

A XXV-a CONFERINȚĂ ANIVERSARĂ BALINT, CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ

„ÎNAPOI LA BALINT” „GRUPUL BALINT ȘI PSIHOSOMATICA”

MIERCUREA CIUC-ȘUMULEU, 27-30. IX. 2018.

PACHET PENTRU CEI CU COTIZAȚIA PLĂTITĂ LA ZI:

PACHET „A”: 60 euro	- mapa conferinței, participare la lucrări și expozițiile de firme - ecuson, diplomă participare - concert la Biserica Franciscană urmată de: cocktail de primire - pauzele de cafea, cină prietenească cu program artistic, dans, stupize...stupize
PACHET „B”: 90 euro	idem cu „A” + - 2 prânzuri tip meniu, cu 3 feluri, cina din 28 septembrie
PACHET „C”: 154 euro	idem cu „B” + - cazare sgl. 3 noți cam. Standard
PACHET „C-1”: 163 euro	idem cu „B” + - cazare sgl. 3 noți cam. superior
PACHET „D”: 133 euro	idem cu „B” + - cazare cam. dbl. cam. standard/pers.
PACHET „D-1”: 136 euro	idem cu „B” + - cazare cam. dbl. cam. superior/pers.
PACHET „E”: 130 euro	idem cu „B” + - cazare în cam. Cu 3-4 paturi/pers.

PACHET ÎNSOȚITORI:

100 euro	- idem cu „D”, fără mapa conferinței, participare la lucrări și expozițiile de firme, diplomă participare
105 euro	- idem cu „D-1”, fără mapa conferinței, participare la lucrări și expozițiile de firme, diplomă participare

ATENȚIE!

Prețurile exprimate sunt valabile până la data de 15 septembrie 2018, după care se practică o majorare cu 30 euro. Data limită a înscrierii și virării sumelor: 15 septembrie 2018. Suma se calculează la rata de schimb a BNR din ziua plății sau se plătește în euro. Nu avem posibilitatea plății on-line. În prețul cazării este inclus micul dejun și TVA. În holul hotelului există TV color. Rezervările se fac în regim ”primul venit, primul servit” (fără supărare!). După epuizarea camerelor disponibile, se pot face rezervări la alte locații din Miercurea Ciuc. Sumele achitate pentru camerele neocupate la începerea conferinței nu se returnează. Renunțarea la ele între 1-15 septembrie atrage după sine o penalizare de 50% din prețul total de rezervare. Rezumatul lucrării se trimite până la data limită de 15 septembrie 2018, iar lucrarea în extenso până pe 25 septembrie în limbile română și engleză. Prezentările se susțin în lb. Română cu diapozitive pregătite în lb. Engleză (nu se asigură traducere sincron-simultană!).

DATE BANCARE:

TITULAR:	ASOCIAȚIA BALINT DIN ROMÂNIA
Cod fiscal:	5023579
Adresa asociației:	MIERCUREA CIUC, STR. GABOR ARON 10
Reprezentant legal:	VERESS ADALBERT: C.I. HR-094.561
Numar de cont RON:	RO26CEEHR0143RON0029733
Banca:	CEC MIERCUREA CIUC



Cuprins

PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA	2
BIROUL ASOCIAȚIEI	3
CĂTRE AUTORI	3
THE RELIGIOUS DELUSION AND THE “MULTIPLE REALITIES” PERSPECTIVE ■ Mircea Lăzărescu, Jenica Blajovan, Marinela Hurmuz	4
AUTENTICITATEA GESTULUI SUICIDAR ÎN STAREA CREPUSCULARĂ ■ Dr. Simona Trifu, Dr. Magda Nicola, Dr. Eduard George Carp	12
ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI ■ Dr. Albert Veress	18

MOTTO: „Când medicii din Los Angeles au intrat în grevă în 1976, rata mortalității din oraș a scăzut cu 18%.” – *Ross Bergman*
„Operația a fost un succes deplin, dar pacientul a murit din altă cauză.” – *John Chiene*

Iunie 2018, Volumul XX, Nr. 78 ■ 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.



THE RELIGIOUS DELUSION AND THE “MULTIPLE REALITIES” PERSPECTIVE

■ Mircea Lăzărescu, Jenica Blajovan, Marinela Hurmuz

Rezumat: Puține studii clinice și psihopatologice s-au efectuat cu privire la delirul mistic, deoarece s-a considerat (probabil) că se supune mai dificil metodologiilor de cercetare cognitiviste. El devine interesant din perspectiva doctrinei “realităților multiple” propuse de Gallagher (realități ficționale ale literaturii, teatrului, lumilor virtuale pe calculator) cu care ne confruntăm zilnic. Cazuistica cu delir mistic evidențiază un proces patologic de depersonalizare/trans-personalizare, în sensul unui rol aparte într-o “lume specială”, simplificată și distorsionată. Cercetarea trece în revistă 12 cazuri cu delir mistic din Registrul de Cazuri pentru Psihoze Timișoara, aducând în discuție rolul narativității și al identificării cu personaje de narațiune profană, istorică și mitică în constituirea delirului. Comentariul sugerează dezvoltarea cercetărilor fenomenologico-existențialiste în domeniul delirului, din perspectiva doctrinei realităților multiple.

Cuvinte cheie: delir, delir mistic, realități multiple, psihopatologie.

Abstract: The religious delusion has not been the focus of many clinical and psychopathological studies. A possible reason could be that it cannot be easily assessed through the cognitivist research methodologies. An interesting approach is the one of the “multiple realities” (the fictional realities of literature, theatre, virtual computer world etc.), an idea recently developed by Gallagher. The cases of religious delusion are characterized by a psychopathologic process of depersonalization/trans-personalization, by entering a particular role in a “special mystical world”; a simplified and distorted one. The paper discusses 12 cases of religious delusion from the Case Register for Psychosis Timisoara. It focuses on the role of narrative and the process of identification with characters from the mythical narrations in delusion. It suggests the development of phenomenological-existentialist research in the domain of delusion from the multiple realities perspective.

Keywords: delusion, religious delusion, multiple realities, psychopathology.



DELUSION AND THE HYPOTHESIS OF THE MULTIPLE REALITIES

Jasper’s classical definition of delusion (1) considers it a judgement (idea, thought, theme) held with an extraordinary conviction, with an incomparable subjective certainty, which is impervious to other experiences

or to compelling counter-arguments and which has an impossible content.

Understanding delusion as an abnormal belief is maintaining this problem in the field of cognitive disorders, as it used to be in the 19th century (2). The recently growing interest of cognitivist psychopathology in understanding delusion as an abnormal belief led to the development of partially validated theories, such as the “bottom-up”, “top-down” or the deficit in abandoning a false ideamodels(3,4). The interpretation of delusion as a false belief was challen-

ged by several arguments (5,6).

A recent approach, developed by Gallagher (7), suggests the interpretation of delusion from the perspective of “multiple realities” (MR). This idea is based on the fact that a person is not only living in the physical reality, but also in other more or less fictional realities, which are part of his everyday life and which he can access for short periods of time. For example, watching a theatre play, reading a novel, playing a computer game. The scenarios of the fictional realities are characterized by a different spatial, temporal and causal structure than the daily events. When entering these realities, the subject partially extracts himself from the everyday situations and becomes part of different events, being able to identify himself with the fictional heroes of those worlds. Later, he is able to re-engage in his current life. Gallagher writes:

Besides the “world where we work, earn our salary, socialize, enjoy family life, and so forth, there are also multiple other realities that take us away from everyday reality. If, for example, I read a novel, go to the theatre or the cinema,



or play a video game, I spend a couple of hours escaping into a different sort of reality, which opens up in the pages, on the stage, or on the screen. In such realities, I may not have a role to play as myself, and I may identify with one or more of the characters presented in these different media. In dreams or even daydreams or various fantasies, I may more actively play a part as myself, or as a modified variation of myself, but not one that I usually play in my everyday reality”.

Developing Gallagher's idea, we suggest that delusion can be interpreted as a “fall” of the subject in an aberrant role of a fictional scenario. He is not able to return to his basic condition; he identifies himself with a fictional hero and thinks and acts by the logics of the fictional world, different from the everyday life. This idea, which has not been systematically developed so far, can be correlated with the existent studies regarding the narrative psychology of the person, developed by Tomkins, Hermans, McAdams (8, Note 1). The issue of the MR is still under discussion. Important references to this theme can be found in the writings of Mircea Eliade (9, 10 Note 2). Eliade discusses the difference between the sacral and profane time. He believes that the fictional realities can be placed near to the special area of the anthropological temporality, exemplified by the mythical and sacral narration. The sacral “world” is a “reality” for people who believe in God and it deserves special attention. This type of reality is not mentioned in Gallagher's examples.

