

Buletinul Asociației Balint

Periodic trimestrial. Volumul XX. Nr. 77



Martie 2018

ANOREXIA NERVOASĂ ȘI SUICIDUL

• Dr. Ciobanu Corina, Dr. Nane Alis-Georgiana, București

pag. 4

INFLUENȚA AFECTIVITĂȚII ASUPRA COMPORTAMENTULUI PACIENȚILOR CU ARTRITĂ REUMATOIDĂ

• MOGÎLDEA Cristina, psiholog; CALANCEA Veronica, psiholog clinician¹, dcd²;
GROPPA Liliana, profesor universitar³; MELNICIUC Alecsandru, medic internist¹, dcd³;
GANEA Nadejda, medic reumatolog¹, dcd³; BUJOROXana, medic reumatolog¹, dcd³;
USATÎ Rodica, medic reumatolog¹, dcd³

pag. 8

Analiză comparativă între Schizofrenia Paranoidă și Tulburarea Delirantă

• Simona Trifu, Daniela Andronache, Ion Ana Marilena, Terente Ioana (București)

pag. 15

Poezia ca leac pentru suferință

• TFlavius Petrescu, București

pag. 22

Anunț important!

Se scoate la concurs funcția de **Redactor Șef** al
buletinului Asociației Balint.

Cei doritori să ocupe funcția să trimită la adresa redacției C.V.-l și
un proiect de management pentru o perioadă de 5 și de 10 ani
până la data de 15 iunie 2018.

Decizia se va da pe data de 15 septembrie.



Cuprins

| | |
|--|----|
| Prezentarea Asociației Balint din România | 2 |
| ANOREXIA NERVOASĂ ȘI SUICIDUL | |
| • Dr. Ciobanu Corina, Dr. Nane Alis-Georgiana, București. | 4 |
| INFLUENȚA AFECTIVITĂȚII ASUPRA COMPORTAMENTULUI | |
| PACIENȚILOR CU ARTRITĂ REUMATOIDĂ | 8 |
| • MOGÎLDEA Cristina, psiholog; CALANCEA Veronica, psiholog clinician ¹ , dcd ² ; GROPPA Liliana, profesor universitar ³ ; MELNICIUC Alecsandru, medic internist ¹ , dcd ³ ; GANEA Nadejda, medic reumatolog ¹ , dcd ³ ; BUJOROxana, medic reumatolog ¹ , dcd ³ ; USATÎÎ Rodica, medic reumatolog ¹ , dcd ³ | |
| ANALIZĂ COMPARATIVĂ ÎNTRE SCHIZOFRENIA PARANOIDĂ ȘI TULBURAREA DELIRANTĂ | 15 |
| • Simona Trifu, Daniela Andronache, Ion Ana Marilena, Terente Ioana (București) | |
| POEZIA CA LEAC PENTRU SUFERINȚĂ | 22 |
| • Flavius Petrescu, București | |
| NECROLOG - HARMATHY ÉVA - GYÁSZOLÁSA | 24 |
| NECROLOG și DOLIU PENTRU ÉVA HARMATHY | 25 |
| ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI | 25 |

MOTTO:

„În lumea actuală se investește de cinci ori mai mult în medicamente pentru virilitatea masculină și silicoane pentru femei, decât în vindecarea bolii Alzheimer. Din această cauză în câțiva ani vom avea bătrâne cu bustul mare și bătrâni cu penisul tare. Dar niciunul nu-și va aduce aminte la ce servesc”. – Robert Edwards, laureatul premiului Nobel pentru medicină în 2010

Martie 2018, Volumul XX, Nr. 77 ■ 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:** Pro-Print, 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 ■ Cristian KERNETZKY (D)
■ Mircea LĂZĂRESCU ■ Holger Ortwin LUX ■ Dragoș MARINESCU ■ Ioana MICLUȚIA ■ Csilla MOLDOVAN ■ Aurel NIREȘTEAN
■ Ovidiu POPA-VELEA ■ Almos Bela TRIF (USA) ■ Simona TRIFU



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 2018 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 membri 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:

Ilona GÖRÖG

ilon.gorog@gmail.com



VICEPREȘEDINTE:

Tünde BAKA

tundeb13@freemail.hu



SECRETAR:

Maria-Mihaela PAP

abr.secretariat@gmail.com



TREZORIER:

Albert VERESS

veressalbert02@gmail.com



MEMBRU:

Rita Lenke FERENCZ



MEMBRU:

Holger-Ortwin LUX



MEMBRU:

Csilla VAJDA-HEGYI

Către autori

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

Materialele scrise la solicitarea redacției vor fi remunerate. Buletinul este creditat de către CMR ca prestator de EMC, deci orice articol publicat se creditează cu **15 de credite EMC**. Abonamentul la Buletin se creditează cu **5 credite EMC**. 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 monografiile (citarea în text se notează cu cifre arabe în paranteză, iar în bibliografie se înșiră autorii în ordinea citării, nu cea alfabetică, și doar acei autori care au fost citați în lucrare).

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.



ANOREXIA NERVOASĂ ȘI SUICIDUL

■ Dr. Ciobanu Corina, Dr. Nane Alis-Georgiana, București.

Rezumat: Anorexia nervoasă este o tulburare psihică, cu consecințe medicale devastatoare, caracterizată prin scădere ponderală marcată până la emaciere (prin restricție alimentară) și o percepție distorsionată asupra propriului corp, având o teamă obsesivă de îngrășare. Au fost descrise două tipuri de anorexie: tip restrictiv și tip mâncat compulsiv/purgare. Comorbiditățile includ depresia, tulburarea afectivă bipolară, tulburări anxioase, tulburări de personalitate, abuz de substanțe. Tulburările de alimentație sunt asociate cu rate crescute de mortalitate și suicidul reprezintă una dintre cele mai frecvent raportate cauze de deces. De asemenea, în aceasta populație s-a remarcat pe lângă comportamentele suicidare și frecvența celor non-suicidare, dar autodistructive. Prin urmare, evaluarea corectă a riscului suicidar al acestor pacienți și acordarea promptă a unui tratament adecvat este critică în abordarea acestei boli.

Cuvinte cheie: anorexie, tulburare psihică, depresie, risc suicidar.

Abstract: Anorexia nervosa is a serious mental illness, with devastating physical consequences, characterised by low body weight and body image distortion with an obsessive fear of gaining weight, which manifests itself through depriving the body of food. There are two main sub-types of anorexia: restricting type and binge-eating/purging type. Comorbidities include depression, bipolar disorder, anxiety disorders, personality disorders and substance abuse disorder. Among psychiatric diagnoses, eating disorders are associated with increased mortality rates and suicide is the most commonly reported cause of death. Additionally, suicidal and non-suicidal self-injurious behaviours occur frequently in this clinical population. Therefore, it is critical for clinicians and caretakers to carefully evaluate these patients for suicide risk and to refer promptly for appropriate treatment.

Keywords: anorexia, mental illness, depression, suicide risk.



Anorexia nervoasă (AN) este o tulburare psihică, manifestându-se, conform DSM-5, prin restricția consumului caloric corespunzător nevoilor, până la refuzul persistent al alimentației, conducând la o semnificativă scădere ponderală și emaciere (în raport cu vârsta, sexul, traiectoria de dezvoltare și sănăta-

tea fizică); fobia de îngrășare și, astfel, persistența comportamentului care interferă cu creșterea ponderală, în ciuda unei greutate corporale semnificativ scăzute; tulburarea modului de apreciere a greutății și a formei corporale, cu conștientizarea scăzută a gravității medicale pe care o implică malnutriția sau subnutriția autoimpusă¹, idee, de multe ori, mai mult decât doar obsesivă, ajungând să fie delirantă, de intensitate psihotică. Anorexia nervoasă a mai fost numită în literatură „psihoză înghețată”².

Anorexia nervoasă este cea mai frecventă tulburare de alimentație în perioada adolescenței (între 14 și 18 ani) și afectează cu precădere sexul feminin (0,5-1 % la fete)³.

Sunt descrise două tipuri de AN: 1. Tipul restrictiv (consumul a mai puțin de 300-500 kcal/zi, excluderea în totalitate a grăsimilor din alimentație și/sau intensificarea exercițiului fizic până la epuizare); 2. Tipul alimentație compulsivă/purgare (în cadrul căruia există episoade restrictive urmate de mâncat excesiv și comportamente compensatorii de evacuare precum vărsături autoprovocate, abuz de laxative, diuretice sau clisme). Acest tip seamănă cu bulimia nervoasă, existând frecvent posibilitatea virajului dintr-una în alta¹.

Dintre comorbidități, tulburările afective (bipolare, depresive) și anxioase se asociază frecvent cu anorexia nervoasă pe axa I. De asemenea, a fost descrisă tulburarea obsesiv-compulsivă la unii pacienți cu AN - în special de tip restrictiv (obsesiile și compulsiile nu sunt legate de comportamentul alimentar), dismorfofobia, pe când la cei cu tip - alimentație compulsivă/evacuare a fost descris mai frecvent abuz de alcool și de alte substanțe¹, având un control mai slab al impulsurilor. De asemenea, frecvent are loc o dezvoltare dizarmonică a personalității acestor pacienți: obsesiv-compulsivă, evitantă, dependentă (mai ales AN tip restrictiv), histrionică, borderline (AN tip alimentație compulsivă/purgare).



Probabilitatea ca în viața persoanelor care suferă de o tulburare de alimentație să apară un episod depresiv semnificativ este foarte mare, predominând sentimente de vinovăție, de subestimare, inutilitate, sinuciderea fiind una din cauzele mortalității ridicate în tulburările de alimentație, pe lângă complicațiile medicale.

Pe lângă disforie, pacienții cu tulburări de alimentație au un tipar specific de personalitate premorbidă în timpul tulburării și după recuperare⁴. S-a constatat, astfel, că obsesionalitatea, perfecționismul, inflexibilitatea și incapacitatea de exprimare a emoțiilor, sunt trăsături de personalitate comune la persoanele cu AN. Supuse și restrâns emoțional, acestea au dificultăți în stabilirea relațiilor sociale („*Când sunt slabă, e ca și cum aș vrea să spun ceva și nu reușesc să exprim prin cuvinte, iar atunci spun ce am de spus cu corpul.*”). În general ele se autoevaluează negativ, simțindu-se inferioare celorlalți, incapabile, insignifiante și fiind ușor de influențat. Anorecticii bulimici prezintă asemănări cu anorecticii restrictivi (supunerea și restrictionismul) dar și cu pacienții bulimici, tinzând, de asemenea, să fie impulsivi, emotivi și extrovertiți. Caracteristicile obsesive sporesc odată cu creșterea înfometării⁵. Tulburarea de personalitate poate fi considerată comorbidă, dar trăsăturile dizarmonice ale unei personalități premorbide conduc la posibilitatea existenței tulburării de personalitate și înaintea apariției sindromului anorexic.

Nu există un tip de personalitate „suicidară”, dar particularitățile individuale de temperament, abilitatea de a gestiona durerea emoțională și psihică, capacitatea de a găsi soluții pentru probleme, răspunsul din trecut la stres și abilitatea de utiliza resursele interne și externe în momente de criză sunt factori importanți care pot atenua sau augmenta riscul de a comite un act suicidal⁶. Astfel, riscul suicidal este asociat cu ostilitatea, sentimentul de neputință/ neajutorare, stil de relaționare dependent, rigiditate, iar la mare risc sunt cei care prezintă o gândire de tip dihotomic „*totul sau nimic*”. Aceste persoane au mari dificultăți de soluționare a problemelor când se află în dificultate, astfel încât, chiar dacă sunt ambivalenți în ceea ce privește suicidul, acesta poate fi văzut ca unica opțiune, nefiind capabili să găsească strategii alternative. La mare risc de a avea un comportament autolitic sunt indivizii perfecționiști, cu așteptări și cerințe mari de la propria persoană, cu precădere în anticiparea eșecului și a umilirii, cei care îndură sentimentul de neputință, neajutorare, fatalității și pesimiștii⁶.

O.M.S. definește suicidul ca pe un act prin care un individ caută să se autodistrugă fizic, cu intenția mai mult sau mai puțin autentică de a-și pierde viața, fiind mai mult sau

mai puțin conștient de rațiunea gestului (**O.M.S. – Consensus of death, Geneve, 1991**). Conceptul de sinucidere poate fi interpretat în sens mai larg, însemnând orice acțiune, tendință sau comportament de auto-agresiune (incluzând și așa-numita „*sinucidere cronică*” a toxicomanilor, alcoolicii, a celor cu anorexie nervoasă) sau, în sens restrâns, considerând sinuciderea drept actul de autodistrugere globală, de suprimare bruscă a propriei vieți, în mod intenționat, voit, conștient și privind moartea ca pe un sfârșit total (**Che-mama R.: Dicționar de psihanaliză Larousse, Univ Encic, Buc 1997**).

Ideația suicidală se referă la gânduri, fantezii, ruminării și preocupări legate de moarte în general, auto-vătămare și moarte auto-provocată. Aceasta poate fi activă (când o persoană se gândește activ la suicid și la inițierea procesului, la trecerea la act) și pasivă (când individul se gândește că „*ar vrea să dispară*”, dorindu-și să poată merge la somn și să nu se mai trezească sau că mai bine nu ar fi în viață, dar care nu se imaginează punând în act un scenariu autolitic, radical). Ideația suicidală mascată, ascunsă, prin lipsa oportunității de intervenție, are un risc foarte crescut de act suicidal reușit⁶.

Între 20 și 43% din pacienții cu AN dezvoltă ideație autolitică. În ceea ce privește riscul tentativelor de suicid, se estimează că între 9 și 25% dintre acești pacienți, au comportamente legate de trecere la actul suicidal, procent mai mare decât în populația generală (2-9%)⁷, dar mai mic comparativ cu alte boli psihice severe (schizofrenia – 23-47%). De asemenea, tentativele de suicid sunt mai frecvente printre pacienții cu AN tip alimentație compulsivă/evacuare, comparativ cu tipul restrictiv. Deși nu s-au decelat diferențe de letalitate ale tentativelor suicidare între AN și BN, un studiu prospectiv a demonstrat o intenție mai mare de finalitate a actului autolitic și o mortalitate mai mare a tentativelor pacienților cu AN⁸. Motivația pentru suicid poate include răzbunare, evadare, eliberare, reuniunea cu o persoană iubită decedată, vinovăție, auto-blamare, rușine, control, putere⁶, suprapunându-se din punct de vedere adlerian peste scopurile neconștiente ale anorecticeii.

