

Buletinul Asociației Balint

Periodic trimestrial. Volumul XX. Nr. 80



Decembrie 2018

DECONSTRUCTION IN THE PSYCHIATRY

▪ Tringer László

4

ROMANTISM ȘI SUICID

▪ Birț Mircea Alexandru

7

DIFFICULTIES OF PSYCHOTHERAPY IN THE MULTI-IMPULSIVE SUBTYPES OF EATING DISORDERS

▪ Ferenc Túry, Gábor Szényei

11

NEVOIA UNEI RELAȚII PERSONALE CA PREMISĂ DE SĂNĂTATE

▪ Monica Petrescu

18

THE CONNECTION SPACE BETWEEN THE MEDICAL DOCTOR/ THERAPIST AND THE PATIENT

▪ Andreea-Olga Albină

22

*2018/2019-es éveink vízvázasztóján kívánunk egy boldog, békés,
örömteli, sikerekben és egészségben bővelkedő Újesztendőt!*

A szerkesztőbizottság nevében,
Veress Albert (Berci)



*La cumpăna anilor 2018/2019, vă doresc un “La mulți ani”
cu sănătate, fericire, bucurii și împliniri!*

În numele comitetului de redacție,
Veress Albert (Berci)



In the festive time of year I wish each and every one of you and your beloved families a very Happy New Year. May God bless all of you and the good work you are all doing all over the world!

On behalf of the editorial board,
Veress Albert (Bertzy)



Anlässlich des neuen Jahres wir wünschen euch eine Glückliches Neues Jahr. Gesundheit und viel Erfolg.

In Namen des Redaktionsausschusses,
dr. Veress Albert





CUPRINS

PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA	2
DECONSTRUCTION IN THE PSYCHIATRY ■ Tringer László	4
ROMANTISM ȘI SUICID ■ Birț Mircea Alexandru	7
DIFFICULTIES OF PSYCHOTHERAPY IN THE MULTI-IMPULSIVE SUBTYPES OF EATING DISORDERS ■ Ferenc Túry, Gábor Szényei	11
NEVOIA UNEI RELAȚII PERSONALE CA PREMISĂ DE SĂNĂTATE ■ Monica Petrescu	18
THE CONNECTION SPACE BETWEEN THE MEDICAL DOCTOR/ THERAPIST AND THE PATIENT ■ Andreea-Olga Albină	22
ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI ■ Albert Veress	23



MOTTO:

În Govan, dacă o parte a corpului nu se înnegrește și nu cade, se consideră că e de prost gust să-l deranjezi pe medic.

Rab C. Nesbitt

Cum se face că poți să descifrezi întotdeauna nota de plată a medicului, dar niciodată rețeta?

Finley Peter Dunne (1867-1936)

Decembrie 2018, Volumul XX, Nr. 80 ■ Periodic trimestrial, apare în ultima decadă a lunii a treia din trimestru. ■ **Fondat:** 1999 ■ **Redactor șef:** Albert VERESS M.D. Sc.D. ■ **Lector:** Almoș Bela TRIF M.D., Sc.D., J.D., M.A ■ **Tehnoredactor:** Botond Miklós FORRÓ (fbotond@yahoo.com) ■ **Editat de:** Asociația Balint din România ■ **Tipărit la:** Pro-Print, Miercurea-Ciuc ■ **Adresa redacției:** 530.111 - MIERCUREA CIUC, str. Gábor Áron 10, tel./fax 0266-371.136; 0744-812.900. E-mail: veressalbert02@gmail.com

COMITETUL DE REDACȚIE:

Tünde BAKA ■ Doina COZMAN ■ Dan Lucian DUMITRAȘCU ■ Evelyn FARKAS ■ Liana FODOREANU ■ Cristian KERNETZKY (D) ■ Mircea LĂZĂRESCU ■ Holger Ortwin LUX ■ Dragoș MARINESCU ■ Ioana MICLUȚIA ■ Csilla MOLDOVAN ■ Aurel NIREȘTEAN ■ Ovidiu POPA-VELEA ■ Almos Bela TRIF (USA) ■ Simona TRIFU



PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA



Michael Balint: Psihanalist englez de origine maghiară

DATA ÎNFIINȚĂRII: 25 iulie 1993

GRUPUL BALINT:

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

SPECIFICUL ASOCIAȚIEI:

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

OBIECTIVE:

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

ACTIVITATEA ASOCIAȚIEI:

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

REGULI PRIVIND ÎNSCRIEREA ȘI PLATA COTIZAȚIEI:

Cotizația se achită până la data de **31 martie** a anului în curs. Cuantumul ei se hotărăște anual de către Biroul Asociației. Cei care nu achită cotizația până la data de 31 martie a anului în curs nu vor mai primi Buletinul din luna iunie, iar cei care nu vor plăti cotizația nici până la data de **31 martie** a anului următor vor fi considerați restanțieri pe doi ani și vor fi excluși disciplinar din Asociație. **Cotizația pentru anul 2019 este de 25 EURO** (la cursul oficial BNR din ziua în care se face plata), în care se include și abonamentul la Buletin.

În cazul în care două persoane dintr-o familie sunt membri ale Asociației, una dintre ele poate cere scutirea de la plata abonamentului la Buletinul Informativ, împreună revenindu-le doar o sumă de **42 euro**. Studenții și pensionarii sunt scutiți de la plata cotizației, fiind necesară doar abonarea la Buletinul Asociației.

Taxa de înscriere în Asociație este de **20 EURO** (nu se face reducere nici unei categorii socio-profesionale). Abonamentul costă **8 EURO**.

Prețul unui număr la vânzare liberă este de **2 EURO** (evaluate în lei la cursul BNR din ziua respectivă). Abonamentele pentru țările occidentale costă **50 EURO/an**, incluzând taxele poștale și comisionul de ridicare a sumei din bancă.

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



BIROUL ASOCIAȚIEI



PREȘEDINTE:
Ilona GÖRÖG
ilon.gorog@gmail.com



VICEPREȘEDINTE:
Tünde BAKA
tundeb13@freemail.hu



SECRETAR:
Maria-Mihaela PAP
abr.secretariat@gmail.com



TREZORIER:
Albert VERESS
veressalbert02@gmail.com



MEMBRU:
Rita Lenke FERENCZ



MEMBRU:
Holger-Ortwin LUX



MEMBRU:
Csilla VAJDA-HEGYI

CĂTRE AUTORI

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

Materialele scrise la solicitarea redacției vor fi remunerate. Buletinul este creditat de către CMR ca prestator de EMC, deci orice articol publicat se acreditează cu **15 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 solicităm menționarea bibliografiei cât mai complet și mai corect, conform normelor Vancouver, atât pentru articolele din periodice cât și pentru monografii (citarea în text se notează cu cifre arabe în paranteză, iar în bibliografie se înșiră autorii în ordinea citării, nu cea alfabetică, și doar acei autori care au fost citați în lucrare).

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

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

Imaginile - fotografii, desene, caricaturi, grafice - vor fi trimise ca fișiere separate, cu specificarea locului unde trebuie inserate în text pentru justa lor lectură. Pentru grafice este important să se specifice programul în care au fost realizate. Articolele trimise vor fi însoțite de numele autorului, cu precizarea gradului științific, a funcției și a adresei de contact, pentru a li se putea solicita extrase. Autorii vor scana o fotografie tip pașaport sau eseu pe care o vor trimite ca fișier atașat la adresa redacției.

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

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

Manuscrisele sunt lecturate de un comitet de referenți, care primește manuscrisele cu parolă, fără să cunoască numele autorilor și propune eventualele modificări care sunt apoi transmise autorului prin intermediul redacției. Decizia lor este necontestabilă.

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



DECONSTRUCTION IN THE PSYCHIATRY

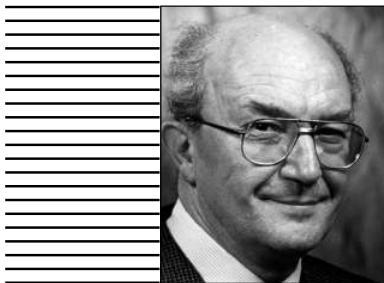
■ Tringer László*

Rezumat: Deconstrucția în psihiatrie. Numărul de categorii folosite în psihiatrie a crescut continuu de la mijlocul secolului nouăsprezece până în zilele noastre, de la doar câteva la mai mult de patru sute în DSM-V. Karasu a descris un curent asemănător în domeniul terapiilor psihice. Autorul subliniază că acest proces nu este o simplă dezvoltare profesională izolată, ci un proces integrat prin fundament filosofic și antecedente istorice. După Foucault, categoriile din psihiatrie sunt rezultatul deconstrucției tulburărilor mintale. Dintr-un punct de vedere istoric, procesul de deconstrucție repetă disputa pe „teme universale” din Evul Mediu, cu privire la existența „reală” sau numai „ideală” (mentală) a noțiunilor generale. Situația actuală poate fi percepută din acest punct de vedere ca realism extrem obiectivând și abordând construcțiile minții drept entități ontologice. Câteva exemple demonstrează efectele negative ale acestui proces.

Cuvinte cheie: deconstrucție, clasificare, filosofia psihiatriei.

Abstract: The number of psychiatric categories has been increasing from the mid-nineteenth century to nowadays, from a few to more than four hundred (DSM-V). Similar trend was described by Karasu concerning the psychotherapies. The author emphasises that the process is not an isolated professional development, but it has a philosophical background and historical antecedents as well. Psychiatric categories are the results of the deconstruction of mental disorders according to Foucault. From an historical point of view, the deconstruction process is repeating the Middle Age „universalia” dispute, concerning the “real” or only „ideal” (mental) existence of general notions. The present situation can be positioned in this view as extreme realism, objectifying and treating mental constructs as ontological entities. The negative consequences of this process are demonstrated on some examples.

Keywords: deconstruction, classification, philosophy of psychiatry.



Several authors (e. g. M. Maj¹⁾ have pointed out the problems of our psychiatric discourse. It has been demonstrated on convincing examples that the classification system used throughout the world had several shortcomings in spite of its scientific values and merits. We have gained much from the new diagnostic

system in scientific exactness and international comparability on one hand, we have suffered heavy losses on the other hand.

The way of psychiatric thinking directed by the DSM system (and by the ICD as well) arranges the different psychopathological states in categories which have become independent of the carrying person. The category holds of an independent *raison d'être*, and the cornerstone, the bearing subject will be pushed into the background. A cross-sectional point of view comes to the front instead of a longitudinal approach emphasising the individual biography of the patient.

Categorisation efforts represent the level of phenomena. The aim is to describe the subjective and behavioural manifestations of mental disorders as precisely as possible and to separate classes (making often use of statistical methods). The categories became more and more identifiable in the course of time. The specialists can come to an agreement more or less unambiguously on the basis of the modern classification systems, independently of their theoretical affiliation. I have also personally lived through some classification approaches during my professional career of four decades. I was one of the pioneers to elaborate psychometric methods in Hungarian language, contributing to the refreshment of the psychiatric discourse.

The number of psychiatric categories is rapidly increasing. The first version of the DSM system (1952) had only 262 categories (40 psychiatric categories were merely known in the USA in 1880). The DSM four has contained 314, its version “TR” more than 400 categories. (The number of pharmaceutical preparations or psychotherapeutic methods has a similar tendency).

