

Buletinul Asociației Balint

Periodic trimestrial. Volumul XIX. Nr. 75



Septembrie 2017

FOLOSINȚA INADECVATĂ A CUVINTELOR DERIVATE DIN LIMBA ENGLEZĂ ÎN LIMBAJUL MEDICAL CONTEMPORAN

• ALMOS BELA TRIF, M.D., PH.D., J.D.

pag. 4

FUNȚIONAREA TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE DIN AREALUL NARCISICO-PARANOID

• TRIFU SIMONA, ANDRONACHE DANIELA, ONEA BEDEOAN VALENTINA MIRELA,
ZAMFIR MONICA -DORINELA, BRATU ADRIANA

pag. 9

EXPERIENCES AND EXPECTATIONS OF ADOLESCENTS WHO LIVE IN GROUP HOMES: A QUALITATIVE STUDY

• DORCAS WILCOX, CLARA WOLMAN - JUDY HARRIS-LOOBY,
BARRY UNIVERSITY, MIAMI, FLORIDA, U.S.A.

pag. 14

SUICIDE ATTEMPTS EVALUATION IN MEN'S EMERGENCY SERVICES OF THE CLINICAL HOSPITAL OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY ORADEA

• PAINA GHEORGHE MD, ARDELEAN HORIA MD, PH D, VLĂDUȚ VASILE MD, PH D,
IOVA CLAUDIU SORIN MD, SABĂU TEODORA PSYCHOLOQUE

pag. 19



Cuprins

Prezentarea Asociației Balint din România	2
Folosința inadecvată a cuvintelor derivate din limba engleză în limbajul medical contemporan. ■ Almos Bela Trif, M.D., Ph.D., J.D., Nova Southeastern University, Fort Lauderdale, S.U.A.	4
Funcționarea tulburărilor de personalitate din arealul narcisico-paranoid ■ Trifu Simona, Andronache Daniela, Onea Bedeoan Valentina Mirela, Zamfir Monica –Dorinela - studentă an II FPSE 2017, Bratu Adriana - studentă an II FPSE 2017	9
Experiences and expectations of adolescents who live in group homes: A qualitative study ■ Dorcas Wilcox, Clara Wolman - Judy Harris-Looby, Barry University, Miami, Florida, U.S.A.	14
Suicide attempts evaluation in men’s emergency services of the Clinical Hospital of Neurology and Psychiatry Oradea ■ Paina Gheorghe, MD, Ardelean Horia, MD, Ph D, Vlăduț Vasile, MD, Ph D, Iova Claudiu Sorin MD, Sabău Teodora, Neurologic and Psychiatric Hospital, Psychiatric Clinic, Oradea	19
Necrolog vesel pentru Orbán János 1949-2017	23
Știri din viața Asociației - Planuri de viitor	24

MOTTOURI:

Nu există adevăr 100% adevărat, precum nu există nici alcool 100% grade. – *Kundera*

Singura diferență dintre medici și avocați este că avocații doar te jefuiesc, pe când medicii te jefuiesc și te mai și omoară. – *A. P. Cehov*

Septembrie 2017, Volumul XIX, Nr. 75 ■ 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 ■ Ioan-Bradul IAMANDESCU ■ Cristian KERNETZKY (D) ■ Mircea LĂZĂRESCU ■ Holger Ortwin LUX ■ Dragoș MARINESCU ■ Ioana MICLUȚIA ■ Csilla MOLDOVAN ■ Aurel NIREȘTEAN ■ Iuliu OLTEAN ■ Gheorghe PAINA ■ Ovidiu POPA-VELEA ■ Almos Bela TRIF (USA) ■ Ionel ȚUBUCANU ■ Éva VERESS ■ Nicolae VLAD



Prezentarea Asociației Balint din România



Michael Balint: Psihanalist englez de origine maghiară

DATA ÎNFIINȚĂRII: 25 iulie 1993

GRUPUL BALINT:

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

SPECIFICUL ASOCIAȚIEI:

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

OBIECTIVE:

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

ACTIVITATEA ASOCIAȚIEI:

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

REGULI PRIVIND ÎNSCRIEREA ȘI PLATA COTIZAȚIEI:

Cotizația se achită până la data de **31 martie** a anului în curs. Quantumul 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 2017 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:
Holger Ortwin LUX
holger.lux@gmx.net



VICEPREȘEDINTE:
István VÁRADI
istvanvaradi@inbox.com



SECRETAR:
Ilona GÖRÖG
abr.secretariat@gmail.com



TREZORIER:
Albert VERESS
veressalbert02@gmail.com



MEMBRU:
Stelian CÎNTEA



MEMBRU:
Csilla VAJDA-HEGYI



MEMBRU:
Tünde BAKA

Către autori

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

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



Folosința inadecvată a cuvintelor derivate din limba engleză în limbajul medical contemporan.

■ Almos Bela Trif, M.D., Ph.D., J.D., Nova Southeastern University, Fort Lauderdale, S.U.A.

Rezumat: Reluând o temă dezvoltată într-un articol publicat în anul 2001, autorul își exprimă dezaprobarea față de abuzul de barbarisme în limbajul medical în general, iar, în special al anglicismelor sau a combinațiilor de franceză cu engleză, în articolele trimise pentru publicare la „Buletinul Balint din România”. Din activitatea sa de lector al revistei, el prezintă o serie de note critice trimise către editor, ilustrând frecvența cu care sunt folosite preluările de terminologie direct din limba engleză, generându-se astfel termeni inexistenți în DEX. Autorul este convins că în Limba Română există cuvinte adecvate care pot servi perfect limbajului științific, iar că uzajul de anglicisme sau de combinații de cuvinte din franceză cu engleză nu reprezintă o dovadă de cultură, ci dimpotrivă.

Cuvinte cheie: barbarism, anglicism, combinații de cuvinte din franceză cu engleză, „Buletinul Balint din România”, respectul față de limba română ca limbă adecvată pentru știință.

Abstract: *The misuse of English words in contemporary Romanian medical lingo.* The author explores further a topic that he published in an article in 2001, expressing his discontent towards the abuse of barbarisms in the general medical language, and mainly towards the use of Anglicisms and Franglais in the articles submitted for publication to the “Balint Romanian Bulletin”. From his work as an editor, he collected some critical notes sent to the Chief Editor, which are reproduced as an illustration of how often the terms taken directly from English are used, generating words that are not in the Explanatory Dictionary of the Romanian Language. The author is convinced that Romanian Language encompasses adequate words to serve the scientific lingo, and that the usage of Anglicisms or Franglais does not necessarily prove that the user is cultivated, but the opposite.

Key words: barbarism, Anglicism, Franglais, “Balint Romanian Bulletin”, respect towards Romanian language as a proper scientific language.



Am publicat în anul 2001, în revista *Clinica*, vol. VI, nr.2, p. 48-50, un articol intitulat **Anglicisme – barbarisme în limbajul medical românesc**. Revista era publicată de Clinica I-a Medicală Cardiologică „Prof. dr. Constantin Negoită” a Spitalului „Sf. Spiridon” din Iași, sub conducerea regretatului eminent profesor

Dr. Mihai Dan Datcu și sub neobosita îngrijire a Doctorului Antoniu Petriș. Din păcate, nu mai am manuscrisul, iar numerele vechi ale revistei nu mai apar pe Internet. Articolul era scris ca o reacție la limbajul pompos și inadecvat folosit mai ales de tinerii medici, care deveniseră peste noapte reprezentanți de firme de medicamente și care împrășcau aerul cu cuvinte împrumutate direct din engleză, deși existau cuvinte adecvate în românește. (1)

Îmi amintesc și acum cum vorbeau două tinerele: „**Eu am TARGET pe spital**”, adică ea trebuia să vândă medicamente de uz spitalicesc. Altă dată, un băietan prezumțios spunea: „**Avem un MEETING ca să discutăm LABELINGUL**”, adică se întâlneau să discute cum vor arăta etichetele produsului pe care îl distribuiau. „**Dacă se poate, noi ne FOCUSĂM mai puțin pe efectele secundare**”, zicea un altul, când vorbea despre un medicament folosit în curele de slăbire.

Inutil să le fi spus eu acelor tineri să folosească cuvintele „țintă” „etichetare” sau „a focaliza”.

De zeci de ani, limbajul medical românesc se îmbogățește cu neologisme luate direct din engleză, cum ar fi feedback, artefact, ș.a. care au intrat deja în DEX, deoarece denumeau la vremea lor concepte noi sau fenomene nou descoperite. O altă serie de cuvinte cum ar fi REBOUND (recădere), formă MITIGATĂ (atenuată) ș.a. își așteaptă răbdător acceptarea. Orice altă preluare neadecvată de cuvinte creează automat un barbarism, respectiv un anglicism, în cazul limbii engleze.



Mai nou, unii autori care cunosc limba franceză creează cuvinte inexistente pe care le folosesc în textele scrise limba engleză, folosind formele franțuzești, deoarece dumnealor li se pare că sună bine, dar care nu pot fi înțelese de un vorbitor de limbă engleză care nu știe și franțuzește simultan. Acest uzaj de „false friends” din limba franceză în limba engleză se numește **franglais**.

Redau aici câteva definiții din Wikipedia:

În engleză: A barbarism is a non-standard word, expression or pronunciation in a language, particularly one regarded as an error in morphology.(2)

În română: În lingvistică, barbarismul (numit și xenism, mai rar străinism) este un cuvânt introdus dintr-o limbă străină, care adesea nu răspunde unei necesități reale a vocabularului și care nu este asimilat. Definiția se extinde uneori pentru a cuprinde nu doar cuvinte individuale, ci și alte elemente de limbă — expresii, forme ale cuvintelor, pronunții etc. — împrumutate inutil din alte limbi, de exemplu deformarea unui cuvânt deja existent sub influența unui cuvânt străin.(3)

Un barbarism preluat din limba engleză se numește anglicism.

În engleză: Anglicism is a word or construction borrowed from English into another language (4)

În engleză: False friends are words in two languages that look or sound similar, but differ significantly in meaning.(5)

În engleză: Franglais means a mangled combination of English and French, produced either by poor knowledge of one or the other language, native bilingualism, or humorous intent.(6)

Marea nenorocire vine însă de la cei care citesc articole de specialitate în engleză și nu au habar de traducerea românească a cuvântului și, de aceea, îl pun în textul românesc exact în forma din engleză, uneori adăugându-i o particulă din franceză, ca să pară mai acceptabil. Din nefericire, alții, care folosesc abuziv sau inadvertent aceste cuvinte luate fără vreo traducere din engleză, o fac din lene sau din snobism, considerând limba română prea săracă pentru a servi o literatură medicală comparabilă cu cea din țările care editează manualele de specialitate, cum ar fi DSM –V, de exemplu.

Din păcate, mie mi se pare că românii care trăiesc în România nu mai apreciază Limba Română și de aceea folosesc în locul acesteia o caricatură de limbaj de specialitate. Nu pot să uit cum articolul meu despre „SINDROMUL DE SECĂTUIRE” a fost refuzat, în anul 2000, de un editor din București, care afirma în motivația refuzului că **eu folosesc**

un limbaj medical rudimentar. Asta numai pentru că eu mă feream să folosesc neologisme și barbarisme cu orice preț și creasem o traducere în limba română de bun-simț, originală și rezonabilă pentru „BURNOUT SYNDROME”. E nevoie ca să știți că, în anul 2002, exact același om mi-a publicat cartea „Euthanasia, Suicidul asistat și Eugenia – Mari dileme ale umanității” fără să schimbe o iotă.