Adlerienii consideră că psihopatologia servește scopului de a crea distanța față de cerințele vieții (retragerea de la sarcinile vieții⁹, iar în cazul de față, retragerea poate fi chiar definitivă). În familiile persoanelor anorectice este obișnuită existența unei inabilități de a face față conflictelor. Adlerienii susțin că anorecticii își rezolvă problemele în mod maladadaptativ, prin tulburarea de alimentație, utilizând mâncarea pentru a comunica simbolic sentimentul lor de inadecvare în fața cerințelor vieții (Casper, 1993). În aceste



familiei nu există frontiere clare și responsabilități, lăsând adolescentul cu dubii în ceea ce privește stima de sine și abilitățile interpersonale. Aceasta duce la o lipsă de control asupra vieții sale și la o nevoie de a se asigura de o rigidă reglare a propriului corp. Într-o familie în care părinții nu-i permit fiicei să devină independentă, încercând să-și realizeze ambițiile neîmplinite prin copilul lor, scop în care sunt hiper-protectori, hiper-indulgenți și hiper-controlanți, scopul final al anorecticii este delimitat de constructele autoimpuse psihologic, pentru ca ea să fie în control și să fie perfectă, pentru a obține iubire, atenție și aprobare. Anorexia îi permite să se distanțeze de solicitările vârstei, să nu crească.

Teoriile cognitiviste consideră drept cauză a AN o percepție distorsionată asupra imaginii corporale, asociată cu negarea emacierii și nerecunoașterea sau negarea sentimentelor de oboseală, furie sau supărare¹⁰.

Teoriile psihanalitice explică tulburările de comportament alimentar prin existența unei relații dependente și seductive a adolescentei față de tatăl pasiv și cald, dar lipsit de autoritate și a unui sentiment de vinovăție întreținut de o mamă acaparatoare, ambivalentă, cu care adolescenta refuză să se identifice.

Anorectica a fost confruntată cu o violență majoră, aceea de fi fost "primită" prost și călăuzită prost, situație recreată fantasmatic, în special prin efectul retroactiv de la vârsta pubertară⁸. Putem astfel menționa identificarea cu mortul din preistoria personală, cu ființa secerată în puterea vârstei sau pierdută din vedere încă din prima copilărie¹¹ (cu un frate sau cu un adult decedat înainte de a se naște ea; cu o persoană adultă decedată, necunoscută, supra-evaluată și alintată de unul sau de ambii părinți; cu o persoană decedată cunoscută - frate, părinte, prieten).

Explicația ar fi existența unui fenomen de identificare cu cineva decedat, a cărui imagine a fost idealizată deopotrivă de părinți și de copil. Astfel, în cazul anumitor anorectice, singura posibilitate prin care pot hrăni ochiul îndoliat al mamei, îndreptat spre spiritul pur (cineva decedat) este de a deveni ele însele un spirit pur și de a se desprinde de corp¹¹. *Forma cea mai flagrantă a acestei teorii se observă când, cu puțin timp înainte de sau după nașterea viitoarei anorectice, în familie a existat un copil care s-a născut mort ("În fața unui sân înghețat și rece, corpul meu se stinge, în timp ce, aproape întotdeauna un frate sau o soră, mai mare sau mai mic, în viață sau mort, celălalt este hrănit din belșug.¹¹"); Uite, nu ai ce să îmi reproșezi, nu sorb viața nimănui și, pe deasupra, semăn și cu defunctul; poți în sfârșit să te ocupi de mine, deoarece sunt într-o stare care îți*

amintește de existența lui.¹¹).

Cazul de copil unic este mai degrabă rar printre anorectice, dar atunci când se produce, este în legătură cu un abandon precoce (real sau fantasmatic) sau cu rivalitatea cu o ființă absentă.

O altă teorie ar fi dezvoltarea anorexiei pentru purificare, eliberare de un păcat care apasă conștiința, ca formă de autoflagelare, în urma unor puternice sentimente de vinovăție.

Întotdeauna, în spatele caracterului aparent "liniștit" al slăbirii mortificante a anorecticii, se regăsește violența orientată asupra propriei persoane. Frigul, foamea, refuzul, negativismul reprezintă multiple tentative de apărare împotriva excesului de violențe (ale interpretării sau ale atribuirii) traumatice suferite în contact lumea exterioară¹¹, violențe ale adultului, exercitate asupra copilului imatur și lipsit de apărare.

În general, pacienții cu tulburări de alimentație și auto-agresivitate au istoric de abuz (psiho-emoțional, sexual) real sau perceptual, de neglijență, haos interpersonal și în mediul familial.

Comportamentele autodistructive pot îmbrăca forma unor acte clare evidente, violând astfel normele sociale și culturale – prin rănire fizică directă, în absența unei intenții suicidare conștiente sau a unor acte ascunse, tănuite. În tulburările de alimentație, înfometarea, exercițiul fizic până la epuizare, alimentația compulsivă, purgarea, sunt, cu siguranță, acte de violență asupra propriului corp¹².

Un caz în care se pot identifica astfel de particularități, ar fi al unei adolescente în vârstă de 16 ani, de origine română, stabilită în străinătate, împreună cu bunica și mătușa maternă. Din antecedentele heredocolaterale reținem că mama pacientei a decedat când aceasta avea 2,5 ani (leucemie), ea cunoscând-o numai din fotografii, iar mătușa maternă prezintă un comportament adictiv (consumând substanțe ilicite). Cu tatăl nu a păstrat legătura, acesta recăsătorindu-se și întemeindu-și o altă familie în urma căreia s-a născut un copil de sex masculin (7 ani), familie în care fata nu a fost inclusă.

Din istoric, reținem că pacienta a prezentat în anul premergător debutului anorexiei, un comportament auto-agresiv (tăindu-se cu lama la nivelul antebrațelor), cu caracter compulsiv, în absența unei intenții suicidare conștiente, în scop de "liniștire" și înlocuire a durerii psihice și a sentimentului de vid interior cu o durere fizică, precum și un comportament sexual compulsiv, la risc.

De aproximativ 1 an, a dezvoltat anorexie, tip alimentație compulsivă/purgare, pentru care a fost internată 3 luni,



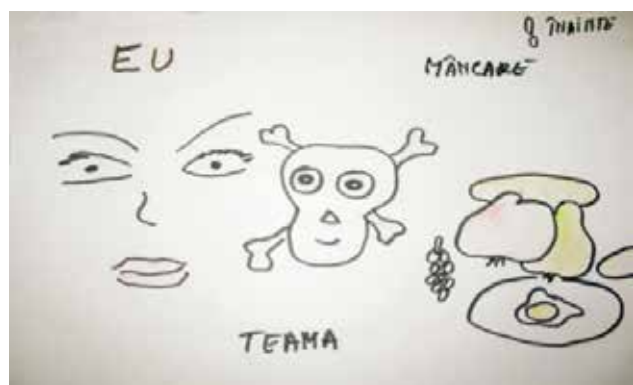
într-o clinică pentru adolescenți în străinătate, unde a primit tratament medicamentos cu Sertralină și a participat la ședințe de psihoterapie, evoluția fiind însă nefavorabilă. Ajunsă în țară, cu un IMC de 14,5 kg/mp și manifestând dorință împărtășită de moarte („Nu sunt bună de nimic și nu mai are rost să trăiesc.”), este internată într-o secție de psihiatrie pediatrică, timp de 3 săptămâni, cu evoluție satisfăcătoare sub tratament cu antidepresive și neuroleptice și externată cu diagnosticul: AN tip mâncat compulsiv/purgare și dezvoltare dizarmonică de personalitate de tip labil (borderline), păstrând astfel un risc cronic de suicid.

Particularitățile cazului constau în: istoricul de neglijare parentală, haosul relațional familial și nesiguranța unui domiciliu stabil; experiențe sexuale negative cu mai mulți prieteni, pentru care acum se învinovățește; comportament auto-agresiv; experiențe de hărțuire la școală (colegii răutăcioși râdeau de ea că este grasă și că nu are părinți);

Interpretarea psihanalitică se referă la un proces psihodinamic de identificare cu mama sa decedată, investită ca un spirit liber și pur, la imaginea căreia fata aspiră.

În interpretare adleriană, adolescenta se simte neputincioasă, fără să fi dezvoltat mecanismele de coping pentru a rezolva eficient situațiile de criză și pentru a se orienta spre partea utilă a vieții. Prin anorexie, își satisface scopul neconștient de retragere din fața sarcinilor vieții, retragere care ar fi putut fi definitivă dacă nu s-ar fi intervenit terapeutic.

În concluzie, mortalitatea crescută a pacienților cu anorexie nervoasă este cauzată nu numai de complicațiile medicale ce pot însoți această boală, ci și de ideea și comportamentele autodistructive, autolitice grefate frecvent pe o structurare dizarmonică a personalității și asociate cu nivele foarte crescute de anxietate și depresie severă. Atât tentativa de suicid, cât și moartea simbolică, prin înfometare, trebuie înțelese, abordate și tratate corespunzător.



BIBLIOGRAFIE

1. American Psychiatric Association, DSM-5, Manual de diagnostic și clarificare statistică a tulburărilor mintale, Ed. Medicală Callisto, p. 339;
2. E. și J. Kestenberg, A. Decobert, La faim et le corps, p. 189;
3. Kaplan & Sadocks (2015), Synopsis of psychiatry eleventh edition, Ed. Wolters Kluwer, Cap. 15 p. 509;
4. The Oxford Handbook of Child and Adolescent Eating Disorders- Developmental perspectives, editată de James Lock, ed. Oxford library of psychology, an 2012, cap 4, pag. 56;
5. Dahl și colegii 1986- Early feeding problems in an affluent society refusal to eat: follow up during primary school. Acta Paediatrica scandinavica, 83,54-58.
6. Dahl și colegii 1992- Feeding problems in an affluent society: Follow up at four years of age in children with early refusal to eat. Acta Paediatrica Scandinavica, 81, 575-579.
7. Dahl și colegii 1994- Children with early refusal to eat: follow-up during primary school. Acta Paediatrica Scandinavica, 83, 54-58;
8. Sonia Chehil and Stan Kutcher, Suicide risk management. A manual for Health Professionals. Ed. WILEY-BLACKWELL, 2nd edition, 2012;
9. Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, Plotnicov K, Klump KL, Brandt H, Crawford S, Manfred MF, Halmi KA, Johnson C et al.: Suicide attempts in anorexia nervosa. Psychosom Med 2008, 70:378-383;
10. April R Smith, Kelly L Zuromski and Dorian R Dodd, Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know and suggestions for future research, Current Opinion in Psychology 2016, p. 63-64;
11. Eva Dreikurs Ferguson, Teorie adleriană – o introducere, Ed. IPPA, București, 2011;
12. Manual de psihiatrie a copilului și adolescentului vol II, sub redacția Prof. Dr. Iuliana Dobrescu (2016), Ed. Total Publishing, Ediția a 2-a;
13. Vladimir Marinov, Anorexia, o stranie violență. Ed. Trei, 2011;
14. Margo Maine, Beth Hartman McGilley, Douglas W. Bunnell, Treatment of eating disorders bridging the research – practice gap, Ed. Elsevier, 1st edition, 2010.



INFLUENȚA AFECTIVITĂȚII ASUPRA COMPORTAMENTULUI PACIENȚILOR CU ARTRITĂ REUMATOIDĂ

■ MOGÎLDEA Cristina, psiholog; CALANCEA Veronica, psiholog clinician¹, dcd²; GROPPA Liliana, profesor universitar³; MELNICIUC Alecsandru, medic internist¹, dcd³; GANEA Nadejda, medic reumatolog¹, dcd³; BUJOROXana, medic reumatolog¹, dcd³; USATÎL Rodica, medic reumatolog¹, dcd³

¹ IMSP Spitalul Clinic Republican, ² UPSC „I.Creangă”, ³ USMF ”N.Testemițeanu”, Chișinău

Rezumat: În ultimii ani a fost înregistrat un progres substanțial în elucidarea patogeniei artritei reumatoide. Cu toate acestea, pentru medicii practicieni mai rămân de elucidat: etiologia, diagnosticul precoce și cel diferențial, criteriile de prognostic și de evoluție, alegerea unui tratament patogenic adecvat. Durerea și trăirile afective negative, prezente la pacienții cu maladii reumatice, favorizează dereglări psihosomatice severe, alterează mult grija pentru sine și sentimentalismul, ca proprietăți caracteristice acestor pacienți. În comparație cu pacienții cu osteoartritoză și persoanele non-reumatice, pacienții cu artrită reumatoidă suferă mai intens și nu mai văd nimic pozitiv și optimist pe viitor, ceea ce înrăutățește și mai mult prognosticul.

Cuvinte cheie: afectivitate, artrologie, artrită reumatoidă, bolnav somatic, comportament, emoții, maladii reumatice, osteoartritoză, reumatologie.

Abstract: Substantial progress has been made in elucidating the pathogenesis of rheumatoid arthritis during the last years. However, some challenges for the practitioners remain, as follows: the etiology, the early diagnosis and differential diagnosis, the prognosis and criteria of evolution, the selection of an appropriate therapy, and the best pathogenic treatment. Pain and negative emotional experiences present in patients with rheumatic diseases favors severe psychosomatic disorders, alter much care for himself and sentimentality, the characteristic properties of these patients. Compared with the patients suffering of pain from osteoarthritis and with those accusing other type of pain, the rheumatoid arthritis patients suffer more intensely and are unable to see anything positive and optimistic in their future, facts that are further worsening the prognosis.

Keywords: affect, joint disease specialty, rheumatoid arthritis, sick, somatic, behavior, emotions, diseases, rheumatic, osteoarthritis, rheumatology.



Actualitatea

Conform datelor OMS, prevalența artritei reumatoide în populația generală reprezintă 0,6-1,3%, incidența anuală fiind de 0,02%. Artrita reumatoidă este considerată cel mai frecvent reumatism inflamator, având o pondere de 10% în structura patologiilor reumatice. Artrita

reumatoidă este o patologie care manifestă o predilecție sporită pentru sexul feminin; raportul femeii : bărbați este de 2,2-2,5 : 1, iar pentru vârsta medie (de la 35 până la 55 de ani) ajunge la 5 : 1. Debutul bolii se poate produce la

orice vârstă, fiind mai frecvent la vârste tinere, de obicei, în decadele III-VI [1]. Severitatea artritei reumatoide este determinată de faptul că mai mult de 50% dintre pacienți sunt nevoiți să-și întrerupă prematur activitatea profesională în primii 5 ani de boală, iar până la 10% dintre pacienți dezvoltă un handicap motor sever în primii 2 ani de boală.

În ultimii ani, a fost înregistrat un progres substanțial în elucidarea patogeniei artritei reumatoide. Cu toate acestea, problema factorilor etiologici, a diagnosticului precoce și a celui diferențiat, a criteriilor de prognostic și de evoluție, a alegerii unei scheme adecvate de tratament etiopatogenetic și păstrează actualitatea și reprezintă o adevărată provocare pentru medicii practicieni. Costurile socio-economice pe care le determină artrita reumatoidă sunt foarte



ridicate, fapt demonstrat pe studii de economie sanitară. Astfel, cheltuielile generate de complicațiile bolii, spitalizările repetate, cheltuielile pentru lipsa de la serviciu pe motiv de boală depășesc substanțial costurile determinate de tratamentul intensiv și adecvat în scopul stopării progresiei bolii.

Osteoartroza deformantă (OAD) este cea mai frecventă suferință articulară și a doua cauză de invaliditate la persoanele de peste 50 ani, după boala ischemică coronariană, ceea ce atrage după sine un impact economic enorm și o transformă într-o adevărată problemă de sănătate publică [7]. Incidența ei crește cu vârsta, fiind maximă între 55-75 ani. Datele statistice diferă de la un studiu la altul, dar, în medie, se poate aprecia că afectarea clinică apare la 0,1% dintre persoanele de 25-35 ani, la 10% dintre cele de peste 65 ani și la 30% dintre cele de peste 75 ani.

