce ulterior la incompatibilități și conflicte. Ceea ce părea că atrage la început, poate apărea sumbru mai târziu. Exemplu: energia și ambiția Laurei, care-i păreau atrăgătoare lui Walter, se pot transforma într-o presiune, care devine antipatică cu timpul. În același mod, stilul relaxat a lui Walter care-i plăcea Laurei la început, poate să i se pară leneș, trândav. Câteodată diferențele sunt importante și nu pot fi ignorate. La începutul unei relații, incompatibilitățile sunt adesea reduse și pot fi reorientate. Dar cum partenerii petrec mai mult timp împreună în circumstanțele cele mai diverse, scoaterea în evidență a incompatibilităților devine mai probabilă. Aceste neajunsuri se pot dezvolta pe măsură ce experiența vieții va face ca partenerii să se schimbe.

Factorii care influențează conflictele: unii cercetători sugerează că asemănările între parteneri în ceea ce privește personalitatea și atitudinile ar fi un factor care favorizează reușita. În replică, există probabilitatea ca incompatibilitățile să conducă la o escaladare a conflictelor. Ei asociază personalitatea nevrotică (tendința de a prezenta anxietate, nervozitate, depresie) prezentă la unul sau la ambii parteneri, cu o mai mică satisfacție în relația de cuplu. Se pare că și tendința de a arunca celuilalt responsabilitatea

și problemele se asociază cu o satisfacție conjugală diminuată. Rezolvarea conflictelor este complicată de tendința de a blama și de a-l acuza pe celălalt. Se vehiculează modele care pun un accent atât pe rolul personalității cât și pe rolul istoriei personale în conflicte. Young (1997) prezintă un model interesant după care insatisfacția apare adesea, atunci când conflictele sau evenimentele vieții activează planuri de inadaptare la unul din parteneri, care-l face să ia poziții extreme. Koski et Shaver (1997) acordă, de asemenea, un loc important personalității, abordând problematica conflictelor și satisfacția conjugală în lumina „teoriei atașamentului” emisă de Bowlby. Stilul de atașare se dezvoltă în principal în relația cu părinții și constituie un factor important care determină interacțiunile dintre soți. Alte studii încearcă să demonstreze o anume legătură între nivelul de stres cotidian și interacțiunile negative în cuplu. Evenimentele vieții care reprezintă un stres, cum ar fi venirea pe lume a unui copil, sunt adesea asociate cu diminuarea satisfacției conjugale. În aceste circumstanțe stresante, nevoia de sprijin devine tot mai mare, în timp ce capacitatea de a oferi ceva celuilalt diminuează. Astfel, evenimente cu semnificație absolut pozitivă, dar asimilabile cu un stres, pot amplifica conflictele moarte.

Știri din viața Asociației ■ Dr. Albert Veress - Miercurea Ciuc



15-17 ianuarie 2016: *Weekend Național Balint de iarnă cu Postrevelion Balintian*, Roman. Din nou, și iarăși: cei care nu au reușit să participe, au avut doar de pierdut! Atmosfera caldă, familială, prietenească pe care ne-au oferit-o gazdele, familiile Țubucanu și Costin, ne-au făcut să ne simțim în al nouălea cer!

PLANURI DE VIITOR:

4-7 aprilie, 2016: *Conferință Națională Balint, Chișinău*, Hotel Vila Verde. **Taxă participare:** 40 euro. E.M.C.: 20 credite. **Cazare** 40 euro/cameră dublă cu micul dejun inclus. Probabil vom închiria mijloc de transport în comun. Anunțuri de participare la dr. Veress Albert, 0744-812.900 până la data de **25 martie**. Nu e nevoie de pașaport!

13-15 mai, 2016: *Conferință Balint la Salzburg*, Austria.

Informații: transnitz@aeksbg.at

21-22 mai, 2016: *Weekend Național de Vară*, Câmpulung-Moldovenesc, Izvorul Giumalău, cabana dr.-lui Paziuc Alexandru. Cazare 30 lei/pers./zi. Taxă de participare: **40 euro** (cuprinde masa festivă pentru membrii Asociației cu cotizația plătită la zi. Va fi creditat EMC. Termen de anunțare a participării și rezervării cazării: **18 mai 2016** la dr. Veress Albert, 0744-812.900

3-5 iunie, 2016: *Conferința Națională a Asociației Maghiare de Psihosomatică, Balint, Érd, Ungaria*. Avem 2 invitații cu suportarea c.v. cazării și a taxei de participare, care se va împărți între cei doritori să participe. Termen de anunțare a intenției de participare, la secretariatul Asociației Balint din România, **31 mai 2016**. (abr.secretariat@gmail.com)

21-24 iulie, 2016: *Conferință Balint, Yerevan, Armenia*

16-18 septembrie, 2016: *Conferința Asociației Balint din Polonia, Warszawa*

23-25 septembrie, 2016: a XXIII-a Conferință Națională Balint (locația încă nu s-a fixat).

Albert Veress.

