

Buletinul Asociației **Balint**

Periodic trimestrial. Volumul XXII. Nr. tematic 85-86



Martie - Iunie 2020

DEZVOLTAREA CAPACITĂȚII DE CERCETARE ÎN DOMENIUL FUMATULUI ÎN ROMÂNIA	4
DROGUL, NOUL CANCER AL SECOLULUI	9
ABORDAREA SISTEMICĂ ÎN TERAPIA ADICȚIILOR: DE LA DEPENDENȚĂ ȘI CODEPENDENȚĂ LA INTERDEPENDENȚĂ	14
METODA TERAPEUTICĂ DE RECUPERARE DIN ADICȚII "MINNESOTA "	19
DEPENDENȚA DE SEX - ABORDARE NOSOLOGICĂ, DIAGNOSTICĂ ȘI TERAPEUTICĂ	22
RELATIONAL NEEDS AS PREMISES FOR HEALTH	34
PARTICULARITĂȚI ALE STRESULUI ÎN WORKAHOLISM	38
VIZIUNI TIPOLOGICE ALE FENOMENULUI WORKAHOLISMULUI	43
MANAGEMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)	48
TRĂIND ALĂTURI DE YOLANDA ȘI BOALA EI ONCOLOGICĂ	52
PUNCTE DE VEDERE PRIVIND DEZVOLTAREA NORMALĂ A SOCIETĂȚII UMANE - ESEU	55



CUPRINS

PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA	2
DEZVOLTAREA CAPACITĂȚII DE CERCETARE	
ÎN DOMENIUL FUMATULUI ÎN ROMÂNIA ■ Ábrám Zoltán	4
DROGUL, NOUL CANCER AL SECOLULUI ■ Veress Albert	9
ABORDAREA SISTEMICĂ ÎN TERAPIA ADICȚIILOR:	
DE LA DEPENDENȚĂ ȘI CODEPENDENȚĂ LA INTERDEPENDENȚĂ ■ Holger-Ortwin Lux	14
METODA TERAPEUTICĂ DE RECUPERARE DIN ADICȚII "MINNESOTA" ■ Ramona Baghiu	19
DEPENDENȚA DE SEX - ABORDARE NOSOLOGICĂ, DIAGNOSTICĂ ȘI TERAPEUTICĂ ■ Holger-Ortwin Lux	22
RELATIONAL NEEDS AS PREMISES FOR HEALTH ■ Monica Petrescu Phd	34
PARTICULARITĂȚI ALE STRESULUI ÎN WORKAHOLISM ■ Calancea Veronica	38
VIZIUNI TIPOLOGICE ALE FENOMENULUI WORKAHOLISMULUI ■ Calancea Veronica	43
MANAGEMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) ■ Delia Marina Podea	48
TRĂIND ALĂTURI DE YOLANDA ȘI BOALA EI ONCOLOGICĂ ■ Elena Branaru	52
PUNCTE DE VEDERE PRIVIND	
DEZVOLTAREA NORMALĂ A SOCIETĂȚII UMANE - ESEU ■ Duțescu Mircea Mihai	55
SCRISOAREA UNEI FOSTE PACIENTE	58
ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI	60

MOTTO:

Alaltăieri m-am suit pe un cântar electronic care-ți tipărește greutatea pe un cartonaș. Când a ieșit cartonașul, pe el scria: „Reveniți peste 10 minute – singur“. – *Jackie Gleason (1916-1987)*

O rog pe martoră să-și declare vârsta, după care va fi pusă să jure. – *Norton Plasset*

Natura vindecă, iar medicul încasează onorariul. – *Benjamin Franklin (1706-1790)*

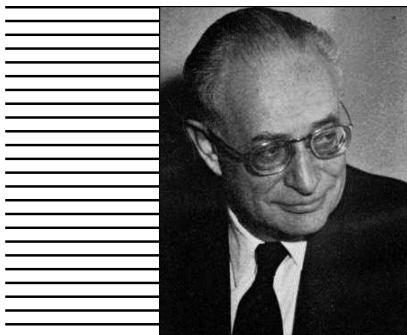
Martie - Iunie 2020, Volumul XXII, Nr. tematic 85-86 ■ Periodic trimestrial, apare în ultima decadă a lunii a treia din trimestru. ■ **Fondat:** 1999 ■ **Redactor șef:** Albert VERESS M.D. Sc.D. ■ **Lector:** Almoș Bela TRIF M.D., Sc.D., J.D., M.A ■ **Tehnoredactor:** Botond Miklós FORRÓ (fbotond@yahoo.com) ■ **Editat de:** Asociația Balint din România ■ **Tipărit la:** Pro-Print, Miercurea-Ciuc ■ **Adresa redacției:** 530 111 - MIERCUREA CIUC, str. Gábor Áron nr. 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 • Mircea LĂZĂRESCU • 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 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 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 2020 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 Bank 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 ale relației medic - pacient (medicină socială, responsabilitate medicală, bioetică, psihosomatică, tanatologie etc.). Materialele scrise la solicitarea redacției vor fi remunerate. Redactorul șef și / sau lectorul au dreptul de a face convenite corecturi de formă și conținut ale lucrării și rezumatului, iar, în cazul neconcordanțelor de fond, vor retrimite articolele autorilor cu sugestiile pentru corectare. Deoarece revista se difuzează și colegilor din străinătate, articolele care nu se limitează doar la descrierea evenimentelor Balintiene, trebuie să aibă un rezumat în limba română și engleză, de maximum 10 rânduri dactilografiate.

Pentru rigoarea științifică, apreciem menționarea bibliografiei cât mai complet și mai corect, conform normelor Vancouver, atât pentru articolele din periodice cât și pentru monografiile (citarea în text se notează cu cifre arabe în paranteză rotundă, iar în bibliografie se înșiră autorii în ordinea citării, nu în 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 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 lecturarea lor corectă. 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 a 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 incontestabilă.

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



DEZVOLTAREA CAPACITĂȚII DE CERCETARE ÎN DOMENIUL FUMATULUI ÎN ROMÂNIA*

■ Prof. dr. Ábrám Zoltán - *Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade” din Târgu Mureș, Disciplina Igienă*

*Lucrarea a fost prezentată la Weekendul Național Balint de Iarnă, 17-19 ianuarie, 2020, Dărmănești

Rezumat: Pe baza cooperării dintre UMFST din Târgu Mureș și Wake Forest University din SUA, au fost abordate șapte domenii de cercetare, între care se includ: fumatul în gimnazii și licee, fumatul la copiii și tinerii instituționalizați, fumatul la femeile însărcinate, fumatul la studenții mediciști, analiza aspectelor economico-financiare ale consumului de tutun și monitorizarea poluării cauzate de fumul de țigară în unele universități și instituții publice. În cadrul proiectului s-au efectuat diferite intervenții și s-a urmărit implementarea și evaluarea eficienței unor programe de prevenire și stopare a fumatului. Considerăm că prevenirea inițierii fumatului și promovarea renunțării precoce la fumat, împreună cu respectarea legislației, sunt priorități pentru sănătatea publică, astfel că ele chiar justifică extinderea și urgentarea activităților de cercetare, de prevenire, de combatere, de cooperare privind tabagismul.

Proiectul de cercetare despre fumat a fost foarte complex, bazat pe colaborări multiple, de interes public, bine mediatizat. Unele cercetări, în special un raport economic, au fost prezentate în Parlamentul României. Realizările se cuantifică mai ales prin publicații, lucrări și teze, prezența la evenimente științifice, totodată prin interesul crescut, din partea presei, față de subiectele abordate. Informațiile generale și prezentarea proiectelor se găsesc pe site-ul cercetării legate de fumat (<http://trr.umftgm.ro>), și astfel se demonstrează ce înseamnă capacitatea de cercetare în domeniul fumatului în România. **Cuvinte-cheie:** fumatul, prevenire și stopare, capacitate de cercetare, cooperare

Abstract: Building capacity for tobacco research in Romania

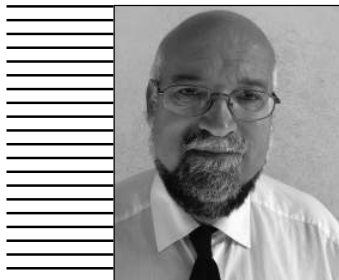
In 2012 Davidson College, Wake Forest University (USA) and University of Medicine and Pharmacy of Targu Mures have launched a five-year research entitled “Building Capacity for Tobacco Research in Romania: A Partnership among Romanian, American and Hungarian Scientists”. The project was composed of seven complementary research studies that address a broad range of tobacco concerns specific to Romania. There were studied the smoking habits among medical students, children and adolescents, pregnant women, residents in social institutions, and there were implemented school-based, clinic-based and community-based prevention and cessation programs. It was analyzed the economic impact of smoking and the impact of secondhand smoke on air quality. The results were published in a book which provides a summary of the research and key results conducted between 2012-2018 (Ábrám Z, Nădășan V (ed.), University Press, Tîrgu Mureș, 2018). Our tobacco initiative is expected to enhance the rigor and relevance of tobacco research in Romania, to implement well-developed interventions in order to reduce tobacco use and to inform tobacco control legislation. The capacity building model is useful for its impact on scientific capacity building and policy translation. It is important to promote preventive strategies and collaboration on non-communicable diseases, to apply primary and secondary smoking prevention and cessation programs. More information: <http://trr.umftgm.ro>.

Keywords: smoking, prevention, research capacity, cooperation

Fumatul și importanța prevenirii

Fumatul este unul dintre comportamentele de risc cu consecințe grave și de lungă durată asupra stării de sănătate și a intrat în atenția autorităților de sănătate publică

atât pe plan național, cât și mondial. Deși se cunosc bine efectele nocive ale fumatului, în Europa se fumează anual în jur de două mii de țigări pe persoană. Analizând diferitele tendințe din lume și din Europa, în România se poa-



te remarca o creștere a consumului substanțelor stimulente legale, astfel și o creștere a consumului de țigări (Institutul Național de Statistică 2016).

Obiectivul Uniunii Europene este de a deveni lider mondial în restricționarea fumatului, iar în această privință, în anul 2009, Consiliul Europei a publicat o re-

comandare privind mediul nefumător. Conform recomandării, statele membre trebuie să ia măsuri eficiente pentru a proteja populația împotriva expunerii la fumul de țigară (World Health Organization 2015).

În funcție de atitudinea individului față de țigară și produse alternative de fumat, deosebim trei categorii de persoane: nefumători, foști fumători și fumători. Datorită programelor de prevenire aplicate cu succes în țările dezvoltate, se constată o creștere a procentajului foștilor fumători. Astfel, în Statele Unite mai mult de jumătate dintre fumători au reușit să se lase de țigară; comparativ, în România acest procentaj este de 12%. Totodată, trebuie să ne pună pe gânduri și faptul că, în țara noastră, 43% dintre medici și angajații în domeniul sanitar sunt fumători. 70-80% dintre ei doresc să renunțe la fumat, însă doar puțini reușesc (Bucur-Popescu 2009).