The change of thinking, in which the perceiving mind turns away from the comprehensive, general, abstract



concepts, and the attention is more paid to the elementary units of the reality, and to the relationship of the language and the reality, forms part of a more comprehensive change of the history of ideas. The modern man has detached from his firm point of reference to hang on since the Renaissance (that is from the metaphysical world or from God). The “*death of God*” according to Nietzsche resulted in a desperate search for alternative handholds to cling onto. The supreme being has first identified with the Universe (Spinoza), then it has been changed for the social utopia (Marx), or it has moved into the “*subject*” (Freud). And lastly, the modern man discovers his inexpressible Jahveh, giving him the pseudonym “*Existence*” (Heidegger²). The consequence of being cast out in the existence is the anxiety of modern man, because the unlimited freedom offers no point of reference any more. Former securities gradually disappear from the consciousness of the modern human, like God, faith, knowledge, morals, authority etc. Whichever interpretation of the reality is possible, any systems of rules of behaviour is acceptable for the post-modern era, since there is no priority among them.

The way of existence “*cast out*” is the basis of the philosophical thinking “*deconstructionism*”. The triumph of deconstructionism over the modern era resulted in the post-modern mentality. “*Deconstruction*” is a collection of negations. It denies even itself, because it can exist only with the “*denied*”. The post-modern mentality aims at destroying the rule of the “*whole*”. Great, comprehensive psychiatric categories, like neurosis, psychopathy, or even the schizophrenia and depression have also been broken down. The increasing number of psychiatric categories is the result of deconstruction of mental diseases.

Critical voices about the DSM system were already given at the World Congress of Psychiatry 1993 in Rio de Janeiro.³ The significance of the individual course of life was always emphasised by the traditional, especially dynamic psychopathological schools. The overshadowing of the traditional way of psychiatric thinking before DSM-III (1980) has been followed by a revival of interest in the psychopathological analysis in the last decade. The shift of thinking in the psychiatry has its parallels in the history of ideas.

The being (to be, *sum, esse, fui* in Latin) has fallen into oblivion since the decline of scholasticism and the arrival of the Renaissance – complains Heidegger – and the existence (*existentia*) came into the limelight of analysis. The concrete entity, the object precedes the general notions (e.g. the “*universal-dispute*” (see below), the empiricism of Hobbes or the rationalism of Descartes). More attention is directed

to the being since the turn of the 19-20 century. Heidegger⁴ stands first in the line of those interested in the analysis of being and existence.

To give an example I briefly touch on one of the most important philosophical question in the Middle Ages, which is in general referred to as the “*universal-dispute*”.⁵ The question is the following: do have the general notions a real existence or are they only “*names*” (“*nomina*” in Latin, or “*mental constructs*”, as we prefer to say nowadays)? According to the “*realistic*” position (characterising the philosophers of the IX-XI century) the general notions have a real existence as well. The concept goes back to Plato, who attributed the “*real*” existence to the “*ideas*”, while their worldly parallels were only “*shadows*”. The general notions – according to this position – have an existence independent of the real entities (*universalia ante rem*). The most significant representative of this opinion was Scotus Eriugena. Approaches opposed to this extremist position came to the foreground from the second half of the XI century. According to the standpoint of the “*moderate realism*” the general notions do have real existence, which constitutes their substance, but it cannot be abstracted from the real objects. The general being (to be, *esse*) manifests itself consequently in the individual entities (*universalia in re*), it does not exist by itself. The “*antirealistic*” thinkers go back to Aristotle. The most famous representative of the “*moderate realism*” was the adventurous Abélard (Abaelardus). The scholastic philosophy goes on refining this concept by elaborating the standpoint of the “*ideal realism*” (Thomas Aquinas, Duns Scotus).

The antirealist movement went on and gave up its place to the “*nominalist*” position, that is, the general notions have no real existence. They are only names (*nomina*). The universality of things does not exist in fact except in words (*universalia post rem*). This standpoint used to be mentioned conceptualism as well in the history of philosophy. The nominalism denying the objective value of the universal notions was revitalised in the XIV century, with its representative William Ockham (Occam).

It seems to be appropriate to analyse the diagnostic categories of the psychiatry in the light of this medieval dispute. The wonderful building of the new diagnostic categories is nothing else than a modern system of “*universalia*” (general notions). It is obvious at the same time, that the categories manifest themselves in the carrying subjects and their independent existence (*universalia ante rem*) is rightly questionable. Nevertheless, the international research programmes, the clinical practice and the pressure



of the financing agencies force the psychiatrist (the whole medicine in a broader sense) to consider the categories as independent entities. Doing clinical research, we abstract the categories from the subjects. The abstraction takes place in at least three steps.

Elaborating diagnostic criteria, we attribute quasi-independent existence to the categories. We form groups, take psychometric measures, and we obtain quantitative data of the categories. The obtained numbers will be submitted to further statistical analysis. Instead of adopting a “*moderate realistic*” view we commit the error of the extreme realism. Performing further operations on mental constructs we abstract them from the control of the reality (reality of the subject), and we put them into an artificial, virtual world.

Invisible forces can intervene in the direction, purpose and consequence of these operations on the categories, deprived of reality control. Extraordinary scientific and material benefit comes from the construction, isolation of a new category (see the proliferation of the disorders of the DSM in function of the ongoing editions).

Let us take for example a category or a section of it (selected according to the inclusion criteria of a study) and try to adapt it to the spectrum of pharmacological action of a new preparation. The former “*neurosis*” was not successfully curable by pharmacological intervention. A large part of the former neurosis has been relocated to the category of depression, and the one-time neurotic patients emerge as having major depression, dysthymic disorder etc. Affective disorders, in turn, are successfully treatable by drugs.

The shifts in psychiatric thinking are not independent of the changes of the history of ideas, and they are closely connected with each other. More and more authors aim at tracing the psychiatric thinking to a “*moderate realistic*” position.

Another example can be the cognitive movement in the field of psychotherapies. The cognitive turn has namely pushed the psychotherapies in an “*extreme realistic*” position. Dysfunctional schemas, automatic thoughts, etc. are examples for deconstruction, by which the reality will be cut into pieces and the subject will be “*forgotten*”. The therapist performs hereafter operations with these categories obtaining the grade of ontological entity.

The recent 5th International Congress of Cognitive Psychotherapy (Göteborg, 13-17 June 2005, in integration with the World Congress of Constructivism) has already reflected the slow transformation of psychiatric thinking, the reappearance of a more holistic view. The term “*constructivism*”⁶ represents an effort to direct the “*extreme realistic*” position of the scientific discourse of our age into a more

moderate approach – the same way as the intellectual movements in the Middle Ages. The new approach to mental phenomena is an analysis of the general terms in harmony with the individual being, giving priority to the individual existence.

References:

1. Maj M: *Aggression in schizophrenia and its treatment. Conference held at the meeting of the Hungarian Psychiatric Society, Budapest, 10 May, 2005.*
2. Heidegger M: *Sein und Zeit. (In Hungarian: Lét és Idő. Ford. Vajda Mihály) Budapest: Gondolat, 1989.*
3. Pichot P: *What is the clinical approach in psychiatry? In: P. Pichot, W. Rein (Eds.): The Clinical Approach in Psychiatry. Collection: Les empêcheurs de penser en rond. Synthélabo, Le Plessis – Robinson, France, 1994. (pp. 19-30).*
4. Heidegger M: *Was ist Metaphysik? Bonn: Cohen, 1930.*
5. Kecskés P: *A bölcsélet története főbb vonásaiban (An outline of the history of philosophy, in Hungarian.). Budapest: Szent István Társulat, 1943.*
6. Mahoney MJ: *What is Constructivism? <http://www.constructivism123.com>*

* *Profesor universitar Psihiatrie, Sc.D, Universitatea de Medicină Budapesta*

Prezidiu Chişinău





ROMANTISM ȘI SUICID

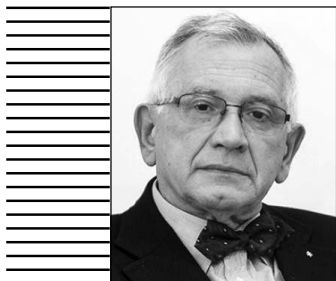
■ Birț Mircea Alexandru*

Rezumat: De mai bine de un secol, Romanticismul a fost manifestarea unei epoci în care subiectivitatea și insatisfacția existențială se situau în centrul preocupărilor literare. Moartea nu mai era negată sau devalorizată. Moartea era căutată într-un mod activ, deoarece, pentru romantici, ea reprezenta o continuare a vieții sub o formă diferită. Marii scriitori romantici precum Goethe, Novalis, Schilling, Victor Hugo, Chateaubriand și-au sublimat dorința morții în operele lor. În schimb, Heinrich von Kleist, Caroline von Gunderode, Ian Potocki, Gérard de Nerval au preferat să se sinucidă. Puskin, Lermontov, Byron, Novalis, etc. au avut un mod de viață și un final ce se pot înscrie indiscutabil în echivalențele suicidare.

Cuvinte cheie: Romanticism, moarte, suicid, echivalențe suicidare.

Abstract: Romanticism and Suicide. Since more than a century, Romanticism became the reflection of the conditions of life and death of the society, in which the subject and its existential dissatisfaction were the core of the literary creations. Death was no longer negated or devalued, but conversely, Death was sought of, not only in the classical concept of suicide and attempted suicide, and also in some suicidal equivalents. The psychological interpretation of the romantic suicide was present in literature as well as in the private lives of the great German, French, English, and Russian romantic authors. Their attitude towards death and after-death is different of what it was during the previous century. Goethe's novel "The Sorrows of Young Werther" was a turning point, and was followed lately by Novalis, Schilling in Germany, Victor Hugo, Chateaubriand, Stael, Musset in France. All of them transferred their longing for death to their heroes. H. von Kleist, Caroline von Gunderode, Ian Potocki, Gérard de Nerval, preferred the suicide. The life and the end of the Pushkin, Lermontov, Byron, Novalis may be interpreted as suicidal equivalents.

Keywords: Romanticism, death, suicide, suicidal equivalents.



*Profesor universitar Psihiatrie, Spitalul Clinic de Adulți, Cluj-Napoca, Secția Clinică Psihiatrie Cronici, Universitatea Babeș - Bolyai, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Disciplina Psihiatrie

Romantismul a apărut ca o reacție față de curentul Luminilor.

În final, romantismul a favorizat conștientizarea slăbiciunii rațiunii și recunoașterea puterii naturii, declarându-se „adevărul salvator” al existenței noastre (1, 2). Curentul romantic are câteva rădăcini profunde, cele mai importante fiind rădăcinile germane, franceze și engleze. În Germania, curentul romantic a fost favorizat de înrădăcinarea popoarelor germane în natură, mult mai actuală și mai cu greutate în acele teritorii decât în regiunile Imperiului Roman, în care natura a fost subjugată de către om din cele mai îndepărtate timpuri. Aceste diferențe de atitudini față de natură se reflectă și astăzi în interesul acordat de către poporul german salvării mediului ambiant, comparativ cu

popoarele neolatine (3). Romanticismul și-a propus două căi privind controlul naturii: transformarea în joc a fanteziei și atribuirea unei forțe curative naturii.

Curentul romantic a explodat în Germania în ultimii ani ai secolului XVIII. Romanticismul ar putea fi definit ca o superioritate a individului și a subiectivității sale, ca o reacție față de tradiția creștină a umilinței persoanei și a „Universalismului Luminilor”, ce erau în întregime preocupate de ocultarea plăcerilor terestre și a problemei morții (1).

Dimpotrivă, romanticii sunt avizi de infinit, de absolut, de căutarea valorilor pierdute și a noilor adevăruri. Ei sunt martorii unei epoci de îndoială, de incertitudini și de anxietate, în care moartea este omniprezentă.