Modificările radiologice apar la 1% dintre cei de 25-35 ani, la 30% dintre cei de peste 65 ani și la 80% dintre persoanele de peste 75 ani, iar modificările anatomopatologice la nivelul cartilajului articular sunt identificate la toți decedații de peste 65 ani. I. Peterson (1996) a depistat OAD articulațiilor pumnului la 10% dintre persoanele cu vârsta cuprinsă între 40-49 ani și la 92% la cele cu vârsta mai mare de 70 ani, locuitori din Europa.

În Marea Britanie răspândirea coxartrozei cu St.Rg - III-IV, după Kellgren și Lawrence, în grupa de vârstă peste 55 ani, a fost în proporție de 8,4% la femei și 3,1% la bărbați.

Conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate, în Republica Moldova, în anul 2008, în baza adresării către serviciile de asistență medicală primară, s-au înregistrat 35.842 cazuri de OAD; dintre acestea 13.154 au fost cazuri noi, față de 22.295 de cazuri în anul 2002, dintre ele 7.348 cazuri noi. Până la vârsta de 55 ani (la menopauză) boala are o incidență egală pe sexe, după această vârstă fiind de două ori mai frecventă la femei, cu excepția localizării de la șold, singura considerată mai frecventă la bărbați [5; 10].

Ipoteza de fond: Durerea și trăirile afective negative, prezente la pacienții cu maladii reumatice, favorizează dereglări psihosomatice severe, alterează mult grija pentru sine și sentimentalismul, ca proprietăți caracteristice acestor pacienți.

Fundamentarea teoretică a cercetării este constituită din *studierea intervenției factorului psihic în etiopatogenia bolilor somatice* (M. Balint), *teorii ale afectivității* (A. Romilă, M. Revenco, N. Cosmovici, D. Cosman), *teorii ale comportamentului* (C.L. Hull, H. Pieron, J. B. Watson, B. F. Skinner, J. Janet), *teorii ale tipurilor de comportament* (M. Friedman și

R. H. Rosenman, Temoshock), *teorii ale maladiilor somatice* (E. Kübler-Ross).

Metode de cercetare practică: Scala de auto-acceptare, M. Berger; Scala fricii de a nu părea incompetent, De Lawrence; Varianta adaptată a Testului culorilor pentru diagnosticul componentelor emoționale, A. Lutoșkinși M. Etkind.

Afectivitatea este funcția de simțire profundă a conștiinței, în parte simțire conștientă și, în parte, inconștientă, care însoțește și susține dinamic procesele cognitive și activitatea. Afectivitatea se definește ca stratul cel mai intim, cel mai profund, în mare parte inconștient, care explică mobilurile cele mai adânci ale conduitei umane și care reprezintă forța de atracție sau respingere, de plăcere sau neplăcere, ceea ce înseamnă că afectivitatea este bipolară, deci este motorul mașinii umane [9, p.195].

Afectivitatea (în direct emoția), poate fi considerată ca o mișcare sau o vibrație în același timp organică, psihică și comportamentală. Ea este o energie ce susține adaptarea, fiind implicată în demersurile adaptative și dobândind configurațiile procesului adaptativ. Este tensiunea cu efecte de atracție sau respingere, trăirea subiectivă a unor autentice relații cu lumea și a dezvoltării acestor relații în raport cu cerințele pe care subiectul le exprimă în raport cu lumea și în același timp cu cerințele pe care ambianța socială le adresează subiectului [6, p.83].

Sub raportul complexității, se poate vorbi despre o afectivitate holotimică - bazală, căreia îi corespund emoțiile primare și dispoziția (legată neurofiziologic de formațiunile subcorticale), și despre o afectivitate elaborată - catatimică, căreia îi corespund emoțiile secundare (pasiuni, sentimente) legate de nivelul cortical, în a cărei determinare sistemul condiționare-învățare și modelele axiologice joacă un rol esențial. Cele două niveluri nu pot fi separate decât din punct de vedere teoretic, ele acționând, practic, unitar, fără ca prin aceasta să se înțeleagă un proces liniar de sincronizare, procesul adaptativ implicând și un moment de disonanță, care, atunci când depășește un anumit gradient, poate avea expresie psihopatologică. Originea acesteia ar fi situată, după unii autori, în inconștient, unde activitățile reflexe și conduitele instinctive (de care afectivitatea este indisolubil legată) determină o tensiune, a cărei descărcare reprezintă analogul inconștient al plăcerii și sursa ei biologică [2, p.75; 6, p.88].

Emoțiile sunt procese afective aparținând afectivității de tip elaborat, alături de afecte, sentimente, pasiuni. Se caracterizează prin bruschețea apariției, fiind întotdeauna generate de un stimul imediat. Componentele unei emoții



sunt: activarea vegetativă (simpatică și parasimpatică); evaluarea cognitivă și nuanțarea răspunsului emoțional prin influențarea cantității și calității emoțiilor. Există și cazuri în care emoția pare să nu implice o evaluare cognitivă - de exemplu, sentimentele de teamă, achiziționate în copilărie, prin condiționare clasică. Aceste emoții precognitive par a fi mediate de căi nervoase distincte, de la nivel cerebral; expresia emoțională - expresiile faciale, care acompaniază emoțiile primare, au o semnificație universală - oamenii din diferite culturi sunt de acord asupra emoției pe care o exprimă fotografia unei persoane; reacțiile caracteristice emoției [2, p.75].

Cel mai ușor, dezechilibrul se produce în psihopatii, în care, în mod constitucional, subiecții rămân cu un temperament pe care nu-l pot modifica sau controla prin educație, nu-și pot schimba caracterul; așa sunt ei. Este o fatalitate temperamentală, bazată pe reacții afective de nemodificat. Poate fi mai vesel decât trebuie, sau mai trist decât trebuie, sau mai nervos, mai bătaș, mai impulsiv, sau mai emotiv, mai sensibil sau mai încuiat („*mutulică*”, nu scoate o vorbă) [9, p. 195].

Comportamentul, care depinde atât de individ cât și de mediu, are întotdeauna un sens. El corespunde căutării unei situații sau unui obiect susceptibil să reducă tensiunile și să satisfacă trebuințele individului. De la reflex, care tinde să suprimă excitația, până la nevroză, concepută ca o reacție neadecvată la angoasă, toate comportamentele au o semnificație adoptivă [12, p.74].

Comportamentul global apare ca un răspuns la o situație, fiind direct proporțional cu natura situației și cu cea a individului; în sensul acesta, se disting mai multe tipuri sau modele de comportament:

Comportamentul de surpriză este un tip de comportament foarte stabil, sensibil identic de la un subiect la altul, de o durată foarte scurtă, fiind, din acest motiv, dificil de recunoscut. El este declanșat de un stimul neașteptat, fiind în unele cazuri un stadiu pregătitor pentru conduitele de teamă sau de mânie;

Comportamentul de „teamă-mânie”: comportamentul surpriză poate fi urmat imediat de un comportament de mânie, în care manifestarea cea mai frecventă este agresivitatea, fie de un comportament de teamă. Comportamentul de teamă are un caracter de imobilitate stuporoasă a individului, urmat de un tip de comportament orientat către el însuși;

Sincopa: un stimul emoțional penibil poate provoca o sincopă. Ea este precedată de o senzație de slăbiciune fizică generală, musculară, transpirații, greață, bâlbâială și

diminuare a vederii. La aceasta se mai asociază și tulburări neurovegetative [3, p.123].

Afecțiunile somatice sunt însoțite de modificări ale dispoziției emoțional-afective sau chiar de reacții nevrotice, în raport cu durata evoluției bolii și cu gravitatea „*imaginii*” acesteia. Imaginea bolii are mai multe componente. Ea este, în primul rând, produsul imaginației bolnavului. În al doilea rând, este legată de atitudinea anturajului bolnavului, în principal a familiei, a celor mai apropiați de acesta. În al treilea rând, ea este produsul medicinei. În această privință au un rol important următorii factori: consultațiile medicale repetate, la diferiți specialiști și părerile variate, contradictorii ale acestora, investigațiile numeroase, schimbarea diagnosticului, tatonările terapeutice, internările în diferite instituții spitalicești etc [14, p.210].

Imaginea bolii, cu caracter subiectiv, este, incontestabil, rezultatul unor traume afective ale bolnavului. Acesta se încarcă emoțional-afectiv, preluând și prelucrând senzațiile sale organice subiective, precum și informațiile provenite din mediu, toate constituind factori care fac să crească starea de tensiune psihică a bolnavului. El devine tot mai preocupat de boala sa, care, în câmpul conștiinței sale, capătă un aspect din ce în ce mai exagerat. Tabloul bolii este însoțit de un sentiment de neliniște, de insecuritate, legat de pericolul ce amenință sănătatea, integritatea și, în final, însăși viața bolnavului respectiv. Toate acestea creează, pe lângă boala reală, o a doua suferință, psihică, de tip reactiv, provocată de trăirea subiectivă de către bolnav a propriei boli. Sunt chiar situații în care intervenția unui psihiatru este absolut necesară pentru tratarea acestor stări subiective secundare, de tip reactiv, în special la bolnavii cu suferințe somatice grave sau afecțiuni incurabile [15, p. 307].

Cele mai frecvente manifestări psihiatrice, care pot apărea în dinamica unor boli somatice cu evoluție trenantă sau cronice severe, sunt stările de anxietate, panică patologică, depresia, insomniile, ideile de suicid, de multe ori traduse în acte suicidare etc. Toate acestea au atras în mod deosebit atenția specialiștilor, care au de înfruntat dificultăți sporite în cazul îngrijirii și tratării unor bolnavi cu reacții secundare de tip nevrotic [4, p.317].

O contribuție remarcabilă în analiza acestei probleme este cea a lui E. Kübler-Ross, care a studiat psihologia bolnavului și modificările sale, începând din momentul șocului aflării diagnosticului până în faza terminală a bolii. Este cazul afecțiunilor grave, invalidante, sau al bolilor cronice incurabile, cu sfârșit letal. Excluzând atitudinea clinică veche, care proteja moralul bolnavului de șocul aflării realității bolii sale, ascuzându-i adevărul referitor la cauza bolii



și pronosticul fatal, E. Kübler-Ross caută ca, prin metode psihoterapeutice adecvate, să redea echilibrul psihic și să restabilească starea de sănătate mintală a acestor bolnavi.

Studiind psihologia bolnavilor cronici incurabili, indiferent de natura afecțiunii acestora, E. Kübler-Ross evidențiază existența a cinci stadii prin care trec aceștia din momentul aflării diagnosticului: faza de negare, în care diagnosticul stabilit este refuzat ca nefiind cel real; faza de frică, în care anxietatea invadează bolnavul, în legătură cu diagnosticul și pronosticul bolii; faza de tocmeală, în care bolnavul încearcă diferite formule de rezolvare colaterală a afecțiunii sale; faza de depresie, ca o decompensare reactivă și de epuizare a mecanismelor de apărare ale Eului bolnavului, cu instalarea unei stări depresive; faza de acceptare, când bolnavul dezarmează, acceptând resemnat împlinirea destinului [13, p.357].

Maladiile reumatice pot fi clasificate după diverse criterii, dar cea mai utilă clasificare este aceea în funcție de (posibilele) mecanisme de producere. Astfel, se deosebesc îmbolnăvirile reumatice inflamatoare și cele degenerative. În primul caz, fenomenele inflamatoare primează în tabloul clinic, în celălalt, este vorba mai întâi de mecanismele de uzură, deși, nici până astăzi nu poate fi înțeles în detaliu acest fenomen. Îmbolnăvirile inflamatoare pot fi de cauza exogenă, cum sunt infecțiile articulare, sau endogenă, în cazul scăderii reacției de apărare a organismului - de exemplu, în poliartrita cronică.

Artrita reumatoidă se definește drept o patologie inflamatorie autoimună, de etiologie necunoscută, cu evoluție cronică și progresivă, caracterizată prin artrită erozivă simetrică și manifestări poli-sistemice. Odată instalată, această maladie determină dezvoltarea distrugerilor articulare, care sunt urmate de producerea unui deficit funcțional, fapt ce reduce considerabil calitatea vieții pacienților [1, p.9].

Deopotrivă cu sindromul articular, evoluția AR se complică frecvent prin asocierea manifestărilor sistemice, care, în funcție de severitatea lor, pot influența semnificativ speranța de viață a pacienților. Artrita reumatoidă (sau poliartrita reumatoidă) este una din cele peste 100 de forme ale afecțiunilor articulare inflamatorii cronice reunite sub denumirea de artrită. Artrita reumatoidă este una dintre cele mai invalidante forme ale artritei, deoarece provoacă dureri ale articulațiilor și duce, în cele din urmă, la deformarea acestora. Astfel, chiar și cele mai simple activități - deschiderea unui recipient sau mersul pe jos - pot deveni foarte dificile. Artrita reumatoidă prezintă și simptome de ordin psihologic și neurologic, cum ar fi oboseală, scădere

în greutate, febră ușoară și articulații rigide; după câteva săptămâni, articulațiile se umflă, se înroșesc și devin dure-roase (încheieturile mâinilor, degetele, genunchii, gleznela și labele picioarelor), putând da o senzație de căldură [14, p.445].

Osteoartroza poate atinge toate articulațiile, dar aceasta se produce de obicei la glezne, labele picioarelor, degete, șolduri, genunchi, gât sau șira spinării. Durerea și rigiditatea caracteristice osteoartrozei afectează cel mai frecvent articulațiile care susțin greutatea și acestea pot deveni noduroase și deformate. Dacă rigiditatea articulației limitează mișcarea, mușchii alăturați pot slăbi, ceea ce contribuie la durere și rigiditate și mai mari. Boală foarte frecventă la vârstnici, osteoartroza afectează aproximativ 75% din persoanele de peste 50 de ani [11, p.17].

Psihologii care studiază procesele de dezvoltare de-a lungul vieții, împart perioadele vieții în diferite stagii. Unii, cum ar fi Jean Piaget, au studiat dezvoltarea intelectuală și modul în care se schimbă capacitatea noastră de a gândi și rezolva probleme pe măsură ce îmbătrânim. Dar, asociate cu maturitatea intelectuală, sunt și stadii care implică aspecte ale personalității legate de imaginea de sine și de social. Aceste stadii psihosociale ne ajută să ne stabilim noi orientări sociale, către noi și către alții.

Conform lui Erik Erikson, trecem prin 8 stadii, de la copilărie până la bătrânețe, fiecare având un potențial conflict referitor la modul în care ne vedem pe noi înșine și mediul în care trăim. Primele stagii implică dezvoltarea încrederii, autonomiei, inițiativei, și superiorității. După Erikson, modul în care reacționăm la aceste stadii pre-adolescentine determină modul în care ne vom vedea pe parcursul vieții, pentru că ele duc la o anumită orientare a individului.