Eu am învățat să iubesc limba română de la părinții mei și surorile mele, de la învățătorii și profesorii mei și mi-am perfecționat-o continuu prin lecturi din Radu Tudoran, Mihail Sadoveanu, Cezar și Camil Petrescu, Gib Mihăiescu, Liviu Rebreanu, Marin Preda și alții. Mai mult, am avut ferici-ta ocazie de a conversa ore și zile în șir – pe românește - cu mari intelectuali români, precum Ioan Grigorescu – faimosul reporter al Televiziunii române, Modest Morariu – editorul șef al Editurii Meridiane și Viorel Harosa – secretarul de redacție la Editura Meridianele de Artă. Am petrecut veri de-a rândul în compania unor actori celebri ca Sanda Toma și Mihai Pălădescu, vorbind despre vrute și nevrute. Oamenii aceștia, pe care eu îi admiram și care apreciau compania mea, vorbeau o imaculată limbă românească, fără să simtă nevoia de a folosi vreodată neologisme trase de păr sau barbarisme, franțuzisme sau anglicisme, deși erau vorbitori de limbi străine.

Respectul meu față de limba mea maternă a fost și a rămas primordial, iar prosternerea unora spre limbile de origine a unor cuvinte românești, cum ar fi cei care se apucă să scrie **QUINTESENȚĂ** în loc de „chintesență”, nu numai că mă întristează, ba chiar mă ofuschează. Observați, vă rog, că folosesc anume acest cuvânt, ceva mai rar uzitat, dar care nu mai e de mult neologism.

Cine mai folosește azi cuvinte rare, dar neoaș românești precum: țâfnă, susur, păresimi, borangic, sau altele asemenea? Lumea de azi e plină de vorbe luate direct din limba de origine: chip sau cip = circuit electronic, badge = ecuson, ba chiar am văzut grupul de cuvinte „*nagăț de pui*”, folosit ca traducere a expresiei **CHICKEN NUGGETS**.

Dacă așa o găselniță vi se pare ridicolă dumneavoastră, închipuiți-vă cum la fel de ridicole mi se par mie împrumuturile directe din limbi străine, creând barbarisme de dragul de a da un iz **MAI ȘTIINȚIFIC** vorbirii sau scrierilor de specialitate.

De peste 20 de ani sunt lectorul și corectorul *Buletinului Balint din România*. Îmi parvin anual duzini de texte, iar eu trebuie să le aprob publicarea. Munca mea nu se limitează însă doar la a lăsa textele să meargă la tipografie. Efortul meu se multiplică, eu făcând după cum urmează:



■ Referate

- Corectarea limbii române din textele scrise de compatrioții maghiari. Absența genului în limba maghiară îi face pe mulți să greșească acordul dintre pronume și substantive.
- Corectarea limbii române din textele scrise de români aflați de mult timp într-o țară francofonă. Ei folosesc topica limbii franceze în românește, iar asta distorsionează sensul, uneori creând construcții comice.
- Corectarea limbii engleze din rezumatele făcute pentru articolele în românește, când se folosește topica limbii române. Oricât ar părea de ciudat, nici Google Translation nu face de multe ori o treabă suficientă, ca un vorbitor nativ de engleză să poată înțelege despre ce este vorba în articol.
- Corectarea limbii engleze din articolele în engleză scrise de cei care au învățat engleza ca limbă străină. Aici, eu pot vedea cu ușurință cum peticele de text corect (de multe ori copiate din bibliografie) alternează cu părți scrise în engleză cu topica limbii române.
- Corectarea limbii franceze din articolele în franceză scrise de cei care au învățat franceza ca limbă străină, când se folosește topica limbii române.
- Corectarea BARBARISMELOR, a ANGLICISMELOR și a combinațiilor ad-hoc de FRANGLAIS, FOLOSITE DE AUTORI în ideea că textul capătă o mai mare AUTORITATE ȘTIINȚIFICĂ.

Iată câteva citate luate direct din notele mele de corectare, trimise către editor în ultimii ani, ca să vedeți cât de des apar referințele la barbarisme, anglicisme și terminologie de ultra-specialitate:

1. Articolul este foarte frumos ca intenție și conținut, dar a trebuit practic să îl rescriu ca să-l fac publicabil, din cauza formei inacceptabile. Doctorul ăsta, care pare sensibil și devotat bolnavului, vorbește prost românește. Probabil că dumnealui nu își dă seama de asta, însă. Eu cred că a plecat de mic din țară și nu are destulă școală făcută în România. El scrie mereu cu cacofonii și crede că dacă pune virgula între „ca” și „ca” ele devin admisibile. El uită să pună subiect la propoziție, dar pune mereu ȘI în loc de IAR și pune virgule înainte de ȘI. El folosește mereu ȘI, ȘI de parcă alte conjuncții nu ar exista și greșește ordinea cuvintelor. În plus, el își denuște articolul lucrare științifică în mod repetat și folosește unele cuvinte în mod eronat. Te rog să nu mai primești asemenea articole decât dacă ai garanția că cineva le citește măcar o dată după ce le dactilografiază.
2. The article running from page 11 to page 20 is original, written in a decent English, but far too prolix. His demonstrative style is burdened by unnecessary adding of dozens of bushy sentences. That is why it is so difficult to follow any of his ideas, no matter how brilliant they are. I would respectfully ask him to comb through all the paper and to eliminate those unnecessary words, and shorten some sentences, thus simplifying the lecture. He created a term in his native language “TANATOSIS”, but in English, it has to be “THANATOSIS” respecting the Greek etymology.
3. Textul în sine este FOARTE DE SPECIALITATE, FOLOSIND O TERMINOLOGIE INACCESIBILĂ MULTOR CITITORI. Revista noastră NU ESTE O REVISTA DE PSIHOLOGIE ȘI NICI DE PSIHIATRIE. Dacă se poate, să mai scoată din termenii prea greu de înțeles de către medicii de medicină generală. Esența articolului va rămâne intactă, iar cazul rămâne tot atât de mișcător pentru cititori.
4. Textul trimis este CONDESCENDENT, PREZUMPTIOS, INTOLERANT ȘI SUNĂ ORIBIL ÎN Limba Română, dar mai ales în traducerea în limba engleză.
5. Articolul despre REZILIENȚĂ e bine documentat și cu referințe serioase, iar traducerea cuvântului „resiliency” e bună. Avea mult erori de editare, dar le-am corectat din mers. Termenul de DETRESĂ SUNĂ BINE ȘI SE FOLOSEȘTE ÎN ROMÂNEȘTE. Lasă-l fără frică.
6. Nu pot să cred că articolul a fost publicat în versiunea asta în limba română, deoarece are **atâtea greșeli de limbă engleză** și de limbă română (limba noastră, care are gen și la plural și articol hotărât). Cuvintele compuse se scriu cu linioară de unire (e.g., auto-pedepsi-re). Ce să mai spun de greșelile de dactilografie care sar în ochi („își” scris î-și; „s-a” scris legat: sa; și altele). Mie mi se pare clar că autorul scrie prost în românește. Dacă articolul a fost publicat mai întâi în limba maghiară, e nevoie neapărat să se menționeze că este o traducere și cine a făcut traducerea.
7. Articolul trimis din Ungaria e foarte bun ca idee, ca actualitate și pentru tematica Buletinului nostru, dar **Limba Engleză folosită e mizerabilă**, de parcă autorul a folosit Google translate. Poate că autorul o fi știind ce vrea să zică, dar un vorbitor de Limba Engleză abandonează textul după 2 minute de lectură. Noi ne confrun-



- tăm cu aceeași problemă de ani și ani, căci majoritatea autorilor trimit textul fără să-l revizuiască, adică să mai treacă măcar o dată prin el.
8. Articolul - așa-zis „*deja prezentat în public*”- avea duzini de greșeli de tipografie în Engleză care au trecut neobservate la lecturile anterioare, iar eu a trebuit să la corectez. Cuvântul **stres** – cu un singur “s”- există în Dicționarul limbii române și trebuie folosit ca atare. Folosirea exagerată a formelor englezești preluate direct NU ESTE UN SEMN DE CULTURĂ, CI DIMPOTRIVĂ.
 9. Prezentarea de caz trimisă conține prea multe anglicisme și termeni exclusiv psihiatrici, după părerea mea. Aservirea asta e boala tinerilor medici, pe care eu am semnalat-o acum mai bine de 20 de ani. Deoarece psihiatrii tineri sunt fascinați de terminologia în engleză și fac paradă de ea, ei au probleme atunci când trebuie să le explice pacienților ce tip de suferință au. Profesorul Petre Brânzei avea un dar special să explice, fără să folosească termeni ca *mindsight* sau rumații, iar revista noastră este citită de oameni care nu jonglează cu asemenea terminologie.
 10. Recenzia e bine-venită, dar termenul preferat este de trans-sexual, de origine franceză, așa cum l-am folosit eu încă din 1998 în cartea mea „*Essentialia in Bioetica*”. Termenul „*trans-gen*” e ușor de confundat în românește cu termenul „*trans-genic*”, care e cu totul altceva.
 11. Articolul e lăudabil ca efort, dar abuzează de terminologie psihiatrică. Cuvântul OBIECTIVABIL nu există în DEX. Textul apare scris otova, fără nici un paragraf, încât a trebuit să împart textul pe idei și concepte. Unele propoziții sunt scurte, altele nu au verb, dar pot fi legate în una singură. Citatele se scriu în *italic* spre a da credit limitat autorului care le aduce. Achille e cu doi L, iar Teseu e cu S, *commedia dell’arte* se scrie cu doi M, iar Anton Mesmer e cu un singur S.
 12. Rezumatul în sine are un stil convolut de vorbărie inutilă, care, din păcate, sună foarte neștiințific în traducerea în limba engleză. A trebuit să rescriu rezumatul ca să poate fi înțeles de un vorbitor nativ. “*Osteoarthritis*” nu se folosește în limba engleză, deși e corect ca mecanism patogenetic, ci se folosește termenul de „*osteoarthritis*”. Nu există termenul PERSOANĂ NEREMATICĂ, deci l-am înlocuit cu persoane acuzând dureri de altă origine. AFFECT înseamnă afectivitate, iar „*affection*” înseamnă afecțiune – dragoste. Probabil că autorul voia să scrie AFFLICTION, care înseamnă ceva care cauzează durere sau suferință. Roagă-l pe autor să urmeze aceste sugestii, iar voi fi bucuros să revăd articolul după modificări.
 13. Termenul de „*PSYCHISM*” folosit de autor nu există în Limba Engleză, dar l-am înlocuit cu „*PSYCHIC ACTIVITY*”. Termenul „*definitory*” nu există, cuvântul dorit este „*DEFINABLE*”. „*Corpuscularity*” nu apare în nici un dicționar englezesc, dar se poate înlocui cu „*corpuscular structure*”. „*Instinctivity*” nu există, dar se poate înlocui cu „*instinctive activity*”. La fel cu „*cognitivity*”, pe care l-am înlocuit cu „*cognitive processes*” și cu „*intellectivity*” care a devenit „*intellective activity*”. „*Valoric*” nu există în engleză, dar am pus „*moral value*”. Sper din tot sufletul că nu am distorsionat sensul dorit de autor, înlocuind combinațiile de cuvinte din engleză și franceză.
 14. Cred că am mai discutat noi doi despre cuvântul EMPOWERMENT, iar atunci am sugerat o variantă românească. Este definit ca **the process of becoming stronger and more confident, especially in controlling one’s life and claiming one’s rights**, iar de aceea am scris definiția în limba engleză în text. Pluralul de la azil este AZILURI.
 15. Ce înseamnă în limbajul psihologic românesc *o modalitate de intervizare*? Eu nu cunosc acest cuvânt. DEX on line zice: Cuvântul **intervizare** sau **intervizie** nu este în dicționar. Intervision nu există nici în engleză, decât în forma InterVision. Cuvântul este PREMISĂ, nu cu Z.
 16. Cele trei noțiuni - **clivarea, splitarea și disocierea** – trebuie definite în text într-un GLOSAR cu mare precizie, deoarece NOI, MEDICII DE RÂND NU CUNOAȘTEM SENSURILE hermeneutice ale psihanalizei, mai ales când ele nu sunt decât traduceri aproximative din engleză și nu se corelează cu limbajul clasic a lui **Jacques Marie Émile Lacan**, sau măcar cu cel mai ușor de digerat al lui Michel Foucault, din *Folie et déraison: Histoire de la folie à l’âge classique*. **Splitting** nu înseamnă altceva decât clivare în traducerea din engleză în română, IAR DE ACEEA TREBUIE DEFINITE UNA LÂNGĂ ALTA. La fel se cere **definiția pentru fals Self**. La fel se cere **definiția**