THE RELIGIOUS DELUSION AND ITS PARTICULARITIES

From this perspective, the religious delusion is of particular interest. It can be considered one of the three main delusional themes, the other two referring to the social interpersonal relationships (paranoid, erotomaniac delusion, delusion of jealousy, of surveillance) and the person's attitude towards his identity and state of being (preoccupation for disease, for the body image, positive or negative abilities, invention, particular filiation, new identity). The religious delusion is only vaguely mentioned in the manuals of diagnosis and it is less studied than the other types of delusions (11,12, 13). Sims (14) discussed the religious delusion from a psychopathological point of view. This theme has been less common during the 20th century in western civilization (15). The religious delusion can be found in most of the psychotic disorders, especially in schizophrenia (16,17,18,19,20,21), delusional persistent disorder and bipolar disorder. It is more frequently expressed through

a special mission given to the patient by God for fighting the evil or saving the world. It is sometimes accompanied by his identification with one of the divine figures. The presence of the devil can be experienced as body possession orthroughtought and behavior influence (22).

A special feature of the religious delusion is the fact that it refers to a supernatural reality, which is organized in a mythical, narrative way, and it is traditionally, socially and culturally admitted as a “special reality”. The sacral figure is accepted by the official institutions and by current community practices. The sacral universe is an undoubted reality for the normal believer, which is parallel with the physical and social everyday reality. It is a far away, transcendent reality. The access to this reality is possible through individual and collective prayers. The characters of this world are omnipotent in relation to humans and they have access to one's intimate life.

In Christianity, the main characters are God, Jesus Christ, the Holy Spirit, and Virgin Mary, who have family-like relationships. In addition, there is the Devil. The main event is the Death and Resurrection of Jesus. The most important themes are fighting against the devil, saving humankind, the End of the World. God takes care of man; he protects him and can send him special messages and missions. The religious delusion is, by definition, a relational one, expressing the subject's relation to the supernatural, omnipotent characters. The profane relational delusion in the paranoid disorder refers to hostility, surveillance, cheating etc., exceptions being only the erotomaniac delusion and the undefined origin. As a whole, the social relationships develop on an intimate-public diagram. Concerning the sacral, mythical characters, they are, by definition, in a faraway place and they can only be approached indirectly. In delusion, they get closer to the subject and they can directly act upon him.

THE SACRAL MYTHICAL SCENARIO, THE MULTIPLE REALITIES (MR) THEME AND DELUSION

The multiple realities hypothesis refers, in Gallagher's description, to the cultural narrative universe of the theatre, literature, novels, virtual reality. The mythical reality is not mentioned.

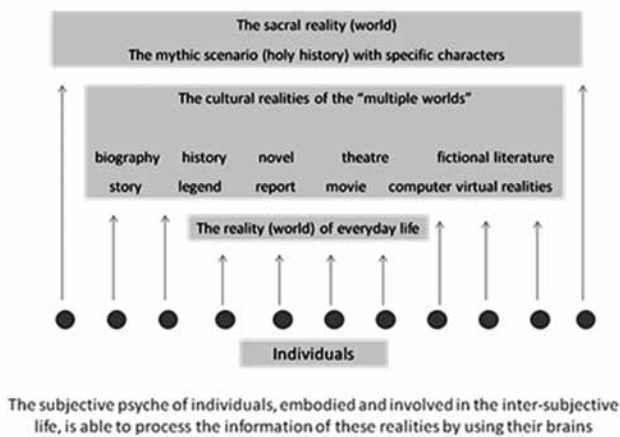
The characters of the narrative worlds – theatre, literature, history, biography – are placed in an intermediate position in relation to the physical social reality of the everyday life. Generally, they are part of the profane reality and they are not characterized by omnipotence, like the



■ Referate

characters of the sacral world. In these “multiple cultural worlds”, we can identify some areas that are closer to the supernatural reality (e.g. witches, aliens) and other closer to the common existence (historical characters, biographical heroes). The sacral instance is traditionally an inception, a “world-creating” reality. This is the reason why the religious delusion is a special delusional theme, which might have a psycho-anthropological value that can clarify some aspects of this psychopathologic syndrome.

Fig. 1 The realities (worlds) the subject has at his disposal



In delusion, as well as in other psychopathological states, the psyche's structures un-differentiate themselves, affecting the specific anthropologic spatiality, temporality, causality and the identity structure of the subject. Temporality is centered by the present time, which lies between the remembered past and projected future. Spatiality refers to the anthropological distance on the intimate-public axis and to the objective closeness. Causality implies the origin and occurrence of a phenomenon and the way of action, including thinking and language. The subject's identity has a complex structure. It includes his social identity (name, identity card, marital and professional status, biography), his subjective belonging to the self, the differentiation from others and the environment and the sense of agency and ownership of his experiences. Moreover, it implies the global feeling of self-identity. The impairment in all these areas needs to be explored in delusion.

MATERIAL AND METHOD

The paper analyses 12 cases of religious delusion. They are part of the Case Register for Psychosis Timisoara. The register includes a total number of 1618 new cases of

psychosis during the period 1985-2004, out of which 728 cases are still under observation. This sample has been analysed with different aims until present. During their evolution, 225 cases presented religious delusion.

The purpose of the study is to analyse and understand the religious delusion from the MR perspective. The paper does not discuss the statistical clinical and evolutionary characteristics, but the phenomenological aspects of the 12 cases. The subjects present religious delusion characterized by grandiosity ideas of special mission given by God or identification with mythical and sacral characters. We try to analyse the depersonalization/trans-personalization process of delusion. This process transforms the subject in a special character – a character of the sacral reality, if we consider the particular atmosphere of the religious delusion - but also in other historical or fictional characters, in cases concerning other types of delusions.

CASE STUDIES

CASE 1. A 41-year-old woman developed a psychotic symptomatology with manic disinhibition and delusion of divine mission: “*She is chosen by God and she has the mission to fight the devil*”. God talks to her every day. “*The Holy Spirit is talking through me*”. God has chosen her to be a prophet, because she is “*clean, she does not lie, she has not committed adultery and she has, on the back of her hand, a sign indicating the place of the nail from Jesus’ crucifixion...*” “*She has a bitter taste in her mouth from the wormwood Jesus had to drink and her body smells like incense*”. God protects her and influences her, she has thoughts, which are “*given by God*”, “*her thoughts can be read with God’s help*”. She feels she is being followed by people, because “*people are devils*”, she realized that and she feels “*a cold shiver in her back head*”.

The delusion of divine mission is correlated with the identification with Jesus; her mission is similar to the one of a prophet. Her intimacy with divinity expresses through thought broadcasting and influence. The religious scenario expands to her relationships with other people, which are “*devils*”. In most of religious delusion cases, there are particular aspects of Schneider’s first rank symptoms. This deserves a special discussion, the current analysis referring to the identity-relational problem. Her special mission and identification with Jesus places the patient in the supernatural world. She feels protected by God, in the same way a child is protected by his parent against other people’s harm. This closeness and familial intimacy gives a natural explanation to thought broadcasting and insertion, if we



consider the fact that every parent can know and influence his child's thoughts.

CASE 2. A 42-year-old woman develops a religious delusion... *"she feels that God is inside her and He speaks through her mouth...she has to pray for the whole world"...*she feels that she is charmed by her neighbours and mother-in-law, who want to harm her and she feels the para-psychological influences... *"Jesus speaks through her voice...she can do anything"*.

Even if the identification with God and the special mission are present, people are also part of her scenario. However, they are also *"contaminated"* by the supernatural world, which the patient has entered, because they are able of doing charms. The identification with a divine character is suggested by the fact that Jesus borrows her speech and assures her omnipotence.

CASE 3. A 44-year-old man has a slow onset of psychosis, during a 2-year period, presenting a delusion of grandiosity: he feels that God has sent him on earth, he feels Jesus in his body and he has the mission to save the world from disasters. He has special powers, which he uses for people's benefit; he is a visionary, everything he thinks happens. That is why he avoids reading negative articles in the media or thinking about them. When he walks on the street, people want to touch him in order to steal his energy, because he has supernatural powers; the people follow him on the street. He is also monitored through the radio and TV. When he had crossed the country border, a storm started: *"it was a divine sign which has warned him not to leave the country"*. When he looks at the moon or at the Bible, he sees God, the angels and all the saints.

Delusion of special abilities correlates with the special mission and identification with Jesus. His extraordinary capacities are not oriented towards fighting the devil, but they can influence human nature and behaviours. He has *"common"* supernatural capacities for someone who is part of the *"divine world"*. People follow him on the streets and through the radio. The subject lives in a supernatural universe, where he is in an intimate relationship with the biblical characters. But this is something usual for someone who is at the same level with Jesus, whom he feels inside his body.

CASE 4. A 22-year-old man believes that he is the Son of God and he has to give people presents, like bread, fish, etc. He considers himself the chief of the Foreign Legion

and he owns the files of the Timisoara Revolution. He will play in a porn movie...he will buy the Psychiatric Clinic where he is admitted and he will give the clinic his name. He preaches the voice of God and he will go to Heaven because his soul is clean and he has no sins.