Calitatea încrederii pe care o avem în puterile noastre are legătură cu cât de multumiți suntem față de abilitățile noastre și cu gradul în care ne preocupă faptul că părem incapabili. Dacă ne cunoaștem punctele tari și ne acceptăm slăbiciunile, probabil vom fi lipsiți de grija de a nu face greșeli și a nu părea incompetent.

Scala fricii de a nu părea incompetent, elaborată de De Lawrence și colaboratorii săi, se referă la calitatea încrederii pe care o are subiectul vizavi de abilitățile sale și la gradul în care-1 preocupă faptul că pare incompetent [8].

Imaginea pe care fiecare o are despre sine este un portret bazat, în mare parte, pe informațiile pe care le avem din experiențele sociale. Adunăm constant informații despre efectele pe care le au atitudinile și comportamentele noastre asupra celorlalți și despre reacțiile lor la acestea. Aceste reacții sociale formează baza pentru sentimentele



Referate

pe care le avem față de alte persoane și ne ajută să ne dezvoltăm propria părere. Timp de mulți ani, psihologii au fost interesați de rolul pe care îl are propria imagine în dezvoltarea personalității. Cât de mult și cât de bine acceptăm că ceea ce vedem ca fiind „sinele” este o parte importantă a sănătății emoționale.

Una dintre primele scale de acceptare a sinelui a fost realizată de Emanuel Berger. Prima lui sarcină și, probabil, cea mai dificilă a fost aceea de a defini „*auto-acceptarea*”. Bazându-se pe activitatea dr. Elizabeth Scheerer și Carl Rogers, autorul a enumerat 9 caracteristici ale unei persoane care se auto-acceptă, cum ar fi „*Încrederea în capacitățile proprii de a reuși în viață*”. Această formulare a dus în final la dezvoltarea și selecția unui grup final de 36 de itemi pentru această scală. Această scală este frecvent utilizată în activitatea de cercetare clinică și psihologică privind stima de sine și auto-acceptarea.

Realizată de către Emanuel M. Berger, un psiholog renumit, scala de auto-acceptare este un instrument de măsurarea a conștiinței de sine, de a vă crea o imagine despre cum anume reușiți să vă vedeți în raport cu realitatea. Puteți avea o imagine distorsionată despre propria persoană, în care domină fie supraestimarea, fie subestimarea, în fiecare caz, o proastă percepție a propriei dumneavoastră persoane. Străbătând întrebările din cadrul scalei de auto-acceptare puteți să vă înțelegeți mai bine, probabil să vă analizați cu mai multă atenție reacțiile și comportamentul. Scala de autoacceptare, elaborată de Berger, urmărește scopul de a determina imaginea pe care fiecare o are despre sine, bazată, în mare parte, pe informațiile pe care le obține din experiențele sociale. Cât de mult acceptă subiectul că ceea ce conștientizează ca fiind: „sinele” este o parte importantă a sănătății emoționale [8].

Varianta adaptată a Testului culorilor pentru diagnosticul componentelor emoționale a fost editată de către A. Lutoșkinși M. Etkind. Baza metodologică a testului o formează experimentul asociației culorilor. Se bazează pe teoria relațiilor lui V. N. Measișcev, teoria materiei senzitive a formațiunilor senzuale ale personalității, după A. N. Leontiev, teoria naturii structurilor psihice în diferite etape și nivele de complexitate. Scopul metodicii este de a scoate în evidență caracteristicile esențiale ale componentelor nonverbale ale atitudinilor față de sine și față de alte persoane, reflectate în asociații de culori. Percepția senzorială a culorilor este strâns legată de viața emoțională a persoanei. Acest fapt a fost dovedit de-a lungul timpului, prin mai multe experimente, din care a reieșit că reacția persoanei la stimulii colorați poate fi utilizată ca indicator al stării afective

generale și la estimarea reacțiilor la acești stimuli [16].

La baza teoriei moderne a culorilor se află, în mare măsură, și considerațiile lui Leonardo da Vinci despre culorile prime – pe care le numește „*simple*” – și, mai ales, despre cele secundare, despre amestecul culorilor și calitățile lor. Pentru efectuarea experimentului se utilizează setul din 8 culori standard a Testului culorilor M. Luscher, din motiv că este compact și simplu în folosire. Sunt expuse culorile de bază ale spectrului (albastru, verde, roșu, galben), două culori mixte (violet și cafeniu) și două culori acromatice (negru și gri). Personalitatea patologică se caracterizează prin reglarea semnificativă a reacțiilor emoționale la acțiunea culorii. Criteriul psihocomportamental pe care se bazează testele de culoare, în diagnosticul clinic, constă în faptul că, în asemenea cazuri, spectrul cromatic se divide, de obicei net, în două segmente: unul preferat, suportabil, ale cărui extensiuni se reduc uneori la o singură culoare, care domină — și unul aversiv, insuportabil, zonă în care contactul cu culoarea provoacă o stare de șoc.

Cel mai bine elaborat și verificat în clinică dintre testele color este tot testul cromatic Luscher. Principalul său indicator discriminativ îl constituie modificarea raportului de bază în scala preferințelor cromatice, între culorile primare (roșu, albastru, verde, galben) și cele secundare (maro, gri, violet și negru). În cazurile normale, culorile de bază sunt alese în prima jumătate a seriei. Dimpotrivă, în cazurile patologice această „*unitate*” este dezintegrată, culorile fundamentale fiind fie dispersate, intercalate între cele secundare, fie alese în jumătatea a doua, una din ele încheind seria. Întrucât culorile principale din primele poziții exprimă dorințele, aspirațiile sau modul specific de a reacționa și aborda rezolutiv situațiile, iar cele secundare, situate pe ultimele locuri, exprimă ceea ce nu dorește persoana, repulsiile și anxietățile sale, modificarea raportului de ordine dintre cele două grupuri cromatice devine criteriu fundamental pentru evaluarea gradului de alterare a echilibrului.

Pentru cercetarea ulterioară a ipotezei de fond și în conformitate cu ipotezele operaționale care prezumau că, unu - nivelul de auto-acceptare este factorul de bază al sănătății emoționale la pacienții cu maladii reumatice și doi - calitatea încrederii pe care o are pacientul referitor la abilitățile sale este influențată de cât de mult îl preocupă incapacitatea personală, am utilizat metodele de psihodiagnostic adecvate: scala de auto-acceptare și scala fricii de a nu părea incapabil.

Interpretând analiza cluster pentru alegerea culorilor, prima poziție, putem menționa că am pus accent pe culorile plasate pe primele trei poziții pe culorile plasate pe



ultimele trei poziții. În acest mod am analizat grupurile participante în cercetare.

Ținând cont că pe primele poziții, care reprezintă starea dorită și actuală, apar culorile secundare - verde, violet, roșu-oranj, ceea ce reprezintă problema, că persoanele vor să se separe cu un perete de oricine, să rămână libere și neimplicate, așa încât să rămână izolate de orice influență sau implicare exterioară, există o trebuință crescută pentru confort fizic, senzorial, pentru relaxare într-o anumită situație care aduce cu ea un sentiment de disconfort. Pe ultimele trei poziții apar culorile secundare - maro, negru, gri. Această selecție a culorilor constituie alegerea normală a culorilor, ceea ce exprimă dorințele, aspirațiile sau modul specific de a reacționa și aborda rezolutiv persoana, repulsiile și anxietățile sale.

Pentru grupul de persoane cu **osteartroză**, menționăm că primele trei poziții, în prima selecție, sunt ocupate de albastru, galben, verde. Pe ultimele trei poziții apar culorile secundare - maro, negru, gri. Această selecție a culorilor exprimă modul specific de a reacționa și de a aborda rezolutiv persoana, repulsiile și anxietățile sale.

Pentru grupul de persoane cu **artrită reumatoidă**, menționăm că prima din cele trei poziții, prima selecție, este ocupată de culoarea albastră, apoi verde și pe poziția trei este culoarea galbenă. Pe ultimele trei poziții apar culorile secundare gri, roșu-oranj, maro.

Coeficientul de corelație Pearson între autoacceptare și frica de incompetență la pacienții cu artrită reumatoidă este -0,684. Există o relație negativă semnificativă între autoacceptare și frica de a fi incompetent ($r = -0,684$, $p \leq 0,005$). Persoanele cu nivel ridicat al autoacceptării au un nivel scăzut al fricii de a fi incompetent.

Coeficientul de corelație Spearman între auto-acceptare și frica de incompetență la pacienții cu artrită reumatoidă este -0,759. Există o corelație negativă semnificativă între autoacceptare și frica de incompetență la pacienții cu artrită reumatoidă (Coeficientul Spearman = -0,76 (-0,759 raportat la două zecimale, $p \leq 0,001$). Cei cu un nivel ridicat al autoacceptării au o frică mai mică de incompetența lor și viceversa.

Interpretând analiza cluster pentru alegerea culorilor din a II-a poziție, pentru grupul de persoane cu alte afecțiuni, decât cele reumatice, menționăm că cele trei poziții sunt ocupate de culorile albastru, roșu-oranj, verde. Pe ultimele trei poziții apar culorile secundare maro, gri, negru.

Pentru grupul de persoane cu **osteartroză**, menționăm că cele trei poziții în a doua selecție sunt ocupate de culorile verde, galben, și albastru. Pe ultimele trei poziții apar

culorile secundare violet, negru, gri – în aceste poziții, nici una din aceste culori secundare nu are valori semnificative.

Pentru grupul de persoane cu **artrită reumatoidă**, menționăm că prima din cele trei poziții în a doua selecție este ocupată de culoarea secundară – negru, care duce la un comportament compensatoriu de natură extremă. Cel care alege negrul pe prima poziție vrea să renunțe, printr-un protest furtunos împotriva stadiului existent, în care simte că nimic nu este așa cum trebuie. E revoltat împotriva vieții sau cel puțin împotriva propriei vieți este în stare să acționeze precipitat și neînțelept în revolta sa.

Pe poziția doi este culoarea gri, care arată starea încărcată de conflict a persoanelor, iar poziția trei este ocupată, la fel, de o culoare din selecția secundară - maro, care, împreună cu griul, evidențiază atitudinea negativă față de viață. Această selecție estimează intensitatea anxietății și a compensației și arată că alegerea culorilor la a doua selecție este mai validă decât la prima selecție, persoanele fiind mai degajate.

Pe ultimele trei poziții apar culorile primare roșu-oranj și galben, care arată dezamăgirea, și doar una din culorile secundare - violet, care scoate în evidență compensația. Când violetul apare în poziția a 8-a, dorința de identificare mistică cu altul a fost respinsă, datorită aparentei imposibilități de a fi realizată sau datorită condițiilor care sunt în întregime nepotrivite. Aceasta duce la o rezervă destul de critică și la o non-dorință de a se preta în vreun fel oarecare la orice tip de relații, fie personale fie profesionale, până când nu știe exact cum stă și nu poate vedea responsabilitățile pe care le-ar implica această relație. În același timp, tendința de identificare și înțelegere intuitivă implicată de violet este orientată mai degrabă spre obiect decât spre oameni, dând naștere la apreciere estetică și la capacitatea de a ajunge la o raționalitate independentă și la o înclinare crescută spre ocupații de natură științifică sau profesională.

Concluzii

Din rezultatele obținute în cadrul studiului prezent, în conformitate cu prima ipoteză, care presupunea că nivelul de auto-acceptare este factorul de bază al sănătății emoționale la pacienții cu maladii reumatice, putem concluziona că persoanele care obțin un scor mic la această scală au un nivel scăzut de auto-acceptare. Un astfel de scor ar putea fi interpretat ca reflectând o părere negativă despre sine a subiectului, considerând că șialții au o părere negativă despre ei.

Un nivel scăzut de auto-acceptare influențează mult diverse aspecte relaționale: munca, familia, prietenii. Grupul de pacienți cu maladii reumatice lipsă manifestă nivel jos al



autoacceptării, grupul cu osteoartroză prezintă, la fel, nivel jos, iar la grupul cu artrită reumatoidă este prezent nivelul mediu al autoacceptării. Subiecții cu un nivel scăzut de auto-acceptare, cum ar fi cei cu osteoartroză deformantă necesită asistență psihoterapeutică.

În conformitate cu ipoteza a doua a cercetării - calitatea încrederii pe care o are pacientul vizavi de abilitățile sale este influențată de cât de mult îl preocupă incapacitatea personală - putem concluziona că majoritatea subiecților din această categorie își consumă o mare parte a energiei lor gândindu-se dacă nu cumva au părut incapabili, indiferent de situație. Deși este posibil ca această frică să se manifeste în legătură cu o anumită activitate, astfel de rezultate sugerează o lipsă de auto-acceptare și teama că alții îi vor considera incapabili. Frica de a părea incapabil poate avea repercusiuni în cazul relațiilor personale, al succesului în muncă și chiar în creșterea personală. Ca rezultat al cercetării, putem estima că toate grupurile de pacienți participante la studiul dat manifestă scor mediu al fricii de a fi incapabili, cu mici variații în punctajul obținut.

Pentru cercetarea ulterioară a ipotezei a treia, care presupune că irascibilitatea, frica și angoasa pacienților cu maladii reumatice formează temelia comportamentului de tip pasiv-senzitiv, utilizând planșele testului culorilor după M. Lusher, în adaptarea lui A. Lutoșkinși M. Etkind, pentru studierea stărilor emoționale, putem menționa că primele trei poziții în selecția a doua la pacienții cu artrită reumatoidă sunt ocupate de culorile - negru, care reprezintă granița absolută, dincolo de care viața încetează, exprimând astfel ideea de nimic, de stingher; gri - care nu este nici colorat, nici întunecat, nici luminos, fiind în întregime liber de orice efect stimulatив sau tendință psihologică. Apoi - maro, care reprezintă senzația corporală, legată direct de corpul fizic.

Ținând cont că pe primele poziții, care reprezintă starea dorită și actuală, apar culorile secundare, adică persoanele vor să se separe de oricine, să rămână liberi și neimplicați, așa încât să rămână izolați de orice influență sau implicare exterioară, dar există o trebuință crescută pentru confort fizic, senzorial, pentru relaxare într-o anumită situație, care aduce cu ea un sentiment de disconfort; vor să renunțe printr-un protest furtunos împotriva stadiului existent, în care simt că nimic nu este așa cum ar trebui să fie.

De aici putem concluziona că, în comparație cu pacienții cu osteoartroză și persoanele cu alte maladii, pacienții cu artrită reumatoidă suferă mai intens și nu mai văd nimic pozitiv și optimist în viitor, ceea ce le înrăutățește și mai mult prognosticul...