Prevalența mare a fumatului activ și pasiv în România, numărul foarte mare de țigări fumate zilnic, numărul mare de încercări de renunțare la fumat, cu o rată scăzută de succes a acestor încercări, toate împreună justifică extinderea și urgentarea activităților de cercetare privind tabagismul. Toate aceste date reprezintă argumente care susțin necesitatea activităților de cercetare precum și a intervențiilor pentru prevenirea și stoparea fumatului. Considerăm că prevenirea începerii fumatului și promovarea renunțării precoce la fumat, împreună cu respectarea legislației, sunt priorități pentru sănătatea publică și ele justifică extinderea și urgentarea activităților de cercetare, de prevenire, de combatere privind tabagismul, în special în rândul tinerilor (Pénzes-Balázs-Foley 2015: 67-75).

Cercetări finanțate de Institutele Naționale de Sănătate din SUA

Institutele Naționale de Sănătate din SUA (National Institutes of Health, NIH) – Fundația Fogarty (Fogarty International Center) din Statele Unite ale Americii derulează un program prin care sprijină țările cu dezvoltare economică slabă sau medie prin susținerea financiară a unor cercetări

privind reducerea fumatului. Diferite țări, de pe aproape toate continentele lumii, pot aplica la aceste surse financiare, iar după o studiere și punctare detaliată, cc. 10% dintre proiecte sunt finanțate. Până la aderarea la Uniunea Europeană, țările central-europene, inclusiv România, puteau aplica la aceste fonduri, însă astăzi numai țările est-europene pot folosi finanțarea NIH.

Sub îndrumarea de la Universitatea Davidson College, apoi Wake Forest University, în perioada 2007-2012 s-a derulat un program de cercetare pe tema fumatului în Ungaria, bazat pe colaborarea dintre cercetători din Statele Unite ale Americii și Republica Ungară, respectiv Davidson College din Carolina de Nord și Universitatea Semmelweis din Budapesta. În cadrul cercetării, pe lângă prelucrarea datelor și prezentarea rezultatelor și concluziilor la forurile științifice, totodată s-au formulat diferite propuneri către sfera politică și de sănătate publică, pentru reducerea fumatului. S-a atras atenția autorităților și factorilor de decizie, guvernului să mărească investiția de forță umană și financiară în programe continue de prevenire și renunțare la fumat. S-a susținut necesitatea schimbării de atitudine existente, pentru ca, în loc de vorbe și aspecte teoretice, să se pună accent pe campanii și activități practice antifumat, bazate pe profesionalism. Totodată, cercetarea a coincis cu modificarea legislației din Ungaria, interzicerea fumatului în spațiile publice și a sprijinit aplicarea dispozițiilor în vigoare (Balázs-Foley 2013).

În Ungaria s-au desfășurat nouă teme de cercetare bazate pe cooperarea dintre cercetători, experți din domeniile de sănătate, social și economic. Dintre multiplele realizări ale proiectului de cercetare privind fumatul, amintim întocmirea bazei de date despre obiceiurile de fumat ale gravidelor, studierea diferențiată după etnie, aplicarea unor programe preventive pentru femeile rom. S-au studiat efectele fumatului pasiv, în special asupra nou-născuților și asupra copiilor. Intensitatea și amploarea cercetării este ilustrată prin faptul că în jur de 10 000 de femei însărcinate au format eșantionul studiului. Conform rezultatelor primite, 30% dintre gravide fumează, acest procentaj fiind mai crescut la femeile rom (Balázs-Foley-Grenczer-Rákóczi 2011:67-75).

Rezultatele proiectului de cercetare privind fumatul, a celor nouă proiecte finalizate, au fost prezentate într-un volum comun al membrilor proiectului, al experților din Ungaria și Statele Unite care au colaborat pentru implementarea cercetărilor (Balázs-Foley 2013). Cercetările efectuate în Ungaria, pe lângă aspectele lor profesionale, au atras atenția asupra importanței campaniilor de mass-media, a programelor de renunțare la fumat și de menținere a stă-



rii de abținere, asigurând ajutor atât la nivel individual, cât și comunitar (Foley–Balázs 2010). S-a constatat că programele de prevenire, pe lângă transmiterea cunoștințelor necesare, trebuie să se bazeze pe motivare și pe campanii pozitive în legătură cu educarea pentru o viață sănătoasă complexă (Kovács 2012).

Cercetarea în domeniul fumatului în România

În septembrie 2011, coordonatorul principal al întregului proiect de cercetare, Kristie L. Foley, în colaborare cu partenerul de la UMF Tîrgu-Mureș, a depus documentele necesare la National Institutes of Health - Fogarty International Center pentru proiectul „*Building Capacity for Tobacco Research in Romania: A Partnership among Romanian, American and Hungarian Scientists*”, care la urmă a fost finanțat pe o perioadă de cinci ani, între anii 2012-2017, cu posibilitate de prelungire a perioadei activităților. Astfel, Colegiul Universitar Davidson și Universitatea de Medicină și Farmacie din Tîrgu Mureș au demarat un proiect comun pe o durată de cinci ani, privind cercetarea fenomenului fumatului, având ca obiectiv formarea capacității locale de cercetare în domeniul fumatului (Ábrám–Nădășan 2018).

Proiectul intitulat „*Dezvoltarea capacității de cercetare în domeniul fumatului în România*” a deschis posibilități de cooperare atât la nivel individual, cât și instituțional, de realizare a unor cercetări de înaltă rigoare științifică, de comunicare și participare la congrese de specialitate, de implementare a celor mai avansate metode de intervenție în scopul prevenirii și stopării fumatului, de evaluare a eficienței diverselor metode de prevenire și de încetare a fumatului și de ameliorare a politicilor și legislației privind fumatul în țara noastră. Obiectivele principale ale cooperării științifice pot fi formulate astfel: 1. studierea obiceiurilor privind fumatul în rândul diferitelor grupe populaționale; 2. implementarea unor programe de prevenire și renunțare la fumat; 3. urmărirea impactului economic; 4. studierea impactului fumatului pasiv asupra calității aerului; 5. consilierea și influențarea factorilor de decizie.

Proiectul este unul complex și cuprinde multiple arii de cercetare: investigarea fumatului la copiii și adolescenții din ciclul școlar gimnazial și liceal, în rândul tinerilor din instituțiile de asistență socială, la femeile gravide și la studenții absolvenți de studii medicale, analiza impactului macro și micro economic al tabagismului și, nu în ultimul rând, monitorizarea poluării cauzate de fumat la universități și în cele mai frecventate spații publice (Ábrám–Nădășan 2018).

Rezultatele preliminare ale cercetărilor au fost comunicate populației prin mass-media, o bună parte dintre datele obținute au fost comunicate specialiștilor din domeniul tabacologiei, pneumologiei, igienei și sănătății publice în

cadrul unor evenimente științifice, sau au fost publicate în reviste de specialitate din țară și din străinătate. S-a elaborat un raport în limbile română și engleză, intitulat „*Aspectele economice ale utilizării, producției și taxării produselor din tutun în România*” (Szabó 2016), care a fost lansat la București la data de 22 noiembrie 2016, Sala de ședințe a Comisiei pentru Buget, Finanțe și Bănci a Camerei Deputaților - Palatul Parlamentului. Considerăm că a fost o noutate posibilitatea ca cercetătorii să ajungă la Palatul Parlamentului pentru a prezenta rezultatele muncii lor, ceea ce subliniază aprecierea eforturilor depuse în cadrul proiectului și importanța lui, nu numai pe plan profesional, ci și pe plan comunitar.

Cercetările cele mai reușite, prezentate în fața factorilor decizionali, experților, reprezentanților organizațiilor neguvernamentale și a mass mediei au fost următoarele:

1. „*Universitatea liberă de fumat*” - în cadrul acestui proiect s-a realizat o evaluare riguroasă a situației privind fumatul la studenții mediciști, s-a elaborat și s-a început implementarea unui plan de măsuri pentru reducerea și eliminarea fumatului din Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu Mureș. Ca urmare a inițiativelor din cadrul acestui proiect s-a introdus în premieră un curs de tabacologie pentru studenții mediciști de la UMF Tîrgu Mureș (Nemes-Nagy 2017: 1820-1824).
2. Programul ASPIRĂ-România s-a adresat elevilor din clasele a IX-a din liceele tîrgumureșene. Ca urmare a aplicării acestui program, elevii au beneficiat de o intervenție asistată de calculator, constând din materiale multimedia interactive. Datele preliminare au arătat eficiența acestei aplicații computerizate în prevenirea fumatului la adolescenți (Ábrám–Nădășan–Bálint–Ferencz 2015: 14-16).
3. Au fost desfășurate o serie întreagă de activități pentru sprijinirea eforturilor de stopare a fumatului în beneficiul copiilor și al personalului de asistență socială din rezidențele sociale aflate în subordinea Direcției Generale pentru Asistență Socială și Protecția Copilului Mureș (Ferencz–Abram–Schmidt–Balázs–Foley 2016: 822-826).

Pe lângă cele menționate mai sus, s-a desfășurat un plan similar pentru acordarea de asistență în vederea renunțării la fumat, adresat femeilor gravide, proiect în care au fost implicați activ un număr important de medici de familie și medici specialiști de obstetrică și ginecologie. A avut succes prevenția comunitară pentru adolescenți desfășurată în diferite comunități locale din trei județe, fapt care a ac-



centuat posibilitatea și importanța cooperării multiple cu scopul reducerii fumatului în rândul tinerilor. Un subproiect a urmărit monitorizarea obiectivă a aerului, determinarea particulelor cu dimensiuni mici datorate fumului de țigară, prin măsurarea cu ajutorul aparaturii electronice a impactului pe care fumul de țigară îl are asupra calității aerului. Determinările s-au efectuat în mai multe universități, sedii ale instituțiilor administrative, cămine și case de locuit. S-a realizat o cooperare dintre trei subproiecte de cercetare, măsurătorile fiind efectuate săptămânal la căminele studențești și ocazional la casele de tip familial (Szasz 2014:154-159).

Trebuie să menționăm totodată că proiectul nostru de cercetare a pus accent și pe influențarea opiniei publice. Liderii grupului de cercetare au declarat public, de mai multe ori, susținerea față de eforturile făcute la nivel național pentru adoptarea legislației privind interzicerea totală a fumatului în spațiile publice. La acest proiect de lege și noi am înaintat o propunere: nominalizarea ca spații publice și a instituțiilor destinate protecției și asistenței copilului, în care se interzice complet fumatul.

Considerăm că în vederea evitării efectelor nocive ale fumatului asupra organismului uman, o deosebită importanță se dovedește a avea restricționarea fumatului. S-au făcut pași importanți în domeniul legislației privind restricționarea și combaterea fumatului în România. [Legea antifumat nr. 15/2016](#) privind modificarea și completarea Legii nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun (Monitorul Oficial 2016) interzice fumatul în spațiile publice, aplicarea și controlul ei fiind importante în viitor.