The attribute of being the Son of God is combined, in an imaginary and meta-representational way, with other megalomaniac social and political roles. By entering the delusional world, the subject can become a *"character"* in fictional scenarios. The religious scenario and the role of the Son of God are in the main place. However, the subject can also develop other roles and scenarios, closer to the world he is living in. Thus, the identity role of the Son of God may associate with other identities which can develop in a narrative fictional scenario.

CASE 5. A 44-year-old man, during a 3 month onset of psychosis, perceives and interprets different signs which tell him that he has to become a believer... he is sure than the end of the world will be in 7 months, that God sends signs which only a few persons can understand. While waiting the end of the world, he refuses food and he only drinks water from a fountain in front of a church, which he has dreamed and has been guided to. God sends him, he understood from the signs that he will be crucified in the front of the Cathedral in Timisoara, he is guided by the divine power and he can hear his own thoughts. God shows him in his dreams persons who need him to cure them and he shows us two persons, which he has already cured through the power of his hands and faith.

The new identity of the subject, the *"God's chosen one"*, allows him to understand the hidden signs showing the end of the world. The identity transformation goes even further, towards an *"imitation Christi"*, crucified in the front of the Cathedral in his hometown. Schneider's first rank symptoms develop in this fictional atmosphere.

CASE 6. A 32-year-old man develops a delusion of jealousy, he feels followed and watched on the street, and then he believes that he is charmed. Later, a religious grandiosity delusion develops: *"I am the light of the world, I was sent on earth by God. At Easter, everybody can take light from my angel halo...I am a very important person, everybody has heard about me"*. *"Satan takes the neighbours' image in order to monitor me; I don't know with whom I am talking to any more"*.

The grandiosity expresses itself in a metaphoric speech (*"I am the world's light"*). The paranoid delusion is cor-



■ Referate

related with jealousy, sensitivity, charming and demonic delusions.

Case 7. A 41-year-old woman has a first-episode psychosis with paranoid delusion, symptoms of thought broadcasting and auditory hallucinations. In the second episode, a grandiosity religious delusion emerges: *“I am equal to God”*. The paranoid symptoms are less expressed.

The relationship with divinity is not necessarily one of subordination, mission or identification; the main aspect is that the patient is part of the same world as God. He has the same position, he is his equal. In most cases, the identity scenario is explicitly expressed.

Case 8. A 35-year-old woman presents paranoid delusional episodes (2001, 2002)- delusions of persecution, poisoning, but also religious delusion: *“she feels a power descending upon her while she is praying”*. At the second admission in the hospital, she says, *“Jesus lives through me, I am Virgin Mary”* and she calls her husband Joseph or Abraham.

Case 9. A 54-year-old woman develops a grandiosity religious delusion, declaring, *“I am God”*, in the same time with a paranoid delusion: she believes that she is followed by the police and security services that her grandmother was substituted with a spy and she reports her to the police. She believes that the president and the head of the church are her children.

The identity aspect does not only refer to the patient's person, but also to the substitution of her grandmother. The delusion develops as a narrative scenario, which includes real, important characters, who become her children.

Case 10. A 19-year-old man has a psychotic episode with religious grandiosity: *“he is an important person, because the Holy Spirit has descended upon him”*, *“he will save the country from a disaster”*, *“people watch him in a particular way because of his importance”*. *“In the city, there is a witch who surveys him and knows his thoughts”*, *“everybody can read his thoughts through the radio and TV”*. Additionally, *“he can influence the Romanian football team by only pronouncing the word “attacker”*. *“The devils' army has 999 million members, and if we turn the number upside down, it becomes 666-the devil's number”*. *He does not get out of the house “because in the kingdom there is only modern science, there are no flowers or trees”*. *“As a child, an army of devils wanted to harm him, they pushed him in the devil*

thesaurus, he hurt his head and he has been feeling bad ever since”. *“The devil controls his thoughts; the whole town, the whole country knows his thoughts”*. *“He is an important person, an Emperor or a Commander; his mother got pregnant with the Emperor, in the same way as Virgin Mary had and this is the way he was born”*. *“The Emperor will send a ship to take him home...or to the Kingdom or to Heaven, he does not know exactly where”*... *“he fought the devils and he won”*...*“he became free”*.

The religious and grandiosity delusions develop in a narrative form, with fairytale elements. His father is an emperor and he was born in the same way Jesus was born. The transposing of one's identity in the fictional narrative constructs a narrative character who detaches from the bodily self in the present person.

Case 11. A 33-year-old man develops grandiosity religious ideas, having a bizarre behaviour. He is sure that he has a new identity, inspired by the historical literature. *“He is the good soul of Napoleon, whose uniform he will wear, and he will speak on his behalf. His soul has more covers, he is a genius, he is the people's man, a saint, and his mission is to unify the catholic and orthodox churches, so that the people will pray to the East...”* He refuses to eat and he forces his family to do the same *“in order to purify themselves and become superior beings”*... He is suspicious, nervous and he walks out in a careless outfit”. During another admission, he feels he is chosen by God, having the mission to bring peace and wellbeing on earth...he has special relationships with the supernatural forces...he is chosen by God to rule the world at the end of it...he is in an inner continuous fight in his relationships with God, Lucifer, the demons and the angels.

When psychosis manifests throughout the grandiosity delusion, the patient's identity is modified, sometimes embracing the soul of a historical character; but, essentially, his identity is placed in a supernatural existence, in a relationship with divine characters. He is not only imagining them; they are part of the world the patient is living in.

Case 12. A 22-year-old man develops psychotic symptomatology: at a certain moment, he sees Jesus waving; he was dressed in white and blue and, from that moment on, these colours gain a special meaning for him... Everything that happens is related to him and his intentions...There are references to his life on TV, because his thoughts and intentions are known and someone – probably the director of the movie inspired by his life – influences his behaviour



and thought... He believes that his body is "signed", at the level of his heart and hand, probably by God... His mother is not his real mother, but a woman who lives with him in the same house. Nor his father is the real one; his father is God or the director of the movie "Sunset Beach"; he is the main character of this series. He is smarter than the others around him and nobody can understand him.

The patient has an indirect relationship with Jesus, who only appears as an illusion of a person in the context of a delusional perception, which leads to delusion. In this state, his identity changes: his parents are not the real ones, he is probably the Son of God, but he could also be the son of a movie director, in which he believes he is the main character. The delusion partially develops through a fictional, but worldly identity, as a movie hero.

DISCUSSION

The religious delusion is often centred by the theme of grandiosity, including a special mission received by God for fighting the evil, defeating the devil or saving the world. Sometimes, this special mission can derive from the feeling of having an extraordinary capacity and omnipotence. In most of the clinical cases, the grandiosity in the religious delusion is rarely accompanied by other manic bio-psychological symptoms: the acceleration of psycho-motility with hyperactivity, logorrheic, insomnia, agitation, sexual disinhibition etc. It is correlated with the superior level of the supernatural world.

The subject feels that he enters and becomes part of this world through his identity and mission. Thus, he identifies himself with a special role. God can talk to the subject, can give him a special mission or He can send him divine signs. Often, a process of identification takes place, the subject feels that "he is the Son of God". Therefore, he receives a divine position. The subject can declare: "I am Jesus Christ", "I am Virgin Mary", "I am God". The identity transposition places the subject into the role of a divine character. A patient says: "I sometimes feel I am God and other times the Devil". It is a process of trans-personalization that makes the subject part of the supernatural universe. Traditionally, the notion of "demonic possession" is also used. It is not only correlated with delusion, but also with the dissociative and trance states. In the religious delusion, we can talk about "possession by divine figures" – God, Jesus, Virgin Mary, the Holy Spirit". However, this supernatural possession takes place in the context of intimacy with the sacral world. The religious delusion highlights the "trans-personalization" lived by the subject when he enters the delusional world. He

becomes a "different character" who is involved in the scenarios of "a different world".

Another important aspect is the fictional narrative characteristic of the religious experiences. The subject enters a fictional world, a world of narrative, history and stories. Mircea Eliade (10) considered that each sacral mythology is a narration, a "sacral story" with characters and events. In the religious delusion, the sacral characters "fall" in a familiar, everyday lifestyle and relationships; hence, the divine myth becomes similar to the narrations of the everyday life, which particularly characterizes the "multiple realities" of culture and history. Not only Don Quixote can identify himself with different heroes. From this point of view, Eliade considers that "the time of the profane narration of the novels" derives from the "special time" of the sacral narration.

Therefore, delusion can be interpreted as the falling of the subject in a narrative scenario in which he identifies himself with a fictional aberrant role; and not only an impairment of the cognitive processes of interpretation. He cannot leave the delusional fiction – in the way a person can abandon a prayer, a lecture or a theatre play. The deluded person is deeply convinced of his false idea, similarly to the conviction of a believer in divinity.