BIBLIOGRAFIE

1. BĂLĂNESCU, A. Poliartrita reumatoidă – de la patogenie la clinică. București: Amaltea, 2007, 191 p.
2. COSMAN, D. Psihologie medicală. Iași: Polirom, 2010. 464 p.
3. ENĂCHESCU, C. Neuropsihologie. București: Victor, 1996. 159 p.
4. ENĂCHESCU, C. Tratat de igienă mintală. Iași: Polirom, 2004. 408 p.
5. GROPPA L. Compendiu de reumatologie. Chișinău: Tipografia Sirius, 2009. 152 p.
6. OPREA, N.; REVENCO, M. Psihologia generală și medicală. Partea a I-a. Chișinău: Știința, 1993. 140 p.
7. Protocol clinic național „Osteoartroza deformantă”, Chișinău, 2009. 39 p.
8. PLATON, C. Psihodiagnostic clinic. Suport de curs. Chișinău: CEPUSM, 2010. 249 p.
9. ROMILĂ, A. Psihiatrie. București: Asociația psihiatrilor din România, 2004. 632 p.
10. ROTARU, L.; GROPPA, L.; REVENCO, M. Dereglările psihosomatice în Artrita Reumatoidă. Indicație metodică. Chișinău: Tipografia „lunie prim”, 2010. 32 p.
11. SCHIDU, L. Arsuri la stomac, Artită, Astm. București: Jurnalul Național&Reader’sDigest, 2011. 143 p.
12. SILLAMY, N. Dicționar de psihologie Larousse. București: Univers Enciclopedic, 2000. 348 p.
13. KÜBLER-ROSS, E. On death and dying. New York: Elena Francisc, 2008. 435 p.
14. БАКУЛЕВ, А. Н. Большая медицинская энциклопедия. Москва: Государственное издательство советская энциклопедия, 1962. 1247 с.
15. СИДОРОВ, П. И.; ПАРНЯКОВ, А. В. Введение в клиническую психологию. Том I. Москва: Академический Проект, 2000. 416 с.
16. ЯНЬШИН, П. В. Эмоциональный цвет. Эмоциональный компонент в психологической структуре цвета. Самара: Самарский ГПУ, 1996. 281 с.



ANALIZĂ COMPARATIVĂ ÎNTRE SCHIZOFRENIA PARANOIDĂ ȘI TULBURAREA DELIRANTĂ

■ Simona Trifu, Daniela Andronache, Ion Ana Marilena, Terente Ioana (București)

Rezumat: Modificările aduse clasificărilor criteriilor și simptomelor pe baza cărora sunt stabilite diagnosticele tulburărilor mentale în noua ediție a Manualului Statistic și de Diagnostic al Tulburărilor Mentale (DSM-IV), (APA, 2000) reflectă dezbaterile ce au avut loc de-a lungul timpului cu privire la clasificările propuse de acest instrument de diagnostic, generate de unele discrepanțe puse în lumină de experiența clinică. Scopul acestui articol este acela de a pune în evidență, comparativ, o temă curentă de dezbateri în psihologia clinică și psihiatrie, respectiv aceea a discriminării diferențiale a diagnosticului de schizofrenie paranoidă, față de cel de tulburare delirantă. În multe cazuri cele două par a se suprapune, ceea ce face dificilă stabilirea unei direcții de tratament adecvate afecțiunii reale a pacienților în cauză. Lucrarea de față, după o scurtă introducere ce trece în revistă evoluția definirii clinice a celor două diagnostice, urmează structura unei analize comparative între descrierile simptomelor și criteriile de diagnostic caracteristice fiecăreia dintre tulburări, urmând parcursul comparativ de la factorii de debut și declanșare a patologiilor discutate, la descrierea comparativă a simptomatologiei comune și specifice, la recomandări pentru direcții de tratament în clinică și așa mai departe. La acestea se adaugă descrierile din perspectivă psiho-dinamică și descrierea celor mai verificate intervenții psihoterapeutice comune și specifice în cazul celor două tipuri de tulburări mentale: schizofrenia paranoidă și tulburarea delirantă. Concluziile acestui articol pun în evidență diferențele de abordare terapeutică pentru cele două tipuri de patologii și utilitatea diferită a abordărilor psiho-dinamice și respectiv comportamentaliste.

Cuvintecheie: schizofrenie paranoidă, tulburare delirantă, idei delirante, sine paranoid, sine delirant

Abstract: Amendments to the classification criteria and the underlying symptoms of mental disorders diagnoses established in the new edition of the Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-IV), reflecting the debates that took place over time with regard to the proposed classifications of this diagnostic tool, generated by some discrepancies highlighted by clinical experience. The purpose of this articles is to show, in comparison, a current theme of debate in clinical psychology and psychiatry, i.e. that of differential discrimination for the diagnosis of paranoid schizophrenia, in relation to the delusional disorder. In many cases, the two seem to overlap, making it difficult to determine a suitable treatment direction according to the real disorder of patients concerned. After a short introduction, which reviews the evolution of the definition of the two clinical diagnoses, follows a comparative analysis between the descriptions of the symptoms and diagnostic criteria. These proved to be characteristic of each of the following disorders comparatively, at the onset and factors of discussed pathologies, the comparative description of common and specific symptomatology, the recommendations for clinical treatment directions and so on. To these, we added the descriptions from psychodynamic perspective and the description of the most common and verified psychotherapeutic interventions, specific in the case of two types of mental disorders: paranoid schizophrenia and delusional disorder. The conclusions of this article show differences in therapeutic approach for the two types of pathologies and different usefulness of psychodynamic and attitudinal approaches.

Key words: paranoid schizophrenia, delusional disorder, paranoid self.

Introducere

În secolul al XIX-lea și la începutul secolului al XX-lea, conceptul de paranoia era fundamental în psihiatrie. Tulburările delirante au o lungă tradiție, acestea fiind succesoarele conceptului de paranoia. Acesta a fost redefinit de Emil Kraepelin, care a descris această condiție psihiatrică într-un sens restrâns. Din momentul în care Eugen Bleuler (Bleuler, 1924) a introdus conceptul de schizofrenie, diagnosti-

cul de „paranoia” a fost marginalizat. Acest lucru a dus la considerarea conceptului de paranoia de anumiți autori, precum Kurt Schneider (Schneider, 1920), drept sinonim cu schizofrenia. Aceste confuzii terminologice l-au determinat pe George Winkur (Winkur, 1972) să introducă termenul de „tulburări delirante”, dându-le, însă, aceeași definiție pe care o avea paranoia lui Kraepelin.

Termenul de tulburare delirantă a fost introdus oficial în



nomenclatura diagnostică în cadrul ediției a III-a revizuită a Manualului Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mentale (DSM-III-R), în Clasificarea Internațională a Maladiilor (CIM 10) fiind definită „tulburarea delirantă persistentă” (Marneros, Pillmann&Wustmann, 2011). Schizofrenia paranoidă figurează în ediția a IV-a a Manualului Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mentale (DSM-IV) și în Clasificarea Internațională a Maladiilor (CIM 10) (WHO, 2011). În ediția a V-a a Manualului Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mentale (DSM-V) subtipurile paranoid, dezorganizat, catatonie, nediferențiat și rezidual au fost eliminate, fiind considerate drept distinctiv pentru schizofrenie (Marneros, Pillmann &Wustmann, 2012).

În prezent, atât tulburarea delirantă cât și schizofrenia sunt clasificate în categoria Spectrului Schizofrenic și în cea de Alte Tulburări Psihotice, în DSM-V.

Din punct de vedere psihiatric, conform DSM-IV și DSM-V, schizofrenia paranoidă poate fi diferențiată de tulburarea delirantă prin compararea mai multor tipuri de caracteristici. În același timp, cele două tulburări prezintă anumite trăsături comune. Constatăm, astfel, că ambele sunt tulburări de tip psihotic care pot fi diagnosticate după prezența simptomelor caracteristice menținute pe perioada unei întregi luni.

Debut, durată și tratament medicamentos

Conform DSM V, schizofrenia tinde să debuteze în intervalul dintre sfârșitul adolescenței și vârsta de 35 de ani (DSM V). Incidența apariției variază în funcție de locație sau grup, la fel și simptomele, evoluția tulburării și răspunsul la tratament la diferiți indivizi (van Os &Kapur, 2009). Bărbații tind să prezinte un debut mai timpuriu decât femeile. Tulburarea poate debuta abrupt sau insidios, dar majoritatea persoanelor manifestă o apariție graduală a simptomelor. Tulburarea delirantă este uneori premergătoare schizofreniei. Conform DSM IV, tulburarea delirantă tinde să apară la vârsta adultă (33 – 55 ani). În realitatea clinică, tulburarea delirantă persistă o durată mai lungă, dar diagnosticul nu este prea des întâlnit, incidența fiind de 0,03% - 0,18% din populație (Marneros, Pillmann&Wustmann, 2012). De asemenea, este mai des întâlnită la femei decât la bărbați (DSM IV). Schizofrenia paranoidă necesită tratament de durată cu neuroleptice pentru a permite individului să aibă o viață relativ stabilă și normală (Mayo Foundation for Medical Education andResearch, 2013).

Conform DSM V schizofrenia are un curs favorabil la 20% dintre indivizi și un număr mic dintre aceștia se recuperează complet. Pe de altă parte, restul cazurilor au ne-

voie de condiții de trai formale și informale asigurate extern, rămânând afectați cronic, cu perioade de boală și de remisiune intermitente. Pentru un număr dintre aceste persoane, condiția se agravează progresiv (DSM V).

În tulburarea delirantă funcționarea globală este în general mai bună decât în cazul schizofreniei. Majoritatea pacienților sunt tratați în afara spitalului, deși un număr dintre aceștia sunt spitalizați în cazul în care prezintă un pericol pentru ei înșiși sau pentru alții. Antipsihoticele sunt folosite mai ales pentru diminuarea agitației cauzate de ideea delirantă, dar nu par să aibă un efect important asupra credințelor delirante (Hales &Yudofsky, 2003).

În cazul schizofreniei, indivizii afectați au o speranță de viață mai redusă decât restul populației (cu 12-15 ani), această diferență a ratei mortalității devenind din ce în ce mai observabilă în ultimele decenii. Deși unele morți au drept cauză actele suicidare, principalul motiv de pierdere vieții se datorează unor cauze fizice rezultate din accesul redus la îngrijirile medicale și creșterea riscului factorilor rutinieri (dietă inadecvată, prea puțină mișcare, obezitate, fumat) (Saha, Chant&McGrath, 2007).

Factori genetici, perinatali și de mediu

Nu sunt clar înțelese asocierile genetice dintre tulburarea delirantă și schizofrenia paranoidă. A fost investigată incidența antigenului leucocitar uman (HLA –*human leucocyte antigens*) cu alele care prezintă variații la locii din clasa I la diferiți indivizi cu tulburare delirantă și schizofrenie paranoidă pentru a se determina dacă au mecanisme etiologice comune. Atât tulburarea delirantă cât și schizofrenia paranoidă au în comun gena HLA-A3. Această genă singulară sau în asociere cu alte gene HLA sau alte gene similare non-HLA pot indica o susceptibilitate de dezvoltare a tulburării delirante sau a schizofreniei paranoide (Debnath, Das, Bera, Nayak&Chaudhuri, 2006).

În cazul schizofreniei, aceasta are în comun alte vulnerabilități genetice cu tulburarea bipolară și cu tulburări de dezvoltare, precum autismul. Diagnosticul de schizofrenie se asociază cu modificări decelabile în structura creierului și cu funcționarea atipică a transmisiei de neurotransmițători (exces de dopamină) (van Os&Kapur, 2009).

În mod similar, unele studii arată că anumiți factori din viața fetală – hipoxie, infecții materne, stres matern și





malnutriție pot fi asociate, cu o mică incidență, cu apariția schizofreniei (Cannon, Jones & Murray, 2002).

Factorii de mediu care pot fi asociați cu schizofrenia sunt mediul urban, grupul etnic, emigrația și uzul de canabis. În cazul mediului urban, cercetătorii sugerează o legătură între experiența cronică și lipsurile vieții citadine și izolare, promovând noțiunea de implicare mai serioasă a guvernului în măsurile de sănătate publică. În mod similar și tulburarea delirantă cunoaște o incidență mai sporită în mediul urban (van Os&Kapur, 2009).

Idei Delirante

În cazul tulburării delirante, criteriul principal de diagnosticare este reprezentat de prezența ideilor delirante (una sau mai multe). Ideile delirante reprezintă credințe fixe care nu se modifică în cazul în care sunt combătute de fapte clare. Conținutul lor poate include o varietate de teme (erotomanie, persecuție, referință, somatice, religioase, grandioase) (DSM V). Credințele delirante pot varia din punct de vedere al conținutului în funcție de factori culturali sau sociali (Steinebrunner&Scharfetter, 1976), dar tipurile principale sunt remarcabil de uniforme între culturi și pot semnifica probleme biologice ancestrale de adaptare (Charlton & McClelland, 1999). În cazul schizofreniei paranoide, ideile delirante sunt de cele mai multe ori idei de persecuție (convingerea că persoana va fi rănită, hărțuită, blamată sau supusă persecuției în alte moduri, de către un individ, o organizație sau alt tip de grup). Deși ideile delirante de persecuție sunt cele mai comune, în tulburarea delirantă pot exista fie în această formă, fie în forme caracteristice altor subtipuri.

Structurarea ideilor delirante în cadrul tulburării delirante a fost pusă în legătură cu biasul cognitiv (prejudecăți eronate), care este pus în operă cu scopul stabilizării unui eu fragilizat. De asemenea, deficitul cognitiv sugerează existența unei distorsiuni a mecanismelor de evaluare al factorilor de risc și prezența unor factori declanșatori afectivi care declanșează strategii defensive dezadaptative. În acest sens, ideile delirante pot fi extremele disfuncționale ale unor mecanisme cognitive și emoționale care, pe parcursul evoluției umane au avut calități adaptative semnificative (Abdel-Hamid&Brune, 2008).

În schizofrenia paranoidă ideile delirante de persecuție sunt cele mai frecvente și sunt mai mult sau mai puțin structurate sau sunt structurate în funcție de alte caracteristici ale manifestărilor schizofrenice și, în general, se amestecă cu întreaga ființă a pacientului.

În tulburarea delirantă, ideile delirante de persecuție sunt de asemenea cel mai frecvent întâlnite, dar sunt foarte specifice, organizându-se într-o formă relativ clară în cadrul temei delirante, de cele mai multe ori neamestecându-se cu alte idei normale. De aceea, dacă nu sunt adresate și descoperite în mod direct, acestea pot masca tulburarea.

În schizofrenia paranoidă, ideile delirante afectează întregul comportament. În tulburarea delirantă acestea influențează simptomatologia specifică subtipului respectiv. În același timp, în tulburarea delirantă, ca și în schizofrenia paranoidă, pot fi prezente mai multe tipuri de idei, dar cele de persecuție sunt absolut necesar prezente pentru clasificarea schizofreniei de tip „*paranoid*”.

Tulburarea delirantă nu face distincție între tipul de idei delirante prezente și este mai probabil ca în cadrul acesteia să fie mai multe decât în cazul schizofreniei paranoide.

Tipul erotomanic se referă la o temă centrală care se bazează pe ideea delirantă că o altă persoană, uneori faimoasă sau care nu inițiază contact cu persoana, este îndrăgostită de acel individ.

Tipul grandios, unul care de asemenea apare frecvent și în schizofrenia paranoidă, se referă la o temă bazată pe ideea delirantă că persoana are un talent sau o înțelegere superioară nerecunoscute de ceilalți, sau că au o importanță ori au realizat o descoperire de impact major.

Tipul gelos se referă la o temă care se bazează pe ideea delirantă că partenerul de viață este infidel.