■ Referate

pentru crash de imagine. La fel se cere **definiția pentru engramare.** La fel se cere **definiția pentru complex de inferioritate în viziune adleriană.** **Orice alt termen, care nu face parte din vocabularul unui medic generalist DIN ROMÂNIA trebuie de asemenea definit cu claritate.**

17. Articolul era scris cu fraze imense – ca cele ale lui Nicolae Iorga, de câte 10-12 rânduri. De aceea, chiar autorul pierde șirul, subiectul fiind la PLURAL FEMININ - PERSONALITĂȚI, iar adjectivele referitoare la subiect la SINGULAR FEMININ. Ca să nu mai spun că înșiruirile otova de simptoame sunt obositoare și plictisitoare pentru nespecialiști, oricât de mult adevăr științific ar prezenta. De aceea, am împărțit descrierile în mai multe propoziții ca să se înțeleagă clar CE ȘI CUM, fără să alterez de loc sensul final.
18. Autorul nu se poate abține de la a folosi barbarisme, cuvinte (vorbe) care nu sunt încă în dicționarul limbii române. Pe mine personal nu mă deranjează, dar eu nu sunt singurul cititor. Maniera asta face un deserviciu lecturii articolului de către o consistentă majoritate a cititorilor noștri. Apare chiar pericolul ca cineva să ne acuze de elitism cu orice preț. Se zice IN HOC SIGNO VINCES, adică CU SEMNUL ACESTA VEI CÂȘTIGA, nici într-un caz „*in hoc signo vinces*”, așa cum era scris. Se spune FRIZEAZĂ și nu frizează. Se zice istovit și nu OSTOVIT; se zice intrinsec ȘI NU instrinsec; SE ZICE NEPUTINCIOS ȘI NU neputincios. PROBLEMA CARE REZULTĂ E URMĂTOAREA: CU ATÂTEA GREȘELI DE DACTILOGRAFIE, NICI NU MAI ȘTII CAND E VORBA DE O GREȘEALĂ, SAU DE UN CUVÂNT PE CARE AUTORUL ȚINE SĂ-L FOLOSEASCĂ AȘA, DEOARECE I SE PARE MAI SUGESTIV.
19. Articolul de 7 pagini nu are rezumat. Pe lângă numeroase greșeli de dactilografie și lipsa virgulelor, are înăuntrul pasaje întregi traduse din Limba Engleză – ceea ce este perfect onorabil. TRADUCEREA ÎNSĂ LASĂ DE DORIT PE ALOCURI, iar folosirea unor expresii englezești în românește sună rău. Cuvântul BIAS nu există în românește, dar se poate înlocui cu **prejudecăți eronate**. Cuvântul **paliera** nu există în dicționar. **Factual insight** nu se traduce cu „*insight factual*”, ci cu „*introspecție de fapt*”. În românește se spune PRIVAȚIUNE și nu „*deprivare*”. **Traducerile din Limba Engleză, lăsând anglicisme în text, nu fac un text să sune mai științific, ci dau dovada snobismului pseudo-intelectual și a lipsei**

de cultură românească.

Eu mă simt ca un apărător al limbii române, pe care o respect nemărginit, iar de aceea, aș dori ca cei ce se simt cu musca pe căciulă să nu se supere pe mine, ci să ia aminte la funcția de educator pe care domniile lor o exercită, *volens-nolens*, prin autoritatea textului scris. VERBA VOLANT, SCRIPTA MANENT. Adică, vorbele rostite se uită, dar documentele scrise sunt păstrate, ceea ce aduce o responsabilitate ulterioară pentru cei ce le semnează. (7)

Eu nu pot să privesc canalele TV din România, deoarece acolo se vorbește oribil, necenzurat (fără auto-cenzură), cu accente de mahala și cu cuvinte și expresii ce nu ar trebui folosite niciodată în public. În schimb, îmi iau de pe Youtube emisiunile preferate unde nu mă simt atacat de formele de adresare lipsite de logică, bun-simț, dar pline de inadvertențe și distorsiuni de sens. Așa cum aș dori ca vorbitorii de la televiziune să își aleagă cuvintele înainte de a le rosti, așa îi sfătuiesc pe toți care trimit texte la Buletinul Balint din România să le parcurgă cu spirit critic, măcar o dată după ce le dactilografiază.

Bibliografie:

1. A. B. Trif (2001) - **Anglicisme – barbarisme în limbajul medical românesc** *Clinica*, vol. VI, nr.2, p. 48-50
2. [https://en.wikipedia.org/wiki/Barbarism_\(linguistics\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Barbarism_(linguistics))
3. <https://ro.wikipedia.org/wiki/Barbarism>
4. <https://en.wikipedia.org/wiki/Anglicism>
5. <https://en.wikipedia.org/wiki/Franglais>
6. https://en.wikipedia.org/wiki/False_friend
7. https://ro.wikipedia.org/wiki/Verba_volant,_scripta_manent



Funcționarea tulburărilor de personalitate din arealul narcisico-paranoid

■ Trifu Simona, Andronache Daniela, Onea BedeoanValentina Mirela, Zamfir Monica – Dorinela - studentă an II FPSE 2017, Bratu Adriana - studentă an II FPSE 2017

Rezumat: Incidența în rândul populației, în general, și a pacienților de psihiatrie și psihoterapie în special, a modalităților de funcționare paranoidă și narcisică și împletirea frecventă și de foarte multe ori strânsă la același individ a trăsăturilor specifice mai multor modalități de funcționare, face ca interesul specialiștilor pentru tulburările de personalitate să fie unul crescut, cunoașterea funcționării prevalent paranoide sau prevalent narcisice fiind utilă în stabilirea planurilor de tratament.

Lucrarea de față tratează din punctul de vedere al descrierii clinice modalitatea de funcționare a pacienților cu tulburări de personalitate ce se pot înscrie în arealul narcisico-paranoiac, pentru a pune în evidență atât asemănările în funcționarea acestora, care de multe ori pot duce la confuzii și dificultăți în stabilirea diagnosticului clinic, dar și punctele de diferențiere care pot ajuta diagnosticarea diferențială și stabilirea planurilor de tratament adecvate.

Acolo unde aspectele de tulburare paranoidă și cele de tulburare narcisică se împletesc și prevalează aproape la același nivel în personalitatea unuia și aceluiași individ, rezultatul este o personalitate extrem de conflictuală. Decelarea aspectelor diferite este, ca urmare, extrem de importantă.

Lucrarea se bazează pe descrierile Manualului de Statistică și Diagnostic DSM-IV-TR (APA, 2000) al criteriilor de diagnostic pentru tulburarea de personalitate narcisică și pentru cea paranoidă. Așezarea în oglindă a celor două dimensiuni de personalitate scoate în evidență diferențele psihologice între trăsături precum suspiciozitatea paranoidă și ostilitatea percepută din partea celor din jur, în cazul paranoidului și, respectiv, încrederea exagerată în sine a narcisicului insensibil la emoțiile celor din jur, ca trăsături specifice. În ambele cazuri, dificultățile de relaționare cauzate de tulburările de dispoziție sunt evidente și conduc la situații care produc suferință psihologică. Sunt prezentate, de asemenea, unele recomandări de intervenție psihoterapeutică, care, în cazurile de asociere cu alte afecțiuni psihiatrice, este util să fie susținute de tratament farmacologic adecvat.

Cuvinte cheie: tulburare de personalitate paranoidă, tulburare de personalitate narcisică, dorință de sinucidere.

Abstract: The modalities of paranoid and narcissist personality disorders may be often similar and encountered within the same individual. Their incidence among the general population, psychiatric and psychotherapy patients raises the interests of specialists in personality disorders in broadening the knowledge of the functioning of the prevalent paranoid or prevalent narcissistic, for establishing treatment plans. The present work deals with the clinical description of the functioning manner of the patients with personality disorders, that may be enrolled in the narcissism-paranoiac area, to detect both similarities in their operation, which often lead to confusion and difficulties in clinical diagnosis, but also the points of differentiation that can assist differential diagnosis and determining the appropriate treatment plans. Where paranoid disorder issues and those of narcissist type appear intertwined, and disorder prevail almost at the same level in the personality of the same individual, the result is a highly confrontational personality. Differencing different aspects is therefore extremely important.

The work is based on descriptions of Statistical and Diagnostic Manual -DSM-IV-TR (APA, 2000), diagnostic criteria for narcissistic personality disorder and for the paranoid one.

The settlement in the mirror of the two dimensions of personality, highlight psychological traits such as differences between paranoid suspiciousness and hostility perceived by those around you in the case of paranoid patient, and exaggerated confidence in self of the narcissistic person insensitive to the emotions of those around them as specific traits. In both cases, the relational difficulties caused by mood disturbances are obvious and result in situations that cause psychological distress. We also present some recommendations of psychotherapeutic intervention, which in cases with a combination with other psychiatric disorders, may become useful to support an adequate pharmacological treatment.

Keywords: personality disorder, paranoid personality disorder, suicidal desire .



Conceptualizarea termenilor

Atât modul de funcționare excesiv paranoid, cât și cel narcisic țin cont de tulburările cu același nume ale personalității. **Tulburările de personalitate** sunt afecțiuni în care oamenii prezintă caracteristici care îi fac să se simtă și să se poarte dezagreabil în preajma celorlalți, limitându-le abilitățile de a funcționa

în cadrul relațiilor sau în alte arii ale vieții, cum ar fi cea profesională sau cea școlară (Coman, 2012).