Unlike religious delusion, the paranoid delusion or the monothematic systematized one – hypochondriac, dimorphophobic, jealousy, erotomaniac, relational delusion – do not suggest, at first sight, the self-identification with a role or a character from a narrative fictional scenario. However, we can also talk about roles in these cases. The patient focuses his existence on a role derived from the social roles discussed by Pearson's sociology. From this traditional sociological perspective, the social roles do not only refer to the social statuses: gender roles, age roles (child, adolescent, adult, old man), professional and marital roles (engaged, married, divorced, widow). The sociologic doctrine also accepts transitory roles, such as the role of a sick, cheated, surveyed, persecuted person, the last one being real in the totalitarian regimes.

Most of the monothematic delusions can be interpreted as an identity disorder in which the subject "falls" into the identification with this kind of roles. Nevertheless, in these cases, the process of depersonalization/trans-personalization and the fictional feature of these scenarios are not obvious. Concerning the paranoid delusion in the schizophrenic form, the fictional scenario of the delusional universe sometimes becomes more obvious. For example, when the subject feels that aliens control him. Still, in the case of schizophrenia, the depersonalization phenomenon



■ Referate

has special characteristics, with the loss of self-borders and the fragmentation of the self, this aspect makes the process of trans-personalization difficult. The person having schizophrenia frequently feels like an abstract character; or, as suggested by Stanghellini, a spirit without a body, a simple “entity”, impersonally monitored and controlled (23).

The religious delusion gives us an important suggestion regarding the trans-personalization process in the psychopathology of delusion. The subject enters a role in an aberrant fictional scenario. These aspects can lead to important analyses in the psychopathology of delusion, especially because, at this level, we can discuss the differences and correlations between faith and belief.

CONCLUSION

The approach of religious delusion from the perspective of Gallagher’s “multiple realities” suggests a process of de-personalization/trans-personalization, which leads to the subject’s identification with a role in an aberrant scenario, in a fictional world. The fictional aspect that characterizes the sacral universe in delusion is the consequence of a deficit and psychic de-differentiation induced by psychosis. If we interpret the cases of religious delusion from this perspective, we need to pay attention to the “multiple realities” –fictional realities closely connected to the everyday life, such as the reality of the theatre, novels or virtual computer world. By describing delusion as the fall of the subject in an aberrant role, the existentialist-phenomenological theme of “being in the world” is reviewed. Heidegger approached this concept in his book “Being and Time” and it has inspired the phenomenological psychopathology, especially Binswager’s approach in the field of delusion (24). When discussing the “multiple realities”, Gallagher explicitly highlights this concept. It is an idea that has always been expressed during time by Kraus’ phenomenological-anthropological analyses (25).

NOTE 1

The narrative psychology of the person considers the self as being involved in different narrations: one’s own narration about himself in various situations; but also other’s narrations of himself. The narrative self expresses by reference to the lived episodes of different durations and has its fundamentals on the identity structure of the person. From Dennett’s perspective, this structure is the centre of the lived and narrated experiences. Tomkins suggested that the person could be interpreted through the role he plays in different scenarios, which he develops for different situati-

onal problems. Hermans discussed the existence of several simultaneous “voices” of the subject. These psycho-sociological interpretations of the person develop an older idea of James (1890) regarding the multiplicity of the subject’s selves. This view (of a subject playing roles in different scenarios) is in concordance with Gallagher’s perspective of “multiple worlds”.

NOTE 2

Mircea Eliade developed the idea of the difference between the sacral and profane time. The mythic history that forms the base of a religious belief is considered to take place in a faraway time, in the sacral time of the beginnings and creation. During the religious rituals, people leave the profane time of work and everyday preoccupations and enter the mythic time of the origins. After that, they spend a short time of celebration, which is also different from the profane time.

The religious ceremony can be considered the prototype of all human celebrations. Eliade suggests that there is a third type of time related to the time of the myth – the time in which the persons recall the historical events and stories that funded the culture and society they live in; and the time of the fictional narrations experienced while reading or listening to a story or novel. This reference to the mythic-narrative time is comprehensively connected to the doctrine of the multiple worlds/realities.

References:

1. Jaspers K. *General Psychopathology*. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press, 1997.
2. Berrios GA. *The History of Mental Symptoms*. Cambridge University Press, 1996.
3. Bortolotti L. *Delusions and other irrational beliefs*. Oxford University Press, 1996.
4. Ibanez-Casas I, Carvilla JA. Neuropsychology Research in Delusional Disorder. A Comprehensive Review. *Psychopathology* 2012; 45(2):78-95.
5. Stephens GL, Graham G. The delusional stance. In: Broome M, Bortolotti L (eds). *Psychiatry as Cognitive Neuroscience. Philosophical perspectives*. Oxford University Press, 2009, 193-216.
6. Fulford KWM. *Moral Theory and Medical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
7. Gallagher S. Delusional Realities. In: Broome M, Bortolotti L (eds). *Psychiatry as Cognitive Neuroscience. Philosophical perspectives*. Oxford University Press, 2009, 245-268.
8. McAdams DP. Personal Narratives and the Life Story. In: John



- OP, Robins RW, Pervin LA (eds), *Handbook of Personality. Theory and Research*. The Guilford Press, New York London, 2008, 242-264.
9. Eliade M. *The Myth of the Eternal Return: Cosmos and History*. Princeton University Press, Princeton, 1971.
 10. Eliade M. *Aspects du Mythe*. Gallimard, 1963.
 11. World Health Organization. *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)*. Geneva: WHO, 1992.
 12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
 13. Oyebode F. *Sims' Symptoms in the Mind. An Introduction to Descriptive Psychopathology*. Elsevier, 2008.
 14. Sims A. (2012), *Religious Delusions*, <http://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/specialintergroup/spirituality/publicationsarchive.aspx>.
 15. Krzystanek M, Krysta K, Klasik A. Religious Content of Hallucinations in Paranoid Schizophrenia. *Psychiatria Danubina* 2012; 211 (Suppl.1): 65-69.
 16. Mohr S, Pfeifer S. Delusions and Hallucinations with Religious Content. In: Huguelet P, Koenig G (eds). *Religion and Spirituality in Psychiatry*. Cambridge University Press, 2007, 81-96.
 17. Koenig HG. Religion, spirituality and psychotic disorders. *Rew. psychiatr.clin.* 2007; 34 (suppl.1):1-16.
 18. Bhavsar V, Bhugra D. Religious Delusions: Finding Meanings in Psychoses, *Psychopatholog* 2008; 41:145-172.
 19. Mayers T. Delusions and hallucinations caused by schizophrenia. Are they worsened with religious belief or is the religiosity secondary to the mental illness? *Religion & Mental Illness* 2012; 67 (2):1161-1176.
 20. Lung-Cheng Huang C et al. The interaction between religion, religiosity, religious delusion/hallucination and treatment – seeking behaviours among schizophrenic patients in Taiwan. *Psychiatry research* 2011; 107(3):347-353.
 21. Drinnan A, Lavender T. Deconstructing delusions: A qualitative study examining the relationship between religious belief and religious delusions, *Mental Health, Religion & Culture* 2006; 9(4):317-321.
 22. Brandt PY, Borrás L. Religion, Spirituality and Dissociative Disorders. In: Huguelet Ph, Koenig HG. *Religion and Spirituality in Psychiatry*, Cambridge University Press, 2009, 145-157.
 23. Stanghellini G. *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. Oxford University Press, 2000.
 24. Tatossian A. *Phénoménologie des psychoses*. Paris: Mason, 1979.
 25. Kraus A. Schizophrenic delusion and hallucination as the expression and consequence of an alteration of the existential a priori. In: Chung MCh, Fulford KWM, Graham G. *Reconceiving Schizophrenia*, Oxford University Press, 2007, 97-112.



AUTENTICITATEA GESTULUI SUICIDAR ÎN STAREA CREPUSCULARĂ

■ Dr. Simona Trifu*, Dr. Magda Nicola**, Dr. Eduard George Carp*** (*șef de lucrări UMF Carol Davila, **medic primar Spit. Psihiatrie Obregia , ***medic primar psihiatru, Spitalul de Psihiatrie Săpunari)

Rezumat: *Lucrarea de față își dorește să reliefeze problematica stării crepusculare în directă legătură cu comiterea actului suicidal. Studiul prezintă dinamica unui episod depresiv major ce asociază fenomene psihotice, predominant în planul gândirii și având ca mecanism principal interpretativitatea delirantă. Ca particularitate, reținem fondul de organicitate cerebrală (prezența unui chist arahnoidian benign cu impact encefalografic), ce determină comiterea gestului suicidal pe fondul îngustării câmpului de conștiență, cu păstrarea automatismelor motorii.*

În viziune psihodinamică, patologia survine pe o structurare primitivă de tip narcisico paranoiac, care, la „spargerea” mecanismelor de apărare la traumă, dezvoltă ideeație delirantă de urmărire, persecuție și prejudiciu, atribuirea de semnificații ascunse și sesizarea coincidențelor.

Din punct de vedere psihiatric, pacientul primește inițial tratament exclusiv cu SSRI, fapt ce amplifică tensiunea interioară și ulterior asociază fenomenologie psihotică, structura paranoiacă dezvoltând o patologie a locului controlului, în extrema xenopatic delirantă.