Tipul somatic are o temă care se bazează pe ideea delirantă că funcționarea corporală sau senzațiile sunt alterate.

Ideile delirante în cazul schizofreniei paranoide au o șansă mai mare să fie bizare decât în cazul tulburării delirante. Ideile delirante sunt considerate bizare dacă sunt clar implauzibile sau imposibil de înțeles de către reprezentanții aceleiași culturi și categorii de vârstă, sau dacă nu derivă direct din experiențele obișnuite de viață. De regulă, sunt considerate bizare ideile delirante care implică o pierdere a controlului asupra propriei minți sau al propriului corp. În cadrul acestora se clasifică credința conform căreia gândurile proprii au fost furate de către o sursă externă (deposedare de gânduri) sau că anumite gânduri au fost plasate în mintea subiectului de către o sursă externă (insertie de gânduri). În tulburarea delirantă indivizii pot fi capabili să descrie factual că alte persoane consideră convingerea lor drept irațională, deși ei înșiși o consideră veridică. Acest lucru este puțin probabil în cazul schizofreniei paranoide, unde indivizii netratați nu posedă o introspecție reală. (DSM IV & V).



Halucinații

În cazul schizofreniei paranoide, criteriile principale de diagnostic sunt reprezentate de prezența a cel puțin două sau mai multe simptome, unul dintre care trebuie să fie neapărat idei delirante, halucinații sau vorbire dezorganizată. Prezența halucinațiilor sau a vorbirii dezorganizate sunt criterii care exclud diagnosticul de tulburare delirantă.

Tipurile de halucinații care pot fi considerate ca trăsături ale unei tulburări delirante sunt asociate direct cu tema delirantă și nu au o prezență proeminentă. Halucinațiile care duc la diagnosticul de schizofrenie paranoidă sunt cele tipice – experiențe similare celor perceptive, dar care se realizează în absența unui stimul extern. Acestea au același impact ca și experiențele perceptive normale, apărând clare și definite, aflate în afara controlului voluntar. Halucinațiile auditive sunt cele mai comune, dar ele pot apărea în orice modalitate senzorială (DSM IV).

Comportament și alți indicatori

În tulburarea delirantă comportamentul nu este afectat, în afara consecințelor specifice existenței ideilor delirante. În acest sens, pot exista încercări de a contacta alte persoane suferind de idei delirante erotomanice. De asemenea, ideile delirante de gelozie pot să găsească susținerea în realitate prin mici dovezi circumstanțiale, individul încercând ulterior să intervină în parcursul infidelității imaginare. Ideile delirante de persecuție pot determina indivizii să recurgă la acte violente împotriva celor considerați persecutori. Cu toate acestea, se observă absența bizareriilor în comportamentul care nu are legătură cu ideile delirante.

În schizofrenie, pe de altă parte, întregul comportament este afectat. Poate exista o dezorganizare a gândirii și vorbirii, făcând ca individul să treacă rapid de la un gând la altul (patinaj al discursului, asociații libere). Răspunsurile la întrebări pot să fie fără legătură sau tangențiale. Câteodată, vorbirea poate fi atât de afectată încât este complet incoerentă (salata de cuvinte) (DSM V). Oamenii cu schizofrenie paranoidă sunt de multe ori mai organizați în vorbire (Nolen-Hoeksema, 2008).

Alți indicatori ai schizofreniei pot fi comportamentul motor anormal, de la agitație psihomotorie la comportament infantil. La polul opus, putem regăsi comportamentul catatonc, marcat de lipsa responsivității la mediu. Aici regăsim lipsa răspunsurilor verbale sau motorii (mutism, stupoare); postură bizară, rigidă, inadecvat susținută; mișcări stereotipe, ecolalie. Toate aceste manifestări duc la îngreunarea sau chiar abolirea abilității individului de a trăi independent și de a avea o viață normală.

Acest lucru nu se întâmplă în cazul tulburării delirante, unde în cele mai multe cazuri persoanele pot să funcționeze în roluri sociale și profesionale (DSM V). Specialiștii considerau că schizofrenia paranoidă este mai asemănătoare cu tulburarea delirantă din cauza lipsei de proeminență a unor simptome, precum vorbirea dezorganizată, comportamentul dezorganizat sau catatonc, sau aplatizarea afectivă (DSM IV).

Indivizii cu tulburare delirantă prezintă disfuncții cognitive (evaluate cu ajutorul unor probe de atenție, memorie vizuală, memorie verbală de lucru și funcții executive) similare cu cei afectați de schizofrenie paranoidă, dar care sunt mai intense ca severitate.

Afectarea funcțiilor neurocognitive la pacienții cu schizofrenie paranoidă este mai bine cunoscută, aceasta fiind mai puțin studiată la pacienții cu tulburare delirantă. Un motiv ar putea fi că pacienții cu tulburare delirantă prezintă în general o bună funcționare și de multe ori nu respectă tratamentul, în același timp fiind mai puțin frecvent testați pentru disfuncții cognitive (Grover, Nehra, Bhateja, Kulhara&Kumar, 2011).

Investigații psihologice specifice

Conform Tudose (2011), în *Tratat de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi*, pentru a fi investigată tulburarea delirantă sunt evidențiați următorii factori: tipul debutului, ce anume a cauzat debutul, consecințele simptomelor actuale, prezența altor tulburări psihiatrice (ambele patologii se pot dezvolta având la bază o tulburare de personalitate schizoidă, paranoidă, evitantă), istoricul familial, personal, psihiatric și cel medical, dar și personalitatea premorbidă.

Schizofrenia presupune o gamă mai largă de investigații psihologice (utile în cazurile de debut, de remisiune, pentru evaluarea persoanei) deoarece sunt prezente mai multe simptome și nu este vizat atât de mult conținutul manifest, cât este mai mult pus în evidență cel latent. Din acest motiv, spre deosebire de tulburarea delirantă, aici sunt utilizate multe teste proiective, dar și teste ce vizează comportamentul nonverbal și para-verbal, deoarece atitudinea schizofrenului se poate modifica în funcție de intensitatea patologiei. Acestea sunt: bateria de inteligență Wechsler, proba de inteligență Raven, TAT, Testul Szondi, Testul arborelui, Testul persoanei, scala simptomelor PANSS, diminuarea mișcărilor spontane, afect inadecvat, monotonia vocii, evaluarea globală a sărăciei afective, sărăcia discursului și altele.



Posibilități de intervenție terapeutică

Psihologul clinician poate interveni mai mult în tulburarea delirantă dacă se creează o alianță terapeutică foarte bună, fără confruntări. După ce este confirmată absența unei alte forme de psihopatologie, sunt evaluate consecințele comportamentului delirant, impactul asupra aspectelor social-financiare, dar și evaluarea potențialului suicidal, a anxietății și a.

Potențialul suicidal este comun în ambele psihopatologii, însă este mult mai intens în cazul schizofreniei, suicidul fiind prima cauză de moarte prematură în acest caz.

În schizofrenie, psihologul trebuie să faciliteze și managementul stresului îngrijitorului, terapia educațională și cea de familie fiind foarte importante. De asemenea, pot fi aplicate intervenții psiho-comportamentale pentru învățarea aptitudinilor traiului zilnic și pentru „acomodarea cu simptomele” (Tudose, 2011).

Factorii psihosociali și de mediu

Conform lui Trifu, în *Probleme generale ale psihoterapiei*, abordarea psiho-dinamică are în ambele cazuri o componentă extrem de importantă, respectiv, considerarea factorilor psihosociali și de mediu.

În cazul schizofreniei pacienții pot proveni din familii care obișnuiesc să își exprime emoțiile foarte intens, în acest sens exprimarea afectivă căpătând forma comportamentelor foarte intruzive, foarte ostile sau la polul opus, infantilizante, cu accent pe control; acest mod de exprimare al emoțiilor poate duce la disfuncție familială. De asemenea, și în cazul tulburărilor delirante, în majoritatea covârșitoare a cazurilor, familiile sunt disfuncționale, dar aici pot apărea și abuzul fizic și psihic. Ca și în schizofrenie, apar cazuri de izolare socială, singurătate. În ambele se poate vorbi despre medii ostile sau percepute ca fiind foarte ostile.

Factorii de stres din mediu pot cauza decompensările psihotice, în cazul schizofreniei, dar nu există niciodată un singur factor etologic. În acest caz, însă, vulnerabilitatea biologică specifică este declanșată de stres și apar simptomele schizofreniforme. În tulburarea delirantă pot fi evidențiate preocupări paranoide, grandioase, sentimente de inferioritate și inadecvare.

Factorii psiho-dinamici

În toate cazurile de tulburări psihice sunt esențiale semnificațiile simbolice din spatele simptomelor. Eul persoanei încearcă să facă față mediului care produce un impuls senzorial perceput ca foarte puternic, foarte intens și duce la confuzie, la afecte puternice; pentru a găsi o cale

către echilibrul emoțional și psihic, sunt puse în operă mecanisme de apărare sau defensele.

Principalele apărări psiho-dinamice sunt:

Proiecția psihotică – senzațiile de haos, confuzie, sexualitatea sunt proiectate în exterior, deoarece limitele dintre lumea internă și cea externă sunt vagi. Acesta este un mecanism de apărare extrem de important în cazul delirului cu idei paranoice, fiind principala apărare în schizofrenia paranoidă, dar și în tulburarea delirantă, unde sunt proiectate sentimentele intolerabile, ducând la apariția ideății delirante.

Formațiunea reacțională presupune transformarea unui gând, a unui șir de idei percepute ca intolerabile, în opusul lor, care adesea este dezirabil. Și această defensă este specifică ambelor tulburări psihice, intensitatea ei fiind la o extremă patologică de cele mai multe ori;

Negarea, sau transformarea stimulilor neclari în delir și halucinații, apare în cazul ambelor tipuri de tulburări. Sentimentele greu de tolerat, precum rușinea, umilința, inferioritatea sunt excluse din sfera conștiinței, sunt negate psihotic (Trifu, 2011).

Intervențiile terapeutice

Nancy McWilliams (2011) subliniază în *Diagnosticul psihanalitic* că psihoza este răspunsul defensiv pentru o persoană cu mecanisme de coping necorespunzătoare, psihoterapia trebuie să se concentreze asupra formării unor mecanisme de apărare adaptative, care duc la dezvoltarea persoanei. Acest lucru este universal valabil, în cazul tulburărilor psihice.

În ceea ce privește terapia este foarte importantă „normalizarea”, deoarece în cazul pacientului psihotic, acesta are multe puncte forte și așteaptă în mod firesc să fie ajutat, fiind cel mai eficient mod de a reduce nivelul psihotic al anxietății.

De asemenea abordarea terapeutului trebuie să fie plină de tact în ambele situații, deoarece paranoia determină pacientul să fie foarte suspicios și să opună mari rezistențe la orice act care poate fi perceput ca intruziv. Așadar, sunt vitale din partea terapeutului: onestitatea, discreția, înțelegerea față de faptul că delirul, indiferent de tipul tulburării mentale, este perceput ca fiind foarte perturbator.

Este crucial ca terapeutul să înțeleagă ceea ce simt și gândesc pacienții, faptul că eul fragil cauzează instabilitate în raport cu sine și cu lumea și capacitate scăzută de a gestiona stresul (punctul major în debutul ambelor tulburări, însă pentru tulburarea delirantă acesta este un punct de



■ Referate

plecare în vederea stabilirii obiectivelor terapeutice, deoarece, dacă intervin alți factori de stres, simptomele delirante sunt exacerbate).

Spre deosebire de tulburarea delirantă, unde terapeutul nu intervine atât de centrat, în cazul schizofreniei este extrem de importantă conștientizarea faptului că acesta percepe până și tentativele de ajutor ca o coerciție și adaptează intervențiilor în funcție de limitele și dorințele pacientului. Acest lucru se face prin oferirea de modele, testarea realității, psiho-educație, reasigurări și altele asemenea. Pentru a fi realizată o alianță terapeutică adecvată, contactul trebuie să fie bazat pe echilibrul între autonomie și interacțiune.

În raport cu tulburarea delirantă, schizofrenia presupune o teamă de contact interpersonal mult mai mare, teama ca pacientul să nu piardă controlul asupra realității, a sinelui; acesta este un delir de anihilare, deoarece schizofrenul își proiectează imaginea de sine negativă asupra altuia, asupra lumii, deci se simte inconfortabil în preajma celorlalți. Impulsurile agresive, mai mult decât în tulburarea delirantă, dezorganizează gândirea și comportamentul. Lumea este percepută ca bizară, amenințătoare, deoarece nu există control, intimitate, iar imaginea de sine este una disfuncțională.

Sinele paranoid și Sinele în tulburarea delirantă

Spre deosebire de tulburarea delirantă, în schizofrenia paranoidă domină idei de suspiciune, lipsa umorului, grandomania. Deoarece structurile de personalitate revelate în procesul clinic ocupă un rol central în diagnosticul psihanalitic, autorul lucrării cu același nume (McWilliams, 2011) subliniază că suferința este provenită din exterior, deci ceilalți sunt mai periculoși pentru cei cu tulburări din spectrul paranoid. Agresivitatea, iritabilitatea înnăscute împreună cu sentimente predominante de furie generează multă teamă, de multe ori aceasta fiind numită „*anxietatea anihilării*”. În ambele patologii sunt utilizate negarea, proiecția, formațiunea reacțională pentru a fi îndepărtate sentimentele de rușine, de vină. La o persoană psihotică părțile supărătoare ale sinelui sunt proiectate ca fiind efectiv în afară.

În relația terapeutică poate apărea identificarea proiectivă patologică, astfel declanșându-se nevoia de a controla, de a domina. Gelozia îi face pe cei cu tulburare din spectru paranoiac să fie vulnerabili în fața invidiei. Terapeutul nu va pretinde că delirul este real, în niciunul dintre cazuri, însă va înțelege realitatea lui pentru client, fiind vital ca el

să înțeleagă sentimentele și simbolurile din spatele ideilor delirante.

Contra-transferul este important în ambele cazuri, deoarece modul în care interacționează pacientul, are o rezonanță cu ceea ce simte terapeutul.

Megalomania îl împovărează pe pacient cu vinovăție, deoarece toate lucrurile rele depind de el însuși. Așadar, cu ajutorul formațiunii reacționale, aceste sentimente sunt proiectate sub formă de sentimente de grandoare. Modul în care sinele paranoiac încearcă să-și crească nivelul stimei de sine este prin exercitarea puterii împotriva autorităților. Din acest motiv terapeutul va analiza rezistențele înainte de a analiza conținutul.

În tulburarea delirantă, nevoia de distanță și control poate varia în funcție de delir, în timp ce pentru schizofrenia paranoiacă, delirul este unul paranoiac, ceea ce presupune o nevoie de distanță, de control, de răceală respectuoasă.

În cazul tulburărilor din spectrul schizoid, persoanele se confruntă cu pulsioni la nivel oral, fiindu-le teamă să fie absorbite, deformat, înghițite, luate în stăpânire, mâncate. Această fantasmă de înfometare este determinată de dinamica ce leagă tendințele manifeste de cele latente, respectiv satisfacția obținută prin fantasmare, de respingerea lumii în plan corporal.