Acest gust morbid pentru moarte se amestecă cu bucuria, exaltarea, cu pasiunile satisfăcute și nesatisfăcute, cu angoasa de aiurea și cu incertitudinea vieții de apoi. Moartea pentru romantici nu este dissociabilă vieții, ea este desăvârșirea, scopul și muza care îi inspiră (2). Cimitirele sub lună sunt locurile privilegiate pentru meditații. Unii vor ajunge să-și decoreze grădinile engleze cu morminte artificiale.

Walter Scott, Samuel Richardson, Lord Byron sunt truba-



durii, exponenții britanici ai acestor trăiri.

Spiritismul era în vogă, Victor Hugo mișca mesele și vorbea cu morții. Compensația escatologică și negația morții este comună tuturor romanticilor. Doliul conferă acestei epoci, numeroșilor săi autori literari, pictori, muzicieni, o sursă de inspirație inepuizabilă (4).

Romantismul rămâne prezent, nefiind depășit de trecut, întrucât introduce noi forme de comunicare cu natura și societatea și constituie pentru individ o revoluție permanentă în modalitățile sale de a trăi și de a muri. Cu acest titlu a fost speculat de către arte și de către cetate și mai puțin de psihiatri. Romantismul a evidențiat nu numai un mod modern de a te sinucide, dar mai ales modalitățile de viață, care constituie majoritatea echivalentelor suicidale întâlnite în prezent.

Curentul romantic francez s-a exprimat într-un registru de alură nevrotică, comparativ cu romantismul german mult mai bogat în episoade psihotice de tip melancolic sau schizofren și în suicide celebre, reflectând arhetipul lui Werther.

Anglia, Europa mediteraneană și slavă s-au concentrat în special pe dependența conduitelor (alcool, droguri) și mai ales pe a echivalențelor suicidare, influențându-l și pe tânărul american. În sincronia secolului său și în diacronia zilelor noastre, universalitatea romantismului s-a manifestat în raporturile individului față de viață și moarte. Dacă romantismul a impus o nouă viziune asupra vieții și a morții de-a lungul Europei, începând cu Sturm und Drang, ajungând la postromantici, el are precursori și a fost fondat de mituri perene (5).

Preromanticii existau înainte de secolul al XIX-lea, în Franța, prin poveștile lui Perrault, cu exaltările, sensibilitățile și tristețea de a trăi în Noua Héloïse de J.J. Rousseau. Julie de Lespinasse s-a datat morții din dragoste într-un mod foarte romantic - „*pasiunea este naturală, rațiunea este stranie*”.

În Anglia, E. Young cântă melancolia religioasă, natura și mormintele. Thomas Gray scrie o elegie într-un cimitir de țară. William Cooper, spirit melancholic, se refugiază în nebunie. Romanul gotic-englez, cu binecunoscutele „*Călugărul*” și „*Castelul din Otrante*”, precede povestirile lui Hoffman. Klinger, în Germania redactează celebrul său Sturm und Drang, iar Burger, baladele sale fantastice (5,6).

Romantismul își are sorgintea și în exaltarea miturilor. Unul dintre acestea, binecunoscutul mit al lui Ossian, se baza pe falsele poeme scrise de James Mac Pherson (1736-1796). În același timp, Thomas Chatterton și-a dobândit celebritatea prin poemele atribuite călugărului Rowley. Sinuciderea sa se înscrie în moartea adolescentului romantic,

care se otrăvește la 24 de ani, generând un mit, popularizat prin drama lui Alfred de Vigny. Poemul Childe Harold al lui Byron a făcut, de asemenea, o mare vâlvă în mediile literare engleze, fără, însă, să fi atins ecoul produs de romanul Suferințele tânărului Werther al lui Goethe (5).

În realitate, trebuie să recunoaștem că romantismul literar nu a debutat cu reprezentația lui Hernani a lui Victor Hugo din 1830, la Paris, sau cu prefața scrisă de către acesta la drama Cromwell.

Germaine de Stael a popularizat în Franța un romantism mitic și idealizat prin publicarea volumului „*Din Germania*” (1810). Această carte expune fascinația sufletului prin contemplarea naturii și atracția față de noapte (7). Pentru mistic, omul este un compendiu al naturii și o imagine a divinității. Cu „*Imnele nopții*”, Novalis a relevat imortalitatea omului în obscuritatea nopții. Omul pe pământ, între infinitul cerurilor și abisuri, trăiește în timpul dintre cele două eternități. Spiritele romantice cele mai profunde încercau să reconstruiască lumea ideală. Germaine de Stael ca și adolescentul Victor Hugo, sau compozitorul Hector Berlioz, meditau asupra ruinelor neînsuflețite, asupra obiectelor de artă și ale naturii, fiind adepții teoriei consolatoare a metempsihozei ascendente. În general, lucrările filozofilor, poezilor și savanților germani se reduc în fața puterii aride a raționamentului și exaltează imaginația, care îndrăznește să interogheze natura, vârsta de aur renăscând prin gândire sau prin metamorfozele morții. În romanele Germainei de Stael, eroinele mor într-un mod romantic, precum Delphine și Corinne (8). În concepția ei, suicidul se realiza fie prin înec, fie prin ingestia laudanumului sau opiumului, ca modalități moderne ale suicidului feminin. În exilul ei aurit din Coppet lângă Nyon, cantonul Vaud, Elveția, ea a vorbit mult despre suicid și a încercat chiar să se sinucidă într-un mod nevrotic și din rațiuni sentimentale, ca și Benjamin Constant. Deși face apologia suicidului, în „*Du suicide*”, ea sfârșește condamându-l pe plan etic, după moartea lui Heinrich von Kleist. Germaine de Stael a fondat un curent romantic misogin, falocrat, care se opune, prin nevroză, feminismului contestatar al lui Caroline Gunderode, psihotică și sinucigașă.

Teatrul și romanele lui Victor Hugo abundă în personaje nefericite, care-și rezolvă durerea în moartea voluntară: Doña Sol și Hernani, Didier, La Tisbe, Gilliatt, Gwynplaine, Cimourdain. Cu toate acestea, romantismul francez a produs mult mai puține victime comparativ cu cel german.

Plictisul de viață a fost încercat de Chateaubriand până la Musset. Musset și-a ars viața, dar Chateaubriand a încercat să se sinucidă numai odată. Stael cu toată atracția morbidă pentru apă și otrăvuri nu și-a „*sinucis*” decât eroi-



nele. Ca o bună nevrotică, ea inducea numai tentativele de suicid, suicidul fiind întotdeauna prezent în discursuri și mai puțin în acte. Dintre mareșalii Imperiului, doi s-au sinucis numai și doi au fost regi.

B. Chauvot (1988) arată că în perioada 1820-1895 nu a găsit decât cinci sinucideri printre 380 de scriitori cunoscuți. Singur Nerval a rămas celebru prin melancolia sa poetică (9). Alphonse Rabbe, autorul unui album de poezii de un pesimism atroce și desfigurat de sifilis, se sinucide cu opium în 1826. Charles Barbara, autorul depresiv al *Detracțiilor*, este Barmuche, descris de Murger, singurul care s-a sinucis în viața boemă. Prevost Paradol, scriitor și diplomat s-a sinucis în 1870, iar Merat de asemenea, a murit la rândul său. Petrus Borel, sau licanthropul, moare voluntar prin insolatie. Charles Lassailly, freneticul autor al lui *Trialph*, moare alienat în sanatoriul doctorului Blanche, înaintea suicidului său.

Freneticii caricaturizau romanul negru englez, dar mai ales personajul lui Byron, narcisic și fascinat de către rău, dandi-ul aristocrat, respins de societate datorită aroganței, mizeriei sale materiale sau morale.

Această caricaturizare morbidă a romantismului ducea până la o asceză fascinantă de moarte, plonja în final în nebunie sau suicid (5,10).

Mitul lui Werther încarnează arhetipul suicidului romantic. Din 1774, acest roman, care omoară, ar fi provocat mai multe suiciduri decât cele mai frumoase femei din lume (Germaine de Stael). Biografia lui Goethe ne arată ca efectul Werther inspira mai mult un snobism și o modă cu un comerț înfloritor de obiecte și de haine asemănătoare cu cele ale eroilor. În realitate, Werther nu a produs atâtea acte suicidare câte s-au povestit; se pare că acestea au fost mult mai puține, în realitate, fiind numai patru. În schimb, datorită lui Werther au trăit numeroase persoane și comercianți, constituind mai ales o modă de a trăi și mai puțin un mod de a se omorî. Werther reprezintă un act de exorcism al lui Goethe asupra propriei lui tentative de a se sinucide, inspirat de o decepție sentimentală. Copleșit de succesul comercial, vedea în această scriere o critică a romantismului suicidar, pe care l-a condamnat în final ca fiind un proces morbid (5, 11). Nostalgia, nevoia vagă de aspirație, melancolia, sugerate de Goethe în romanul inițiativ „*Anii de ucenicie*” a lui Wilhelm Meister, ca și romantismul degajat de unele opere ale sale, se regăsesc în „*Doctrina științei*” a filosofului german Fichte, prin care se definește tensiunea ce-l cuprinde și-l îndeamnă pe un ins să acopere vidul existențial. Friederich Schlegel evocă acest proces, în romanul său, Lucinda, sub forma „*dorinței silențioase a infinitului*”.

Datorită lui Werther, René Oberman, Adolph și Gustav, eroii lui „*Valerie*”, ai D-nei Krüdener, sunt condamnați la asfixie morală. Piesele lui Martin Opiz, Andreas Gryphius, Daniel Casper von Lohenstein fac eoul tristeții, al melancoliei, al doliului esențial și existențial. Nici Ludwig Tieck nu face excepție, făcând apologia tristeții, nostalgiei și a morții în toată opera sa literară, fără ca aceasta să-i scurteze viața, trăind până la vârsta de 80 ani (12).

Heinrich von Kleist, poet, dramaturg și ofițer prusac, autorul tragediei *Penthesilea* (regina Amazoanelor), s-a sinucis alături de Henriette Vogel, suferind de cancer. De mai mulți ani, Kleist căuta o femeie, nu atât pentru a trăi cu ea, cât pentru a muri cu ea. Majoritatea l-au refuzat. Biografia autorului *Penthesilei* a fost o succesiune de eșecuri, motiv pentru care se simțea neînțeleș, neiubit. De-a lungul anilor, clivajul între lumea reală și imaginația sa s-a amplificat, „*adevăărul - scria el - este că nimeni de pe acest pământ nu va putea face ceva pentru mine*”. Romantismul acestei morți împărtășite rămâne ca o enigmă, prezentându-se ca o fatalitate personală, consecință fără îndoială a unei insuficiențe sexuale parțiale, intricate cu o neputință de a suporta viața altora.

Pentru Alberto Moravia, suicidul lui Kleist și al Henriettei Vogel, devine mitul unui popor, al Germaniei naziste, decisa să mai degrabă să moară decât să trăiască un compromis. În romanul său metaforic „*1934*”, Moravia a încercat, prin acest exemplu extrem, să înțeleagă și să utilizeze cheile romantismului german. Fără îndoială că este vorba de o concepție pervertită a morții, față de sine și de ceilalți, a sentimentului atotputerniciei, pe care Nietzsche îl acordă omului, adică celui care, într-o zi, și-a pus în joc propria viață. Cert este că Heinrich von Kleist, psihotic, incapabil de a avea o viață virilă cu o femeie, în afară de sora sa vitregă, nu a putut să sublimeze inadaptarea față de real și de heterosexualitate. Neputința sa a încetat numai cu Henriette, suferind de depresie și cancer, care l-a însoțit în singura sa matrice posibilă, mormântul.