Realizările proiectului de cercetare

În cadrul proiectului cercetătorii din Statele Unite, Ungaria și România, majoritatea din Tîrgu Mureș, dar și din alte localități (Cluj, Oradea, Miercurea-Ciuc) au avut discuții plenare și în ateliere de lucru. Cercetarea s-a desfășurat pe baza unor rapoarte și întâlniri bianuale, în cadrul cărora directorii de proiecte s-au întâlnit cu mentorii lor. Cu aceste ocazii, s-a discutat stadiul actual al cercetării, s-au ținut discursuri pe tema metodologiei de cercetare, a prevenirii fumatului, a modurilor de intervenție și pe alte teme, s-au ținut întruniri științifice publice, cu invitați recunoscuți din țară.

Pe lângă aceste întâlniri, au avut loc schimburi de experiență, programe comune și în cadrul unor subproiecte. Fiecare director de proiect a desfășurat activitatea cu membrii săi în mod autonom, au fost găsiți parteneri în funcție de necesitate și s-au derulat diferite activități în

funcție de nevoi: organizare, intervenție, prevenire etc. Au avut loc colaborări și în cadrul diferitelor subproiecte. Totul s-a desfășurat cu buna intenție de a respecta scopurile principale ale cercetării comune: conducerea unor cercetări de nivel înalt în domeniul fumatului, bazate pe cooperare, pe capacități instituționale, interdisciplinaritate, pe efectuarea intervențiilor, creșterea capacității de cercetare individuale, sensibilizarea sectorului public, urmărirea unor aspecte strategice cu scopul reducerii fumatului în România.

Rezultatele și reușitele proiectului pot fi urmărite, pe de o parte, pe plan profesional, în numărul publicațiilor, în prezența la diferite conferințe și întâlniri științifice, sesiuni științifice universitare și studențești, în numărul tezelor de doctorat și al lucrărilor de licență finalizate cu tema cercetărilor efectuate. Rezultatele au adus informații și date noi, au fost aplicate metodologii adecvate, s-au obținut baze de date proprii pentru posibile publicații și pe viitor. Trainingurile, discursurile, simpoziioanele organizate au fost de interes public, remarcându-se, în special, pregătirea pentru însușirea cunoștințelor de metodologie științifică, a metodelor intervenționale pentru reducerea fumatului. Dintre reușite, amintim accentul pus pe prevenire, respectiv pe pregătirea unor metode de intervenție specifice și aplicate separat la diferitele teme de cercetare care au ținut grupe vulnerabile (gravide, adolescenți, copiii instituționalizați, studenți).

A fost o noutate, o premieră națională – introducerea cursului de tabacologie în curricula universitară a studenților de la Universitatea de Medicină și Farmacie din Tîrgu Mureș, care a devenit prima universitate medicală liberă de fumat din țară, organizând anual săptămâna antifumat. Au mai fost considerate succese: sensibilizarea gravidelor și susținerea importanței fumatului pasiv, lărgirea cooperării cu autoritățile locale și organizațiile neguvernamentale pentru implementarea programelor de prevenire la copii, pregătirea programului online pentru reducerea fumatului la tineri, culegerea de date – iarăși premieră – despre obiceiurile de fumat ale tinerilor instituționalizați și ale angajaților din casele de tip familial. Monitorizarea calității aerului prin măsurători adecvate a dat prilejul comparării poluării aerului cu particule datorate fumului de țigară, înainte și după aplicarea legii antifumat, care a fost votată chiar în timpul derulării proiectului de cercetare.

Suportul din partea coordonatorului și directorilor de proiect pentru susținerea noii legi privind fumatul a fost de sine stătător. De fapt, a fost o șansă pentru proiect, faptul că, în cursul derulării lui, a apărut modificarea legislației privind fumatul, ceea ce a deschis posibilități noi în cadrul cercetării. În mod indirect, s-a putut urmări fumatul pasiv,



respectarea legislației prin monitorizarea aerului. S-a format o coaliție antifumat la centrul medical țîrgumureșean, care a concluzionat asupra importanței respectării prevederilor de interzicere a fumatului în spațiile publice.

A fost în avantajul întregului proiect faptul că el a presupus o deschidere spre domeniul economic. Prezentarea raportului național „Aspectele economice ale utilizării, producției și taxării produselor din tutun în România” a avut loc chiar în Parlamentul țării și a prezentat interes atât din partea specialiștilor, cât și din partea mass mediei. S-a arătat că politica privind fumatul trebuie să fie bazată pe colaborarea dintre autoritățile locale, instituțiile guvernamentale și neguvernamentale.

Mediatizarea proiectului încă de la început, prezența mass-mediei la conferințele de presă, publicitatea crescută au subliniat valoarea de interes public a întregului proiect. Aspectul civic a fost accentuat și prin alte evenimente: flashmob în centrul orașului, concurs de desene cu tema fumatului, diplome acordate instituțiilor, școlilor cu care s-a colaborat, premii acordate prin tragere la sorți la tombolă elevilor care au participat la studiu etc.

Cercetarea a oferit tuturor membrilor cercetării posibilitatea de a profita de sprijin în cariera lor profesională, de a lărgi colaborarea cu alte instituții, cu alte persoane. Au mai rămas diferite planuri: publicații în reviste de specialitate, finalizarea doctoratelor începute, noi prelucrări ale bazelor de date existente, lucrări și prezențe noi la întruniri științifice, lărgirea activităților prin alte colaborări, alte programe de prevenire, alte proiecte de cercetare (Kovács 2010).

Mulțumiri

Proiectul de cercetare a fost finanțat de Fogarty International Center of the National Institutes of Health prin proiectul nr. R01TW009280 cu titlul: Building Capacity for Tobacco Research in Romania: A Partnership among Romanian, American and Hungarian Scientists.

Bibliografie

1. ÁBRÁM Zoltán – NĂDĂȘAN Valentin, 2018: Dezvoltarea capacității de cercetare în domeniul fumatului în România, University Press, Țîrgu Mureș
2. ÁBRÁM Zoltán – NĂDĂȘAN Valentin – BÁLINT József – FERENCZ Loránd, 2015: Translation and adaptation of computer assisted smoking prevention program in Romania (ASPIRA). Acta Medica Transilvanica, 20(3): 14-16
3. ÁBRÁM Zoltán – MEGHEA Cristian – CIOLOMPEA Teodora – CHALOUKKA Frank 2016: The Economics of Tobacco and Tobacco Taxation in Romania. University of Medicine and Pharmacy of Țîrgu Mureș, Țîrgu Mureș
4. BALÁZS Péter – FOLEY Kristie, 2013: Increasing capacity for tobacco research in Hungary 2008-2013, Institute for the History of Hungarian Sciences, Budapest-Piliscsaba
5. BALÁZS Péter – FOLEY Kristie – GRENCZER Anna – RÁKÓCZI István, 2011: Roma és nem-roma népesség egyes demográfiai és szocioökonómiai jellemzői a 2009. évi szülészeti adatok alapján, Magyar Epidemiológia, 8(2):67-75
6. BUCUR George – POPESCU Ovidiu, 2009: Educația pentru sănătate. Editura Fiat Lux, București
7. FERENCZ Loránd – ÁBRÁM Zoltán – SCHMIDT Loránd – BALÁZS Péter – FOLEY Kristie, 2016: Tobacco use among children in Romanian foster care homes, European Journal of Public Health, 26(5): 822-826
8. FOLEY Kristie – BALÁZS Péter, 2010: Social will for tobacco control among the Hungarian public health workforce. Cent Eur J Public Health. 18(1): 25–30
9. INSTITUTUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ, 2016 Anuar Statistic 2014, București
10. KOVÁCS Gábor, 2010: Dohányzás és leszokás. Medicina Könyvkiadó, Budapest
11. KOVÁCS Gábor, 2012: Hogyan szokjunk le a dohányzásról? Medicina Kiadó, Budapest
12. MONITORUL OFICIAL, 2016: [Legea antifumat nr. 15/2016](#) privind modificarea și completarea Legii nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun, 72
13. NEMES-NAGY Enikő – PREG Zoltán – LÁSZLÓ Mihály – VOIDĂZAN Septimiu – FAZAKAS Zita – GERMÁN-SALLÓ Márta – ÁBRÁM Zoltán – BALÁZS Péter – FOLEY Kristie – KIKELI Pál, 2017: The influence of the new national clean air law on the PM2.5 air pollution in the campus of the UMPH Țîrgu Mureș during the implementation of the smoke-free university project, Revista de Chimie 68(8): 1820-1824.
14. PÉNZES Melinda – BALÁZS Péter – FOLEY Kristie, 2015: Changes in smoking-related health knowledge and smoking status of Hungarian adolescents. New Medicine; 19(4): 137-141
15. SZABÓ Árpád – LÁZÁR Ede – BURIÁN Hunor – ROGERS Todd – FOLEY Kristie – SZÁSZ Zsuzsanna – DEMETER Annamária – BÍRÓ Levente – MOLDOVAN Horatiu – ÁBRÁM Zoltán – BOȚIANU Petre – GLIGA Petru, 2014: Smoking generated PM 2.5 exposure among Transylvanian students. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 118(1):154-159
16. WORD HEALTH ORGANIZATION, 2015: Report on the global tobacco epidemic. Country Profile Romania, Geneva



DROGUL, NOUL CANCER AL SECOLULUI*

VEI ISPĂȘI CU MOARTE ALBĂ! (ESEU PE MARGINEA UNOR FRĂMÂNTĂRI)

■ Dr. Veress Albert, med. prim. Psihiatru, Miercurea Ciuc

*lucrarea a fost prezentată la Weekendul Național Balint de Iarnă, 17-19 ianuarie, 2020, Dărmănești

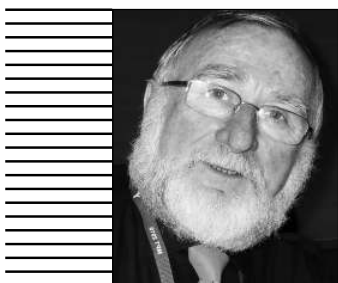
Rezumat: Frustrările îi fac pe unii dintre adolescenți stângaci, stânjeniți, anxioși, iar pentru compensarea acestor stări neplăcute vor ataca la nevoie orice și pe oricine, creînd o lume de vis roz, propice numai lor. Dependența de droguri - devenit un blestem mai ales al societăților dezvoltate, occidentale, celor din „răsărit” fiindu-le caracteristică deunăzi tagma aurolacilor, iar azi obiceiul să se răspîndească și la cei din occident - devine deseori ultima haltă a acestor năpăstuți. Autorul trece în revistă variantele mai importante ale drogurilor folosite, modificările psihologice și somatice pe care le provoacă, insistînd asupra pericolului socio-familial și vital asupra consumatorilor.

Cuvinte cheie: tipuri de droguri, modificări provocate organismului uman, consecințe sociale

Abstract: The Drug, the new CANCER of the Century (With white death you will atone!)

Frustrations make some of the teenagers awkward, embarrassed, anxious, and in order to compensate for these unpleasant conditions, they would attack anything and anyone when need be, creating a pink dream world, conducive only to them. Drug addiction often becomes the last stop of these perpetrators. It has become a curse especially in developed Western societies; meanwhile in the „East” the glue sniffing street children were quite characteristic, and today the custom would also spread in the West. The author reviews the most important types of the used drugs, the psychological and somatic changes that they may cause, insisting on the social, familial and life-endangering aspects on the consumers.