În schizofrenia paranoiacă, din punct de vedere afectiv reacțiile emoționale nu sunt atât de evidente, ba chiar vorbim de absența afectelor, spre deosebire de schizofrenia afectivă. Întotdeauna un factor important este că pacienții din arealul psihotic sunt foarte înspăimântați și anxioși, așadar lipsește fundamentul unui sentiment de bază de siguranță, cea mai utilă în aceste cazuri fiind terapia de suport, de susținere, în care terapeutul informează, ghidează, sprijină demnitatea și stima de sine a clientului și întărește puterea eului acestuia, un eu ce conține conflicte-intra-psihice atât de puternice, încât suprimarea lor se face prin dezvoltări simptomatice.

Este indicat ca pacienții, în ambele cazuri, să primească din partea terapeutului o atitudine care să genereze sentimente de siguranță, respect și onestitate. Terapeutul trebuie să decontracteze așteptările cele mai terifiante și gândurile foarte bizare, pe care pacientul le ia în serios, deoarece în cazul pacienților psihotici este nevoie de mai multă auto-dezvăluire emoțională. Aceste gânduri și frici vor fi normalizate ca aspecte normale ale ființei umane, ce reacționează emoțional și nu numai. La fel, în ambele tulburări terapeutul acceptă și nu stigmatizează lipsa de sănătate minată a pacienților.



Tipare relaționale

Pacienții afectați de tulburări din arealul schizofreniei paranoide îndeosebi, dar și alții, folosesc ca mecanism psiho-dinamic de apărare în modul de relaționare clivajul, înstrăinarea sinelui de lumea externă, disocierea de mediul exterior. În cazul spectrului schizotipal, ca și proces defensiv matur, este utilizată intelectualizarea, specifică schizofreniei paranoide, în care persoana este aptă cognitiv să creeze un fir de idee delirant, structurat logic și să-și explice simptomele prin raționalizare. Acești indivizi se pot încadra în paradigma atașamentului de evitare, una dintre cauze putând fi *absența semnificativă a părinților în prima copilărie*.

O altă cauză a acestei forme de atașament poate fi abuzul în familie, modelul parental bazat pe șocuri, supra-investiții, supra-implicat. Așadar conținutul și gradul de implicare parentală pot fi elemente foarte importante în istoria unei persoane cu schizofrenie, în comparație cu o persoană cu tulburare delirantă, unde acestea joacă un rol mai puțin determinant.

Patologia schizoidă poate avea la bază un tipar de disociere (bombardament emoțional și privațiune), așadar copilul foarte sensibil a fost expus de către persoanele care-l îngrijesc la o supra-stimulare traumatică, această traumă cumulativă putând duce la procese disociative (rezultatul de dereglare a mecanismelor de reglare a afectelor). Cei care cresc copii paranoizi îi educă adesea după propriul lor exemplu.

Așadar diferența între tulburarea delirantă și schizofrenia paranoidă este destul de puțin evidențiată, uneori criteriile de diferențiere fiind: evoluția pe termen lung a pacientului, deteriorarea funcționării cognitive și sociale, patologia cognitivă și perceptuală, dar și vârsta la care debutează aceasta.

În concluzie cele două patologii sunt destul de similare, dar procedeele terapeutice diferă puțin, deoarece în cazul tulburării delirante analiza selfului este indicată, funcționarea socială putând fi una destul de bună, în cazul schizofreniei, eul este destul de disociat, așa că mai utilă ar fi o abordare cognitiv-comportamentală, ce se axează pe conținutul manifest, comportamental al simptomelor, nu pe cel latent (McWilliams, 2011).

Negro și alții (2015) au realizat un studiu în care au cercetat diferențele și asemănările dintre tulburarea delirantă, schizofrenie și tulburarea schizoafectivă. Eșantionul a fost alcătuit din 550 de pacienți, 373 cu schizofrenie, 137 cu tulburare delirantă, iar 40 cu tulburarea schizoafectivă. Analiza factorială exploratorie în urma aplicării PANSS a relevat

faptul că 5 categorii de simptome sunt comune (simptomele negative, simptomele pozitive și cele cognitive, depresia și mania, în unele cazuri).

Aceștia au arătat că în cazul tulburării delirante, deteriorarea cognitivă este mai redusă, ca și simptomele negative. De asemenea, mai multe femei suferă de tulburare delirantă, în timp ce în cazul schizofreniei se înregistrează un număr mai mare de bărbați. Simptomele negative (alogia, abulia, anhedonia), în mod surprinzător, se găsesc în ambele tulburări, acesta fiind un punct central al psihoterapiei pentru ambele categorii de pacienți. Așadar se poate vorbi despre un spectru continuu între tulburarea delirantă și schizofrenia paranoidă (Negro, 2015).

Conform abordării psiho-dinamice, în ambele cazuri mecanismele defensive sunt: negarea, proiecția psihotică și formațiunea reacțională. Acestea îndepărtează sentimentele de rușine, de vină, fiind mecanisme de coping la o intensitate dezadaptativă. Agresivitatea, iritabilitatea în-născute, împreună cu sentimentele predominante de furie creează multă teamă, de multe ori aceasta fiind denumită *anxietate de anihilare*. O mare diferență între cele două psihopatologii este aceea că în cazul tulburării delirante abordarea psiho-dinamică poate fi extrem de utilă, fiind explorată și conținuturile latente ale sinelui paranoid, spre deosebire de schizofrenie, unde mai utilă este abordarea comportamentală.

Bibliografie:

1. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Arlington:APA Publishing.
2. Bleuler E. (1924). Textbook of Psychiatry. New York: Macmillan.
3. Schneider, Kurt (1920). «Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände». Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 59: 281–86
4. Winokur G., Robins E., Guze S. (1972). Feighner Criteria.
5. World Health Organization (2011) ICD-10. Geneva: WHO Press
6. Mareneros, A., Pillmann, F. & Wustmann, T. (2012). Delusional Disorders - Are They Simply Paranoid Schizophrenia? Schizophrenia Bulletin, 38(3), 561-568.
7. van Os, J. & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. Lancet, 374, 635-645.
8. Mayo Foundation for Medical Education and Research (2013). Paranoid Schizophrenia. Mayo Clinic. (<http://www.mayoclinic.com/health/paranoid-schizophrenia/DS00862/DSECTION=Treatment>)



■ Recenzie

9. Hales, E. & Yudofsky, J. A. (2003). The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry, Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
10. Saha, S., Chant, D. & McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiatry, 64(31), 635-645.
11. Debnath, M., Das, S. K., Bera, N. K., Nayak, C. R. & Chaudhuri, T. K. (2006) Genetic Associations Between Delusional Disorder and Paranoid Schizophrenia: A Novel Etiologic Approach. Canadian Journal of Psychiatry, 51(6), 342-349.
12. Cannon, M., Jones, P. B. & Murray, R. M. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. American Journal of Psychiatry, 159(34), 234-255.
13. Steinebrunner, E. & Scharfetter, C. (1976). Wahn im wandelergeschichte. Arch Psychiat Nervenkr, 222, 47-60.
14. Charlton, B. G., McClelland, H. A. (1999). Theory of mind and the delusional disorders. J Nerv Ment Dis, 187, 380-383.
15. Abdel-Hamid, M. & Brüne, M. (2008). Neuropsychological Aspects of Delusional Disorder. Current Psychiatry Reports, 10, 229-234.
16. Nolen-Hoeksema, S. (2008). Abnormal Psychology. (4th ed., pp. 375-418). New York, NY: McGraw-Hill.
17. Grover, S., Nehra, R., Bhateja, G., Kulhara, P. & Kumar, S. (2011). A comparative study of cognitive deficits in patients with delusional disorder and paranoid schizophrenia. Industrial Psychiatry Journal, 20(2), 107-114.
18. Tudose, F., Tudose, C., Dobranici, L. (2011). Tratat de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi. București: Editura Trei.
19. Trifu, S., Boer, M.C. (2011). Probleme generale ale psihoterapiei. București: Editura C.N.I. Coresi.
20. McWilliams, N. (2011). Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process. The second Edition. London: The Guilford Press.
21. Negro, J. E., Casas, I., Ochoa, S., Castillo, J. (2015). A dimensional comparison between delusional disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophrenia Research, 169, 248-254.

POEZIA CA LEAC PENTRU SUFERINȚĂ

■ Flavius Petrescu, București

O nouă terminologie sau un nou limbaj poetic?

„Boala a fost temeiul ultim/ pentru imboldul de-a crea;/ Creând, putut-am vindeca, Creând ajuns-am sănătos” spun versurile lui Heinrich Heine, parafrazat de către Freud într-una din lucrările sale despre studiul inconștientului. În cazul poetei Simona Trifu acest enunț poate fi lesne inversat și anume „vindecându-i pe alții am început să creez și implicit să mă ajut sufletește pe mine însămi”. Astfel, pe axa vieții ei, relația dintre munca de zi cu zi și actul creativ, se împletesc și dau roade de-o parte și de cealaltă a unei alte axe, cea a relației terapeutice cu semenii. Doamna Trifu este psiholog, psihiatru, psihanalist, psihoterapeut și profesor în ambele științe, atât pe terenul lui Hipocrate, cât și al lui Psyche. Cum se pot toate acestea filtra poetic prin sufletul ei? Citindu-i poeziile se poate descifra și înțelege oare o parte din acest Univers?

Numele „psihologie” are la origini legătură cu legenda-ra Psyche, o tânără vestită pentru frumusețea ei care și-a atras din această cauză gelozia Afroditei. Așa a ajuns Psy-

che să fie părăsită de către părinți pe un munte. Genitorii voiau astfel să îndeplinească porunca unui oracol. Acesta le prezisese că fiica lor va deveni nevasta unui monstru înspăimântător. A fost luată de vânt și dusă într-un palat îndepărtat, acolo unde un necunoscut care o întâlnea doar noaptea a făcut din ea o soție bogată, dar căreia i-a interzis să-i vadă chipul. O vreme a fost fericită, până într-o noapte când, încalcând legământul, a aprins în taină un opaiș și a văzut, nu un monstru cum se aștepta, ci un tânăr foarte frumos, care dormea lângă ea – era Eros, zeul iubirii. Supărat că i s-a încălcat porunca, Eros a dispărut. Cuprinsă de disperare, Psyche a pornit atunci să-l caute în lumea largă, mai spune legenda.

Poezia Simonei Trifu este multidimensională și numai modestia autoarei a făcut ca aceasta să nu fie mai mult promovată public, poeta părând a fi înclinată prin ce scrie și transmite, mai degrabă să stârnească, decât să invite într-o „galerie” în care să arate expuse poemele sale și să spună



„*admirați-mă*” – cum ar putea fi altfel priviți stropii de sânge care sar din gândurile îngerilor? – „*Îmi înmoi propriile gânduri/în pământul roșu și reavăn.*”

Îngerii, ca emisari ai luptei dintre bine și rău, reprezintă un laitmotiv al poemelor sale. Credința, justiția planează asupra întreg peisajului poetic și duc o luptă cu răul, care uneori se deghizează în alternativă. Prin ce se distinge poezia Simonei Trifu în mod decisiv? Fără îndoială prin terminologia psihiatrică și psihanalitică folosită în poeme, cred că unică în poezia românească. – „*Crâncen diavol anancast*” – Anancast / anancastic = ce se caracterizează prin cineva al cărui simț al realului a slăbit, ipohondric, nehotărât, termen specific deloc ușoarei meserii de psihiatru, mereu consolidată pe reactualizarea răbdării, a înțelegerii și a intuiției în relația cu omul care suferă, uneori sau de cele mai multe ori fără să-și conștientizeze boala. În alte poeme, scrise de-a lungul timpului, ar mai fi existat șansa de a întâlni formula „*tainice nucleotide răvășite-n ființele noastre*”. Termenul „*nucleotidă*” vine din biochimie și se definește ca un component esențial al tuturor celulelor vii, obținut prin hidroliza parțială a acizilor nucleici. Dar „*caolin*”? Câți am fi utilizat acest termen provenit din geologie sau din chimie și mai ales expresia – „*Păpușă de gheață,/ arsă sub un strat de caolin*”. Să nu ignorăm deci simbolistica pe care Simona Trifu o folosește și, așa, cercetând, aflăm că această argilă are o granulație fină, de culoare albă și care în farmacie se numește „*bolus alba*”, reprezentând materia primă pentru pudră. Să fie deci vorba despre cineva care încearcă să arate o altă stare sufletească decât cea pe care o are în realitate, ascunzând componenta prea fragilă de porțelan sufletesc? Este ceva foarte sensibil în versuri, ca sufletul celei care îndrăznește să scrie și să iubească.

În poemul „*Hiroșima*”, nume care pentru noi toți are o conotație tristă, autoarea volumelor „*Compas în curcubeu*”, „*E.S.P*” și „*Fă o lume pentru mine*” ne vorbește despre dorința de a-și depăna nebunia, de a redescoperi fantezii și de a „*re-fantasma*” copilăria. A fantasma este un alt termen de specialitate, care are legătură atât cu psihanaliza, cât și cu *psihogenealogia*și care îndeamnă la imaginar.

Tema creștină și erosul se împletesc aproape îngemănate în poezia Simonei Trifu; în scurta poezie „*Basic*”, aceasta recunoaște sacrificiul cristic și simbolistica tragicei coroane de spini pe care o consideră cel mai de preț „*trofeu pentru durere*”. De asemenea, în alt poem, pentru S. Trifu, Dumnezeu este copil: „*Răstignită de o icoană veche/ mă aștept să*

plângă Dumnezeuul meu plăpând.../ Doar că el e copil, veșnic datat nemuririi, cu ochiul său de sânge în veci arzând.”

Într-un alt poem, Simona Trifu evocă „*marea trecere*”, concept devenit notoriu în literatura română datorită lui Lucian Blaga. Un *remember* blagian al poemei „*În marea trecere*”, cu ultima sa strofă, care întărește zicala borgesiană, potrivit căreia, într-un fel, de la prima poezie care s-a scris până astăzi, tot ce a urmat sunt replici ale întâiului poem universal: „*Tot mai departe șovăi pe drum - / și, ca un ucigaș ce-astupă cu năframă/ o gură învinsă, închid cu pumnul toate izvoarele, pentru totdeauna să tacă, să tacă.*” spune poetul din Lancrăm, iar Simona Trifu îi răspunde: „*Când ne vom găsi,/ searbăd parfum de măr vechi, duios și cald/ ni se va cuibări între gânduri. Tăcută și mută MARE TRECERE*”.