Poeta Caroline von Gunderode s-a înjunghiat la 26 de ani, în urma dragostei imposibile față de un om căsătorit, mult mai în vârstă decât ea, filosoful Friderich Creuzer. Pasiunea sa intensă față de moarte exprima o existență psihotică, prin care a refuzat compromisul. În realitate, s-a sinucis nu atât în urma unei decizii afective staeliene, cât în urma unei căutări psihotice a absolutului, în care revendicarea sa prefigura feminismul modern.

Poetul austriac Nikolaus Lenau, care la rândul său s-a înecat, scria într-o scrisoare, în 1836, înainte de a muri: „Eu sunt melancolic; busola sufletului meu tremură întotdeauna și se orientează spre durerea vieții.”



Nici religia, nici dragostea nu sunt capabile să o îndulcească sau să explice această suferință”.

Ian Potocki, autorul bine-cunoscutului roman Manuscrisul de la Saragossa, prinț polonez, arheolog, etnolog și mare inițiat, unul din părinții literaturii fantastice, s-a omorât cu un glonte de argint.

Gérard de Nerval, singurul poet francez, care își va trăi viața și suicidul într-o schizofrenie afectivă, poetică și delirantă, s-a spânzurat într-o noapte albă și neagră, după ce ne-a oferit „Călătoria în Orient” și „Aurelia”(sub semnul dublului). Căutarea perpetuă a mamei, moartă pe când el avea vârsta de doi ani, îngropată în Germania, evocă obscurul melancoliei germane în gravurile lui Albrecht Dürer.

Mariana José de Larra, considerat fondatorul jurnalismului în Spania, scriitor și critic pesimist al timpului său, exprima revolta romantică a țării sale. Depresiv din cauza frustrărilor sentimentale, dar mai ales din cauza faptului că țara sa era incapabilă să evolueze în ritmul celorlalte țări europene, s-a împușcat în timpul unui carnaval.

În afara suicidului dorit și premeditat, merită a fi studiate conduitele suicidare ale scriitorilor romantici, în special cele sub formă de duel.

În Germania, mai ales în universități, duelul constituia o manifestare a virilității, a curajului și a disprețului față de moarte. Dacă cicatricile pe față erau cele mai frecvente, moartea era deseori la rendez-vous.

În Rusia, Pușkin și Lermontov au murit în același mod. Moartea lui Pușkin a fost prefigurată de cea a lui Lenski din Eugen Onegin. Lermontov, fiul spiritual al lui Byron, a murit de asemenea, după un duel, la vârsta de 27 de ani, după ce ne-a lăsat „Moartea poetului” și „Demonul”.

Matematicianul francez Evariste Galois a murit într-un duel la 20 de ani, pentru a răzbuna onoarea unei femei. Socialistul Lassale, ginerele lui Karl Marx, și-a pierdut viața tot după un duel, cu românul De Bello.

Unii scriitori romantici și-au încheiat viața sucombând în unele afecțiuni psihosomatice sau în psihoze.

Baronul Novalis, poet și filosof, care a trăit numai 23 de ani, a murit printr-un efort constant și atroce al voinței, în urma unei tuberculoze. „Imnele nopții” și „Căutarea florii albastre” sunt încercările sale literare de a străbate mândrele melancoliei.

Karl Philipp Moritz, exponent mai puțin cunoscut al romantismului german, autorul romanului psihologic Anton Reiser, moare de tuberculoză galopantă la 37 de ani.

Familia Brontë constituie în Anglia probabil cel mai celebru destin romantic fără suicid, prin calitatea și rapiditatea celor patru morți ai săi. Fratele Branwell, alcoolic și drogat, moare în 1848, urmat la scurtă vreme, de surorile sale: Emi-

ly, Anne, Charlotte. Dorința imperioasă de a trăi și a scrie, din plan conștient, a fost învinsă, copleșită de dorința morții familiale din plan inconștient.

Pindar-ul modern al poeziei germane, Hölderlin, s-a refugiat timp de 36 de ani într-o schizofrenie punctată de creații literare geniale, precum „Hyperion” și „Moartea lui Empedocle”.

Giacomo Leopardi, părintele poeziei italiene, sufocat de pesimism și de eșecuri, s-a refugiat în literatură, folosind un stil în care răzbate disperarea ironică, spre imposibilitatea de a trăi sau de a iubi. „Suferind de absență, de gol și de plictiseală” el se exprima că „sicriul ambulant purta un cadavru în el”.

Moartea romantică nu se limitează numai la sinucidere, iar suicidul romantic nu se reduce la arhetipul Werther. În realitate, există mai multe arhetipuri suicidare și morți romantice. Romantismul a codificat modele noi de a trăi și de a muri, altul decât clasicul suicid.

Romantismul cu irupția imaginarului respinsă de Franța carteziană, anunța inconștientul și crea eșafodajul individului modern în globalitatea sa. Romantismul recunoștea dreptul delirului și al morții, abolind barierele dintre nebunie și normalitate. Plătind prețul sublimării, prin creația artistică, numeroși romantici își vor păstra bunul simț și vor rămâne în viață. Alții au murit intempestiv. (4, 13)

Literatura romantică germană de la sfârșitul secolului XVIII este bogată în personaje melancolice.

Manifestările melancolice și nevrotice le regăsim și în literatura romantică franceză. În romantism, melancolia și în general psihoza, nu mai reprezintă o boală, devenind pentru scriitori un mod de a fi în lume, un răspuns demn de exilul lor social.

Concluzii

Romantismul este expresia unei epoci în care subiectivitatea și insatisfacția existențială se aflau în centrul preocupărilor literare.

Moartea nu mai era negată sau devalorizată, ci era căutată într-un mod activ, deoarece, în spiritele romantice, era o continuare a vieții sub o formă diferită.

Suicidul romantic și echivalențele sale, așa cum rezultă din analiza succintă făcută patografilor unor scriitori romantici, arată că romanticii au fost, fără îndoială, subiecți fragili, copleșiți de realitățile vieții, adoptând atitudini dramatice, predispuși trecerii la act. Cei mai echilibrați au reușit să-și integreze dorința de a muri în scrierile lor și de a o sublima în moartea eroilor lor. Pentru alții moartea a fost singura soluție, singurul lor mod de a-și rezolva drama interioară.

**Bibliografie**

1. Gusdorf G., 1982, - Fondements du savoir romantique, Ed. Payot, Paris.
2. Gusdorf G., 1984, - L'homme romantique, Ed. Payot, Paris.
3. Berner P., 1988, - Romantisme et psychiatrie, vus de Vienne, Psychologie Médicale, 20, 6:861-863.
4. Laxenaire M., Corroy A.-M., 1988, - Le suicide romantique, Psychologie Médicale, 20, 6:868-870.
5. Chauvot B., 1988, - Mort, suicide et romantisme, Psychologie Médicale, 20, 6:886-889.
6. Romi, 1964, - Suicides passionnés, historiques et littéraires, Ed. Serg, Paris.
7. Stael G., 1866, - De l'Allemagne, Ed. Garnier, Paris.
8. Stael G., 1839, - Corinne ou l'Italie, Ed. Phillippe, Paris.
9. Tholose A., 1988, - Aurélia: Nerval aux prises avec le romantisme et la psychiatrie, Psychologie Médicale, 20, 6:879-881.
10. Moron P., 2005, - Le Suicide, PUF, Paris.
11. Brion M., 1963, - L'Allemagne romantique, Ed. Albin Michel, Paris.
12. Richard L., 2005, - Les écrivains allemands en quête d'absolu, Rev. Magazine littéraire, 8: 58-62.
13. Roudaut J., 2005, - Romantisme: La douleur d'être et d'aimer, Magazine littéraire, 8:62-65.

DIFFICULTIES OF PSYCHOTHERAPY IN THE MULTI-IMPULSIVE SUBTYPES OF EATING DISORDERS

■ Ferenc Túry, Gábor Szényei*

Rezumat: Dificultățile psihoterapiei în subtipurile multi-impulsive ale tulburărilor de alimentare.

Se pot observa schimbări rapide în frecvența diferitelor subtipuri ale disfuncțiilor alimentare. În ultimele trei decenii a fost descrisă o formă multi-impulsivă de bulimie în care comorbiditatea cu deficiențele de control impulsiv ocupă loc primordial în simptomatologia acesteia. Formele cele mai frecvente ale deficiențelor de control impulsiv sunt: abuzul de alcool, abuzul de droguri, supradozarea, comportamentele de automutilare, desinhibiția sexuală și furtul din magazine. În spatele acestora se ascunde o tulburare de personalitate de tip borderline. Acest subtip este caracterizat de o evoluție neprielnică, reprezentând o povară pentru sistemul de sănătate mintală.

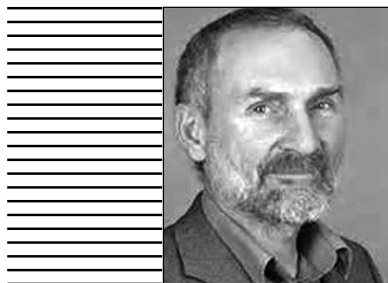
Prezenta lucrare trece în revistă principalele caracteristici ai subtipului multi-impulsiv de tulburări de alimentare, propunând sugestii practice atât pentru psihoterapie cât și pentru prevenție.

Cuvinte cheie: tulburări de alimentare, anorexie nervoasă, bulimie nervoasă, subtipul multi-impulsiv, tulburarea de personalitate de tip borderline, psihoterapie.

Abstract: In eating disorders, a rapid change in the frequency of different subtypes can be observed. In the last three decades a multi-impulsive form of bulimia was described, where the comorbidity with impulse control disorders are in the foreground of the symptomatology. The most common forms of impulse control disorders are: alcohol abuse, drug abuse, overdoses, self-harm behaviours, sexual disinhibition and shoplifting. In the background a borderline personality disorder can be found. This subtype can be characterized by a poor outcome, increasing the burden of illness on the mental health system.

The present review summarizes the main features of the multi-impulsive subtype of eating disorders, with some practical suggestions in the psychotherapy and prevention.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, multi-impulsive subtype, borderline personality disorder, psychotherapy.



INTRODUCTION

In the last half century, the eating disorders – anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN) – came into the foreground of psychiatric interest. The reasons of this phenomenon are the followings (National Institute for Health and Care Excellence, 2017):

1. High morbidity. The prevalence of obesity is about 30% in the countries of the western civilization; that of AN and BN is about 1-4% among young females. There are many subclinical disorders as well.
2. The prevalence of eating disorders is increasing. The role of sociocultural factors is essential in this respect.
3. Eating disorders are serious psychiatric problems. The mortality of AN is 8% after ten years from the onset.

One of the characteristics of eating disorders is that the frequency of the subtypes changes intensively. During the 1960's the AN restrictive subtype was the most prevalent form, in the 70's the AN bulimic subtype, in the 80's the BN with normal body weight, in the 90's the multi-impulsive-subtype of BN, and in the first decade(s) of the year 2000 the multi-impulsive subtype of AN became the most widespread form of eating disorders.

The morbidity of the multi-impulsive (or multisymptomatic) forms is increasing rapidly. The main symptoms are (apart from disordered eating): different impulse control disorders, alcoholism, drug abuse, self-harm, suicide attempts, promiscuity, and shoplifting. These patients show the symptoms of borderline personality disorder. The diagnostic criteria of the multi-impulsive form of BN were described by Lacey and Evans (1986 – table 1).