Keywords: types of drugs, changes caused in the human body, social consequences.



„De cocainoman să nu te miri! Gîndește-te ce l-a adus în starea asta, iar atunci îl vei absolvi!,”

„A fi om dintr-o bucată nu înseamnă să folosești drogul, ci să rezști tentației.”

celor din „răsărit” fiindu-le caracteristică deunăzi tagma aurolacilor, ca azi să se rînduie și ei la cei din occident - devine deseori ultima haltă a acestor năpăstuți.

România, dintr-o țară de tranzit al drogurilor, după 1990 a devenit peste noapte cuib de depozitare și distribuție a lor, accentuându-se astfel riscul abuzurilor cu aceste substanțe.

Problema are rădăcini sociale adânci, oglindește funcționarea deficitară a familiei, a rețelei de protecție socială. Copii noștri de vîrstă școlară devin din ce în ce mai independenți, ca la pragul adolescenței să ajungă personalități autonome. Psihologia numește această perioadă „a treia naștere”, cea a apariției personalității de sine stătătoare, care deja se poate autodirija și conduce și care urmează nașterii biologice și a conștiinței de sine. Ar fi salutar, ca acești tineri să găsească răspunsuri la întrebările lor deosebite și arzătoare - legate de droguri, alcool, SIDA- în primul rînd de la o rețea de protecție bine organizată.

Încă din timpuri străvechi omul era preocupat de posibilitatea „dilatării” propriei personalități, dorind să pășească

DROGDEPENDENȚĂ = folosirea în exces a unor substanțe halucinogene până la crearea unei dependențe fizice și psihice parțiale sau totale. În vederea procurării drogului, „sclavii” acestuia **sacrifică TOTUL: bunurile materiale și morale. Vor fura, înșela, ucide chiar.**

Frustrările îi fac pe unii dintre adolescenți stângaci, stânjeniți, anxioși, iar pentru compensarea acestor stări neplăcute vor ataca la nevoie orice și pe oricine, creînd o lume de vis roz, propice numai lor. Dependența de droguri, - devenit un blestem mai ales al societăților dezvoltate, occidentale,



dincolo de realitate, să cunoască ce urmează după moarte, ce-i rezervă viitorul. Drogul a fost folosit de către șamani tocmai pentru a putea face acest pas: ajungeau să aibă tulburări de percepție, audeau voci, vedeau culori, aveau sentimente care nu aveau nici o legătură cu realitatea. Consumatorul se aștepta ca să i se confere forțe magice, o liniște sufletească, obtuzia conștiinței. Drogul, folosit pe scară largă, a fost dintotdeauna o realitate apăsătoare. Situația nu se prezintă altfel nici astăzi.

Persoana care recurge la aceste substanțe, speră să i se dizolve anxietatea, să iasă din limitele existenței sale, din viața copleșitoare de zi cu zi. Se pare că, vrăjitorii tămăduitori consumau zeama ciupercii „*pălăria șarpelui*” pentru a-și provoca extazul dorit.

Opiul a fost laudat de Homer, și numit „*laudanum*” de Paracelsus (în sec.XV), indispensabil pentru cântarea vremurilor glorioase. În secolul XVII. „*cura cu opiu*” era folosit de doctorul Sydenhann pentru diminuarea durerilor.

Timp de un secol medicina cunoștea numai trei metode terapeutice elementare: venesectia, provocarea vomiei și cura cu opiu. În acele vremuri opiul figura ca medicament, dar treptat au apărut și abuzurile cu această substanță. Începe să se extindă brusc, mai ales când apare varianta lui, morfina. Pe lângă morfina, în anul 1859 se începe „*fabricarea*” cocainei, din frunza de coca. O metodă neîntâlnită până atunci: inventarea injectiei sub piele - în jurul anilor 1850 - a dat posibilitatea ca substanța să ajungă direct în sânge. Așa s-a ajuns la „*drogurile tari*” injectabile, cunoscute în zilele noastre. Țările din sudul Africii sunt principalii producători a cânepii indiene, din care se fabrică hașișul și marihuana. (Cinghiz Aitmatov în romanul său „*Eșafod*”, face o descriere detaliată despre cannabis și derivații lui și totodată despre efectele nocive ale acestuia, mușamalizate de statisticile fostei URSS).

Dintre vecinii noștri, în Polonia s-au descoperit prima dată răspândirea în masă a cazurilor de drogdependență - în jurul anilor 1960 -, ca apoi, circa 30-50 mii de tineri și 50 mii de persoane de vârstă mijlocie să devină narcomani în cursul doar al unui deceniu.

În România abia la începutul anilor 90 a ieșit la iveală sporadic, apoi din ce în ce mai des, faptul că tinerii pentru a-și crea diferite stări psihice apropiate de extaz foloseau ca drog amestecul „*alcool+ sedativ*”, „*drogare în stil socialist*”.

Olanda este prima țară din lume, unde consumul de „*droguri slabe*” a fost legalizat.

Războaiele din țările vecine au făcut ca ruta drogurilor să fie schimbată, parcurgând teritorii mai pașnice. România, folosită și până atunci ca țară de tranzit și depozitare, a ajuns astfel peste noapte o țară consumatoare.

NARCOMANIA

Este dorința de nestăpânit a persoanei de a-și administra diferite droguri cu care a venit în contact întâmplător, sau i-au fost administrate ca medicament (calmant, antidepresiv, etc.). Această dorință, odată cu trecerea timpului, ia amploare, devenind un tiran, ce nu poate fi curmată decât prin mărirea continuă a dozelor administrate.

Ca în toată lumea, ținta principală a vânzătorilor de droguri este și la noi tineretul, începând cu cei din școala primară, care - uneori „*numai*” din curiozitate sau din dorința de a-și imita colegii - încearcă prin inhalare, efectele unor halucinogene. Abuzul cu aceste substanțe (și tutun!) se răspândește, din păcate, din ce în ce mai mult în rândurile femeilor, ceea ce duce la periclitarea sănătății fătului și a generațiilor viitoare.

În zilele noastre, folosirea drogurilor este apanajul atât al celor din mediul rural cât și al celor din urban, în localități mici sau mari. S-a demonstrat că aproape în fiecare casă există medicamente din seria „*psihotropelor*” ale căror efecte influențează direct comportamentul uman. Acestea pot fi calmante, somnifere, ușor de procurat. Datele unui sondaj arată că 26,8% din medicamentele ținute în gospodăriile proprii aparțin acestei categorii. Totodată, pentru obținerea unor stări halucinogene se mai folosesc diferiți diluanți pentru vopsele, produse petroliere. Nu se impune deci un efort deosebit pentru ca cei ce doresc să „*plutească*” să obțină lesne substanțele necesare.

CAUZELE APARIȚIEI ȘI RĂSPÂNDIRII NARCOMANIEI

- familia dezorganizată
- probleme materiale în familie
- emanciparea femeilor: ele nu mai au timpul necesar pentru supravegherea și educarea copiilor, pentru o conviețuire echilibrată și permanentă cu ei, care ajung astfel să devină niște „*maidanezi*”, îmbibându-se cu conceptele despre viață, caracteristice acestor colectivități (off, atât de dorita emancipare feminină!!!).
- amplificarea pericolelor psihosociale
- calitatea sistemului educațional: acumularea exagerată a unor date de cunoștințe, care mai târziu nu vor avea nicio aplicabilitate, probleme pedagogice, educaționale și de metodică.

CONSUMUL DE DROGURI ÎN ROMÂNIA

Despre acest fenomen la noi în țară se poate vorbi începând cu anii 1980, ca urmare a apartenenței tinerilor la anumite „*găști de cartier*”, și care au încercat diferite droguri din dorința de a se impune în fața celorlalți, de a deveni



„cineva” în grupul respectiv. Drogul devenise o unealtă în obținerea sentimentului de coeziune, de complicitate, de a aparține undeva, la cineva, A luat amploare îndeosebi în orașele mai mari, incluzând în special capitala. În această perioadă apăreau sporadic grupuri mai mici de tineri, care în baruri și discoteci consumau alcool împreună cu diferite medicamente sau inhalau diferite diluante.

Tableta „**EXTAZY**” a ajuns coșmarul părinților. Nici eu, și cred, că nici alți părinți nu reușim să fim de acord cu ideea că această substanță ar fi nedăunătoare, sau să stăm indiferenți față de zvonurile după care această substanță s-ar comercializa chiar și în discoteci.

Este oare atât de inocentă tableta Extazy? Contrar zvonurilor, ea este unul din cele mai periculoase narcotice. Apariția dependenței urmează o cale himerică: tableta produce o rezistență fizică nemaîntâlnită. Se poate dansa o noapte întregă fără senzația oboselii. Se păstrează o dispoziție euforică. De parcă am rumega frunza de coca, planta preferată a aborigenilor Anzilor. Spre deosebire însă de acestea, care nu produc dependență sau complicații somatice (extrasul lor este inclus chiar în compoziția băuturii răcoritoare Coca-cola), Extazy produce o dependență rapidă. Este lesne să se mai ia o doză, apoi încă una, iar în momentul în care omul are senzația că ar fi bine să mai ia o doză, fără să-și dea seama a devenit deja sclavul ei. E mai periculos ca dragostea! Mai rău ca ura! De ele poți scăpa, dar de Extazy NU! Te mușcă, ca vipera carpatină, și într-un timp record îți face ficatul nefuncțional. În Ungaria au fost descoperite cazuri mortale după consumarea a 6-8 tablete!

COMPORTAMENTUL DROGOMAN ESTE UN SIMPTOM DE BAZĂ A DISFUNCTIEI FAMILIILOR.

Într-unul din cazuri, tatăl este un om consecvent și hotărât, dar mama coordonează totuși familia. Mama se comportă hiperprotector, tatăl pedepsește crunt. Ea prin comportamentul ei subminează rolul tatălui în familie, îl neglijează, tatăl se retrage la periferia familiei, se închisteaază în sine, iar copilul nu poate decide de partea cui să fie. Dragostea patologică a mamei îi conferă copilului o viață comodă, fără griji, dar totodată el se simte incomod din cauza marginalizării tatălui. El nu dorește să-l supere pe nici unul dintre părinți. Pentru contracararea neliniștii lăuntrice îi cade la țanc drogul, care, măcar pentru moment îl va ajuta să depășească aceste angoase.

Într-un alt caz, tatăl are un caracter slab, stă mult timp de parte de familie, alcoolizează. Se strică astfel relația dintre fiu-tată. Se dărmă în sufletul copilului „modelul de tată”, atât de necesar dezvoltării echilibrate al adolescentului.