Tulburările de personalitate **nu sunt datorate unei patologii organice sau altei boli psihice**, întrunind următoarele caracteristici: atitudini și comportamente evident dizarmone, care se validează într-o gamă largă de situații personale și sociale, durabilitate, constând în episoade prelungite și nelimitate în timp de boală psihică, simptomele apar în copilărie sau adolescență, ele persistând în viața adultă. Tulburarea determină un disconfort subiectiv care devine evident mai ales în stadiile mai târzii ale afecțiunii, afectarea semnificativă a performanțelor profesionale și sociale fiind frecventă, dar nu obligatorie.

Persoana cu **tulburare de personalitate paranoidă** are dificultăți în a acorda încredere celor din jur și în a-i vedea pe ceilalți oameni demni de încredere și loiali. Suspiciunea se referă la oameni în general. Interpretarea acțiunilor, a evenimentelor din mediu, se face conform acestor șabloane inflexibile, constante și continue de gândire. Persoanele cu tulburare de personalitate paranoidă sunt super vigilente și observă permanent mediul înconjurător, căutând semnale de atenționare și alte semne care să le confirme ideea că sunt amenințate sub o formă sau alta. Atenția și memoria acestor persoane cu trăsături de personalitate paranoidă este orientată selectiv către stimulii asociați cu amenințarea. Odată detectate, aceste semnale din mediul înconjurător sunt percepute și interpretate într-o manieră proprie, eronată. Memoria depozitează aceste informații, asociate cu suspiciunea, neîncrederea, amenințarea și lezarea propriei persoane. Reactualizarea în memorie a acestor informații amenințătoare se face în mod prioritar.

Pacientul cu **tulburarea de personalitate narcisică** are un simț crescut al propriei importanțe și o nevoie profundă de a fi admirat. El crede că este superior celorlalți și are prea puțină considerație față de sentimentele acestora din urmă. Dar în spatele măștii de încredere foarte mare stă o imagine de sine fragilă, vulnerabilă la cea mai mică critică. În mod particular, personalitatea narcisică este caracteri-

zată de un comportament dramatic, emoțional, intrând în aceeași categorie cu tulburările de personalitate histrionică, antisocială și Borderline (Akhtar, 1990)

Introducere

Luând la cunoștință definirea termenilor de tulburare de personalitate narcisică și tulburare de personalitate paranoidă, am avea tendința să spunem că și noi ne putem însuși câteva din trăsăturile respectivelor structuri de personalitate, doar că aceste tipuri de personalități se ridică la rangul de tulburări de personalitate, prin prevalența și intensitatea de manifestare a acestor trăsături în modalitățile de funcționare a acestor indivizi. Fiecare trăsătură absurdă este accentuată și dusă într-o extremă care te privează de normalitate. Oamenii care suferă de astfel de tulburări de personalitate se deosebesc de restul populației, poate nu la prima vedere, ci doar atunci când vine vorba de a te adapta lângă ei, când poți constata anumite aspecte care nu se pot încadra în normal.

Personalitatea narcisică și personalitatea paranoidă sunt încadrate clinic în subcategoriile denumite cluster. Personalitatea paranoidă este încadrată în clusterul A, caracterizat prin bizarerie și excentricitate, iar personalitatea narcisică intră în clusterul B, caracterizat prin teatralitate. Pentru o mai bună înțelegere a celor două dimensiuni, vom descrie mai detaliat portretele fiecărei tulburări de personalitate mai sus enunțate.

Personalitatea paranoidă

Persoanele care suferă de personalitatea paranoidă sunt suspicioase, neîncredătoare, aflându-se permanent în așteptarea răului pe care ceilalți vor să li-l facă, iar orice încercare de a li se demonstra rațional contrariul nu face decât să le întărească această convingere. În plus, aceste persoane manifestă neîncredere în persoanele apropiate, inclusiv în familie și prieteni, de a căror cinste sau fidelitate se îndoiesc chiar și după verificări minuțioase; manifestă gelozie patologică, afect rece, sunt distanți cu autorajul sau colegii. Mai mult, acești oameni sunt ranchiunoși, răzbunători, nu uită niciodată așa-zisele insulte și umilințe - adeseori inexistente. Persoanele care suferă de tulburarea de personalitate paranoidă se află în tensiune permanentă, în așteptarea unor agresii imaginare din partea tuturor, sunt persoane ostile, rigide, lipsite de empatie, de sentimente, cu dispreț față de cei slabi. Deși nu au prieteni, ele își doresc puterea cu orice preț, fiind luptătoare tenace, urmărindu-și scopurile personale și posedând capacitatea de a-și expune logic argumentele, intrând adesea în litigii - adesea sunt procesomani. Aceste persoane posedă capa-



citare de convingere, tenacitate, exprimându-și neîncetat nevoie de putere și valorizare.

Personalitatea narcisică

Persoanele cu personalitate narcisică trăiesc cu convingerea, cu credința chiar, că sunt mai bune decât cele din jurul lor. Ele exprimă în permanență fantezii despre putere, succes și atractivitate personală, exagerându-și propriile realizări și talente, fiind într-o continuă așteptare de laude și admirație, nutrirind mereu credința că persoana lor este specială. Ele eșuează în a recunoaște emoțiile și sentimentele celorlalți, având convingerea că ceilalți trebuie să fie de acord cu ideile și planurile lor. De aceea, aceste persoane profită de bunăvoința celorlalți, își exprimă disprețul față de persoanele pe care le consideră inferioare sau gelozia față de alții, nutrirind credința că ceilalți sunt geloși față de persoana lor. Deloc surprinzător, acești oameni au mereu probleme în menținerea unor relații sănătoase și, din cauză că își stabilesc adesea scopuri nerealiste, se simt rapid respinși și răniți. Ei au o încredere de sine fragilă, dând doar o aparență de persoană cerebrală și lipsită de emoții.

Asemănări între personalitatea paranoidă și cea narcisică

Punând în oglindă cele două dimensiuni de personalitate, vom extrage în continuare atât deosebirile cât și asemănările dintre acestea. În ceea ce privește asemănările, putem începe cu faptul că ambele sunt tulburări de personalitate și printre cauze putem identifica fie prezența unor trăsături temperamentale, predispozante la tulburările de personalitate, fie o agregare familială sau chiar unele cauze genetice.

Persoanele marcate de tulburare de personalitate paranoidă, precum și cele suferind de tulburare de personalitate narcisică, sunt egoiste și își urmăresc scopurile personale cu precădere; sunt lipsite de empatie și nu se gândesc la ce simt cei din jurul lor. Cu toate aceste caracteristici cinice, ambele structuri de personalitate suferă în interiorul lor, sunt în permanență măcinate de ceva și nu își pot găsi un echilibru personal. În spatele măștilor pe care le poartă, toate comportamentele lor deviate sunt de fapt **mecanisme de apărare ale eului marcat neadaptabil**.

Deosebiri între personalitatea paranoidă și personalitatea narcisică

Deosebirile dintre cele două tipuri de tulburări de personalitate apar după cum urmează: pe de o parte, personalitatea marcată paranoidă preferă să îi îndepărteze pe toți din

jurul ei, preferă să nu aibă încredere și să nu acorde șanse de prietenie nimănui, pentru ca nu cumva să fie vreodată rănite sau dezamăgite. Pe de altă parte, personalitatea narcisică își construiește o stimă de sine exagerat de ridicată comparativ cu ceilalți, preferă să se iubească doar pe sine (putem identifica aici un punct de asemănare cu personalitatea paranoidă) pentru ca nu cumva să le fie rănit vreodată orgoliul, sau să fie dezamăgite.

Dacă personalitatea paranoidă se ascunde de ceilalți sau este permanent în gardă, îi studiază pe toți din jur, personalitatea narcisică, dimpotrivă, se expune, are o prezență socială foarte ridicată și îi place să interacționeze cu ceilalți, doar din dorința de a-și hrăni orgoliul și de a-și imagina cum și cât este de invidiată.

Dinamica relațională a persoanelor cu tulburare de personalitate paranoidă și narcisică

În ceea ce privește dinamica celor două tipuri de personalitate, apare evident faptul că două persoane, una marcată paranoidă, cealaltă narcisică, nu s-ar putea înțelege deloc între ele. Dacă tipul narcisic dorește atenție și laude din partea celor din jur, tipul paranoid va aduce numai critici și jigniri celorlalți, îi va privi ca pe niște inamici, nu doar pe cei cu care interacționează direct, ci la fel îi va vedea pe toți ceilalți oameni. Dacă tipul narcisic va dori să manipuleze alegerile sau intențiile unei persoane cu tulburare de personalitate paranoidă, nu va avea nicio șansă de reușită, întrucât aceasta din urmă este foarte atentă la ceea ce se petrece în jur și are și tendința către o interpretare exagerată.

Trăirea pericolului este mult accentuată pentru personalitatea paranoidă, în comparație cu alte tulburări de personalitate. Practic, sentimentul de pericol se cristalizează și devine o trăsătură de caracter care este permanent prezentă. Studiile recente au demonstrat faptul că personalitatea paranoidă își manifestă frica și neîncrederea până și în vise. Tot ceea ce descarcă inconștientul în timpul visului de noapte sunt fricile sale și, astfel, persoană în cauza nu ia niciodată pauză de la aceste gânduri toxice.

Ambele structuri de personalitate suferă de o **sensibilitate exagerată**. Orice gest sau vorbă care li se pot părea nelalocul lor îi pot leza extraordinar de puternic. De exemplu, dacă se întâmplă ca o persoană cu tulburare de personalitate paranoidă să fie cu adevărat pusă într-o situație în care cineva vrea să îi facă rău, atunci convingerile îi vor fi întărite pe drept motiv și, asemenea unui circuit electric pe care torni apă, persoana în cauză se poate „dezactiva”. Tulburarea de personalitate paranoidă face parte din gru-



pul tulburărilor de personalitate numite excentrice, alături de personalitatea schizoidă și cea schizotipală. Persoana cu tulburare de personalitate paranoidă este atentă la toți trecătorii sau oamenii aflați într-un magazin, convinsă că fiecare dintre ei îi vrea răul, le urmărește celorlalți privirea, gesturile și acțiunile în cele mai mici detalii, manifestându-și astfel suspiciunea față de mediul extern, perceput ca fiind amenințător.

Un alt exemplu de persoană cu tulburare de personalitate paranoidă este o persoană convinsă că vecinul, sau altcineva, vrea să-i ia viața; ea se simte atacată și pusă într-o situație periculoasă ori de câte ori vine în contact cu presupusul răufăcător și nu numai. Chiar și numai amintirea vecinului sau detectarea în mediul apropiat a prezenței unor obiecte aparținând acestuia duce la intensificarea ideilor paranoide, cum ar fi că vecinul îl urmărește că să-i ia viața.

Deasemenea, tot o persoană cu tulburare de personalitate paranoidă este și cea care este convinsă că locuința proprie este aflată sub supraveghere și că în interior există camere de luat vederi și microfoane, care va vedea orice persoană care bate la ușă ca pe un spion care urmărește să-i lezeze imaginea de sine și integritatea personală.

Tulburarea de personalitate paranoidă se poate detecta încă din copilărie și adolescență, întrucât se manifestă prin singurătate și izolare socială, relații afective superficiale cu familia, anxietate socială, rezultate școlare slabe, hipersensibilitate. Acești copii și adolescenți pot părea „ciudați” sau excentrici și atrag atenția celor din jur prin acest comportament.

Nu este clar cunoscută cauza exactă a tulburării de personalitate paranoidă, dar se presupune că există factori biologici, psihologici și sociali care stau la baza acestei tulburări.