TABLE 1

In multi-impulsive patients the self-harm behaviours are often associated with sadistic and self-mutilating fantasies. The self-harm may be the part of a castration revenge fantasy, especially in patients who were sexually abused. In some patients the compulsive self-harm, self-injury/cutting, vomiting etc. may be strongly sexualized, and causes emotions close to masturbation excitations. The pro-

blems of sexuality provoke an intensive feeling of shame.

The disorders of impulse control have become more prevalent not only in eating disorders, but also in the general psychiatric practice. In the background of this phenomenon the importance of the borderline personality disorder (BPD) is important, these patients appear more and more frequently in the psychiatric and psychotherapeutic departments. The DSM-5 diagnostic criteria of the BPD (American Psychiatric Association, 2013) are demonstrated in the Table 2.

TABLE 2

In the history of multi-impulsive patients, the traumatization is frequent, mostly the sexual abuse. Sexual abuse occurs in 9% of the female general population, and in the different psychiatric disorders – including eating disorders – this frequency is about 25-30% (Connors and Morse, 1993). It is an essential part of the psychiatric interview to explore the physical and sexual abuse. This can be a central issue in the psychotherapeutically plan.

Fichter et al (1994) studied 32 female patients with multi-impulsive BN (as for the DSM-IV, the former diagnostic system), compared to 32 age-matched female control patients with BN purging type, who were assessed longitudinally on admission and at discharge following inpatient therapy and at a 2-year follow-up. The multi-impulsive patients were more frequently separated or divorced, were less educated, demonstrated more general psychopathological features (anxiety, depression, anger and hostility, psychoticism), and had a poorer outcome. They received more in- and outpatient therapy previously. The authors propose the multi-impulsive BN as a distinct diagnostic group.

Therapeutic strategies in the treatment of multi-impulsive patients

In the treatment of eating disordered patients the integrative approach became widespread. The combination of several therapeutic methods can be fruitful. In the special eating disorder units, the following methods are generally administered:

1. individual psychotherapy (psychodynamic, cognitive-behavioural, dialectic behavioural therapy, hypnotherapy etc.);
2. family therapy;
3. problem oriented group therapy;



4. assertiveness training;
5. creative therapies;
6. body oriented therapies (movement, dance etc.);
7. pharmacotherapy (mainly in the treatment of bulimic patients: antidepressants).

The therapeutically control and responsibility are key issues during the therapy. In the followings some pragmatic aspects will be discussed (Vandereycken and Meermann, 1984; Túry et al, 2008).

DIFFICULTIES IN THE THERAPY

1. The hospitalization can be difficult when the patient is openly aggressive. In these situations, a useful therapeutic strategy is recommended: the therapist can form a therapeutic alliance with the healthy ego-part of the patient. The first steps of this can be done during the first phone call before the first interview. The therapeutically splitting means that we can say: the 95% of the personality of the patients is all right, but 5% of it is strongly influenced by the disorder (or the „*small devil*“). We offer an alliance with the 95% of the patient against the destructive 5%.
2. If the therapist is in a „*super parent*“ role, the collaboration of the family will be only partial. It is of utmost importance that the parents should be involved in a positive manner, as the co-therapist during the family therapy. The consequence of the scapegoating will be a crisis in the therapy, or symptom change. The positive reframing is a basic family therapy skill. It has to be mentioned that the self-reflection of the therapist is necessary, because the transference phenomena are frequent during the treatment of eating disordered patients.
3. The resistance and stubbornness can be regarded as a sign of a good outcome. If the therapist can motivate the patient properly, this resistance can be diminished.
4. Provoking the family: the symptoms can be regarded as a form of provocation (which may be conscious or unconscious). It is an important task to find the real, unconscious aim of the symptom. One aim may be to force the parents not to be overprotective.
5. Splitting the family is a frequent phenomenon. One parent is regarded „*good*“, the other „*bad*“. This can be observed also in the hospital. The splitting of the therapeutically team is the same mechanism. The patients with BPD are very skillful in this respect.
6. The negative emotions of the team against the deviant behaviour. The team members can show (hidden) aggressivity, e.g. when they meet the manipulative behaviour of the patient. It is important to stress that these are characteristic features of eating disorders.
7. In the hospital the „*malignant dependency*“ can occur, so the partial hospitalization, the daycare can be a solution.

THE ROLE OF CONTROL

In the treatment of multi-impulsivity and eating disorders the role of the control is in the foreground. The concept of control has numerous connotations – here the therapeutically control will be discussed shortly.

During the therapy there is an intention on behalf of the patient to take/gain control. Sometimes this causes a cascade-like battle, where both parties takes more and more serious measures. From the aspect of the therapists it is important to know how to react and have a reliable plan to deal with the difficulties. We have to be well-trained in the ability of reacting to the patient in a different way than they expected us. It is a good strategy to foretell the traps and manipulations. In this case the patient knows that the therapists are aware of the manipulative tendencies of the disorder. The therapist can foretell even the suicidal tendencies. Threatening the family members with suicidal thoughts can be a strong form of the emotional pressure. This is very often a message to the parents (Stierlin and Weber, 1989).

The gender of the therapist may be essential. It is advisable to discuss the therapeutically process with a supervisor of the opposite sex. The transference-countertransference issues should be taken into consideration. In an ideal situation the patient can choose a male or a female therapist, which is more convenient for her, e.g. in the case of sexually abused patients.



To deal with the difficulties of the conflict resolution, conflict can be provoked in a therapeutically situation, and the involvement of the child (this is the triangulation) is avoided. The so-called „lunch meetings” organized by Minuchin (1974) are good examples of this strategy.

THE RESPONSIBILITY

Responsibility is a central concept of the existentialist psychotherapies. One side of this factor is the issue of the diffusion of responsibility. The psychosomatic families are well-trained in this respect. E.g., if the parents cannot control the behaviour of the child, they transfer the decision to the therapist. They cannot say no to the child and prohibit the over exercise or cannot measure the body weight of the emaciated child. In these situations, the therapist should give back the control to the parents: they have to measure the body weight and control strictly the sport activities. The contact with the parents is a very important part of the therapy of underaged patients. The steps of the work with families are: family orientation, family interventions, and family therapy.

The use of responsibility as a therapeutically tool is important even in the situations when the patients break the rules of the hospital or at home. In these cases, it is useful to lay emphasis on strengthening the feeling of responsibility, the simple paternalistic forgiveness is not enough.

DIFFICULTIES IN THE GROUP THERAPY

The denial of the illness, the lack of insight, and the resistance against the treatment are characteristic phenomena of the AN. The patients often provoke the therapists, and they have rigid defence patterns. In non-homogenous groups the patients with AN play a pseudonormal role, or act as a co-therapist, or share impersonal opinions in the group. In homogenous groups the forming of a subculture, or pseudoidentity can frequently be observed. In these cases, the therapist is confronted with collective resistance. The patients can corroborate each other's symptoms, they learn the tricks aiming the weight control. Sometimes pathological rivalry can be seen: the slimmer the better.

The danger of the dependency is an important aspect:

group contacts become the replacements of the real social relationships, and the patient avoids them. It is a frequent defensive maneuver, that the patients tends to behave like a co-therapist. As for the leadership of the group therapy, the best format is the double leadership, where the two leaders are of opposite sex. This offers a parental role model as well.

HYPNOTHERAPY

In the treatment of traumatized patients, e.g. in the case of multi-impulsive symptoms, hypnotherapy can be an effective tool. The hypnotic susceptibility of the bulimic patients is higher than that of the general population, or that of the anorexic patients. So, the hypnotherapy can be used in the treatment of BN (Túry and Kohls, 2012).

During the hypnotherapeutically process there are two major groups of useful techniques:

Psychodynamically oriented methods: hypnoanalysis, exploration, hypnotic dreams, age regression, katathym imaginative psychotherapy.

Behavioural and cognitive therapeutically, symptom-oriented methods: relaxation, sensitivity training aiming at hunger and satiety, increasing the inner perception, improving the self-evaluation, correction of the body image, etc.

When dissociated ego-states can be observed in the psychopathology of eating disorders (e.g., in dissociative identity disorder), the so-called ego-state therapy is the method of choice. Hidden ego-states can be activated by hypnosis. The active-alert hypnosis induction described by Bányai can be useful to handle the hyperactivity of bulimic patients, or to increase the motivation, or to work through the traumatic experiences.

A new method in the treatment of bulimia with borderline personality disorder: the dialectic behavior therapy

Originally, the dialectic behavior therapy (DBT) was elaborated for female outpatients with suicide attempt and borderline personality disorder. The method is based on the dialectic psychology and on the Zen theory. Later on, it was used in other disorders where the emotional regulation was difficult, and in eating disorders as well. The DBT contains a guideline for the treatment of life-threatening conditions, for events breaking the therapeutically process (e.g., missed therapy sessions), and for the behavior of the therapist and the patient (for summary: Chen and Safer, 2010). The DBT is tailored to the patient's condition, the severity, complexity of the disorder, and the threatening cha-



racter is also taken into consideration. It offers strategies for developing capabilities, for curtailing the performance of dysfunctional behaviors, and facilitates the use of learned abilities in real life.

A model of the DBT was developed in the Washington University to treat binge eating disorder and BN combined with borderline personality disorder. Before the therapy, the dysfunctional skills were assessed with individual interview. The next step is an individual phase: the therapist meets the patient a few times, and the patient has to define the suicidal tendency and the drive for bingeing on a five-point scale. After this phase, the treatment starts in a group format, where the patients acquire skills, e.g. mindfulness relating to the eating and exercising, defining the negative automatic thoughts. The therapeutically rules are discussed, solutions are sought to eliminate the negative drives, or to prevent binges and vomiting, strategies will be learned to regulate the emotions, and how to prevent the relapse in the most effective way. There are consulting teams to discuss the therapeutically advancement. A 24-hour long opportunity for a short (ten minutes) phone consultation is part of the treatment. Pharmacological treatment or body weight control can be used as a supplement (Chen and Safer, 2010).

The effectivity of the DBT is supported by several randomized controlled trials (Linehan et al, 1994; 2006; van den Bosch et al, 2002). The one-year long DBT decreased significantly the frequency of suicidal attempts, non-suicidal self-destructive behaviors, and substance abuse. In a study among eating disordered patients the self-destructive behaviors were assessed before and after the treatment, with a follow-up after six months. The frequency of the self-destructive behaviors, binges, and compulsions related to the eating decreased significantly (Chen et al, 2008). In conclusion, the DBT is effective in the treatment of patients with eating disorders and borderline personality disorder (i.e., multi-impulsive patients).

Practical recommendations to decrease the resistance of patients

Goldner et al (1997) summarized some pragmatic advice to handle properly the resistance of the patients who refuse the treatment:

- Seek to engage in a sincere and voluntary alliance.
- The externalization of the problem. Eating disorder-constitute a difficult problem, which can interfere with everyday life, but cannot be identified with the

patient. This decreases the scapegoating.

- Identify the reasons for refusal. Many patients are afraid of any unknown treatment. Others fear the repetition of negative experiences of previous therapies. As the patients with AN communicate with some difficulty, it is harder for them to express their solicitude.
- Provide careful explanations of treatment recommendations. The therapist should be prepared to negotiate. Many patients want to discuss certain aspects of the treatment. Frequently, they have good ideas. The therapeutically staff should assure a helping attitude and willingness to discuss the problematic areas.
- Be prepared for negotiation.
- Promote autonomy. Allow the patient to decide in certain aspects of the therapy.
- Weigh the risks versus benefits of treatment imposition. The forced treatment can be considered if the advantages of the intervention are greater than those of non-treatment.
- Avoid battles and scare tactics. The therapist should find the balance in the control issues, and should be flexible; however, consequent behavior is necessary.
- Convey a balance of control versus non-control.
- Ensure that methods of treatment are not inherently punitive.
- The involvement of the family is generally crucial.
- Obtain ethical and legal clarification and support. The forced treatment should be indicated only if the refusal of the treatment causes severe risk situation.
- The resistance can be regarded as a form of development. The patients later accept the treatment.
- Consider legal means of treatment imposition only when refusal is judged to constitute a serious risk.
- Consider differential treatment in chronic AN.