Aceste exemple se referă în primul rând la băieți, dar comportamentul deviant se întâlnește și la fete. Toxicomanii devin adulți numai din punct de vedere fizic, în sufletul lor ei continuă să fie niște copii care așteaptă să fie mângâiați, să li se recunoască meritele, au nevoie de ocrotirea familiei și așteaptă să fie pedepsiți, dacă greșesc. Vor să-și retrăiască viață fără de griji din copilărie și adolescență. Tinerii, spre sfârșitul adolescenței ar vrea cu orice preț să-și câștige independența, tăind ombilicul care îi leagă de părinți, ar vrea să fie „departe” de ei, fără controlul lor, dar în același timp ei doresc să aibă parte de dragostea părintească. Este o duplicitate a voinței lor. O ambivalență și o ambitudință, care îi încarcă cu o anxietate, o nesiguranță tocmai potrivită alunecării spre folosirea unui drog.

Obnubilarea conștiinței provocată de consumarea drogului poate conferi adolescentului acea impresie de falsă independență, pe care și-o dorește cu atâta ardoare.

În rândurile toxicomanilor procentul homosexualilor este mai ridicat. Iar lipsa unei socializări sexuale corecte poate declanșa la rândul ei un comportament deviant.

TREPELE CONSUMULUI DE DROGURI

Degustarea: adolescenți de 10-12 ani - din curiozitate sau la sugestia celor mai experimentați, - pot face primii pași în domeniu. Cei care încearcă drogul singuri, îl fac mai mult din autoconsolare, dar nu putem ignora nici posibilitatea unui comportament sinucigaș,

Obişnuință: repetarea acțiunii de drogare, fără să apară dependența,

Abuzul: consumul de droguri, care are deja urmări nocive asupra sănătății,

Dependența: consum de droguri pentru alinarea suferinței cauzate de lipsa acestora în organism.

Poate fi de natură psihică și fizică (psihosomatică). Dependența fizică este mai des întâlnită și apare în cazul fiecărui drog după diferite intervale de timp. Persoana dependentă poate face față cerințelor numai după ce și-a administrat o nouă doză. Cine dintre noi nu cunoaște figura clasică a bețivului cu mâna tremurândă, care, trezindu-se din somn, imediat trebuie să dea pe gât primul pahar de băutură, după care în mod aproape instantaneu va dispărea tremuratul mâinilor. În cazul drogurilor acest fenomen apare mult mai intens.

SEMNELE PREMONITORII ALE CONSUMULUI DE DROGURI

Simptome psihice: nervozitate, neliniște, pesimism, indiferență, pierderea speranței, sau contrariul acestora, explozii de bucurie, nevoia exagerată de conversație, tul-



burări de memorie și concentrare. Mai târziu apare o oboseală marcată, oscilații ale randamentului, tulburări ale somnului, dezorientare temporo-spațială. Anxietate, crize de panică, halucinații, rezistență scăzută la stimulii externi.

Semne fizice: fața gri-palidă, ochi înfundați în orbită, mișcărilor sau mioză, urme de înțepături de origine necunoscută, hematoame, acumulări de puroi pe diferite părți ale corpului, uscăciunea gurii, dinți cariați, neîngrijiți, inapetență, slăbire, dorința accentuată de a mânca dulciuri, ametele, mișcări haotice, încetinirea pulsului (bradicardie), halenă cu miros de benzină.

Simpptome comportamentale: consumatorul de droguri se va izola în grupul lui anterior, iar în familie el va prezenta treptat o inhibare, autoizolare, schimbarea radicală a modului de viață anterioară, ținerea în secret a unor prieteni noi, dispariții frecvente din casă, incapacitate de adaptare, lipsa exigenței față de el însuși în ceea ce privește vestimentația, freza, igiena corporală, un comportament care ar putea afișa sloganul "ce-mi pasă mie?"

MODIFICAREA SISTEMULUI DE VALORI LA NARCOMANI

Vor fi cotate negativ: familia, munca, șeful, armata, școala, școala corecțională, poliția, statul, constrângerea, privarea de libertate, handicapul fizic, moartea.

Vor rămâne ca valori ambivalente: membrii de familie, sexualitatea, vârsta copilăriei și cea adultă, prietenia (o doresc, dar nu o pot simți ca pe o trăire), singurătatea, boala psihică, alimentația.

Devin **valori pozitive:** drogul, viața în gașcă, concertele rock, libertatea, vestimentația, freza extravagantă, bijuteriile, sensibilitatea, dreptul la ceva (ei au numai drepturi, ceilalți numai obligații).

O investigație făcută în SUA în anul 1994 printre dependenții de droguri cu antecedente de 8-10 ani, a împărțit acești tineri în 4 grupuri:

GRUPUL A: cuprinde tineri, care s-au socializat în familii organizate, dar mama era dominatoare, și cel puțin unul dintre părinți era alcoolice.

GRUPUL B: în cadrul acestei grupe au fost examinați tineri cândva instituționalizați, care au ajuns în aceste centre din cauza pierderii părinților. Pentru ei, **valoarea pozitivă** a fost: gașca, mulți prieteni, concertul, viitorul, locuința, meseria, familia, banii, rolul de șef în gașcă, conversațiile armonioase în familie. **Valoare ambivalentă** a devenit: furtul, sexul, prietenia, vagabondajul, etc. Singura **valoare negativă** declarată de acest grup a fost plictiseala.

GRUPUL C: cuprindea tineri care au fost crescuți atât în familie cât și în orfelinate. Din cauza destrămării familiilor lor, ei au ajuns copiii străzii. O devianță cumulată se poa-

te observa în comportamentul acestor tineri, dar nu drogul este factorul organizator. Ei sunt mai ușor de recuperat. Pentru ei **valori pozitive** au fost: gașca, fuga de acasă, hippism, încrederea, grija față de semeni, dragostea părintească, familia. **Valori negative:** neacordarea ajutorului dorit, divorțul, agresivitatea, teama, nereușita. **Valori ambivalente:** furtul, înșelăciunea, remușcările.

GRUPUL D: cuprindea tineri, care deși proveneau din familii organizate, făceau totuși parte din diferite grupuri de subcultură. Pentru aceștia **valori pozitive** reprezentau statura înaltă, diversitatea față de ceilalți, stilul avangard, muzica, călătoria, arta, legăturile partenieriale. **Valori negative:** fuga după bani, politica, bunăstarea materială. Vor fi percepute ca **valori ambivalente:** părinții, drogul.

Tinerii din ultimele două grupuri au fost cei mai accesibili din punct de vedere al tratamentului, iar cel mai puțin afectați din punct de vedere psihic au fost reprezentanții grupului D.

Halucinogenele și drogurile cel mai des folosite în țara noastră sunt:

- Somniferele, calmantele: dependența se crează mai ușor față de barbiturice,
- Dizolvanții organici: benzină, benzol, vopsele, adezive,
- Halucinogenele: LSD, marihuana, hașișul, heroina, cocaina,
- Derivații de opiu, analgezicele,
- Țigările din cânepă indiană (canabis).

HALUCINOGENELE

HALUCINAȚIE s. f. stare psihică anormală, sub imperiul căreia cineva percepe lucruri sau situații inexistente. ◊ produs al acestei stări; nălucire, vedenie. (< fr. *hallucination*, lat. *hallucinatio*)

Halucinogenele sunt un grup din variantele de droguri. Cele cunoscute sub numele de psihodisleptice, psihomimetice, administrate peroral sau injectabil, pot produce dereglări în perceperea timpului și a spațiului, halucinații, viziuni colorate, euforie, simptome schizofreniforme, depresie, tentative de sinucidere ("*horror trip*" = călătorie de groază).

Halucinogenele de origine vegetală erau folosite cu sute de ani în urmă cu ocazia diferitelor ritualuri cultice în vederea atingerii unor stări de extază.

Unele halucinogene, din cauza efectelor relaxante, sunt folosite ca substanțe adjuvante în psihanaliza și psihoterapia alcoolismului, nevrozelor, perversiunilor. Chiar dacă după concepția actuală halucinogenele nu crează dependență, pericolul abuzului totuși există.



Dacă unui păianjen i se administrează o cantitate mică de halucinogene, el își va pierde capacitatea de a-și mai țese pânza în mod regulat. După forma și mărimea greșelilor din plasă se poate deduce tipul de halucinogen cu care a fost tratat.

STIMULENTELE

Acestea sunt acele medicamente, care excită sistemul nervos central. Administrarea lor repetată duce la dependență.

Fiecare consumator de droguri este în pericol vital din punct de vedere biologic, dar o treime din ei a avut și încercări de sinucidere.

Cred, că nu este nevoie de alte dovezi pentru a demonstra faptul că ne confruntăm cu o problemă socială foarte gravă, iar pericolul este în continuă creștere. Astăzi se poate afirma fără reținere, cea ce chiar cu 5 ani mai înainte nu se putea pronunța, că pericolul „drog” ne atinge tineretul din ce în ce mai mult. După cum putem acum afirma cu certitudine și faptul, că dacă până nu demult drogurile doar tranzitau țara noastră, astăzi o cantitate mare din ele rămâne și se consumă aici. Numărul drogodependenților este încă incert. Narcologii apreciază numărul acestora undeva între 10 și 100 de mii. Aceste cifre vagi demonstrează, că nici specialiștii care lucrează zilnic pe această problemă, nu au date certe despre dimensiunile fenomenului. Întrebarea ne duce în zona legăturilor de cuplu și de parteneriat a consumatorului: să nu se aștepte nimeni, ca el să vină singur cu problemele lui, cu specificul modului de a trăi în grupul lui, cu patimile lui, pentru a ne cere ajutorul.

Cei care studiază viața narcomanilor, afirmă că, reușita recuperării acestora este de numai 10%, deci din 10 persoane tratate numai unul se va lăsa definitiv de droguri. Eforturile de prevenție trebuie bazate pe acest considerent, pentru a preveni secătuirea profesional-sufletească a celor care vor să-i ajute. Nu trebuie așteptată apariția dependenței, ci, printr-un efort maxim de prevenție este bine să purcedem la atenționarea copiilor și adolescenților asupra pericolelor iminente și a situațiilor de seducere a lor de către distribuitori sau consumatori mai vechi.

În crearea unui climat familial optim, părinții au o responsabilitate enormă. Copii trebuie să învețe regulile vieții într-o atmosferă plăcută, calmă, plină de dragoste. Dacă familia nu este capabilă să dizolve trăirile negative ale copilului, este binevenit ajutorul unui profesor, diriginte, preot, psiholog cu experiență și cu capacități pedagogice deosebite.

Alte cauze care pot duce la dependență:

- Alegerea rezolvărilor ușoare ale situațiilor traumatice prin refugiarea din fața unei realități deprimante,
- Dorința de a repeta o experiență anterioară foarte plăcută, până când abținerea de la repetare devine imposibilă,
- Drogurile pot fi unealta exprimării revoltei față de un mod de viață inacceptabil pentru ei, pe care nu-l pot schimba, dar și de o frondă sau de un salt înainte în poziția lor în grupul respectiv,
- Senzația relaxantă a apartenenței la un grup social râvnit de ei.