Faptul că tulburarea de personalitate paranoidă este mai frecventă la persoanele care au rude apropiate cu schizofrenie, sugerează o legătură genetică între cele două afecțiuni. Experiențele din copilărie, inclusiv traumele fizice sau emoționale, pot reprezenta cauze cu rol important în dezvoltarea acestei afecțiuni.

În cazul tulburării de personalitate paranoide se poate interveni prin terapie. Terapia cognitivă este cea mai apreciată de indivizii paranoizi care, în general, tind să fie mai încrezători în terapeuții care se concentrează mai mult pe acțiuni și pe experiențe decât în cei care se concentrează pe trăiri și sentimente.

Persoana cu tulburare de personalitate narcisică, iubindu-se atât de mult pe sine, așteaptă involuntar aprecierile și laudele tuturor celor din jur. Dacă toate aceste așteptări și

orgolii nu îi sunt hrănite, ba mai mult decât atât, se lovește de critici și jigniri, atunci stima sa de sine scade foarte mult și poate intra în niște deviațe extrem de maladive.

Tulburarea de personalitate narcisică în sensul clinic, al îndeplinirii criteriilor de diagnostic, se consideră a fi rară, afectând mai puțin de 1% din populație, mai frecvent bărbații decât femeile. Tulburarea de personalitate narcisică debutează deseori la adultul tânăr, dar chiar dacă unii adolescenți pot să aibă trăsături de narcisism, nu înseamnă că vor dezvolta tulburare de personalitate narcisică; aceste manifestări se pot datora doar vârstei.

Cei afectați astfel sunt caracterizați în special de modificări în perceperea, gestionarea și manifestarea emoțiilor și a sentimentelor. Narcisismul se caracterizează prin grandomanie, nevoia constantă de admirație și lipsa emoțiilor.

De exemplu, o persoană care poate fi denumită narcisică, se poate plânge de impolitețea unui chelner neîndemânatic, sau poate să tragă concluzii despre o analiză medicală doar prin evaluarea condescendentă a persoanei medicului.

Nu se cunosc cauzele tulburării de personalitate narcisică, dar acestea pot fi multiple. Există dovezi care leagă cauzele de o copilărie disfuncțională, cum ar fi supra-protecția din partea părinților, așteptări extrem de mari din partea părinților, abuzul sau neglijarea. Alte dovezi indică factori genetici și psiho-biologici care fac legătura între creier, comportament și gândire.

Tulburarea de personalitate narcisică se diagnostichează pe baza semnelor și simptomelor și a unei evaluări psihologice amănunțite. Medicul sau psihoterapeutul va solicita descrierea semnelor și simptomelor pe care le prezintă pacientul: care sunt acestea, când apar, cât sunt de intense și de cât timp durează. Eventual, pacientul va fi rugat să completeze un chestionar de evaluare psihologică. Unele caracteristici ale tulburării de personalitate narcisice sunt similare cu cele ale altor tulburări de personalitate. Medicul va avea grijă să pună diagnosticul corect prin discriminarea de diagnostic diferențial. *Este posibil ca un pacient să fie diagnosticat cu mai mult de o tulburare de personalitate, în același timp.*

Theodore Millon (Millon, 2004) a identificat câteva subtipuri ale narcisicului. Orice narcisic poate manifesta unul sau nici unul dintre următoarele:

- 1. Narcisicul fără principii:** are manifestări antisociale, este un șarlatan, exploatează alți oameni, fraudează, este lipsit de scrupule.
- 2. Narcisicul falic:** majoritatea covârșitoare a persoanelor care se încadrează în acest grup sunt bărbați. Ei tind să



fie agresivi, atletici și exhibiționiști; le place să-și arate corpul și bărbăția.

3. **Narcisicul amoros:** are caracteristici histrionice, este un Don Juan sau Casanova modern, erotic, exhibiționar.
4. **Narcisicul compensator:** prezintă caracteristici negative, este pasiv-agresiv, evită societatea.
5. **Narcisicul elitist:** crede despre el că face parte dintre numele mari ale lumii.
6. **Narcisicul fanatic:** prezintă caracteristici paranoide, este un individ a cărui stimă de sine a fost sever inhibată în copilărie, care manifestă tendințe paranoide majore și care are iluzia de omnipotență. Aceste persoane se luptă cu iluziile propriei lipse de importanță și valori pierdute și încearcă să-și restabilească respectul prin fantasme de grandoare. Când nu reușesc să câștige recunoașterea și susținerea altora, adoptă rolul de erou sau de persoană adorată, cu o misiune grandioasă.

Putem recunoaște un narcisic și fără să fim specialiști sau fără să fi citit DSM.

De-a lungul timpului au fost sugerate unele manifestări care indică prezența unei persoane cu tulburare de personalitate narcisică. Se poate spune că o persoană narcisică așteaptă că alții să facă treburile de zi cu zi pentru că se simte prea importantă pentru a-și pierde timpul cu lucruri comune. Această persoană vorbește foarte rar despre viață sa personală, despre amintiri și visuri și tinde să prezinte un nivel ridicat de stres alături de persoanele cu care lucrează sau interacționează. Persoana narcisică simte că regulile generale nu îi se aplică, iar simțul ei de auto-importanță și lipsă de empatie o face să întrerupă frecvent conversațiile cu alții, devine nerăbdătoare și neliniștită când subiectul conversației este despre altcineva și nu despre ea însăși. O asemenea persoană folosește constant pronumele „eu”, „mie” și „al meu”, manifestă lipsă de empatie și îi învinovățește pe alții pentru greșelile personale. O persoană narcisică simte nevoia de a fi în centrul atenției și de a fi admirată într-un grup social, fiind preocupată în special de imaginea și opinia publică. În orice conversație, persoana în cauză va aduce vorba despre ea însăși, va profita, înșela și copia ori de câte ori va crede că nu e descoperită. În plus, ea are relații sociale de scurtă durată și tendința de a fi atrasă de funcții de conducere.

Pentru tulburarea de personalitate narcisică, psihoterapia individuală este cea mai potrivită. Terapeutul îi va prezenta pacientului actele narcisice pe care acesta le folosește în relațiile sociale, spre a-l face să înțeleagă natura transferului său negativ.

Ca direcție psihoterapeutică, valabilă în cazul ambelor tulburări, se consideră că persoanele diagnosticate cu tulburare de personalitate paranoidă sau narcisică trebuie înțelese și ajutate să găsească cea mai bună soluție pentru a putea avea relații sociale sănătoase și benefice de ambele părți.

Ca regulă generală, toate tulburările de personalitate necesită tratament și suport (social) din partea celor apropiați.

În cazurile extreme de tulburare de personalitate de tip paranoid și de tulburare de personalitate narcisică, pot apărea **complicații**, prin asocierea și a altor tulburări de intensitate psihiatrică, multe cazuri netratate putând ajunge chiar la **dorința de suicid**. **Suicidul** este una dintre cele mai de temut complicații, în general, dar dacă devine manifest, actul suicidar la o persoană cu **tulburare de personalitate narcisică** se deosebește cel mai adesea de suicidul din celelalte condiții patologice prin inautenticitatea intenției, *actul suicidar fiind de cele mai multe ori unul de tip demonstrativ* (Torgerson, 2001).

Pe lângă gândurile și comportamentul suicidar, tulburarea de personalitate narcisică netratată poate avea și alte complicații, precum consumul de substanțe ilicite, droguri, abuz de alcool, depresie, tulburări de alimentație (în special anorexie nervoasă), probleme de relaționare, probleme profesionale sau școlare.

Concluzii

Nu există tulburări de personalitate ideale sau preferabile. Toate tipurile de tulburare de personalitate afectează dispoziția persoanei, iar dacă nu sunt tratate, riscă să evolueze la stări depresive și tentative de suicid.

Ca direcții de tratament, putem aduce în discuție psihoterapia și tratamentul medicamentos, dacă se impune pentru tipul de personalitate, în fiecare caz în parte. Dacă persoana suferă și de stări de depresie sau anxietate, un tratament cu antidepresive ar fi indicat și îi poate fi de folos.

Ca prevenție, până în prezent, nu a fost identificată o cale sigură de prevenire a dezvoltării unei tulburări de personalitate. Ar putea fi de ajutor tratarea cât mai precoce a oricărei afecțiuni psihiatrice în copilărie. Terapia de familie poate fi un adjuvant util pentru psihoterapia individuală, pentru că poate ajuta familia să comunice mai eficient și să facă față mai bine și mai util conflictelor și emoțiilor negative, atât ale pacientului cât și ale aparținătorilor. Părinții cu tulburări de personalitate pot beneficia (și este recomandat să recurgă la acestea) de ore de *parenting* (educația părinților) și sprijin din partea terapeuților și a asistenților sociali.



■ Referate

Bibliografie:

1. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Arlington:APA Publishing.
2. Coman, H. (2012) *Tulburările de personalitate (II) Curs*. Catedra de Psihologie clinică și Sănătate mintală a Facultății de Psihologie și Științele Educației București.
3. Akhtar, Salman (1990) *Paranoid personality disorder: A synthesis of developmental, dynamic and descriptive features*, *American Journal of Psychotherapy*, Vol 44(1), 5-25.
4. Millon, Theodore; Carrie M. Millon; Seth Grossman; Sarah Meagher; Rowena Ramnath (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. John Wiley and Sons. p. 290. ISBN 0-471-23734-5.
5. Torgerson S, Kringlen E, Cramer V (2001). *The prevalence of personality disorders in a community sample*. *Arch Gen Psychiatry*; 58:590–596 CrossRef

Experiences and expectations of adolescents who live in group homes: A qualitative study

■ Dorcas Wilcox, Clara Wolman - Judy Harris-Looby, Barry University, Miami, Florida, U.S.A.

Rezumat: Studiul cercetează experiențele și speranțele de viitor ale adolescenților care trăiesc în group-homes (cămine de grup – în franceză: foyer de groupe – rezidențe, administrate de stat sau private, pentru copiii și adolescenții, care nu pot locui cu familiile lor de origine). Studiul a fost de tip qualitative design, folosind o abordare fenomenologică. Au fost intervievați opt subiecți, adolescenți trăind în cămine de grup administrate de stat, care erau diagnosticați cu dizabilități moderate sau cu depresie. Interviuurile au fost înregistrate audio simultan, apoi transcrise cuvânt cu cuvânt, iar ulterior analizate pe baza unor sub-teme și a două teme majore, care au fost deduse din baza de date: „Relațiile Interpersonale” și „Pregătirea pentru viața adultă”. La prima temă majoră, participanții s-au centrat pe sentimentele și trăirile lor după ce au fost luați de acasă, din familiile lor biologice, asupra relațiilor lor cu familia de origine, cu ceilalți asemeni lor, cu care trăiesc împreună și cu cei care le dau îngrijire. În plus, ei și-au exprimat părerea generală despre căminele de grup. La a doua temă majoră, participanții s-au centrat pe aspirațiile lor de viitor, pe pregătirea lor pentru viață și pe nevoia actuală de a primi ajutor de la adulți. Ca o concluzie, adolescenții trăind în cămine de grup care au suferit evenimente stresante în viață, trăind cu o oarecare dizabilitate sau depresie, au demonstrat o reziliență remarcabilă și aspirații de viitor pozitive.