Ethical considerations of the treatment refusal

In the treatment of eating disorders – especially in the life-threatening conditions – bioethical questions arise many times (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). These relate mainly to the treatment refusal, and to the forced treatment. In life-threatening situations, the will of the patient can be neglected. In underaged patients the decision is up to the parents. If the patient cannot decide, the right of the decision will be transferred to the closest relatives.



There are instances when the therapist may consider not treating the patient, because at times, no treatment is the prescription of choice from a positive reason (Frances and Clarkin, 1981). These situations include saving the patient from iatrogenic effects, postponing the therapy until a more suitable period, saving the results of a former therapy, avoiding pseudo-treatment, and giving the patient an opportunity for spontaneous remission.

The course of the forced treatment may change, later on the patients can accept it. Their guilt feeling can decrease, if an external authority decides. Later, some of the patients regard the refusal a symptom of the disorder and admit that it was a lifesaving intervention. The right of the autonomy and that of treatment refusal is in the limelight of the treatment of anorexic patients. The legal regulation of the different countries define this right not unanimously.

In AN, the right to refuse the treatment is determined by the following factors:

- the possible risk of the condition,
- the probable advantage of the treatment,
- the probable risk of the treatment,
- the competence of the patient in the decision-making.

Arguments for forced treatment:

- defence of life, and the prevention of death and suffering;
- the denial of the illness is a basic symptom in AN – the patient cannot estimate properly the necessity of the treatment;
- the treatment can lead to improvement or recovery.

Arguments against forced treatment:

- respect of personal freedom and autonomy;
- the AN is a social political phenomenon as well;
- the treatment can be harmful and does not always lead to improvement.

Suggestions to parents to prevent their children developing an eating disorder

The aspects of prevention are also essential in eating disorders, as the burdens of the illness usually influence negatively the quality of life. In these respects, the „*ten commandments*” of Slade (1995) can be useful for parents, and also for communities around the children (school etc.):

1. Do not physically abuse your child.
2. Do not sexually abuse your child.
3. Do not make a big issue about food or eating.
4. Do not make a big issue about weight or body shape.
5. Show your child love and affection without being

overprotective or overcontrolling.

6. Do not set impossible or difficult standards for your child.
7. Do not insist on perfect behaviour all the time.
8. Reward small attainments in the present rather than emphasizing major goals in the future.
9. Encourage independence in your child.
10. Encourage your child to be sociable and to mix with other children.

These suggestions are not totally specific for eating disorders, and they can help the families to diminish the everyday tensions.

References:

11. American Psychiatric Association [APA] (2013): DSM-5. APA, Arlington
12. van den Bosch, L.M., Verheul, R., Schippers, G.M., van den Brink, W. (2002): Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addict. Behav.*, 27:911-923.
13. Chen, E.Y., Matthews, L., Allen, C., Kuo, J., Linehan, M.M. (2008): Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *Int. J. Eat. Disord.*, 41:505-512.
14. Chen, E.Y., Safer, D.L. (2010): Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder. In: Grilo, C.M., Mitchell, J.E. eds.: *The treatment of eating disorders*. New York, Guilford, pp. 294-316.
15. Connors ME, Morse W (1993): Sexual abuse and eating disorders: a review. *Int. J. Eat. Disord.*, 13:1-11.
16. Fichter, M.M., Quadflieg, N., Rief, W. (1994): Course of multi-impulsive bulimia. *Psychol. Med.*, 24:591-604.
17. Frances, A., Clarkin, J.F. (1981): No treatment as the prescription of choice. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38:542-545.
18. Goldner, E.M., Birmingham, C.L., Smye, V. (1997): Addressing treatment refusal in anorexia nervosa: clinical, ethical, and legal considerations. In: Garner, D.M., Garfinkel, P.E. eds.: *Handbook of treatment for eating disorders*. New York, Guilford, pp. 450-461.
19. Lacey, J.H., Evans, C. (1986): The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Brit. J. Addiction*, 81:641-649.
20. Linehan, M.M., Tutek, D.A., Heard, H.L., Armstrong, H.E. (1994): Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am. J. Psychiat.*, 151:1771-1776.
21. Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L. et al (2006): Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy



- vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch. Gen. Psychiat.*, 63:757-766.
22. Minuchin, S. (1974): *Families and family therapy*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
 23. National Institute for Health and Care Excellence (2017): *Eating disorders: recognition and treatment*. NICE guideline. London, NICE.
 24. Slade, P. (1995): Prospects for prevention. In: Szukler, G., Dare, C., Treasure, J. eds.: *Handbook of eating disorders*. New York, Wiley, pp. 385-398.
 25. Stierlin, H., Weber, G. (1989): *Unlocking the family door. A systemic approach to the understanding and treatment of anorexia nervosa*. New York, Brunner/Mazel, 1989.
 26. Túry, F., Antal, I., Pászthy, B. (2008): *Bulimia și anorexia. Ghidul pacientului și al familiei*. Târgu-Mureș, FarmaMedia.
 27. Túry, F., Kohls, E. (2012): Hypnotherapy and eating disorders. In: Heap, M. ed.: *Hypnotherapy: a handbook*. Second edition. Maidenhead, Open University Press, pp. 200-220.
 28. Vandereycken, W., Meermann, R. (1984): *Anorexia nervosa. A clinician's guide to treatment*. Berlin, De Gruyter.

*Profesor, Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences, Budapest. Nagyvárad tér 4, Budapest, Hungary
E-mail: turyferenc@gmail.com
Phone: +36 30 9638140

TABLE 1
Diagnostic criteria for the multi-impulsive form of bulimia by Lacey and Evans (1986)

1. Bulimia is associated with one or more of the following:
 - gross alcohol abuse,
 - 'street drug' abuse,
 - multiple overdoses,
 - repeated self-damage,
 - sexual disinhibition,
 - shoplifting.
2. Each behaviour is associated with a similar sense of being out of control.
3. Each of these patterns of behaviour may fluctuate, and they are interchangeable and impulsive.
4. The patients' affects are of depression and intense anger which are declared when the behaviours are controlled.

TABLE 2
Diagnostic criteria of the borderline personality disorder in the DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)

A pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, self-image, and affects, and marked impulsivity, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by five (or more) of the following:

1. Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment. (Note: Do not include suicidal or self-mutilating behavior covered in Criterion 5.)
2. A pattern of unstable and intense interpersonal relationships characterized by alternating between extremes of idealization and devaluation.
3. Identity disturbance: markedly and persistently unstable self-image or sense of self.
4. Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging (e.g., spending, sex, substance abuse, reckless driving, binge eating). (Note: Do not include suicidal or self-mutilating behavior covered in Criterion 5.)
5. Recurrent suicidal behavior, gestures, or threats, or self-mutilating behavior.
6. Affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days).
7. Chronic feelings of emptiness.
8. Inappropriate, intense anger or difficulty controlling anger (e.g., frequent displays of temper, constant anger, recurrent physical fights).
9. Transient, stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms.



NEVOIA UNEI RELAȚII PERSONALE CA PREMISĂ DE SĂNĂTATE

■ Monica Petrescu – dr. psiholog, București

Rezumat: Relațiile interumane pe care le manifestăm în cadrul familiei, școlii, locului de muncă, cuplului dar și cele pe care le stabilim cu propria persoană se construiesc atât pe nevoi / necesități fundamentale/ cât și pe o gamă largă de dorințe. Relațiile ne pun în conexiune unii cu alții și reprezintă o sursă importantă de satisfacție, împlinire, bucurie sau, dimpotrivă, de durere, frustrare, mânie, tristețe. Există o legătură puternică între calitatea relațiilor stabilite și confortul psihic, influențând astfel decisiv sănătatea noastră, în toate planurile. Atât practica din cadrul cabinetelor de psihoterapie, cât și cercetările făcute în această direcție au constatat că noi, oamenii, suntem în mare măsură niște infirmi ai comunicării. Igiena relațională se impune tot mai mult ca o modalitate de a aduce în echilibru atât viața noastră împreună, cât și o armonizare cu noi înșine. **Cuvinte cheie:** relație, nevoi și dorințe relaționale, dificultăți, reguli de comunicare, ascultare, igienă relațională, învățare.

Abstract: The interpersonal relationships that we develop in the family, school, the workplace, in the couple, but also those that we establish with our own person are built on both fundamental needs / necessities and on a wide range of desires. Relationships make us connect with each other and represent an important source of satisfaction, fulfillment, joy, or conversely, pain, frustration, anger or sadness. There is a strong link between the quality of relationships and the psychological comfort, thus decisively influencing our health in all its dimensions. Both practice in the psychotherapy actions and in research performed in this direction have found that we humans are largely crippled in communication. Relational hygiene is all the more necessary as a way to get balance in our lives in togetherness and, also, to harmonize with ourselves.

Keywords: relationship, needs and relational wishes, difficulties, rules of communication, listening, relational hygiene, learning.



Pe parcursul anilor de practică la cabinet, am observat că, în tot mai multe cazuri, plângerile pacienților vizau cu prioritate semnalarea unor aspecte de relație disfuncțională cu partenerul, cu familia, copilul etc., și abia în plan secund priveau simptome. În situațiile în care simptomele erau puse pe prim

plan, se releva, în scurt timp, că în spatele lor se găseau tot probleme relaționale. Nu de puține ori, apărea ca fiind problematică chiar relația cu sine însuși/însăși, printr-o incoerență, mai mult sau mai puțin conștientă, între ceea ce omul simțea, gândea și acționa, iar aceasta nu pentru că ar fi fost necinstit cu el, ci pentru că se auzea pe sine trunchiat, distorsionat, din cauza unor tipare sau prejudecăți interpușe între eul profund și mentalul îmbibat cu anumite convingeri, atitudini, tipare învățate pe parcursul educației familiale, școlare, sociale.

Jaques Salomé, psihosociolog francez, a scris peste 70 de cărți pe tema relațiilor interumane și a elaborat o metodă numită ESPERE (care semnifică Energie Specifică pentru o Ecologie Relațională Esențială), metodă ale cărei baze sunt puse în anii '70 și care este o pedagogie a comunicării, cu efect de armonizare a relațiilor. ESPERE explică moduri de interacțiune sănătoasă, punând la dispoziție strategii care să faciliteze o igienă relațională, astfel încât începând printr-o bună relație cu sine, să ajungem să realizăm o bună relație cu ceilalți, indiferent de tipul acestora sau de contextul în care ne găsim. În cazurile mele, am privilegiat strategiile ESPERE în însănătoșirea relațiilor datorită simplității metodei, caracterului său concret, vizual, precum și a faptului că promovează o asertivitate de aceeași factură cu cea din metoda cognitiv- comportamentală.

Derularea unei bune comunicări cu celălalt presupune stabilirea în prealabil a unei bune comunicări cu propria persoană. Este uimitor câte probleme poate avea omul când este vorba de a se auzi și înțelege pe sine însuși !