Rămâne în urmă un cortegiu de întrebări referitoare la autenticitatea unei structuri primitive din arealul narcisico paranoiac, un Eu fragil apărât de un fals self, care se prăbușește la trauma abandonului și eșuează într-un episod depresiv major, care, la rândul său, nu are timp să se exprime, punând în act gestul suicidal prin modificarea câmpului conștienței.

Terapeutic, răspunsul favorabil apare la combinație de AP în doză înaltă cu AD de tip dual sedativ, în vreme ce în plan psihoterapeutic cel în cauză evită o abordare profundă, optând pentru întărirea vechilor mecanisme de apărare, vizând o rapidă reintegrare în lume și viață, cu teama destructurării la contactul cu problematica psihică profundă.

Cuvintecheie: *suicid-stare crepusculară, ideeație delirantă, terapie mixtă*

Abstract: *The present paperwork wants to underscore the problematic of crepuscular status in direct connection with the suicidal act. The study presents the dynamics of a major depressive episode that associates the psychotic phenomena prevailing in thinking area and having as the main mechanism for delusional interpretation. As a peculiarity, we highlight the cerebral organic changes (presence of benign arachnoid cyst with encephalographic impact) that causes committing suicidal gesture amid narrowing the field of conscience, keeping motor automatisms.*

In psychodynamic vision, the pathology occurs on a primitive structure of narcissist-paranoid type, which, on „breaking” defense mechanisms to trauma, develops delirious pursuit ideation, persecution and prejudice, assignment of hidden meanings and notifying coincidences.

From psychiatric point of view, the patient receives an initial treatment with SSRI, which amplifies the inner tension and subsequently assigns psychotic phenomenology; his psychotic-paranoiac structure develops a pathology of place of control, in delirium xenopatic extreme.

A cortege of questions are left behind, regarding the authenticity of a primitive narcissist-paranoiac structure, a fragile Self-defended by a false Self, which collapses on trauma of abandonment and fails into a major depressive episode, which in turn has no time to express themselves, putting into action his suicidal gesture by modifying the field of conscience.

Therapeutically, a favourable response appears to combine AP in high dose with AD dual sedative, while in psychotherapeutic plan, the patient avoids a deep approach, opting to straighten his old defense mechanisms, aimed a speedy reintegration into the world and life, with the fear of deconstruction upon contact with deep psychological issues.

Key words: *suicidal act-crepuscular status, delirious ideation, therapy.*



În loc de introducere: Autenticitate și boală psihică. Opinii clinice.

Există numeroase entități clinice în care exprimarea directă a potențialului psihopatologic apare în elementul surpriză și reconsideră întregul edificiu al personalității celui în cauză. Acest fapt se poate întâmpla într-un raptus, în starea crepusculară, într-un episod psihotic sau maniacal, în descărcări bruște de afecte, astfel încât fiecare din cei doi participanți la actul terapeutic (atât specialistul, cât și pacientul însuși) se întreabă: Când este el, cel **autentic**?

Autenticul poate presupune răsturnări de situații, reduceri la absurd, atracția contrariilor, impunerea ilogismelor în locul logicii carteziene, acceptarea dualității și, uneori, – de ce nu ? și a duplicității.

Autenticul presupune uneori pierdere, amputare, abandon, restructurări și reintegrări ale noii imagini ciuntite. Presupune alteori extensii ale sinelui în minți și Euri conexe, pentru o mai bună armonizare și augmentare a propriilor resurse creative.

Autenticul impune, în situații limită, uciderea de sine, ca nu care cumva acesta să se întoarcă vreodată, fie el și sub forma unui refulat, asupra ta însuși.

Dacă ar trebui însă să mă rezum la prima asociație liberă, **autenticul ar fi sinonim onoarei**, în dimensiunea eliberatoare a conștiinței de sine.

ISTORIC:

Pacientul, în vârstă de 33 de ani, aflat la prima internare într-un serviciu de psihiatrie, vine actualmente pentru un episod depresiv major, cu debut în urmă cu câteva luni (în tratament ambulator cu Sertralină 100 mg și ședințe de psihoterapie), care în ultimele zile suprapune elemente psihotice de tipul interpretativității delirante, sesizării coincidențelor și atribuirii de semnificații, însoțite de modificarea comportamentului în sens bizar psihotic și de preocupări suicidare.

Pacientul are o tentativă de suicid în camera de gardă imediat după internare (prin spânzurare), pentru care se intervine rapid. Descrierea ulterioară a modalității de comitere a TS sugerează o îngustare a câmpului de conștiință, cu păstrarea automatismelor motorii și amnezie ulterioară.

La preluarea pe secție, se decide inițial menținerea internării nonvoluntare, deoarece pacientul prezenta instabilitate decizională, senzația subiectivă de a i se încurca gândurile în minte și de a nu înțelege ce i se întâmplă, atitudini generate de confuzia psihotică.

Se instituie tratament combinat (Risperidonă 8 mg + AD sedativ de tip dual Mirtrazapină 30 mg + timostabilizator Valproat 1000 mg + BZD). Se efectuează consulturi de spe-

cialitate, CT cerebral reliefând un chist arahnoidian la nivelul fosei posterioare retrocerebelos, situat pe linia mediană, cu diametrul de sub 2 cm, concluzia examenului neurologic fiind: clinic normal.

Cu o zi înaintea internării, pacientul pune la cale o TS combinată, dorește să înghită pastile și își face un ștreang dintr-o cordelină, pe care îl pozează pe whats app și îl trimite prietenilor apropiați. De asemenea, lasă un bilet de adio, în care scrie: „Sunt un arhitect ratat, un fiu ratat și un om ratat.” Sunt chemați părinții, la venirea acestora urmând câteva ore de „*calmie*”.

La Camera de Gardă: interviu dificil, pacient necooperant, suspicios, cu anxietate psihotică și comportament bizar, ambivalență motivațională. Din afirmațiile părinților: „Vede conspirații peste tot, închide telefonul, spune că este urmărit.” Prezintă insomnie severă, simptomele evoluând pe un fond depresiv, cu debut reactiv, în urmă cu șase luni: separarea de C. (prietenă sa).

Pe secție, în ziua următoare TS: asociază vinovăție de intensitate psihotică, inițial răspunde la întrebări, ulterior discursul devine digresiv și circumstanțial. Este orientat temporo spațial, auto și allo psihic. Interpretativitate delirantă a multiplelor fenomene ale vieții cotidiene, atribuirea de semnificații, sesizarea coincidențelor. Afirmă că *îi sunt ascultate telefoanele, i se pare că este un complot în jurul lui. „Este o paranoia, o psihoză în jurul meu, nu pot să verific. Știu că este un dezechilibru hormonal la nivelul creierului. Este o tulburare pe dopamină, știu foarte bine! Mi s-a părut că se leagă niște lucruri, mici aluzii.”*

Cronologie prezentă pe durata ultimelor luni: Inițial prezintă modificarea dispoziției în sens depresiv, cu trăiri de vinovăție și devalorizare, ulterior suprapunând fenomene psihotice. Incapacitate de a-și îndeplini obligațiile la locul de muncă: „Nu mai dădeam randament.” Pulsioni autolitice marcate, în ultima săptămână, preocupări suicidare cu plan + TS, prezintă marcă traumatică la nivelul gâtului. Insomnie marcată în ultimele luni, somn maxim două ore pe noapte. Modificarea clarității câmpului de conștiință, stare de tip crepuscular în care comite gestul suicidului.

Anterior internării, pe parcursul ultimei săptămâni se identifică o dispoziție depresivă de tip iritabil disforic în care are două raptusuri agresive(unul cu psihiatra care îl trata în ambulator, celălalt cu fosta prietenă, pe care o vede într-un restaurant cu altcineva, se duce și o lovește, aceasta depunând ulterior plângere la Poliție).





AHC: un unchi de 80 de ani – suicid prin aruncare în fântână.

Stare psihică prezentă la internare:

„Am avut un episod depresiv, care mi se pare că s-a accentuat mult de la tratament.”

„Duminică dimineața am avut acasă o tentativă de suicid, am legat un ștreang, l-am agățat, l-am probat pe gât, am pisat niște pastile.”

„Nu-mi aduc aminte ce am făcut aici, eram într-o cameră cu patru paturi și o baie, nu am mai gândit rațional.”

„Nu aud voci, sunt destul de lucid, nu știu ce m-a cuprins.”

„Simțeam doar că nu e bine, că sunt o povară, un eșec pe toate planurile și vreau să scap.”

„Nu mai aveam randament, am avut un eșec în dragoste, mi se părea că fata asta mă provoacă, era agresivă cu mine.”

„Am fost deprimat, frustrat, nimic nu era suficient, nu primeam nici o validare în relația cu C., dormeam maxim două ore pe noapte în ultima lună.”