Pentru orice plăcere, sau pentru procurarea oricărui drog este nevoie – evident - de bani, de mulți bani, iar lipsa acestora duce la comiterea unor fapte antisociale solitare sau în grup. Se formează găști, apar adevărate mișcări sociale, numele lor vor umple paginile evidențelor poliției. Ce vor ei de fapt? Distrugerea realizărilor civilizației, a tot ceea ce a realizat omenirea: confortul, dragostea de a învăța, de a munci. Ei neagă orice valoare socială, dar vor totuși să aibă parte de acestea. Mai mult decât atât: doresc vestimentație de ultimă modă, motociclete sau mașini, logistică de ultimul răcnet, excursii în străinătate. Iar pentru atingerea acestor scopuri vor BANI! Cât mai mulți bani! Condamnă goana după bani, neagă că ar avea nevoie de ei, dar nu pot supraviețui fără aceștia; ajung la „negarea negației” (nihilismul nihilismului!).

Apoi, într-o bună zi, ei se întorc acasă, cu coada între picioare, ca niște foști copii risipitori, se îmbracă la costum, la cravată, se apucă de lucru. Societatea îi poate recâștiga. **Nu însă pe toți.** Dispar martirii drogurilor, cei omorâți și jefuiți, cei pierduți „accidental” din cauza unor supradoze. Rămân în urmă sănătați distruse, ani grei pierduți degeaba, genii secate, copii malformați.

Bibliografie:

1. Albert Veress: Afurisitul adolescent, Editura Alutus, Miercurea Ciuc, 2006



ABORDAREA SISTEMICĂ ÎN TERAPIA ADICȚIILOR: DE LA DEPENDENȚĂ ȘI CODEPENDENȚĂ LA INTERDEPENDENȚĂ*

■ Dr. Holger-Ortwin Lux, Asociația Crucea Albastră din România, Sibiu

*lucrarea a fost prezentată la Weekendul Național Balint de Iarnă, 17-19 ianuarie, 2020, Dărmănești

Rezumat: : Această lucrare începe cu o scurtă prezentare teoretică, din perspectivă psihoterapeutică, a noțiunilor de dependență, independență, autonomie și interdependență, după care dezvoltă tematica dependențelor patologice, arătând că adesea o parte importantă a cauzelor acestora se poate găsi în modul în care a fost crescut în primii ani de viață și în care și-a format un anumit stil de atașament (adesea nesigur) viitorul dependent, în strânsă interacțiune cu membri apropiați ai familiei. Aceștia prezintă sau dezvoltă în timp atitudinile caracteristice pentru codependență, descrisă și prin modelul triunghiului dramatic, cu rolurile de victimă, salvator și persecutor. În ultima parte lucrarea prezintă - și cu ajutorul unui studiu de caz - importanța includerii aparținătorilor persoanelor care suferă de o dependență în procesul de recuperare și arată cum metoda sistemică a constelației familiale poate fi folosită cu succes în acest demers.

Cuvinte cheie: Dependență, codependență, interdependență, autonomie, triunghiul dramatic, constelația familiei.

Abstract: *The Systemic Approach In Addiction Therapy: From Dependence and Codependency To Interdependence*

This paper starts with a short theoretical presentation from the psychotherapeutic perspective of dependence, independence, autonomy and interdependence, than enters the field of pathological dependencies and shows that in many cases important causes of these can be found in the way the person becoming later addicted was raised in the first years of life and developed a certain (often unsecure) attachment style. All this in close interaction with the members of his family that develop more and more characteristic attitudes for codependency, as also described in the Drama Triangle Model, with its roles of victim, saviour and persecutor. In the last part the paper presents - also with a case study - the importance of including the "significant others" (partners etc.) of clients suffering from addictions in the recovery process and shows how the method of Systemic Family Constellation can be used successfully for this goal.

Key Words: *Dependence, codependency, interdependence, autonomy, drama triangle, family constellation.*

„Nu se știe cine dă și cine primește.”

Constantin Noica

Dependența este un termen cu conotații foarte largi. Putem să spunem că este starea în care ne naștem. Depindem de alte persoane – în mod normal în primul rând părinții – pentru a ne oferi hrană și protecție și toate condițiile de care avem nevoie pentru a ne dezvolta (confluență, introiecție).

Deja din primii ani apar însă și manifestări ale **independenței**. Începem să mergem singuri, să refuzăm anumite lucruri oferite de părinți, ne încăpățânăm să mâncăm singuri sau să ne legăm singuri șireturile (egotism). Uneori devenim chiar rebeli, până la a ne lovi sau mușca

părinții (agresiune, proiecție). În multe cazuri după ce am reușit să ne găsim o cale proprie în viață, ne apropiem din nou de părinți, dar în alt mod, oarecum „de la egal la egal”, într-o **interdependență** mai mult sau mai puțin echilibrată și armonioasă. Și s-ar putea să vină și timpul când vedem că acum mai mult ei au nevoie și poate chiar devin dependenți de noi, de resursele și îngrijirile pe care li le putem oferi.

În cultura occidentală s-a propagat multă vreme idealul **autonomiei** individului și credința că autosuportul ar fi o măsură a maturității și modul optim de funcționare al omului în lume. Gestalt-terapeuți precum Joseph Melnick și Sonia March Nevis susțin însă că „responsabilitatea noastră pentru acțiunile noastre (...) nu se oprește la frontiera contact dintre noi și celălalt. (...) Noi ne distanțăm de viziunea



occidentală tradițională, conform căreia valoarea supremă este independența. Vedem în dependență o valoare care trebuie recunoscută (...). Intimitatea include disponibilitatea de a renunța la autonomie, de a cunoaște și nevoia de a fi ajutați de alții și de a ne manifesta simțul răspunderii chiar și față

de cei care sunt distanțați față de noi.

Ce rămâne atunci din maturitate în sensul autosuportului? Independența și autosuportul sunt necesare, dacă nu există **celălalt intim** (persoana apropiată) de care suntem dependenți și care ne poate sprijini. Dependența și a ține cont de celălalt sunt însă necesare pentru legătura dintre noi, dacă există acel celălalt cu care sunt intim. Pentru că într-o relație cu adevărat intimă cei doi au capacitatea să integreze cei doi poli ai continuumului dintre autonomie și dependență într-un mod estetic". (Joseph Melnick/Sonia March Nevis – *Handbuch der Gestalttherapie*, pg. 935)

Văd în acest citat o descriere foarte reușită a **interdependenței**. Familiile sunt în esența lor sisteme de relații bazate pe intimitate, aflate într-un permanent proces evolutiv. Capacitățile legate de awareness, de contact și de asimilare pot fi luate ca etalon pentru o bună funcționare și ca cel mai bun suport pentru o dezvoltare armonioasă.

Însă putem ajunge ușor și la **dependențe patologice** cum ar fi dependența de alcool, droguri, jocuri de noroc etc. Adesea o predispoziție pentru aceasta se creează încă din primii ani de viață.

În cartea sa „*Der Kuss der Selene*” (Sărutul Selenei), Karl Lask, fostul director al Comunității Terapeutice „*Haus Burgwald*” din Germania, dezvoltă următoarea viziune:

Legenda despre Selena și Endymion provine din mitologia greacă. Ea povestește despre un adolescent care adormise, Endymion. Era păstor. Zeița Lunii, Selena, i-a dat un sărut pe frunte, care l-a umplut de o asemenea stare de fericire, încât l-a rugat pe Zeus, să-l lase să trăiască pe veci dormind în acea stare de fericire. Zeus i-a îndeplinit dorința.

De acum timpul trecea pe lângă el fără să-l mai afecteze, fără ca el să fie obligat să se confrunte cu una și alta. Astfel, Endymion pierdea contactul cu realitatea, nu mai era capabil să-și conducă viața.

Putem compara răsfățarea cu sărutul Selenei. Mai mult decât tații, mamele sunt cele care i-au răsfățat pe mulți dintre cei care mai târziu au ajuns dependenți de alcool. Mai ales băieții sunt adesea tratați ca niște „*prințiori*”.

Când vine vremea să-și aleagă o parteneră de viață de regulă găsesc o fată dispusă să continue această răsfățare. Ea îi îndeplinește toate dorințele, ca să fie fericit. El depinde de răsfățarea din partea ei ca Endymion de sărutul Selenei. Dar într-o bună zi femeia se simte frustrată că mereu ea este cea care dăruiește, iar el nu-i oferă umărul pe care se poate sprijini. Apar primele dezamăgiri de ambele părți. Dar la un moment el face o descoperire uluitoare: dacă consumă alcool, poate trăi aceleași stări de fericire ca atunci când este răsfățat. Acum nu mai depinde de răsfățarea din partea mamei sau a soției. Dispune de alcool ori de câte ori pofteste. Și tratat „*uită*” să trăiască în lumea reală. Participă tot mai puțin la activitățile cotidiene. Începe să regreseze.

Pentru soție băutura devine o rivală față de care se simte adesea neajutorată. Simte că a căzut pe locul doi. Ea luptă cu disperare și cu toate mijloacele care îi stau la dispoziție. Încearcă să-l răsfețe și mai mult, încearcă să țină problemele și grijile departe de el. Dar pentru el ea acum devine un dușman. Ea vrea să-i ia ceea ce îl face pe el fericit. Adesea se ajunge la violență.

Către exterior adesea soțiile fac eforturi mari pentru a „*salva aparențele*”. Își asumă tot mai multe responsabilități. Muncesc tot mai mult. Îi plătesc datoriile. Îl scuză la servicii pentru absențe. Adesea și copiii sunt implicați în aceste manevre de negare sau mascare a problemei. Acestea sunt atitudini tipice pentru ceea ce specialiștii în domeniu au numit **codependență**. Adesea o putem descrie cu ajutorul modelului triunghiului dramatic descris de doctorul Stephen Karpman, un discipol al doctorului Eric Berne, părintele analizei tranzacționale: persoanele implicate sunt prinse în rolurile lor de **victimă**, **salvator** sau **persecutor**, chiar dacă uneori rolurile se pot inversa. La un moment dat se poate ajunge la ruperea aproape totală a contactului autentic. (Karl Lask – „*Der Kuss der Selene*”)

Adesea primii care caută ajutor în această situație sunt aparținătorii. Și atunci ei sunt primii clienți care au nevoie de ajutor, chiar dacă poate la început le este greu să înțeleagă acest lucru. Dar în multe cazuri numai dacă ei încep să-și înțeleagă jocurile codependente pe care le joacă și cum aceasta permite celui dependent să-și continue la rândul său jocul dependenței se poate ajunge la o schimbare în cadrul sistemului.