Iată câteva exemple în acest sens: M.A. este o femeie de 40 ani cu studii superioare, un serviciu solicitant, dar satisfăcător, o căsnicie fără probleme și 2 copii reușiți: o fetiță de 6 ani și un băiat de 7 ani. De aproximativ un an, a început să aibă tot mai dese treziri nocturne, cu dificultate de readormire, tulburări de ritm cardiac, digestie dificilă, balonări, o candida care nu se mai vindecă. Este tot mai obosită, încă de dimineață de la sculare și se concentrează cu dificultate la sarcinile profesionale. Ca evenimente importante, în anamneza pacientei este semnalat un avort determinat de faptul că fusese tratată cu o mare cantitate de antibiotic, ca urmare a unei severe infecții urinare. La momentul bolii și tratamentului, pacienta nu știa că este însărcinată. Medicii au prevenit-o că riscurile de malformație sunt mult prea mari și au consiliat-o să renunțe la sarcină. Deși întreruperea sarcinii s-a făcut fără nici o complicație somatică, la scurt timp au început să se insinueze tulburările de somn și extrasistolele, etc.

Analiza psihologică a relevat o adâncă frustrare (își dorea cu ardoare al 3-lea copil) precum și un sentiment de culpabilitate (legat de curmarea vieții care creștea în ea). Restabilirea echilibrului pacientei, în toate planurile sale de funcționare, depindea, în mod evident, de *“anularea sentinței”* de *“vinovat”*, emanată de instanțe morale interne care aveau, în cazul ei, bine pusă la punct doar secțiunea *“acuzării”*. A restabili o bună și corectă legătură cu sine înseamnă și a asculta nepărtinitor, cu bunăvoință și acele părți, ce le-am putea numi metaforic *“avocații apărării”*, pe care educația ei nu le-a cultivat în mod special, poate chiar din contră, le-a redus la tăcere, oprimate prin sistemul de valori și credințe personale. Jaques Salomé a scris o întreagă carte *“Dacă m-aș asculta, m-aș înțelege”* (1). Dar ascultarea nepărtinitoare, este doar aceea care este capabilă să pună, măcar pentru moment, în paranteze sistemul de valori și credințe personale.

Desigur, *“a înțelege”* nu implică cu necesitate *“a accepta”*. Există o zicere populară stranie, care postulează: *“Este rău cu rău, dar mai rău fără rău”*, ceea ce te duce la gândul că un rău cunoscut este mai suportabil decât o înfruntare a ceva necunoscut, care necunoscut, deși neștiut încă, îl investim cu un potențial pericol, față de care nu știm dacă suntem capabili de a ne apăra! Deși un asemenea mod de relaționare cu viața pare desprins dintr-o carte despre pitici pe creier, îl putem regăsi la oameni care, în alte contexte, sunt inteligenți, eficienți și par a avea o bună coerență mentală. Ei se definesc ca fiind *“prudenți”*, dar de fapt sunt anxioși și deseori blocați într-un destin nefericit.

În situația în care pacientul face, fără să-și dea neapărat seama, o alianță cu boala, ieșirea din starea morbidă este chiar imposibilă, orice efort terapeutic s-ar face din partea medicului / psihologului. În cazul în care terapeutul nu-și dă seama de situația reală în care se găsește pacientul, starea de sănătate nu numai că se nu se ameliorează, dar se poate chiar agrava.

Dr. Eric Pearl descrie în cartea sa, *“Reconnectarea”* (2), câteva asemenea cazuri. Am avut și eu situații în care analiza psihologică a decoperat motivații de atașament față de boală, dată fiind credința că prezența afecțiunii ar ajuta atingerea unui scop, care era important, chiar mai important pentru pacient așa spune eu, decât amenințarea bolii. E. Pearl menționează, printre cazurile sale, situația unei paciente care, după un progres spectaculos în terapia făcută pentru scleroza în plăci, ceea ce s-a concretizat în puțința de a se ridica din căruciorul cu roțile, ea a renunțat pentru un timp la ședințele terapeutice, iar când totuși a revenit, era într-un regres evident, fiind din nou imobilizată în cărucior. Analiza mai profundă a problemelor ei a evidențiat conflictul următor: imobilizarea în cărucior determină prezența soțului ca însoțitor și companion de viață.

În cazul în care ea devenea o persoană autonomă, exista riscul ca el să o părăsească în favoarea amantei. Doar în momentul în care a decis să-și asume acest risc a putut să facă un progres real în recuperarea sa. Conform logicii raționale, femeia a venit să își trateze o boală. Conform logicii emoționale, a nu mai fi bolnavă, însemna a putea fi autonomă, ceea ce în mintea ei aducea riscul ca soțul, care avea o amantă, să nu se mai simtă obligat (moral desigur) de a continua să stea lângă ea.

Este interesant că până și comunicarea cu sine devine de multe ori o cursă cu obstacole!

Pentru a fi cât mai aproape de adevăratele noastre sentimente, pentru a asculta emoțiile care ne încearcă, avem nevoie de multă atenție și vigilență. Stările emoționale pot fi concurente, iar comportamentul se va desfășura, de regulă, în direcția motivației dominante.

Când vorbim de comunicarea cu celălalt, ne referim la ceea ce se pune în comun în diverse registre (informațional, emoțional, simbolic, anecdotic, imaginar, etc.) spune J. Salomé (3). Întrucât părinții și pedagogii se concentrează mai curând pe impunerea unor limite decât pe dezvoltarea unor competențe relaționale, comunicarea ajunge poluată de plângeri, reproșuri, acuzații, care, desigur, sabotează comu-



■ Referate

nicarea și duc la conflict și nevroze. Aspectul relațional al vieții noastre poate fi un mijloc puternic de manipulare și de șantaj.

Îmi amintesc cazul unor părinți care doreau să-și aducă în terapie copilul de 6 ani, întrucât în fiecare dimineață mobilizarea pentru plecarea de acasă era un calvar. Copilul reușea să întârzie ieșirea pe ușă, astfel încât sistematic părinții să nu poată ajunge la timp la serviciu. Desigur, au fost încercate toate metodele de explicare, precum și cele din gama coercitivă. Tatăl, lucrând într-un sistem militarizat risca probleme serioase prin întârziere sistematică. Desigur, abordarea psihologică, de analiză a motivelor care determinau copilul să procedeze așa se impunea, dar ca măsură de urgență, se putea face corecția prin modelarea relațională.

Am consiliat părinții să aplice următoarea strategie: seara, fără nici o presiune a timpului, deci în calm și liniște să comunice copilului că ei, părinții, înțeleg că el, copilul are uneori dificultăți în a fi gata de plecare la timp. Din păcate, mama trebuie să fie dusă de tata cu mașina, iar tata trebuie să ajungă la serviciu la timp, pentru a-și păstra locul de munca și a aduce o pâine acasă. Prin urmare, dacă lui îi este greu să fie gata până la ora X, ei, părinții, nu se vor supăra pe el, dar vor fi nevoiți să plece de acasă, urmând să se reîntâlnească cu el abia după amiaza. Va sta singur acasă, nu ca o pedeapsă, ci pentru că nu au o altă soluție. Părinții au fost foarte sceptici referitor la faptul că o simplă punere a informației în asemenea termeni va rezolva situația. Si totuși a rezolvat-o. De ce? Comunicarea a fost empatică (Înțeleg că îți poate fi greu...), fără inferiorizarea copilului (De ce nu ești în stare?...), fără agresivități (critici, amenințări).

Din contră, s-a subliniat mai curând o condiție obiectivă, pe care copilul a putut-o înțelege și accepta ușor, ca fiind un dat, nu o măsură arbitrară împotriva lui. Mai mult, i s-a dat putere de decizie: poți să pleci cu noi, sau nu. Înțelegem repede, la orice vârstă că este absurd să forțăm uși deschise. Mi s-a părut o bună oportunitate de viață de a face copilul să înțeleagă că liberul arbitru poate fi exercitat oricând, dar consecințele deciziilor pe care le luăm nu se supun dorințelor noastre.

Comunicarea relațională este o cursă cu obstacole, în care pentru a te numi câștigător, trebuie ca toți participanții să aibă loc pe podium, iar obstacolele (sabotorii interni) trebuie depășite.

Dar cine ne sabotează în propria cetate? Auto-constrângerea, resentimentele, gelozia, culpabilizarea, judecarea, comparația, proiecția și transferul.

Ne auto-constrângem de fiecare dată când credim aprioric limitările noastre și rămânem prizonieri într-un cadru de referință dat. Așa, spre exemplu, invitând o tânără de 15 ani să guste dintr-un delicios berbecuț la proțap, am fost refuzată, tânăra spunându-i că nu a mâncat niciodată așa ceva și că nu crede ca i-ar place. Comunicând cu ea pe mai multe teme, am aflat că era întotdeauna gata să renunțe la tot ceea ce nu cunoștea sau credea că nu îi place.

În ce privește resentimentele, ele au sursa profundă în ceea ce în copilărie resimțim ca lipsă reală sau imaginară. Pentru copil, distanța dintre lumea dorințelor, violența nevoilor și sursa răspunsurilor posibile este infinită. Lipsa unei exprimări adecvate face să se nască resentimentul, suscită rumeșări, iluzii, confuzii, distorsiuni. Resentimentul nu caută să înțeleagă ci să rănească. Nu demult am auzit următorul schimb de replici între doi tineri care păreau a fi un cuplu: El: *“Mi-ai adus și mie geaca din barcă?”* Ea: *“Da, am adus-o, că tu ai plecat ca o floare!”* El: *“Și ce, ți-a căzut mîna să faci și tu ceva?”* Intensitatea resentimentului dă măsura distanței dintre speranța și viziunea respectivei persoane asupra relației. Aceasta naște în om un dinamism de reproșuri, autojustificări, acuzații care au scopul de a ne scăpa de senzația de respingere, de subapreciere sau pierdere. Resentimentul vehiculează mesaje otrăvitoare pe canalul numit relație și, cu timpul, îl ancrează.

Gelozia este un alt sabotor redutabil al comunicării relaționale, pentru că ea se hrănește din frustrare și imaginar, într-o împletire de trăire inferiorizată și dorința intensă de a distruge obstacolul care i se pare gelosului că se interpune între el și obiectul/subiectul pe care îl râvnește. Pentru a preîntâmpina gelozia dintre frați, mulți părinți se străduiesc să ofere aceleași lucruri amândurora. Numai că această atitudine neagă diferența, pentru că cei doi copii nu au aceleași nevoi în același moment. J. Salomé povestea despre remediul aplicat de o bunică nepoților ei: tăia deliberat ciocolata în părți inegale, iar la protestele copiilor ea răspundea: *“Cine a spus ca viața e dreaptă?”*

Un alt sabotor este culpabilizarea. Aceasta este o adevărată otrăvitoare administrată cuiva (uneori autoadministrată), care se naște dintr-un excesiv simț a lui *“ar trebui”* și al așteptărilor imaginare pe care le facem în contul celuilalt. Am auzit mulți bărbați afirmând că monogamia nu coresponde unei legi interne.

Vinovăția resimțită era legată mai curând de ceea ce presupuneau ei a fi suferința partenerelor. Ei simțeau că



se înșală doar punându-se în locul celuilalt, iar prin această mișcare de identificare, se raportau la propria lor gelozie.

Culpabilizarea are multe fațete, în funcție de relația în care se manifestă. Ea poate duce la auto-devalorizare (sunt insuficient, incapabil, jalnic, nedemn de a fi iubit etc) și la comportamente autodestructive (accidente, privațiuni, eșecuri repetate, depresii, etc). Uneori, oamenii au o incapacitate fundamentală de a-și recunoaște lipsurile. Ei dispun de o puternică protecție personală, așa că, pentru ei, lucrurile se aranjează convenabil într-un proces de învinovățire a celuilalt, erijându-se în cunoscători ai adevărului.