„Mi se păreau chestii pe stradă, coincidențe stranii, lucruri care mi se potriveau, semnale de la oameni necunoscuți. Aveam o agendă în care mi-am consemnat toate acestea. Eram epuizat fizic și am realizat că trebuie să cer ajutorul. Aveam rumații non stop.”

„Nu mai știu unde lucrez, este irelevant. Am lucrat în cadrul MApN, acum nu mai contează. Am plecat de la serviciu pentru că pur și simplu nu mă simțeam bine, nu știu ce statut mai am acum.”

„La ultima discuție am fost agresiv cu doctorița psihiatră.”

„Mă tem că mă veți castra aici, așa făcea prietena mea, castra pisoi și câini la cabinet.”

Descrierea TS sugerează îngustarea câmpului de conștiență: „Atunci nu vedeam decât un singur lucru, eram chitit, aveam un singur țel, eram în vrie, parcă tot ce făceam era fără controlul meu. Culmea este că știam și îmi doream finalitatea! Nu gândeam nimic mai departe. Toată ziua stătușem calm și pasiv ca cineva din afară să facă lucruri asupra mea.”

Caută oglindirea narcisico-paranoiacă, dorința în care să fie liniștit din afară și cineva care să îi spună că realitatea este așa cum el și-o imaginează.

„De la un tip care eram compus și calm, ceva m-a făcut să o iau razna și să vreau să scap de tot. Inițial încercam să-mi succesc singur gâtul. Baia de pe secție era mai potrivită decât cea din Camera de Gardă, aici poți să atârni liber. Nici nu știu cum am putut să gândesc așa ceva, cu o seară înainte vroiam doar atenție, atunci nu vroiam să fac asta. Nu eram atât de convins nici când scriam. Îmi doream din tot

sufletul să vină cineva să-mi spună că nu este așa, o figură de autoritate. Era prea de tot, veneau ai mei aici... Cum ar fi fost să mă găsească așa?”

Pe parcursul următoarelor zile, se menține o relativă suspiciozitate, pacientul insistând să i se explice cu lux de amănunte ce medicație primește și care este mecanismul de acțiune. Afirmă că nu înțelege starea crepusculară în care a avut TS, prezintă amnezia evenimentului.

La reluarea anamnezei:

„Atunci la serviciu, lucrasem la un proiect și mi se părea că nu mi-am făcut treaba. Avusesem o perioadă grea, nici măcar nu greșisem, făcusem 90 % din treabă. Altcineva era cel care nu-și făcuse treaba, dar mie mi se părea că e un test pentru mine.” = confuzie identitară, interpretări centripete, totul cu referire la sine.

„Ideea cu castratul mi-a venit în dimineața aia.”

Inautenticitatea sinelui:

Interpretează teste de rezistență ca teste de umilință, pentru a demonstra că este suficient de bun pentru a intra în armată. Interpretativitate delirantă a incidentului cu papagalii (atribuirea de semnificații în registrul metaforic legate de culori).

A fost incapabil să-și trăiască depresia, a experimentat eminamente tensiunea psihotică.

Nu a fost niciodată în contact cu identitatea sa autentică, s-a perceput ca fiind cel pe care oglinda îl reflectă („Sunt așa pentru că mi se spune că sunt, nu pentru că așa simt.”)

În relația cu prietena are loc o schimbare a poziției de la cea narcisico-paranoiacă la o încercare de a fi mai deschis și mai predispus către ceilalți: „Am trecut prin mai multe stări, Euri, feluri de a fi. Eu ca structură vorbeam mult, eram lăudăros și plin de mine. Apoi am descoperit că și conversațiile sunt plăcute, eram atent, ascultător și grijuliu.” Deschiderea către lume îi strică apărările, fapt ce îl împinge spre o funcționare prevalențială, în care încearcă mai multe căi de regăsire a sinelui (filozofie Zen, Budism, meditație, cărți de psihologie), toate acestea reprezentând căutări ale unei noi oglindiri. În încercarea de a reface drumul dezemoționalizării, vorbește despre un efort de maturizare.

Dintr-o *prea mare* (sau *prea disonantă*) dorință de schimbare (să fie schimbat în relația cu cineva care să poată să determine această transformare) ajunge la un delir paranoid.

Problematica situată în spațiul dintre fragilitatea interioară și putere brută.

Prezintă un Supra-Eu punitiv, construit din părinți absenți, cei pe care cel în cauză și-i reprezintă, căutând



figuri de valoare (mai degrabă decât figuri de autoritate), pentru care niciodată să nu fie *suficient de bun*.

Anterior destructurării psihotice, funcționează pe mecanisme de **refulareși intelectualizare**, ulterior utilizând major **clivarea, proiecțiași identificarea proiectivă**.

Fuga de realitate creează senzația de inautentic.

Reușește să aibă contactul cu propriile emoții doar prin șabloane verbale și ia prejudecățile drept judecăți de valoare.

Modalitatea în care povestește este una detașată, golită de trăire, cu neputință de a internaliza, cu râs emfatic și renunțare facilă când simte că nu poate merge mai departe, cu autoexplorare.

Se identifică atitudinea de clivare și vis a vis de problematica atașamentului: *Nu e vina lui că crede despre sine că nu e valoros. Cineva i-a spus asta cândva, el nu are nici o vină că a preluat-o.*

Slab management al resurselor interioare, pe care nu și le cunoaște.

În raport cu statutul său socio-ocupational, prezintă un **perfecționism dezadaptativ**. Raportat la un Eu fragil, perfecționismul devine o formațiune reacțională, pe care C. încearcă să i-l spargă, în comparație cu toți ceilalți care îi validau acest mecanism de apărare. (Winnicott, 2005)

Își proiectează narcisismul în C., iar, la abandon, Eul său nu mai găsește pe ce să se susțină.

Prezintă o disociere între cogniție și emoție, o scindare a sinelui, care ia alte proporții la ruperea de obiectul atașamentului: un râs cu note sadice ca apărare, o lipsă de empatie și o incapacitate de a trăi depresia. Trece cu ușurință din *poziția ruminativă* în cea de *persecuție*.

La abandon dezvoltă o suferință inautentică în registrul relaționalși autentică în raport cu propriul narcisism (exteriorizează mai degrabă frustrare decât suferință din iubire).

TESTE PSIHLOGICE:

Proiecția electivă Lusher:

Obiectivele dorite / Comportament dictat de obiectivele dorite:

Suferă de pe urma efectelor acelor lucruri pe care cândva le-a respins ca fiind dezagreabile (pentru câteva luni au ținut mecanismele de refulare din spectrul nevrotic, până când au eșuat în psihoză). În momentul prezent, le opune o rezistență puternicăși dorește să fie lăsat în pace (funcționând marcat pe reprimare).

Se opune în mod sfidător oricărui gen de restricție, constrângere sau opoziție. Își menține cu încăpăținare propriul punct de vedere, în dorința de a-și demonstra independen-

ța și autodeterminarea.

Situația existentă / Comportament dictat de situația existentă:

Actionează pentru a-și îmbunătăți imaginea în ochii altora, așa încât să aibă parte de înțelegerea și aprobarea trebuințelor și dorințelor sale (indici de manipulare).

Evită efortul excesiv și are nevoie de încredere, securitate și o companie liniștită. Se află într-un disconfort psihic, căutând să fie tratat cu considerație și manierat (are nevoie de orice ar putea veni din afară și care ar putea să îi umple golurile într-o oglindă narcisică). El și C. au fost amândoi structuri narcisice, în relație funcționând pe același mecanisme de apărare de tipul întăririi falsului self; pacientul a dorit să le preia, însă a eșuat în psihiatrie.

Caracteristici reținute / comportament nepotrivit situației existente:

Se simte prins într-o situație neconfortabilăși de profundăîntristare, percepută ca fiind chiar un necaz și caută o cale prin care să obțină alinare. Este capabil să obțină satisfacție din activitatea sexuală, arătând că nu este vorba de neliniște, nici de tulburare emoțională. („*Fixația*” sa pe performanțele sexuale având ca scop alungarea angoasei).

Este întristat când dorințele și trebuințele îi sunt greșit înțelese și simte că nu are pe nimeni spre care să se întoarcă, sau în care să se sprijine. Este **egocentric** și, de aceea, **ușor ofensabil** (sugerează **vulnerabilitatea narcisico paranoiacă** de structură decompensată clinic psihiatric într-un episod depresiv major).

Caracteristici reprimare / încărcate de anxietate:

Interpretare fiziologică: Nesiguranța și spaima de a nu pierde posibilitățile / oportunitățile l-au dus la o stare de tensiune agitată.

Interpretare psihologică: Simte că viața trebuie să îi dea mai mult și că speranțele și dorințele sunt imperios necesare să i se realizeze în întregime („*Eu nu fac nimic și lumea trebuie să vină către mine*”). Nesiguranța în care plutește îi creează destule necazuri și îl face să fie într-o stare de încredere, urmărind să nu scape nici o ocazie. Este prudent, căutând să evite „*căderile ulterioare*”, pierderile de poziție sau prestigiu (teama de „*crash pe imagine*”). Încearcă să se asigure că nu va fi trecut cu vederea (că nu va fi uitat) și are nevoie mare de a se simțiîn siguranță.