Cuvinte cheie: cămine de grup, adolescenți cu dizabilități moderate sau depresie, reziliență, cercetare de tip calitativ.

Abstract: The goal of this study was to investigate the experiences and future expectations of adolescents who lived in group-homes (state or private residences of children or adolescents who cannot live with their families). A qualitative design utilizing a phenomenological approach was utilized. Eight adolescents who lived in state group-homes, and had a mild disability or depression, were interviewed. The interviews were audio-taped, transcribed, and analyzed based on the common sub-themes and major themes that emerged from the data: “Interpersonal Relationships” and “Preparing for Adulthood”. Under the first major theme, participants focused on their feelings and experiences after removal from their biological homes, their relationships with their families of origin, peers, and caregivers, as well as their perceptions of their group-homes. Under the second major theme participants focused on their career aspirations, preparation for the future, and their present need for support from adults. In conclusion, adolescents living in group-homes who experienced major stressful life events, including living with a disability or with depression, seemed to show remarkable resiliency and positive aspirations for their future.

Key words: group-homes, adolescents with mild disabilities or depression, resiliency, qualitative research.



In contemporary American society, not all children and adolescents live with their biological family. Every day, the Child Welfare System in the United States (U.S.) is entrusted with the care of over 400,000 children through foster homes, including group-homes or other out-of-home arrangements (U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, 2010). For example, in the state of Florida, there are between 9,000 and 10,000 children who are removed from their homes annually because they experience neglect or abuse at the hands of a family member (Our Kids of Miami-Dade / Monroe, 2013). Many of these children and adolescents live temporarily or permanently in distinct settings, including but not limited to group-homes and foster care single-family homes. Some of them spend their entire years, from birth to 18, living in state custody and are moved through the system, living in different settings as they age.

A group-home is a private or state residence for children or young people who cannot live with their family; typically, there are at least four but no more than six residents in a group-home, and there is at least one trained caregiver there 24 hours a day. A foster care single family home refers to a family where the minor is placed, normally through the government or a social service agency. Children who live in group-homes are older and tend to have more problems than those who live with their relatives or in foster care single-family homes (Barth, 2002). One of the justifications for placing children in group-homes is that their behavior is substantially worse than could be managed in foster care single-family homes.

Unfortunately, youth who exit the Child Welfare System at age 18 often do not fare well as adults (My First Place, 2013). They are prone to become more involved with the court system by engaging in risky criminal behaviors in an attempt to develop survival skills, using illegal substances, and interacting with dysfunctional peers. They suffer from feelings of depression, suicidal thoughts, and other identified mental health disorders (Barth, 2002).

Although some studies focused on the views of foster and/or adopted children and adolescents living in family-like environments (Barth, 2002), few investigated the experiences of youth who live in group-homes (Hill, 2012). Thus, the purpose of this research was to investigate the perceptions and experiences of adolescents in group-homes who had a mild disability (e.g., learning disabilities) or depression. This research focused on this group of adolescents, since it has been found that a substantial percentage of youth in group-homes have disabilities or suffer from depression

(Zetlin, Weinberg, & Kimm, 2005).

To understand how youth perceived their experiences and what they expected for their future, a qualitative research, using a phenomenological approach, was implemented. This approach allowed an in-depth understanding of the phenomenon under investigation. Data for this study were collected through individual in-depth interviews with the participants. Using a semi-structured qualitative interview, eight adolescents receiving supported housing through the Child Welfare Department were asked to describe their past and present experiences living in group-homes and their expectations for their future. In this study, group-homes referred only to settings where there are four or more youth in one placement.



Methods

Sampling: Typical case sampling was used to select the participants. Typical case sampling is used in qualitative research to describe average-like cases to people unfamiliar with the phenomenon studied (Patton, 2002). In this research, the typical characteristics of the intended sample were that the adolescents had to have lived in a group-home for at least two months in the past year and had a mild disability or depression. Participants included eight adolescents, ages 15 through 17; six females and two males. Six participants were African Americans and two were Hispanics (one of them defined herself as White Cuban). One participant had conduct disorders, one had a learning disability and conduct disorder, and the other six had depression, which in a few cases was combined with another condition (e.g., Obsessive Compulsive Disorder).

Participants were interviewed individually in their group-homes or schools for about 45 minutes. The interviews were audio-recorded and transcribed. The transcripts were analyzed and interpreted by the researcher, using primarily the phenomenological approach. Phenomenological research is the study of essences discovered among lived experiences of people who share a phenomenon. Essences are core meanings mutually understood through a commonly shared experience (Patton, 2002).



■ Referate

Analysis

Coding of the data was performed using a manual content approach. After reading each transcript three or four times, the transcripts were color-coded. The responses of the participants were grouped together by each question to have a visual and clear representation of the data. This allowed for a view of all the responses given for each question, as well as knowing which participant gave each response. Once responses across participants were grouped, they were thoroughly examined for commonalities or similar content. Examining the commonalities for each question allowed the researcher to identify patterns and themes.

A thematic analysis was conducted to identify patterns and themes in adolescents' experiences and expectations for their future. The responses were examined and reexamined for recurring issues. During this process, exact and similar words, expressions, or ideas across participants were grouped together into sub-themes based on their common content. Sub-themes that had a common issue running through them were collapsed to form a major theme. Thus, various sub-themes together formed a major theme. The sub-themes that were grouped under the broader, more abstract major themes were discussed with two professional researchers, who also verified whether participants' responses were correctly classified into the sub-themes and themes.

Results

Two major themes emerged; the first one was *"Interpersonal Relationships"*. Sub-themes subsumed under that theme were: *"Leaving the Nest"*, *"Communication with Immediate Family"*, *"Peer Relationships"*, *"Relationships with Caregivers"*, and *"The Group-Home as a <Home>"*.

The second major theme was *"Preparing for Adulthood"*, and its sub-themes included *"Career Aspirations"*, *"Transitioning into Adulthood"*, and *"Understanding and Support"*.

Interpersonal Relationships

Interpersonal relationships constituted a central issue expressed by all the participants, whether they were referring to familial relationships, peer relationships, or relationships with caregivers. In the following report, the quotations keep the original words of the participant, in their colloquial language.

Leaving the Nest:

Participants seemed to suffer from homesickness at various times and levels, no matter how well they were treated

at their new residence, the group-home. According to a female participant, *"Things would be a whole lot better if I was with my family, because I would be with them..."* And one of the two males in the study stated, *"Things are better now in this home. We have clothes to wear and lots of food. Yeah, they're better here, but not as good cause I miss home."*

Communication with Immediate Family:

One key reason youth run away from foster care placements is to be with family and/or friends (Pergamit & Ernst, 2011). It appears that one thing that kept the youth from running away from the group-homes was their ability to visit family members often at the families' homes. All the participants communicated with their family members on a frequent basis. Most of them received weekend passes and were able to visit with extended family members during the weekend.

Participants' communication with their family referred many times to their relationships with their siblings, and many of them considered themselves as the primary caregivers of their siblings. As one female said, *"I had to make sure that she ate. Make sure she had clothes on her back. Make sure her homework was done..."* She spoke of times she would not eat so her sister could. Another stated she took the bulk of her monthly allowance given to her by the state to help her brother pay for his first year of college.

Peer Relationships:

Although some youths reported having friendships with other youths in the home, several voiced challenges of getting along with peers in their group home. Participants complained about fighting, bullying, stealing, or rudeness. One female participant explained that there were physical altercations among the female youth in her home, as well as constant harassment from other females. As another female stated, *"This is the first group home I ever been in with rude people,"* and an additional one said, *"These girls, sometimes it goes from picking [on me] to jealousy or just to be spiteful. It varies."*

The issue of respect by others, particularly by peers, was embedded in the peer relationships sub-theme. One of the femalesubjects felt she was disrespected because: *"... I guess I felt disrespected because they used to talk about me and stuff. I guess cause of the smell"*. Another described why she did not feel respected: *"No respect. By certain people, yes. They used to always make fun of me, cause I was white. They picked on me."*



Relationships with Caregivers:

While half of the youths expressed that some caregivers were good role models, the other half stated that none of the caregivers were good role models. One female subject stated that one of the caregivers at her group-home stood out as a role model, because she *“would approach you and talk to you with respect.”* One male subject said that his caregiver was a good role model because he *“helps us with school and gives me money.”* However, a female participant said that one caregiver in particular was *“fake, gossiped, and talked about everybody behind their backs.”*

Curfews and rules was one of the complaints expressed by the participants. The only two males interviewed responded that the thing they liked least about the group-home and the caregivers was the curfew and the rules. A female participant had a similar perspective saying, *“Sometimes they follow the rules too much. ... You got new staff, come in, they just go by every rule, and it’s just so aggravating cause it’s a lot of rules.”*

The Group-Home as a “Home”:

Participants were asked about the similarities between their experiences in their biological homes and in the group-home. One of the females explained that dinners together and worshipping together reminded her of living in her biological home. Another commented: *“When I first got here, no, I didn’t like it. But, since I was here for a long time, then yeah, I like it. They got T.V, movies I can go watch, I got my phone, and I can go outside. It’s kids there, so, it’s kinda like my grandma house. I could walk in the kitchen, if I want, and all that stuff.”* A male participant said that it is the same because *“you have to go to school, they make sure you eat good, and they love the kids...”,* and a female stated, *“Things are better now in this home. We have clothes to wear and lots of food.”*

The majority perceived the group-home as a place that provided them independence and autonomy. They were pleased they were permitted to carry their cell phones with them. As one of the participants stated, *“They allow you to have your phone. They don’t tell you what time to turn it in or nothing like that. It’s basically like you independent here.”*

Preparing for Adulthood

This represented the second major theme that emerged from participants’ responses.

Career Aspirations:

Youths in foster care graduate at lower rates and are less likely to complete high school than their non-foster care

peers are (RHEFC, 2014). However, in this study, all participants had career plans for their immediate future. They stated they planned to go to college when they graduate and most of them had big aspirations (being a lawyer, a pediatrician, etc.), which may have represented wishful thinking at this point in their lives. A female participant said: *“I want to be a lawyer for child abuse, or a veterinarian, or something like Humane Society. But, I don’t wanna charge people to get the shots and stuff.”*

Transitioning into Adulthood:

Participants were asked about how they will manage once they aged out of the foster care system. The responses were extremely positive. All of them felt they would be able to take care of themselves once they were no longer living in a group-home. Respondents spoke of finding jobs, receiving career training, or living with family and friends after graduation. A female responded: *I could live on my own right now, but when it comes down to rent and stuff, I don’t think I can, unless I’m living with a family member or someone that I could only pay like half the rent.”*

Understanding and Support:

Youths provided suggestions of what adults could do differently today to ensure they have a good life now. A female participant stated, *“I would like group homes to make it like a family setting. Be strict, but not too strict. Don’t run a group home like the military. Listen to the kids’ suggestions.”* Another stated, *“Now I’m becoming an adult myself so there’s not much you really can do, but just give good advice, and try to help me not make mistakes.”* An additional female said: *I don’t think you guys can do anything. I think it’s up to me at the end of the day. I think you guys do your best to put me in a home that’s going to help me advance in life, and everything else is pretty much up to me.”*

Many respondents mentioned the importance of adults’ support to help them prepare for their future. One of the females suggested: *“Talk to us and every time you hear something about the economy or jobs and stuff like that, let us know. Inform us, have classes with us”.* Other participants wanted assistance with finding employment, mentoring to help them stay on track, pushing them harder, teaching them how to be more independent, and providing them classes on writing resumes.