Judecarea este un puternic factor de sabotare a relației și a comunicării, un adevărat cigăș al încrederii.

Primul meu caz de psihoterapie a fost o tânără studentă în anul întâi la medicină care nu reușea să treacă anul, întrucât se bloca în fața profesorilor la examenele orale. Sursa blocajului ei era tatăl, de la care primea avalanșe de judecăți defavorabile, care o interiorizau. Sperând să se "contamineze" de comportamente și atitudini mai eficiente, tatăl recurgea la un alt sabotor de temut: comparația. Pacienta avea o soră mai descurcăreață, mai volubilă și extrovertită, poate chiar mai inteligentă, care era un constant model la care tatăl făcea mereu referință. Prin comparațiile defavorizante făcute, se sabotaseră atât imaginea de sine a pacientei, cât și relațiile cu ceilalți, percepuți ca fiind o potențială sursă de devalorizare pentru ea.

Unul din cei mai obișnuiți și frecvenți sabotori care intervin în relațiile noastre sunt proiecția și transferul.

Multe lucruri putem proiecta: imagini parentale care ne-au umplut copilăria (relații reci sau submisive cu părinții, pe care le vedem uneori ca fiind formula în care trebuie să decurgă și relațiile noastre), imagini idealizate, acordate maeștrilor, profesorilor sau persoanelor iubite. Acestea din urmă implică o capcană relațională pentru ambii protagoniști: cel care face obiectul idealizării nu se va simți recunoscut așa cum este, iar cel care proiectează nu va putea construi o relație reală, cu o ființă reală. Dificultăți în relație creează și împrumutul de intenții, care face parte din procesele transferențiale. Ele reprezintă tot o formă de proiecție, prin atribuirea propriilor dorințe sau temeri, celuilalt. Astfel, frecvent auzim: "O faci dinadins ca să mă énervezi", "Faci totul ca să mă ponegrești", "Vrei să mă faci gelos", etc.

În cazul transferului, celălalt devine un ecran pe care eu privesc imaginile pe care i le trimit, crezând cu toată con-

vingerea ca vin de la el. În procesul de transfer ne lăsăm definiți de celălalt, de dorințele lui, de temerile, de nevoile și de convingerile lui. Este un proces extrem de dăunător, mai ales pentru copiii care își caută propria identitate și sunt încă influențabili ("ești timid", ești leit taică-tău", "ești extraordinar", etc).

Acestea ar fi câteva din comportamentele cele mai frecvent întâlnite, care obstruează relația, o distorsionează și produc răni celuilalt sau nouă înșine.

A le conștientiza este un prim pas, absolut necesar. Următorul pas pentru a deveni cu adevărat competenți în comunicarea cu ceilalți, este însușirea unor strategii specifice de comunicare relațională. Acestea au fost dezvoltate atât de metoda ESPERE cât și de terapia cognitiv-comportamentală.

REFERINTE

1. Salomé, J. (2002). *Dacă m-aș asculta m-aș înțelege*. București. Editura Veche Publishing. București
2. Pearl, E. (2006), *Reconectarea, Vindecă-i pe alții, Vindecă-te pe tine*, Editura For You, București
3. Salomé, J. (2018), *Un strop de eternitate*, Editura Curtea Veche Publishing. București



THE CONNECTION SPACE BETWEEN THE MEDICAL DOCTOR/THERAPIST AND THE PATIENT*

■ Andreea-Olga Albină, graduate of The University of Medicine and Pharmacy Carol Davila, Bucharest

Rezumat: Conexiunea este acel spațiu imaterial, dar cu toate acestea, prezent, în care relaționăm prin conectarea forurilor noastre interioare și, astfel, prin cel mai profund aspect al ființei noastre. Înainte de a fi medici sau psihoterapeuți suntem ființe umane și ghidăm spre vindecare alte ființe umane, pacienții noștri. În acest spațiu al conexiunii, odată valorificat și utilizat conștient, are rolul de a crește aderența la tratament sau terapie pentru că aduce un plus în cadrul acestora, încrederea. **Cuvinte cheie:** conexiune, interior, profund, ființă, vindecare, aderență la tratament, încredere.

Abstract: The connection is that immaterial space in which we relate by connecting our inner spaces and thus through the deepest aspect of our being. We are doctors or psychotherapists but first we are human beings and we guide to healing other human beings that are our patients. And this space of connection if it is exploited and consciously used has the purpose to increase the compliance to the treatment or therapy because it brings trust in it.

Keywords: connection, inner, deep, human being, healing, compliance to the treatment, trust.



ABOUT

The connection is that immaterial space in which we relate by connecting our inner spaces and thus through the deepest aspect of our being. We are doctors or psychotherapists but first we are human beings and we guide to healing other human beings that are our patients.

HOW: 3 methods whose purpose is to connect with ourselves and to facilitate the quality of the therapeutic act.

THE MEDITATION TECHNIQUE

The technique whose purpose is to help us through practice to reactivate the habit of living in the present moment all the time. It is useful for the medical doctor, the therapist and the patient and it can be adapted to the psycho-behavioral pattern of every person.

PERSONAL ANALYSIS

It is an inner process of self knowledge and self understanding through the individual psychotherapeutic instru-

ments. It is useful for the medical doctor, the therapist and the patient. For the patient it is recommended as a supplement to the medical basic therapy.

BALINT GROUPS

They are a group psychotherapy which is addressed to the medical doctors and psychotherapists with the purpose to create a space of solidarity, emotional catharsis and empathy.

PURPOSE

- to increase the quality of the therapeutic act
- to increase the compliance to the treatment or therapy
- to create a comfortable emotional therapeutic space for the patient and through this to facilitate the communication between the medical doctor or the therapist and the patient
- the healing of the patient
- to decrease the incidence of Burnout Syndrome amongst the medical doctors and psychotherapists

CONCLUSIONS

In conclusion, this space of connection if it is exploited and consciously used has the purpose to increase the compliance to the treatment or therapy because it brings trust in it.

In the therapeutic relation both the physician and the pati-



ent must contribute in an assumed manner for the therapeutic success. It is important to instill our patients an openness with an assumed implication in the therapeutic relation for an important reason - the healing is a process that it happens inside the patient being and the medical doctor or the therapist has the role to guide the patient in this process.

BIBLIOGRAPHY

1. *Popa-Velea Ovidiu (2010) Științele comportamentului uman, București, EdituraTrei*
2. *The little book of Mindfulness edited by Tiddy Rowan, Quadrille Publishing*
3. *Guadagnoli, E., Ward, P. (1998) Patient participation in*

decision-making, Social Science & Medicine 47

4. *Meier, J., Back, A., Morrison, R.S. (2001), The inner life of physicians and care of seriously ill, Journal of American Medical Association*
5. *Tzu Lao, Tao Te Ching*
6. *Tolle Eckhart (Ed.V) Puterea prezentului, Editura Curtea Veche*
7. *Hegy Csilla, Asociația Balint din România (2006), Îndreptar de teorie și practică despre activitatea Balint, Miercurea-Ciuc, Editura Alutus*

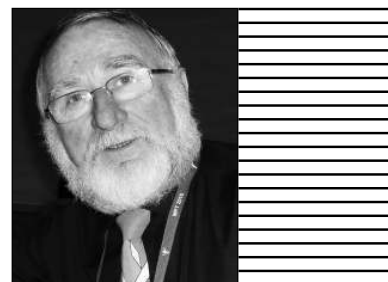
**Poster prezentat la a 25-a Conferință Națională Balint, 27-30IX. 2018., Miercurea Ciuc*

ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI

■ Albert Veress

23-27. septembrie 2018: a 25-a Conferință Națională Jubiliară Balint, Șumuleu-Ciuc. Premiul Veress s-a acordat Doamnei Dr. Farkas Evelyn, pentru activitatea susținută în cadrul ABR, precum și pentru efortul depus în promovarea mișcării Balint în rândul studenților și în mediul universitar. Premiul Butyka s-a acordat familiei Veress Eva și Albert, pentru dedicarea de peste 25 de ani în slujba dezvoltării mișcării Balint în România. S-au acordat distincții și plachete de merit pentru 10 membri fondatori ai ABR, precum și distincții pentru organizatorii de întâlniri naționale Balint familiilor Váradi, Țubucanu, Costin, Árvai și Rodica Dorofte, precum și pentru foștii președinți ABR și președintele în funcție, iar cel de lector al Buletinului s-a acordat lui Trif Almos Bela. La deschiderea festivă a conferinței un scurt program artistic, apoi, în altă zi, un concert de orgă la Biserica Franciscană au delectat participanții. Tradiționala primire oferită de Primarul orașului nu a lipsit nici de această dată. Au onorat conferința cu prezența lor 6 colegi din Republica Moldova, 4 din Ungaria și o colegă balintiană din Bulgaria. Lucrări aprofundate, interesante, grupuri mari și mici au completat programul conferinței. Obișnuita seară de adio cu ungerea membrilor încă neinițiați, cadourile oferite, dansul frenetic au pus cupola pe evenimentul care serbea un sfert de veac de acitivitate balintiană în România.

26-28. octombrie 2018: Curs de formare pentru liderii de grup Balint, Bran. Formator invitat: dr. Heide Otten din Germania. 17 de participanți și-au îmbogățit cunoștințele conducerii grupurilor Balint.



PLANURI DE VIITOR:

- **18-20 ianuarie 2019:** Weekend național de iarnă cu Postrevelion Balint, Roman. Taxă de participare: 40 euro (include c.v. banchetului pentru cei cu cotizația plătită la zi). Cazare: hotel Royal. Camera costă 100 RON (dbl sau sgl!) cu micul dejun inclus. Înscrieri și rezervarea cazării până pe 15 ianuarie la Țubucanu Marlina (0740-516.626) sau la Veress Albert (0744-812.900)
- **4-7 aprilie, 2019:** A IV-a Conferință Națională a Asociației Balint din Republica Moldova. Chișinău.
- **17-19 mai, 2019:** Weekend național de vară Balint, Stațiunea Balványos, jud. Covasna (la 20 de km de la Tg. Secuiesc)
- **31. V.-2.VI. 2019:** Conferința Asociației Balint din Ungaria, Budapesta
- **11-15 septembrie, 2019:** Congres Internațional Balint, Porto, Portugalia
- **27-27 septembrie, 2019:** a XXVI-a Conferință Națională Balint, Brașov.



| GRUPURI 01.10.17-30.09.18.

1,5 credite/ședință de grup, conform Decizia 12/2018, art. 4, al. 1,3, Nr.gr.

GYULAI GYÖRGY SÁNDOR	1
MADARÁSZ ENIKŐ	7
MÁRTON ATTILA	7
MÁRTON GIZELLA	7
MUNZLINGER ATTILA	8
MUNZLINGER ILDIKÓ	8
TAFUNI OVIDIU	1
URZICĂ MARIANA	1
VAJDA HEGYI CSILLA	1
VÁRADI ISTVÁN	1
VÁRADI KINGA	1
ZRINYI ERIKA	5
ASZTALOS LÁSZLÓ	7
BARTALIS LÁSZLÓ	7
FÜLÖP LÁSZLÓ	2
GEREÖFFY FERENC	5
GYULAI ANNA	1
KEREKES IZABELLA	1
MOLNÁR CSILLA	3
MUNZLINGER NÓÉMI	3
PAPP JUDIT	2
PÁZMÁN ENIKŐ	4
TAKÁCS JÓZSEF	5

INDEX: ISSN - 1454-6051