În prefața volumului „*Compas în curcubeu*”, Ohara Donovetsky spune că „*avem înaintea noastră un drum spre absolut, traversat cu mărturisite piedici și angoase de ordin existențial, dar în egală măsură, cu forța depășirii lor, toate transfigurate în volum*” (n.a. *Compas în curcubeu*), iar Alex Ștefănescu, în prefața volumului „*Fă o lume pentru mine*”, concluzionează că „*în tot ce scrie, Simona Trifu are o nostalgie a măreției. Ea se scutură de meschinăria vieții de fiecare zi ca de atingerea unui șarpe.*”

În concluzie, aș putea spune că, într-adevăr, poezia doamnei Trifu poate fi privită ca o naturală formă de sublimare a unei suferințe ascunse, a unui zbucium interior care se eliberează și se cântă în orizonturile largi ale speranței, acolo unde credința și geografia joacă un rol esențial. Poeta evadează și se întoarce pe furis în carcera căutării de frumos, a așteptării și apoi a eliberării, sau, conștientă că ușa spațiului care o ține captivă este deschisă, nu iese, ci ne spune, prin versurile sale, că afară suferința s-ar putea să aibă dimensiuni și mai mari.



NECROLOG - HARMATHY ÉVA - GYÁSZOLÁSA

1933 - 2017



December 30-án hagyott itt minket, „csibéit” az a bálintos barátnőnk, akit „tyúkanyónak” neveztünk el. Szeretetünk kifejezéseként. Egyikét ama három „kötősnak”, akik bábáskodtak Bálint Társaságunk születésénél és növekedésénél. Segítették vajadását, izmosodását. Követték sorsát. Egyengették útját.

Hányszor, de hányszor hajtottuk álomra fejünket tömbházlakásában, akkor, amikor még nagyon szűkben voltunk a pénznek. Amikor nem engedhettünk meg magunknak még csillagatlan szállókat sem. Kempingeket sem. És Éva befogadott, altatott, etetett, távozáskor felpakolt enni-inniival az utra és itthonra. Kis Trabantjába zsúfolódva hozta Szirtes Máriát, Bobay Nellyt és Fejéregyházi Istvánt, hogy tanítsák nekünk a bálintozást.

A kolozsvári Szent Mihály templom padjaiban kucorodva adták át ennivalókkal töltött csomagjaikat, hogy túlélhessük az éhínség korszakát. Lelkesedése adta kezébe a junior bálintosok képzésének „marsall botját”, kinevelendő a Bálinti eszme későbbi zászlóvivőit.

Életének utolsó évében hosszas betegsége otthonba kényszerítette. Ottan érte utolsó szívverése. Azon a decemberi napon, amikor, 70 évvel azelőtt minálunk tronjától fosztották meg akkori királyunkat. 2017 december 30-án a magyarországi Bálintosok egyikének fejről vette le Teremtője azt a koronát, amelyet oly nemes tartással viselt élete során. Legyen nyugalma csendes, háborítatlan, emléke örökjön ismerősei körében.

Veress Berci

A 90-es évek derekától a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében a orvosok orvosi pszichológiai gyakorlatain készséggel mutatta be működésében is a Bálint-módszert, tudományos diákköri munkákat ösztönzött, tanítványai, a „junior Bálint-csoport”-ok résztvevőiként eljutottak nemzetközi szintérré, Asconába is. Tapasztalatait az intézet szakrendelésén a betegellátásban is kamatoztatta. Amikor a magzatvédelmi törvénnyel kapcsolatos alkotmánybírói határozatok nyomán a családvédelmi szolgálatok új feladatot kaptak, nevezetesen a terhességmegszakításra „válsághelyzetük” okán jelentkező várandós asszonyok alaposabb tájékoztatását,

a védőnők maratoni Bálint-csoportjai szervezésében, érdemi munkájában vállalt oroszánrészt. Élete utóbbi féltizedének betegségeivel éppen alkotóereje összpontosításával küzdött, amikor megírta „Mi is történik a Bálint-csoportban (és mi nem)?” című művét (lásd: http://magtud.semmelweis.hu/files/Harmathy_Eva_konyve_Balint.pdf).

Humort kedvelő, segítőkész egyéniségének emléke mellett ezt is örökül hagyta ránk.

Dr. Lőrincz Jenő (Budapest)



NECROLOG ȘI DOLIU PENTRU ÉVA HARMATHY

Pe 30 decembrie ne-a părăsit pe noi, „puii ei”, acea prietenă balintiană, pe care noi am denumit-o „măicuța cloșcă”. Ca expresie a iubirii pe care i-o purtam. Era una dintre cele trei „cloști” care au moșit la nașterea și creșterea Asociației Balint din România. I-au fost alături în durerile facerii, au asistat la întremarea ei. I-au vegheat soarta. I-au netezit calea.

Nici nu știu de câte ori am dormit somn dulce în locuința ei de bloc, pe când încă eram foarte strâmtorați în privința banilor. Pe vremea când nu ne puteam permite nici măcar o cameră la hoteluri fără stele. Nici măcar campingul. Éva ne-a primit în locuința ei, ne-a vegheat somnul, ne-a ospătat, iar la plecare ne-a burdușit traistele cu mâncare și băutură, să avem pe drum, dar și acasă. Înghesuți în micul ei Trabant o aducea pe Mari Szirtes, pe Nelly Bobay și pe Fejéregyházi István, să ne inițieze pe noi în ale balintului. Pitiți printre băncile bisericii Sfântul Mihail din Cluj ne

strecurau pachetele lor umplute cu alimente, ca să putem supraviețui în glorioasa epocă a foamei.

Entuziasmul ei a determinat-o să ia în mână „bastonul de mareșal” al formării juniorilor balintieni, care vor deveni purtătorii de drapel de mai târziu al conceptului Balint.

Boala lungă și necruțătoare, a obligat-o să își petreacă ultimul an într-un cămin. Acolo i-a bătut inima pentru ultima oară. În acea zi de decembrie când la noi, acum 70 de ani, a fost detronat regele. Pe 30 decembrie 2017 Creatorul a luat de pe capul uneia dintre balintienii maghiari acea coroană, pe care a purtat-o cu o nobilă demnitate în timpul vieții. Să-i fie somnul lin, netulburat, amintirea ei să fie vegheată mereu de cei dragi ei.

Berci Veress

ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI

■ Dr. Albert Veress - Miercurea Ciuc



19-21 ianuarie 2018, Weekend Național Balint de Iarnă cu Postrevelion Balint, Roman. 57 de participanți; 2 grupuri mari și 4 mici au întrunit participanții, conduși de lideri acreditați ai Asociației Balint. La cina amicală ne-au delectat copiii unei formații de dans sportiv. Gazdele noastre și de această dată au fost la înălțimea organizării, lăsându-ne să plecăm cu „traista burdușită de amintiri plăcute”.

PLANURI DE VIITOR

14-15 aprilie, 2018: Conferința Națională a Asociației Balint din Bulgaria, Sofia, hotel Legends

10-13 mai, 2018: Weekend național Balint de Vară, simultan cu cea de-a III-a Conferință Națională Balint a Asociației Balint din Republica Moldova, Chișinău (**reperele se găsesc pe pagina 27-28**)

20-23 iunie, 2018: a X-a Conferință Aniversară de Psihiatrie Româno-Maghiară, Miercurea Ciuc (**vezi reperele pe pagina 26**)

27-30 septembrie, 2018: a XXV-a Conferință Aniversară Balint, Șumuleu-Ciuc. Taxa de participare: 45 euro (include c.v. banchetului pentru membrii cu cotizația plătită la zi). Cazarea se rezervă la hotelul Salvator-Jakab Antal, de la locația conferinței.

26-28 octombrie, 2018: Curs de perfecționare pentru liderii de grup Balint. Formator: dr. Heide Otten din Germania.

Albert Veress



CONFERINȚĂ INTERNAȚIONALĂ ANIVERSARĂ DE PSIHIATRIE ROMÂNNO-MAGHIARĂ (ediția a X-a) SIMPOZION NAȚIONAL ANIVERSAR DE PSIHIATRIE (ediția a X-a)

„COMPORAMENTUL AUTOLICITC. TULBURĂRILE AFECTIVE ȘI DE ANXIETATE.
SOCIETATE, PSIHIATRIE ȘI CULTURĂ”

MIERCUREA-CIUC, 20-23 IUNIE, 2018

Deadlineuri importante:

30 aprilie: trimiterea abstractelor

15 mai: confirmarea acceptării lucrărilor

30 aprilie: data limită a plății taxei de participare cu preț redus

31 mai: trimiterea lucrărilor în extenso, pentru a fi cuprinse în materialul conferinței

1 iunie: data limită de rezervare și plată integrală a cazării

Limbi oficiale: română și maghiară cu traducere sincron-simultană

Creditarea CMR este în curs de obținere.

| | Taxă de participare | | |
|---------------------------|---------------------|-----------------|---------------|
| | Până la 30 aprilie | 30.IV. - 01.VI. | După 01. VI.* |
| Taxă participanți: | 100 Euro | 125 Euro | 135 Euro |
| Taxă însoțitori: | 80 Euro | 80 Euro | 90 Euro |
| Rezidenți: | 50 Euro | 50 Euro | 60 Euro |

Taxa de participare cuprinde:

Welcome Networking Dinner, mapa conferinței, participare la lucrări și standuri
program artistic (opțional), pauzele de cafea, 2 prânzuri calde cu 3 feluri (21-22. VI.) sau bufet suedez, recepția de la Primărie (opțional), diplomă participare, CD cu lucrări

Taxa pentru însoțitori cuprinde:

recepția de primire, program artistic, pauzele de cafea, 2 prânzuri calde cu 3 feluri (21-22. VI.) sau bufet suedez, recepția de la Primărie (opțional)

Hotel Bradul-Hunguest*/* (NUMAI 50 de camere!)**

Sgl. 215 RON/cam • Dbl. 256 RON/cam • Superior 325 RON / cam. (Prețurile **includ** micul dejun tip bufet, TVA, wireless internet.)

Hotel Salvator/* (Șumuleu-Ciuc, Fără TV în camere!)**

Sgl. 110 RON/cam./zi • Dbl. 156 RON/ cam./zi. (Prețurile **includ** micul dejun tip bufet, TVA, wireless internet.)

Alte posibilități de cazare, fără negociere, se pot găsi pe site-ul municipiului Miercurea Ciuc.

Toate plățile se efectuează prin transfer bancar:

CEC Miercurea Ciuc: cont nr. RO15 CECE HR 0143 RON 00 29737, titular: fundația cry for help, c.f.10804371,

Adresa fundației: Miercurea Ciuc, str. Gabor Aron nr. 10

Informații suplimentare: veressalbert02@gmail.com sau la telefon: 0744 812 900



A III-A CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ
A ASOCIAȚIEI BALINT DIN REP. MOLDOVA
WEEKEND NAȚIONAL BALINT DE VARĂ
A ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA
10 - 13 mai 2018, CHISINAU

USMF "N. Testemitanu", aula P. Galetchi

TAXA PARTICIPARE: 20 euro. Creditarea este în curs de obținere

PROGRAM:

10 mai, JOI: Sosire, înregistrare, cazare

11 mai, VINERI:

09:00 - 11:00 Liber sau mergem la fabrica de bomboane Bucuria (**opțional**)
11:00 - 16:00 Plecarea spre Capul de Pod Șerpeni + Castel Mimi (<https://castelmimi.md>)
(13:00 - 15:00 rezervat). Excursie 110 min + masa de pranz **40 E (780 lei mold.) (opțional)**
16:00 - 17:00 Liber
17:30 - 19:30 Ședința de socializare, Grup mare la USMF "N. Testemitanu",
aula P. Galetchi ([Bulevardul Ștefan cel Mare și Sfânt 165](#))

12 mai, SÂMBĂȚĂ:

08:00 - 09:30 Înregistrarea
09:30 - 11:00 Secțiune lucrări
11:00 - 11:30 Pauză cafea
11:30 - 13:00 Grup mare
13:00 - 14:00 Pauză de prânz (**100 lei mold, opțional**)
14:00 - 15:30 Grupuri mici
15:30 - 16:00 Pauză cafea
16:00 - 17:30 Grupuri mici
17:30 - 19:00 Liber
19:00 - 23:00 Banchet - Restaurant Beer House -
(în apropierea hotelului, (<http://beerhouse.md>) **20 Euro, optional**)

13 mai, DUMINICĂ:

08:30 - 09:30 Înregistrarea
09:30 - 11:00 Grup mare
11:00 - 11:30 Pauză cafea
11:30 - 13:00 Prezentări, impresii, încheiere, certificare
13:00 - 14:00 Pauză de prânz (**100 lei mold, opțional**)



Cazarea va fi la Hotel Cosmos

([Bulevardul Constantin Negruzzi 2, http://www.hotel-cosmos.com/index.php/ro/](http://www.hotel-cosmos.com/index.php/ro/)) - am rezervat 30 locuri

Camera 2 persoane - 34 E cu dejun inclus

Camera 1 persoana - 28 E cu dejun inclus

Putem rezerva si la Hotel Chisinau, **7 Negruzzi blvd, Chisinau MD 2001, www.chisinau-hotel.md**

Camera 2 persoane 38 E, Sgl.: 26 E - 32E (sunt nuante), (este aproape de Hotel Cosmos)

**Camerele rezervate la care nu se renunță până la data de 05.05.2018 și nu se ocupă,
vor trebui plătite la organizatorii locali!**

Rezervare în sistemul PRIMUL VENIT, PRIMUL SERVIT!

III-A CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ A ASOCIAȚIEI BALINT DIN REP. MOLDOVA
WEEKEND NAȚIONAL BALINT DE VARĂ A ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA

10 - 13 mai 2018, CHISINAU, USMF "N. Testemitanu", aula P. Galetchi

**Vă rog, retrimiteți anunțul de participare până la data de 05.05.2018,
ca să avem timp suficient pentru comanda autobuzului, la adresa e-mail veressalbert02@gmail.com**

| | | | | | | |
|--|-----------------|-------|---------------|-----------------------------|--------------|----------------|
| Nume | Prenume | | | | | |
| Loc de muncă | Profesie | | | | | |
| CNP | Localitate | | | | | |
| Hotel | COSMOS/CHISINAU | Sgl. | Loc în dublă | Doresc să împart camera cu: | | |
| DORESC: | EXCURSIE | DA/NU | 11. V. | Prânz 12. V. | Prânz 13. V. | Banchet 12. V. |
| <i>(ștergeți cele nedorite)</i> | | | | | | |
| Data sosirii | Data plecării | | Nr. Zile..... | | | |
| DORESC SĂ PLEC CU TRANSPORT ORGANIZAT: | | | DA/NU | | | |
| Tel | Fax | | E-mail | | | |

Titlul lucrării

Semnătură: (cu litere dactilografiate).....Data:.....

Transportul se poate efectua în mod personal sau cu microbuz/autocar în funcție de nr. participanților.

Plecare pe 10 mai, orele dimineții (se va decide în funcție de mașină!).

Traseu: Tg. Secuiesc - Onești - Bacău - Huși - Albița - Chișinău

Punctele de întâlnire: -TG. SECUIESC, str. Bem 13, la locuința dr. BAKA TÜNDE (are loc de parcare pt. autoturisme!),

sau: -BACĂU: Hotel Decebal (are parcare în fața hotelului sau în parcare de la Casa de Cultură)

NU ESTE NEVOIE DE VIZĂ. SE POATE TRECE GRANIȚA ȘI CU BULETINUL

Curs la data de 05.02.2018: 1 euro = 19,50 MDL, 1 RON = cca. 5 MDL.

INDEX: ISSN - 1454-6051