„*Din punct de vedere al Gestalt-terapie, întrebarea nu este doar: Cum funcționează sistemul? Ci și: Vrem să funcționăm în continuare așa cum funcționează? Există o alternativă mai bună? Cum putem ajunge la ea?*” (Stefan Blankertz, Erhard Doubrava – *Lexikon der Gestalttherapie*, pg. 281)



Vreau să dau ca exemplu cazul unui prieten din Germania:

Walter lucra ca funcționar la o companie minieră, era căsătorit și avea un băiat. La vârsta de 35 de ani Walter și-a dat seama că i-a scăpat de sub control problema cu băutura și s-a internat din proprie inițiativă într-o comunitate terapeutică unde și-a tratat cu succes dependența de alcool. Câțiva ani mai târziu a realizat că fiul său, adolescent de 15-16 ani, avea și el probleme tot mai evidente cu alcoolul. Tatăl a încercat să-l ajute în fel și chip: să-i plătească datoriile, să-l ajute să-și rezolve problemele la școală, să-și ia o locuință separat de părinți, să se angajeze. Dar fiul bea tot mai mult și nu se mai ținea de nici un program, pierzând și serviciile. Tatăl său, mergând săptămânal la grupul său de întraajutorare pentru alcoolici, a înțeles într-un final că el face cu fiul său toate greșelile tipice pentru codependență. Atunci a vorbit și cu soția sa, au chemat fiul și i-au spus: „Te-am ajutat în ultimii ani de multe ori, dar ne-am dat seama că așa ca până acuma nu are rost să te mai ajutăm, pentru că rezultatul este un dezastru. Chiar trebuie să te rugăm acum să nu ne mai cauți deloc până în ziua în care tu vei face primul pas pentru tine.” A urmat o perioadă foarte grea pentru părinți, în care nu au știut nici măcar unde se află fiul lor. După trei sau patru luni au primit un telefon de la un spital. Au fost întrebați dacă au un fiu pe nume cutare. După ce au confirmat angajatul spitalului le-a spus: „Să știți că fiul dumneavoastră s-a internat la noi și vă transmite că a făcut primul pas.” În aceeași zi s-au dus să-l viziteze și când au intrat în salonul pacienților fiul a spus: „Tată, acum să-mi spui ce am de făcut!”, știind că și tatăl său trecuse prin terapia de reabilitare.

Astăzi Walter este un membru marcant al Crucii Albastre din Germania și este bucuros că și fiul său și-a păstrat noul stil de viață abstinent după ce s-a tratat într-o comunitate terapeutică.

Ajungerea la un stil de viață abstinent nu înseamnă însă că toate problemele s-au rezolvat, cum cred unii pacienți și familiile lor, într-un mod naiv, la începutul terapiei. Pentru a ajunge la o interdependență pozitivă, cel dependent trebuie să învețe treptat să-și asume din nou mai multe responsabilități, să-și crească în continuare toleranța la frustrare, să se integreze în viața socio-profesională.

Un instrument util în acest sens este și „bilanțul stilului de viață”, un chestionar de autoevaluare care ajută la creșterea stării de awareness pentru factorii care contribuie la dispoziția psihică generală: modul de a se hrăni, de a se odihni, măsuri pentru îmbunătățirea condiției fizice, mulțumirea pe plan sexual, satisfacerea nevoii de afecțiune, autoacceptarea, frecventarea unui grup suportiv, evitarea surmenajului, preocupările intelectuale, cultivarea unor

plăceri autentice, antrenarea răbdării și autodiscipliniei, luarea corectă a deciziilor, toleranța față de alte persoane etc. (Ralf Schneider, Ingrid Lux, Holger Lux – „Alcoolul și medicamentele – droguri?”)

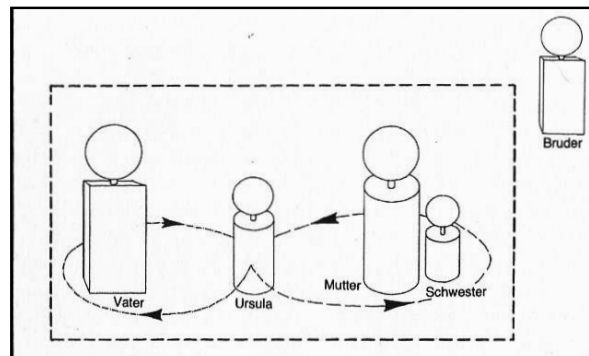
Ceilalți membrii ai familiei, și mai ales partenera sau partenerul de viață, dacă vor să sprijine reabilitarea sa, trebuie să învețe să nu se mai simtă ei responsabili pentru cel care a fost dependent, trebuie să renunțe la tendința de a controla și domina, trebuie să învețe din nou să acorde încredere.

Pentru a facilita acest proces, este indicat ca amândoi sau chiar mai mulți membri ai familiei să frecventeze și un grup de întraajutorare pentru cei care au fost dependenți și pentru aparținătorii lor și eventual să continue o consiliere sau terapie ambulatorie și după terminarea terapiei staționare.

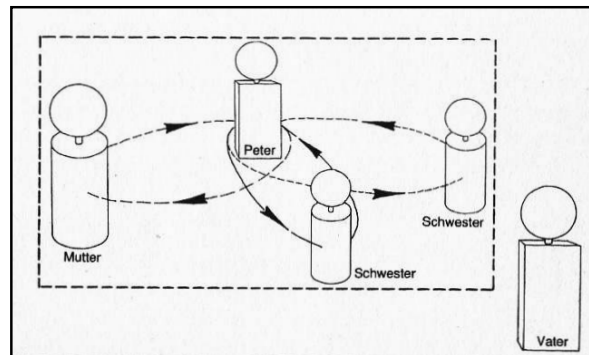
ANEXA - METODA SISTEMICĂ A CONSTELAȚIEI FAMILIALE

STUDIU DE CAZ:

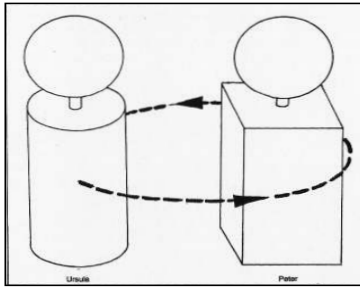
Ursula și Peter (Sursa: Karl Lask - *Der Kuss der Selene*)



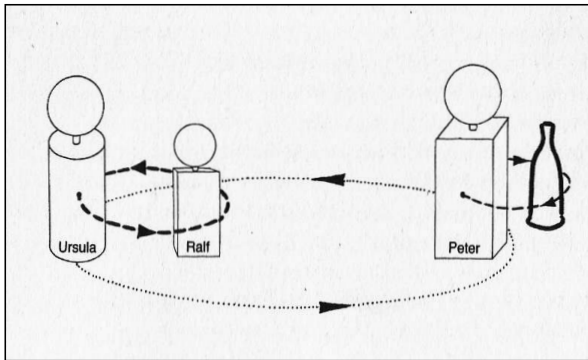
„Ursula se învârte în jurul familiei sale”



„Totul se învârte în jurul lui Peter”

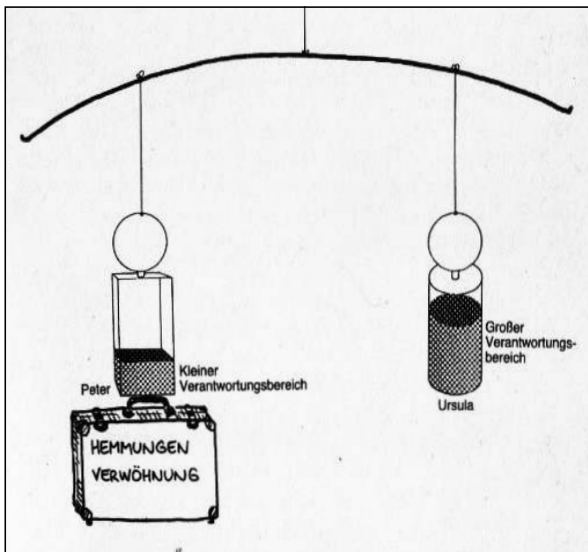


"Ursula se învârtă în jurul lui Peter"

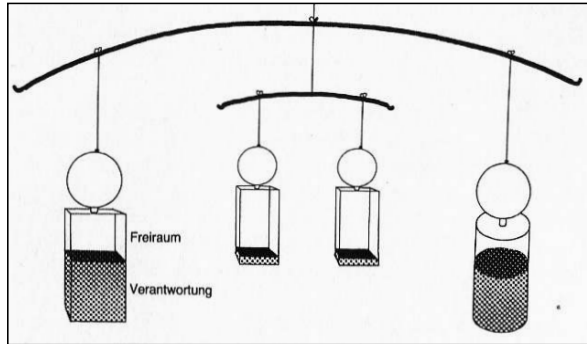


"Ursula se învârtă în jurul lui Ralf, Peter se învârtă în jurul sticlei, Ursula se învârtă în continuare și în jurul lui Peter"

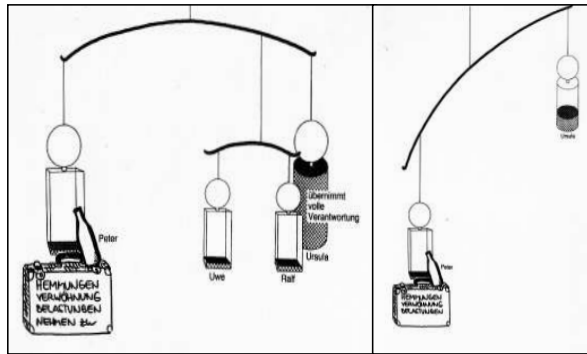
VARIANTA "MOBILE"



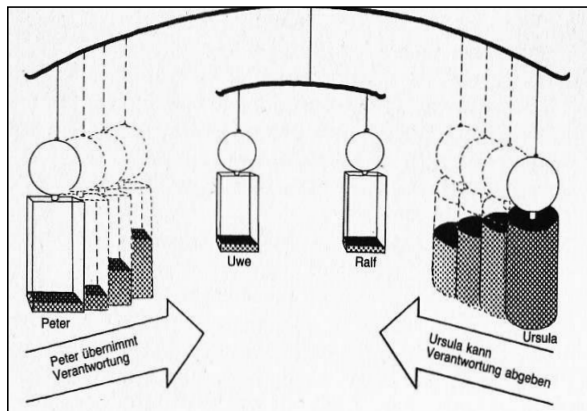
Stadiul inițial al relației dintre Ursula și Peter (partea plină reprezintă responsabilitatea fiecăruia) (Peter- mai puține responsabilități, în schimb un "bagaj" de răsfățare și inhibare; Ursula - mai multe responsabilități)



"Familia ideală" - Sistemul este în echilibru
Situția la începutul terapiei



Dezechilibrul care se vede în momentul în care Ursula nu mai preia responsabilități și pentru Peter (la al cărui bagaj s-au adăugat problemele datorate alcoolului)



Procesul de recuperare: Peter preia treptat mai multă responsabilitate Ursula mai renunță la unele responsabilități
Țelul: Cei doi parteneri se dezvoltă împreună și se apropie din nou. Și copiii își găsesc un nou echilibru și pot să se bucure din nou de copilăria lor.



Prezentarea cazului, în rezumat:

Este vorba despre un cuplu, Ursula și Peter, care se prezintă la o clinică de recuperare pentru dependențe din Germania. El este dependent de alcool.

În primele două figuri vedem reprezentarea prin metoda constelației familiale a familiei de origine din care provine fiecare.

La Ursula iese în evidență că de mică era obișnuită să i se atribuie multe responsabilități, fiind cea mai mare dintre cei trei copii.

Peter de mic era răsfățat de către mama și cele două surori mai mari, fiind obișnuit ca alții să-și asume responsabilitățile și pentru el, repectiv în locul său.