Concluzie: Se află într-o situație expectativăîncredată. *Problema actuală / comportament apărut datorită stresului:*

Teama că ar putea fi împiedicat să obțină lucrurile pe care și le dorește l-au dus la exploatarea oricărui tipuri de trăiri (experiențe) în care ar putea să se denigreze pe sine.



Referate

Această denigrare distructivă devine metoda sa de a ascunde lipsa de speranță și un profund sentiment de inutilitate. Are nevoie să rămână în singurătatea sa pentru a se reclădi (genul de om care nu poate răzbi decât în singurătate).

Szondi:

S = +;-: Sexualitate pasivă, relație de subordonare de tip feminist, cu elemente inversive la bărbat. Asociat cu p +- denotă simptomatologie axată pe evitarea tensiunii.

P = +;/+ : Tablou infantil, atacant și agresiv imaginativ, inhibat și rușinos, neputând prelucra și fructifica agresivitate, intolerantă. Ca risc de evoluție ulterioară, se poate îndrepta spre o tulburare delirantă cu impact somatic (direcție evolutivă a angoasei către ancorarea în somatic și către destructurarea acestuia).

Sch = +;+ : Identificare ideativ intelectuală cu un *celălalt* care este agresorul, prin proiecție și adicție la utilizarea predilectă a mecanismului proiectiv (individ sensibil la identificarea proiectivă). Simptomatologic: anxietate de intensitate psihotică.

C = -;+ : Numeroase indicii de neatenție, incapacitate de concentrare, aderență tardivă ireală, cu nuanță depresivă. Simptomatologic: elemente paranoide.

Structura pulsională:

h_p, s_7, e_5 : „Nu care cumva să credeți despre mine că sunt imatur” = fals self și obligativitate la maturizare; „Acum este mai rău decât la trei ani, nu va mai veni nimeni să mă scape”; simptomatologie paranoidă; agresivitate care poate fi întoarsă spre sine și corelată cu riscul de raptus; trăirea de a ți se modifica întreaga realitate înconjurătoare și tu să nu poți percepe asta.

hy_2, m_1 : Evidențiază o direcție pozitivă, exteriorizarea histrionismului și a activismului sunt căi de recuperare a sinei și de recompunere a Eului.

k_0, d_0 : **Structură** asteno-depresivă.

Interpretări psiho-dinamice:

Se resimte dimensiunea perversă, lucrurile pe care le ascunde, atitudinea de superioritate, senzația de a fi neînțeles ca un geniu, trăire pe care o proiectează în C.

Concepte cheie: vulnerabilitate paranoiacă, reparație narcisică. (Freud, 2014)

Patologie dezvoltată pe două axe:

siguranță – singurătate – dorința de a fi în siguranță, dorința care atunci când nu este îndeplinită îl face să se echiveze în singurătate.

problematic în zona loccusului controlului – când nu poate să dețină controlul asupra celorlalți devine agresiv, întorcând totul asupra sieși.

Teama de persecuție determină acțiuni cu premeditare,

gândire cu planificare.

Ca trăire resimțită în contratransfer: este puțin ironic, un pic pervers, cu atitudine de superioritate. Izolează amintiri, păstrează rezerve, el știe cel mai bine ce se întâmplă cu sine însuși și ce are de făcut. Jonglează între abuzat și persecutat. (Bowlby, 1976) Neînțeles ca un geniu, făcând show ca un paranoiac, nu ca un histrionic.

Dă senzația de creare a unui spațiu, un fel de scenă în care el, cu streangul în mână, încearcă să suprime agresivitatea ce iese din sine, agresivitate ce eșuează în simptomatologie clinică. Apoi își crează un spațiu nou, pentru noi refugii, în care o va lua de la capăt. (Kernberg, 1995). După această TS, nu s-a așezat prea mult nici să obțină un nivel crescut de înțelegere, moment în care intervine regresia – „Simt că ne întoarcem de unde am plecat”.

Funcționare în plan sk. para, marcată de clivaj și refularea trăirilor negative, cu **identificare proiectivă predominantă pe filierea proiecției de obiect rău**, cu accentuarea trăirilor paranoiace. Dezvoltă un Sine fals matur. Identificăm: riscul ca tratamentul să-i întărească Sinele fals și iminența unor noi raptusuri și decompensări psihotice în viitor. (McDougall, 1989) Prin proiecția obiectului rău, Sinele grandios caută sprijin în sine însuși și accentuează clivajul obiect bun – obiect rău, faptul fiind exprimat în ambivalența marcată a pacientului. Există și o luptă la integrare, chiar dacă timidă: „Ce ar fi văzut părinții când ar fi venit?”

CONCLUZIE:

Structură de personalitate de tip narcisico paranoiac, decompensată depresiv major, cu fenomene psihotice din arealul interpretativității delirante, sesizării coincidențelor, atribuirii de semnificații, cu ideație delirantă de urmărire, persecuție și prejudiciu, precum și ideație delirantă cu tematică sexuală.

De menționat îngustarea câmpului de conștiență cu păstrarea automatismelor motorii și aparența de normalitate, moment în care comite gestul suicidului, sub impulsul pulsivii autodistructive incontrolabile. (Roussillon, 2011)

Mecanisme de apărare din registrul primitiv susțin structura narcisico paranoiacă și construcția unui fals self, funcțional socio-profesional, care a fost „sfârâmat” la contactul cu trauma abandonului. Identificăm negarea, proiecția, identificarea proiectivă, clivarea reprezentărilor de afecte, fapt ce se exprimă în atitudini superficiale de tipul evitării. (Adler, 2010) Nevoia de funcționare „în oglindă” și „în planul oglindirii”, ca unic mecanism cunoscut de obținere a reintegrării Eului. (Klein, 2011)



Hard suicid și autentic pulsional.

Autenticul pulsional este negândit, afirmația pacientului „*totul era negru*” explicitează cum trăirea preia întregul câmp al conștiinței, scurtcircuitând gândirea prin deficit de mentalizare și determinând trecerea la act („*mă duceau forțele*”). Îngustarea câmpului de conștiință presupune o funcționare arhaică, similară celei din primele luni de viață, când, în lipsa conținerii materne, nimic nu este elaborat. (Kohut, 2009). Neelaborabilul este tocmai ceea ce îi construiește celui în cauză premisele funcționării narcisice, pe o structură de tipul *învingător - cuceritor*, lăsând impresia că dincolo de asta nu există nimic. Poate nu întâmplător își alege să **construiască**, în versiunea profesiei de arhitect.

Narcisismul structural al celui în cauză este amprentat de perfecționism, dorință de succes și reușită, teamă de ratare, corectitudine, exactitate, gândire de tipul „*punct ochit, punct lovit*”, fapt evidențiable până și în gestul ultim suprem, în care calculează **unghiul perfect**, pentru ca **până și gestul suicidului să fie indubitabil, în versiunea lui perfectă**. Pacientul însuși relatează în raport cu trecutul său de școlar: „*Am adorat pătratele perfecte*”. Armata simbolizează căutarea unei familii și a unui *tată ideal*, dincolo de mediul superficial care presupune un *care pe care*, corespunzător funcționării paranoice.

Ne întrebăm care *fragment* din pacient reprezintă **autenticul**. **De ce ne-am pune problema de neautentic?** Autenticitatea este raportată la propria persoană, ori cel în cauză este de fiecare dată autentic cu el însuși! Apărările noastre sunt autentice sau nu?! La limită, ne apărăm de ceva autentic prin neautenticitate. (Bion, 1904). Care este sistemul de referință vis-a-vis de care judecăm autenticul sau inautenticul? Există straturi de autentic în raport cu propria ființă, există adevăr subiectiv și realități psihice subiective, ce pot lua diferite forme și reprezentări variate, de la *psihoză* la *operă de artă*. Astfel, în psihozele delirante: delirul e autentic în raport cu psihoza? În boala psihosomatică, dimensiunea psihotică este autentică? Teatrul isteric este autentic? Nu sunt autentice până și fake-urile de Self? (Gabbard, 2014)

Adictivul este absorbit în relația cu un celălalt. Poate că judecățile ideale și măsurile idealismului din relații ne fac pe toți să fim, uneori, inautentici. Există suicid realizat prin metode non retur. Există suicid hard. **Alexitimia și deficitul de mentalizare** se subînscriu unui continuum și par mai degrabă legate de extrema *suicidului de onoare* decât de cea a *suicidului prin depresie anaclitică*. (Cassidy & Jude & Shaver & Phillip, 2016). Amenințarea cu suicidul, oricât de demonstrativă și histrionică ar părea, face trimitere la

capabilitatea sau incapacitatea de a suporta durerea și suferința. O'Connor vorbea despre o cale comună existentă între durerea somatică și cea psihologică, astfel încât, în psihiatria modernă accentul nu trebuie să mai fie pus pe ideea suicidară, deoarece *fapta vine repede*, timpul de de liberare al actului între momentul conflictului și suicidul realizat putând fi uneori de numai câteva minute. (Durkheim & Simson, 1997)

În loc de final: Autenticul are nevoie de justificare?