Discussion

A central issue in this research was the importance of interpersonal relationships between the adolescents and



■ Referate

other peers, family members, and caregivers. These results may indicate that in this study the success of the youths' placement in the group-homes was partially due to the personal interaction permitted between the youths and their biological family members while the youths resided in the group-home. Since each of the adolescents experienced some level of distress due to leaving the biological home, interpersonal relationships with their biological family members, peers, and caregivers were critical.

A second major theme revealed in this research was youths' thoughts about preparing for adulthood. Every youth who was asked about his or her career aspirations responded immediately and positively. Although all the participants had plans to go to college and attain a professional career, for some of them, attending college may have been unrealistic since they had repeated multiple grades and were attending alternative schools. Another important finding was that nearly all youth felt they could take care of themselves as adults. Receiving understanding and support from adults seemed to be the ultimate desire of the participants; they wanted adults in their lives.

A limitation of this qualitative study was that although all the participants had a mild disability or suffered from depression, this issue did not come up naturally in the interviews, and participants were not eager to talk about it. Further qualitative studies should be conducted to explore the influence of these conditions on the life experiences of adolescents in group-homes.

Based on the themes and sub-themes that emerged in this study, the essence of the phenomenological experience of youths with mild disabilities living in group-homes may be summarized as follows:

Adolescents living in group-homes who experienced major stressful life events, including living with a mild disability or with depression, seemed to show remarkable resiliency and positive aspirations for their future in spite of their challenging pasts.

References:

1. Barth, R. (2002). *Institutions vs. foster homes: The empirical base for a century of action*. Chapel Hill, NC.: University of North Carolina at Chapel Hill.
2. Hill, K. (2012). The prevalence of youth with disabilities among older youth in out-of-home placement: An analysis of state administrative data. *Child Welfare*, 91(4),61-81.
3. My First Place. (2013). *More is possible: A program of first place for youth. (Summary Brief Formative Evaluation Findings: June 2010 to March 2012)*. Retrieved from [First Place for youth.org](http://www.firstplacefor youth.org)
4. Our Kids of Miami Dade/Monroe, Inc. (2013). *Ann. Report*. Retrieved from <http://www.ourkids.us/aboutus/Pages/default.aspx>
5. Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods (3rd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
6. Pergamit, M., & Ernst, M. (2011). *Running away from foster care: Youths' knowledge and access of services*. Chicago, IL: Annie E. Casey Foundation.
7. *Research Highlights on Education and Foster Care. (RHEFC, 2014). Fostering success in education: National factsheet on the educational outcomes of children in foster care*. Retrieved from <http://www.fostercareandeducation.org>
8. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau. (2010). *Children's Bureau Child and Family Services Reviews Fact Sheet*. Washington, D.C.
9. Zetlin, A., Weinberg, L., & Kimm, C. (2005). Helping Social Workers address the educational needs of foster children. *Child Abuse and Neglect*, 29, 811-823.



Suicide attempts evaluation in men's emergency services of the Clinical Hospital of Neurology and Psychiatry Oradea

■ Paina Gheorghe, MD, Ardelean Horia, MD, Ph D, Vlăduț Vasile, MD, Ph D, Iova Claudiu Sorin MD, Sabău Teodora, Psychologist, Neurologic and Psychiatric Hospital, Psychiatric Clinic, Oradea

Evaluarea tentativelor de suicid în serviciul de urgență bărbați, la nivelul Spitalului Clinic de Neurologie și Psihiatrie Oradea

Rezumat: Studiul clinic, epidemiologic și statistic se adresează unui lot specific de 59 pacienți, de sex masculin internați între 01.01.2004 și 31.12.2006 după tentativa de suicid, în secția de acuți. Se scot în evidență parametrii demografici, distribuția după vârstă, sex, stare civilă, tipul de internare, mijloacele de autoagresiune, diagnosticul psihiatric și comorbiditățile. Observând rezultatele, am ajuns la următoarele concluzii: lotul analizat reprezintă 2.13% din totalul de 2763 pacienți internați; tentativele de suicid legate de tulburarea depresivă, tulburarea de personalitate, schizofrenie și retardul mental reprezintă 72.8% din lotul studiat; suicidul intraspitalicesc este o tristă realitate; 36 pacienți, adică (61 %), au asociat parasuicidul cu ingestia de alcool; psihoprofilaxia este obligatorie; stabilirea profilului fenomenului parasuicidar, necesită studii aprofundate, multicentrice; suicidologia se impune ca și știință medicală

Cuvinte cheie: tentativa de suicid, parasuicid, comportament suicidar, recuperare, profilaxie.

Abstract: The clinical, epidemiological and statistical study concern a specific group of 59 male subjects admitted in the acute pavilion of the hospital between 01.01.2004 and 31.12.2006 after suicide attempts.

We underline the demographics parameters, distribution of the subjects by age criteria, civil status, the admission type, the auto-aggressive procedures, the psychiatric diagnosis and comorbidities. Our results brought up the following conclusions: the specific group we have focused on represents 2.13% of the total number of subjects admitted in the acute pavilion (2763 subjects); the suicide attempts related to depressive disorder, personality disorder, schizophrenia and mental retardation represents 72.8% of the study group; in-hospital suicide represent a painful reality; 36 subjects have associated the para-suicide to alcohol ingestion; the psycho-prophylaxis is indispensable; the profile of the para-suicide assessment requires large and multi-centric studies; the suicidology requires accreditation as a medical discipline.

Keywords: suicide attempt, para-suicide, suicide behaviour, recovery, prophylaxis.

I. THEORETICAL CONSIDERATIONS

Self-harm behaviour, meaning suicide attempt and suicide indeed, represents a public health approach, which enjoin „the suicidology” as an academic discipline.

According to OMS predictions for 2020, the loss of human lives through suicide will represent the second cause of death, depressive disorders and other psychical conditions being in exponential increase.

In 1897 Durkheim E. stated in „Le suicide” that „the suicide attempt can't be define but as a failure of fulfilment of a certain death” (1).

In 1952 Stengel E. asserted the term of „suicide attempt” (2).

After 1960 Kessel N. propose the following terms: „deliberate self-poisoning” for deliberate poisoning with medica-

ment substances and chemicals substances; „deliberate self-injury” (3).

In 1970 Norman Kreitman defined in his monography – „Parasuicide” the suicide attempt as „a non-fatal injury or in excess ingestion of substances or drugs prescribed in excess”. The acute alcohol intoxication is excluded (4).

After 1979 Morgan H.G. asserted the phrase „deliberate self-harm”, which include the „deliberate self-poisoning” and „deliberate self-injury” (5).

In 1989 OMS defined suicide as „the act through which a person wants and looks forward to physical destroy himself,





■ Referate

having more or less the intention losing his life and being more or less aware of his motivation”.

Ancient and metaphorical definitions can be reconsidered, because the meaning was the same as we use them in the present: „*whoever destroys himself by mean*” – Hebrew language; „*self-killing = sui-caedere*” – Latin language.

In fact, 66% of the suicide attempts asked in different ways for medical support in the last 30 days before the „*accident*”, which represents an alarm for the specialists, related to communication between doctor and patient.

As the suicide, the suicide attempt can be: non-pathologic, it is very rare it is characterized by protest and sacrifice accents, and pathologic, which is appropriate to subjects with mental disorders.

The suicide or suicide attempt represents the real vital risk for the people with mental disorders; the achievement way depends on the person and on the mental disorder.

Kielholz P. consider that „*the best suicide prophylaxis consists in a good empathy relation between doctor and depressive subject. Consequently, the relation between doctor and patient must be considered as a primary choice option and unreplaceable*” (6).

The para-suicide risk seems to appear to healthy people as much as to non-healthy people.

The repetitive para-suicide risk is accentuated by: alcohol abuse, antisocial personality disorder, previous admission in hospital or ambulatory treatment, previous suicide attempt, loneliness and social isolation (7).

As called the vulnerably „*normal*” subject, stressed and under hand of unhappiness and burned out, this type of subject is himself very nearly to suicide attempt.

On the other hand, **R. Siebek** said that „*an unhealthy individual is the subject of a crises and the illness is the exteriorization of the human living way*”.

II. OBJECTIVES, MATERIALS, METHOD

The study proposes a clinical, epidemiological and statistically approach of the suicide attempts and we mention:

- Morbidities through nosological clinical entities
- The distribution related to provenance
- The comorbidities through somatic disturbances
- The possible forensic implications

All this through:

- The anamnestic information recorded on inpatient documents
- Para-clinical(exploratory)examinations
- The dynamic psychological and psychiatric examinations

III. RESULTS AND DISCUSIONS

1. Distribution of the subjects according to morbidity:

Total of admissions	Third pavilion 2763	Year 2004	Year 2005	Year 2006	100%
		895	908	960	
Total of suicide attempts	Third pavilion 59	Year 2004	Year 2005	Year 2006	2.13%
		15	21	23	

2. Distribution of the subjects by:

- Provenance – Rural – 26
- Urban – 33
- Occupation(important) – 34 retired and registered with handicap disabilities
- 14 workers
- 11 homeless
- Nationality – Romanians – 29 patients
- Hungarians – 21 patients
- Roma people – 6 patients
- Slovaks – 3 patients
- Civil status -Married – 22 patients
- Unmarried – 11 patients
- Divorced – 13 patients
- Civil-law partners – 10 patients
- Widowed – 3 patients

Lack of familial support was lined out for at least 22 patients.

3. Distribution of the subjects by group of ages:

- <20-years old – 6 patients
 - 21-30 – 10 patients
 - 31-40 – 11 patients
 - 41-50 – 16 patients
 - 51-60 – 8 patients
 - 61-70 – 3 patients
 - 71-80 – 2 patients
 - >80-years-old – 3 patients
- 45 patients (76.2 %) were at the maximum social efficiency, between 21 and 60 years old.

4. According to education level we have the following distribution:

- Special education school – 11 patients



- Gymnasium 8 classes – 11 patients
- Industrial school – 12 patients
- High school – 19 patients
- College – 6 patients

It shows a prevalence of subjects with intermediate and high level school training (42 patients = 71.1%)

5. Hospitalisation items:

a) Month when the subjects were admitted in hospital:

- January – 4 patients
- February – 3 patients
- March – 4 patients
- April – 4 patients
- May – 3 patients
- June – 3 patients
- July – 6 patients
- August – 5 patients
- September – 9 patients
- October – 6 patients
- November – 6 patients
- December – 6 patients

It shows a prevalent autumn high-tide of 21 patients.

b) Average of the hospitalization period:

- < 17 days – 39 patients
- > 18 days – 20 patients

c) Admission type – all were emergency admissions as following:

- 27 patients – Ambulance, SMURD emergency services
- 23 patients – intra-hospital transfers
- 9 patients – requested by family

It shows a healthy and good relationship between our emergency services and UPU, ATI, Surgery Department and other public health services.

d) Psychiatric disorders:

D G	ICD 10	No. of patients
	Personality disorder	14
	Mood disorder, depressive subtype	14
	Schizophrenia	6
	Mental retardation	9
	Alcohol addiction	5
	Undifferentiated disorder	2
	Schizotypal disorder	2
	Persistent delusional disorder	2
	Psychotic disorder due to medical condition	1
	Organic psycho-syndrome	2
	Dementia	2

e) we underline that most the patients (43 patients – 72.8 %) have one of the following disorder: personality

disorder, recurrent depressive disorder, schizophrenia or mental retardation.