Bibliografie selectivă:

1. Adler, Alfred (2010). Understanding Human Nature. Eastford: Martino Fine Books; Tra edition.
2. Bion, Wilfred (1904). Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis. New York: KarnacBooks.
3. Bowlby, John (1976). Separation: Anxiety And Anger (Basic Books Classics,) Volume 2(Attachment and Loss Vol 2) 1st Edition. New York: Basic Books.
4. Cassidy, Jude & Shaver, Phillip (2016). Handbook of Attachment, Third Edition: Theory, Research, and Clinical Applications 3rd Edition. New York: The Guilford Press.
5. Durkheim, Emile & Simson, George (1997). Suicide: a study in sociology. Forence: Free Press;Reissue edition.
6. Freud, Sigmund (2014). SIGMUND FREUD 7 BOOK PREMIUM COLLECTION: GeneralIntroduction to Psychoanalysis; Totem and Taboo: Interpretation of Dreams; Dream Psychology; and many more (Timeless Wisdom Collection 626) Kindle Edition. Business andLeadership Publishing.
7. Gabbard, Glen (2014). Tratat de psihiatrie psihodinamică. București : Editura Trei.
8. Kernberg, Otto (1995). Borderline Conditions and Pathological Narcissism (The Master WorkSeries). Lanham: Jason Aronson, Inc.
9. Klein, Melanie (2011). Love, Guilt And Reparation Kindle Edition. New York: Vintage.
10. Kohut, Heintz (2009). The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the PsychoanalyticTreatment of Narcissistic Personality Disorders. Chicago: The University of Chicago Press.
11. McDougall, Joyce (1989). Theaters Of The Body: A Psychoanalytic Approach to PsychosomaticIllness. New York: W.W. Norton&Company.
12. Roussillon, Rene (2011). Primitive Agony and Symbolization (IPA: Psychoanalytic Ideas andApplications). London: Karnac Books Ltd.
13. Winnicott, D.W. (2005). Spaima de prăbușire – Explorări psihanalitice. București: EdituraFundației Generația.



ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI

■ Dr. Albert Veress - Miercurea Ciuc



17 martie 2018: *Curs de psihosomatică și grup balint demonstrativ la Clinica Medicală II. Cluj-Napoca.* Gazda, prof. Dr. Dan L. Dumitrașcu a invitat la grup masteranzii de la clinică. Din partea Asociației Balint au participat fam. Veress și Remus Trăistaru. S-au prezentat instantaneu doi colegi cu cazuri. S-au discutat ambele. V.A. a prezentat un ppt. cu GENERALITĂȚI DESPRE BALINT: TEORIE ȘI PRACTICĂ și o lucrare: METODA BALINT ÎN SINDROMUL DE SECĂTUIRE și a condus grupul demonstrativ. Lucrările au fost urmate de un prânz prietenesc la un restaurant din apropiere. Dan a organizat întâlnirea dând curs solicitării trimise lui, din partea Asociației, pentru a demara întâlniri de grup pentru balintieni și pentru alte categorii de participanți, care simpatizează cu metoda balintiană.



á

30 martie 2018: *Grupul Balint cu ocazia ședinței metodice a consilierilor școlari din sectorul 5, București.*

În data de 30 martie a avut loc la București, la Colegiul Național "Gh. Lazăr", ședința metodică a consilierilor școlari din sectorul 5. Întâlnirea a fost organizată de Irina de Hillerin, psiholog, profesor consilier școlar în cadrul Colegiului Național "Gh. Lazăr" și lider de grup Balint. Tema întâlnirii a fost prezentarea tehnicii de lucru din Grupurile Balint și un grup demonstrativ, aplicat la problematica specifică din consilierea școlară. Au participat 19 consilieri școlari și am făcut două cercuri: unul interior de 13 persoane și unul exterior, de 6 persoane. Am avut și o prezentare scrisă, pe care le-am distribuit-o la finalul întâlnirii, precum și câteva numere mai vechi ale *Buletinului*, câteva exemplare din *Balint*, *întrebări și răspunsuri* și din *Afurisitul adolescent*.

În prima parte, am prezentat istoricul metodei, cum am descoperit eu această metodă, beneficiile pe care mi le-a adus în munca de psiholog și regulile Grupului Balint. În partea a doua, după ce am explicat care sunt principiile după care funcționează grupul, am pus în practică grupul propriu-zis. Am fost lider de grup fără sprijinul unui colider, lucru care mi s-a părut pe moment destul de dificil, dar am reușit să reglez lucrurile din mers și să mai amintesc pe parcurs reguli pe care uitasem să le menționez de la bun început.

La întrebarea "are cineva un caz?" s-au anunțat două persoane care au negociat între ele, rămânând să prezinte cea care avea o situație nouă și presantă cu care se confrunta.

Cazul a fost legat de un copil dificil adus în consiliere de diriginta lui, care nu știa cum să-l stăpânească, copil care îi crease probleme și învățătoarei dar și părinților lui. După prezentarea cazului, au fost puse întrebări de clarificare asupra situației și a persoanelor implicate. Apoi, cea care a adus cazul s-a retras simbolic din grup. După un relativ scurt timp de așteptare au



pornit fantazările, fie din perspectiva consilierii, fie din cea a copilului, a profesorilor sau chiar a părinților copilului. Vorbele s-au legat repede și fără blocaje; majoritatea consilierelor având diferite formări în grupuri de terapie, au exercițiul de a-și exprima stările interioare. Au adoptat cu ușurință perspectiva aducătoarei de caz și nu au recurs la sfaturi sau judecăți. De la un anumit moment încolo, cea care a adus cazul a început să plângă, i-am validat starea și am întreat-o dacă e în regulă să continuăm. Ne-a spus că da, iar restul grupului a fost suportiv. Au vorbit toate persoanele, inclusiv cele din cercul exterior.

La final, când cea care a adus cazul a reintrat în grup, ne-a împărtășit revelația pe care a avut-o legată de cazul ei, cu o puternică semnificație afectivă, personală. Apoi, participanții au spus pe rând cum a fost pentru ei implicarea în acest gen de grup. Fiecare a apreciat pozitiv această metodă de "curățare" emoțională despre care nu aflaseră până acum. Li s-a părut extrem de utilă pentru prevenirea burnout-ului și benefică în munca noastră cu copiii dar și cu părinții și profesorii. Spre deosebire de supervizare, în grupul Balint, trăirile se pot exprima liber, fără să fie judecate, iar spațiul în care sunt aduse este protector și suportiv.

Eu am apreciat implicarea lor în jocurile de rol, fiecare a venit cu propria experiență în sprijinul colegei care a adus cazul și s-a creat o coeziune puternică a grupului. Atmosfera creată a fost una de deschidere și siguranță emoțională, cu atât mai mult cu cât ne cunoaștem bine între noi.

Idea finală a fost că, de acum înainte, ar trebui să avem întâlniri periodice de grup Balint, dacă nu în cerc lărgit, cel puțin în grupuri mici, de câte șapte persoane.

Psih. Irina de Hillerin



14-15.IV. 2018: Görög Ilona, Veress Éva și Veress Albert au participat la Conferința națională a Asociației Balint din Bulgaria organizată la Sofia. Au prezentat câte o lucrare (Collusion in doctor-patient communication about life threatening illness – Görög Ilona, și The Balintian approach of psychosomatic disorders – Veress Albert) și au discutat despre activitatea Balint din România, semnând și un protocol de colaborare între cele două asociații, asemănător celui semnat deja cu asociațiile Balint din Ungaria și Republica Moldova.





■ Necrolog

11-13 mai, 2018: a 3-a Conferință Națională Balint din Republica Moldova împreună cu Weekendul Național Balint de Vară, Chișinău. 27 de participanți din România, din care 17 membri Balint, și colegul nostru din SUA, dr. Almos Bela Trif, au participat la acel eveniment de o exemplară organizare din partea echipei balintiene locale. Reprezentanții Universității de Medicină au dat o greutate aparte conferinței. Vizitarea castelului Mimi, cu o degustare de vinuri și o masă copioasă ne-au pregătit trupurile pentru înfulecarea celor menite minții și sufletului nostru. O bună mediatizare a dus vestea pe meleagurile Moldovei, ca și cei care nu au reușit să participe să știe, că există în țara lor o "ciudățenie" numită Asociația Balint.



PLANURI DE VIITOR

27-30. septembrie, 2018: a XXV-a Conferință Națională jubiliară Balint cu participare internațională. Miercuri Ciuc, Casa de studii Jakab Antal. Taxă de participare 45 euro (include c.v. banchetului pentru cei cu cotizația plătită la zi).

Bela Trif

INDEX: ISSN - 1454-6051