We release the following observations:

1. *The youngest patient*, born on 10, March 1986 was admitted in hospital in 2004 after he ingested carbamazepine and alcohol. The patient's diagnostic was „Behavioural disorder. Mental retardation. Alcohol abuse” and he was discharged after 14 days of hospitalization.
2. *The oldest patient*, born on 21. Sept. 1918 was admitted in hospital in 2005 with diagnosis of Organic psycho-syndrome. Left lateral-cervical cut injury. Self-aggressive behaviour and he was discharged after 19 days of hospitalization.
3. *21 patients have presented previous history of suicide attempt*; B.M. is the “record-holder” with eight previous suicide attempts.
4. *A case*: M.S. was diagnosed with Paranoid schizophrenia, drowning suicide attempt, same as his father who committed suicide as an inpatient at third pavilion of the hospital. Very important to discover is the family history of suicide attempts.
5. *The patient B.M.* born on 11. Aug. 1969 was found hanged-on in the toilet, a few hours after admission in hospital. This rub in discussion the reality of the „in-hospital suicide”.
6. *6 patients* were examined by the forensic medicine committee for antisocial behaviour.

f) Distribution of the subjects by the methods of self-aggression:

1. Traumatic procedures – 10 patients: blade weapons, defenestration, caustic substances
2. Asphyxia procedures – 11 patients: gallows, strangulation, drowning, gas, electrocution.
3. Toxic procedures: – 38 patients, – 34 patients – drug intoxication (neuroleptics, sedatives)
 - 2 patients – intoxication with insect powder
 - 2 patients – intoxication with organic-phosphoric substances

g) *distribution by the somatically comorbidity complicate the recuperation and the prognostic.*

Diagnosis	No. of subjects
Cardio-vascular disorders	11
Rheumatoid disorders	8
Respiratory disorders	9
Endocrine & metabolic disorders	5
Digestive disorders	12
Other disorders: TCC, seizure, urologic disorders	19



■ Referate

IV. THERAPEUTIC COURSE

is very complex and it assume the followings:

The management of the crises:

Electrolyticbalancing

Treatment of the psychical disorders

Treatment of the somatic disorders

B. *Psychotherapy*

Individual psychotherapy, cognitive psychotherapy and

Beck inventory test

Ambulatory treatment – as a post crises prophylaxis

C. *The management of the suicide risk.*

CONCLUSIONS:

1. The patients with suicide attempts represent 2.13 % of the patients in the third pavilion of the hospital.

2. The suicide attempts associated to personality disorder, depressive disorder, schizophrenia and mental retardation represents 72.8 % of the patients from the study group.

3. 36 patients (61 %) have associated the para-suicide to alcohol ingestion.

4. According to age parameter we observed the Gaussian distribution of the study group, with a central condensation – 76.2 % of the patients having between 21 and 60 years old.

5. The in-hospital suicide reminds us our limitations as specialists and even more, reminds the specialty boundlessness.

6. The suicidology concern itself about self-aggressive behaviour from medical, toxicological, psychologic and sociologic point of view and it is required to be accredited as a medical discipline.

7. The primary, secondary and tertiary psycho-prophylaxis is indispensable.

BIBLIOGRAPHY

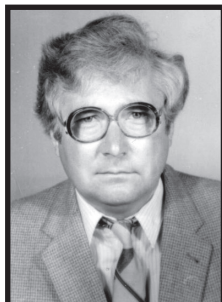
1. DURKHEIM, E. (1987) *Le suicide, Etude de sociologie*, Felix Alcan, Paris.
2. STENGEL, E. 1964 *Suicide and Attempt Suicide*, Paperback
3. KESSEL, N. (1965) *Self –poisoning*, Brit. Med.J. p.1265-1270 1336 - 1340
4. KREITMAN, N. (1977) *Parasuicide*, Chichester Wiley
5. MORGAN, H. G. (1978) *Death Wishes - The Understanding and Management of Deliberate Self-harm*
6. KIELHOLZ, P. (1973) *La depresion masque*, Editions Hans-Huber, Berne.
7. COZMAN, D. (1999) *Sinuciderea*, Risoprint, Cluj-Napoca

Deasupra norilor - foto Veress Albert jr.





Necrolog vesel pentru Orbán János 1949-2017



Dumnezeu a trecut (deși, din câtă religie cunosc eu, Dumnezeu nu vine pe pământ ca să ne ia, el ne așteapta acolo sus, dar de data aceasta s-a pus pe treabă! Ca un bonus, pentru cel vizat de El!) din nou pe meleagurile noastre. De această dată pe cele sălăjene, ieșind în calea celui care mi-a fost coleg de promoție la UMF Tg. Mureș, în anul

1974, apoi coleg balintian din anul 1996. Mereu pus pe șotii, îi pune la grea încercare pe liderii în ale căror grupuri participa. Vă amintiți, nu? Cum stătea rezămat cu cotul lui butucănos pe genunchi, cu zâmbetul ștregăresc pe buze, adulmecând, grupul și liderul, cum o vor duce la capăt cu cazurile lui încâlcite, dar a căror finalitate el deja o știa de acasă. Sigur că o știa! Dar venea deseori numai să vadă cum ne vom chinui noi cu ajutorul lui într-o problemă, care, de fapt, nu mai necesita ajutor pentru el. Prezența lui în grup, cu cazurile pregătite amănunțit încă de acasă, reprezenta o piatră de încercare atât pentru grup cât și pentru liderul

care avea neșansa să-i deslușească gândurile lui ascunse. Chiar și eu era s-o pățesc *o dată!*

Producea ceapa vestită din Pericei. Cânta la orga bisericii reformate din comună, la slujbele bisericesti. Făcea plimbări pe rute lungi cu bicicleta. Mânuia cu pricepere sintetizatorul, cu care scotea melodii vesele, care ne creau buna dispoziție în excursiile din facultate și mai apoi la întâlnirile de 10-15-20 de ani și cele care au mai urmat. Îmi răsună și acum în urechi melodia lui îndrăgită, Hallo, Mary Lou!, cântată inițial de către Ricky Nelson, cântată odată cu el de cei care ne aplecam urechile pe aripile melodiei fredonată de Jancsi.

Fiind la tratament balnear în Eger, Ungaria, nu am reușit să-l însoțesc pe ultimul lui drum. Fie aceste gânduri ale mele un adio prietenesc pentru cel care ne-a fost un bun coleg și prieten, Orbán János, alias Jancsi.

Să ne prepari o tochitură cu ceapă de Pericei pentru ospățul ce-l vom avea cu tine, cândva.

*Cu gânduri prietenești de adio,
Berci*

Vidám sírató Orbán Jánosért 1949-2017

Az Isten ismét alászállt a mennyekből, s jártában-keltében a szilágysági lankás tájakon összetalálkozott egy kétlábúval, hajdani egyetemi évfolyamtársammal, majd 1996 óta, Bálintos barátommal. Kézen fogva felvitte Őt oda, magasra. De annyira magasra, hogy onnan már a visszaútra sem találhat reá.

Csibészes hajlamával egyaránt próbára tette a csoport tagjait, de a csoportvezetőket is. Részletesen kidolgozott, előadott eseteinek megoldási törekvéseit figyelte huncutul, térdére támasztott karján nyugvó fejéből kíváncsian figyelő szemeivel. Látni akarván, miként gyürkőznek meg csapattársai az általa felvetett problémával. Miként nyújthatnak neki segítséget. Egy olyat, amelyre már egyáltalán nem volt szüksége, ismervén annak végkimenetelét már eljövetele előtt. Az volt örökös érzésem, hogy csak próbára akart tenni bennünket. Vagy önmagának találni visszaigazolást eljárásának helyes vagy helytelen voltára. Csoportvezetők próbakövét jelentette egy olyan csoport levezetése, amelyben Ő hozta az „esetet”. Magam és kánpadra kerültem nem egyszer!

Maga is termelte a híres-nevezetes perecsenyi hagymát, hozott is belőle gyakran találkozásainkra. Istentiszteletei-

ken orgonált községe református templomában. Kilométereken tekerte bringája pedáljait. Hozzáértően játszott zongorán, szintetizátorán, amelyeken vidám dalait játszva hozott lázba mindannyiunkat, akik környezetében kerestük a kikapcsolódást egyetemi kirándulásainkon, majd 10-15-20 éves és későbbi találkozóinkon. Beégette magát dobhártyáimba kedvenc dala, a Ricky Nelson által énekelt Halló Mary Lou, amelynek szárnyain elandalodva feledtük az orvosi hivatás mindennapjainak nehézségeit.

Temetése napján, Egerszalókon lévén fürdőkezelésen, nem lehettem ott koporsója mögött, nem kísérhettem utolsó útján. Legyen e vidámnak elképzelt sírató hamuba sült pogácsa hagymás tarisznyájába annak a barátnak, Embernek, kollégának, aki egykor Orbán János, illetve a mi Jancsink volt. Készíts majd számunkra is hagymás pörköltet amikorra melléd érkezünk.

*Baráti búcsúzással,
Berci*



■ Planuri de viitor

Știri din viața Asociației

■ Dr. Albert Veress - Miercurea Ciuc



6-10 Septembrie 2017: al XX-lea Congres Internațional Balint, Oxford. Biroul asociației și Adunarea Generală din septembrie 2016 au decis acordarea unei sponsorizări în sumă totală de 1.000 euro pentru participanții la Congres. Au participat trei colegi din Republica Moldova, membri ai Asociației noastre: Calancea Veronica, Andronic Maria și Taranov Octavian.

Planuri de viitor:

22-24 septembrie, 2017: a XXIV-a Conferință Națională Balint, cu alegerea noului Birou, organizat la Șumuleu-Ciuc, Casa de Studii Jakab Antal. **Creditat cu 14 puncte E.M.C. Taxa de participare** este de 40 EUR (cuprinde pentru cei cu cotizația plătită la zi și c.v. banchetului). **Cazare:** 55 RON/pers./zi în cam. dublă sau 75 RON/pers./zi în regim Sgl. (micul dejun se poate solicita la recepție pentru 15 RON). **Rezervarea în sistemul „primul venit, primul servit”. (fără supărare!). Cina festivă** 50 RON. (Dans cu DJ și cu stupize...stupize!). **Prânzurile și cina din 22. IX.** la 20 RON. Camerele rezervate la care nu se renunță până la data de **20 sept.** vor trebui achitate integral de către cei care au solicitat rezervarea!!!

12-15 octombrie 2017: în cadrul Conferinței Naționale de Psihiatrie din Sinaia am obținut un spațiu de timp pentru o secțiune Balint, la care va fi invitat ca speaker și lider de grup Heide Otten din Germania. Încercăm să obținem posibilitatea plății taxei de participare doar pentru ziua secțiunii Balint (fără credite EMC!). Vă voi ține la curent cu informațiile ulterioare.

19-21 ianuarie 2018: Weekend Național Balint de Iarnă cu Postrevelion Balintian. Roman. Detalii mai târziu.

Albert Veress.

INDEX: ISSN - 1454-6051