După ce cei doi se căsătoresc, fiecare rămâne în tiparul său obișnuit: Ursula se învârte în jurul lui Peter și îl răsfăță. Până aici totul pare în regulă, cei doi par fericiți împreună.

Situația se schimbă după ce apar și cei doi băieți. Peter se simte frustrat că nu mai este atât de răsfățat ca înainte și își găsește "consolarea", respectiv o nouă răsfățare, în băutura. Ceea ce duce în timp la asumarea a și mai puține responsabilități.

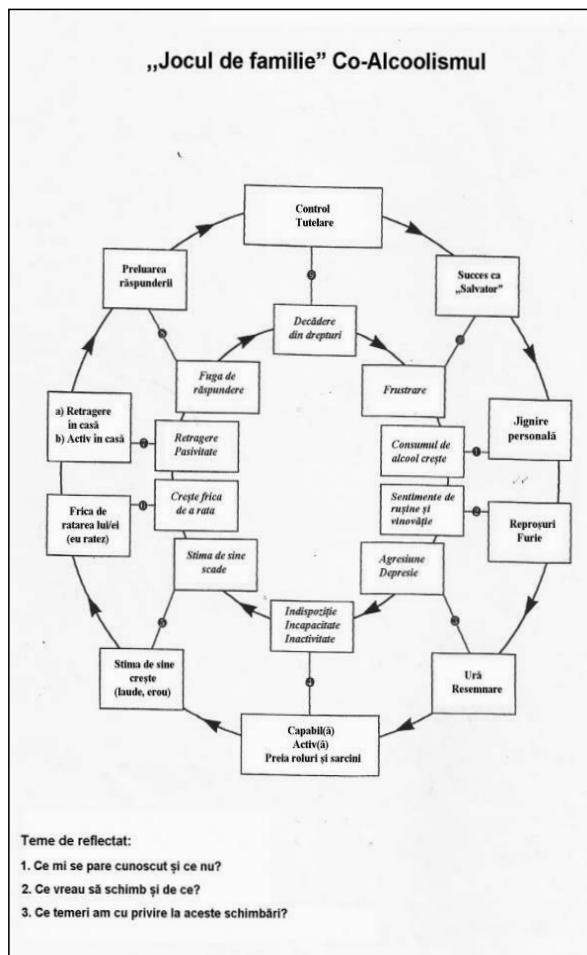
Ultimele imagini folosesc modelul numit "mobile" - figurile care reprezintă membrii familiei sunt atârinate cu niște sfori de niște baghete, ca o balanță.

Se vede cum sistemul treptat se dezechilibrează, cu cât se agravează problemele care apar din cauza dependenței de alcool a lui Peter și cu cât dincolo de un punct Ursula refuză să-și mai asume responsabilități și în locul său, cum obișnuia să facă la începutul relației lor.

În ultima figură se vede cum treptat se restabilește echilibrul în familie, pe măsură ce Peter este din nou capabil și dornic să-și asume mai multe responsabilități și Ursula îi vine în întâmpinare.

Un alt model care reflectă abordarea sistemică și care este util mai ales în consilierea de cuplu este cel al dublului cerc vicios - al dependenței și al codependenței - așa cum este redat în "Handbuch für die Suchtkrankenhilfe" (Manual pentru terapia adicțiilor) publicat de Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe in Editura "Blaukreuz-Verlag", Wuppertal, (2000).

Acest model arată foarte bine modul de interacțiune și de condiționare reciprocă între o persoană dependentă, care se învârte în cercul vicios intern, și persoana cu care se află într-o relație apropiată, care o însoțește învârtindu-se pe cercul vicios extern, între cei doi având loc un schimb permanent de mesaje verbale și nonverbale, care influențează și cu fiecare repetare de ciclu amplifică și mai mult atitudinea fiecăruia, respectiv "rolul" pe care îl joacă în acest "joc de familie". Rostul modelului este de a ajuta cei doi protagoniști să devină conștienți de acest „joc”,



înainte de a trece la schimbarea lui. Respectiv de a ieși din aceste cercuri vicioase.

Modelul se descifrează în ordinea numerelor trecute între cele două cercuri.

Să presupunem că persoana dependentă este de sex masculin - Adam - iar cea codependentă de sex feminin - Eva. (Deși bineînțeles că ar putea fi și invers.)

1. Adam, deși i-a promis Evei că după serviciu va veni direct acasă, se oprește la o cârciumă, "numai pentru o bere". Iar după câteva ore și mai multe beri se află tot acolo. Eva percepe asta ca o jignire personală și ...
2. ... îl întâmpină cu reproșuri furioase. Acestea vor trezi la Adam sentimente de rușine și vinovăție.
3. La rândul său poate reacționa cu depresie, care poate să inducă partenerii o stare de resemnare; dar poate reacționa uneori și cu agresiune, care pot trezi la Eva sentimente de ură.
4. Ea devine tot mai activă și capabilă, cu cât el devine mai pasiv și mai incapabil.



5. La ea stima de sine crește, este lăudată („eroina”), în timp ce la el stima de sine scade.
6. La el crește frica de a rata. Dar și la ea apare o frică pentru că percepe ratarea partenerului ca pe o rată proprie.
7. Și la Eva apare o tendință de izolare socială. Se retrage în casă, chiar dacă este cea activă. Nu mai invită oaspeți, de rușine. Pe când Adam devine tot mai pasiv și mai retras.
8. El fuge de răspundere. Ea preia tot mai multă răspundere.
9. Eva deține tot mai mult control și ajunge să îl tuteleze pe Adam ca pe un copil.
10. Ea chiar are impresia că reușește să gestioneze cu succes toată situația. Dar el este tot mai frustrat. Și

așa ... își caută un nou moment de „descărcare”. Și ciclul se reia.

BIBLIOGRAFIE

11. Reinhard Fuhr, Milan Sreckovic, Martina Gemmler-Fuhr – „Handbuch der Gestalttherapie”, Hogrefe Verlag, Göttingen, 2001
12. Karl Lask – „Der Kuss der Selene”, Blau-Kreuz-Verlag Wuppertal, 1988
13. Stefan Blankertz, Erhard Doubrava – „Lexikon der Gestalttherapie”, Peter Hammer Verlag, Wuppertal, 2005
14. Ralf Schneider, Ingrid Lux, Holger Lux – „Alcoolul și medicamentele – droguri?” Editura Hora, Sibiu, 1999.

METODA TERAPEUTICĂ DE RECUPERARE DIN ADICȚII ”MINNESOTA ”

■ Psiholog Ramona Baghiu, Bacău

*Lucrarea a fost prezentată la Weekendul Național Balint de Iarnă, 17-19 ianuarie, 2020, Dărmănești

Rezumat: *Dependența față de o substanță este văzută ca o boală tratabilă (conform atitudinii Organizației Mondiale a Sănătății începând din 1956), perspectiva asupra bolii fiind una bio – psiho – socio – spirituală. Terapia de facilitare în 12 pași - modelul Minnesota în terapia persoanelor cu comportament adictiv este o terapie standardizată care oferă terapeutului un instrument comprehensiv, ușor de urmat și de pus în practică și care permite utilizarea ei în cadrul conceptului de personalizare a terapiei alcoolului. A.A. nu propun un tratament, ci doar un grup de autoajutor al indivizilor care doresc onest să - și oprească consumul precum și persoanelor codependente, grup care este ghidat de tradiția AA și de cei 12 pași pe care trebuie să-i parcurgă fiecare nou membru. Crediința de bază a grupurilor AA se poate reduce la două teme principale: a) credința în „Forța Superioară/Divină” care este definită de credința și speranța în recuperare și b) “orice merge” care reprezintă faptul că individul poate recurge la orice soluție pentru a evita contactul cu alcoolul.*

Cuvinte cheie: *dependența față de o substanță, alcoolism, metoda Minnesota, terapia de facilitare în 12 pași.*

Abstract: *Therapeutic method of recovery from addictions „Minnesota”*

Addiction to a substance is seen as a treatable disease (according to the attitude of the World Health Organization since 1956), the perspective on the disease being a bio - psycho - socio – spiritual matter. The 12 - Step Facilitation Therapy - The Minnesota Model in Addictive Behavior Therapy is a standardized therapy that provides the therapist with a comprehensive tool that is easy to follow and implement and allows it to be used in the concept of personalizing alcoholic therapy. The A.A. is not proposing a treatment, but only a self-help group of individuals who honestly want to stop their consumption as well as codependents, a group that is guided by the AA Tradition and the 12 Steps that each new member must go through. The basic belief of AA groups can be reduced to two main themes: a) belief in the “Superior / Divine Force” which is defined by faith and hope in recovery and b) “anything goes” which means that the individual can resort to any solution to avoid contact with alcohol.

Key words: *substance abuse, alcoholism, Minnesota method, 12 - step facilitation therapy.*



REPERE TEORETICE

Perspectiva asupra dependenței față de o substanță nu este însă una oarecare, ci una integrativă: alcoolismul este o afecțiune bio – psiho – socio - spirituală care solicită o intervenție la același nivel. Aspectele etice în adicții sunt de ordin individual, derivate în principal din autonomia de decizie a persoanei în cauză și participarea ei activă în conduita terapeutică, dar și de ordin social, sau comunitar- legate de percepția societății față de acest fenomen.

Merită menționat faptul că, în 2011, Societatea Americană de Medicină de Adicție (ASAM) a lansat noua definiție a dependenței după un proces de patru ani care implică mai mult de 80 de experți, definind dependența ca o boală care implică multe funcții ale creierului, în principal un dezechilibru al circuitului de recompensare. Acest lucru creează o problemă care se confruntă cu plăcerea și îi obligă pe oameni să caute modalități de a-și spori chimia creierului în legătură cu plăcerea, folosind substanțe și în unele cazuri, comportamente excesive cum ar fi hrana și jocurile de noroc. Cu alte cuvinte, au pus o ștampilă oficială asupra a ceea ce a spus A.A de zeci de ani în urmă în *“On Drug Abuse (1989) – Minnesota Model: Description of Counseling Approach”*

Una dintre cele mai eficiente metode folosite astăzi în recuperarea și reintegrarea în societate se bazează pe modelul multi - disciplinar Minnesota. Acest model îmbină consilierea cu resursele comunitare și grupurile de Alcoolici Anonimi. Ea s-a dovedit a avea cea mai mare rată de eficiență, conform experienței statelor vestice, de cca. 64%, spre deosebire de doar 5% eficiență curelor de dezintoxicare în Clinicile de Psihiatrie, 28% rată de succes pentru programele bazate pe metodele cognitive - comportamentale și 48% rată de succes pentru grupurile de Alcoolici Anonimi. Modelul Minnesota a luat ființă în Spitalul Wilmar State din Minnesota în 1950, când principiile grupului Alcoolicilor Anonimi au fost introduse în programul standard de psihoterapie al spitalului. Acesta a dus la rezultate atât de reușite, încât modelul de tratament a fost adoptat peste tot în lume.

ELEMENTELE DEFINITORII ALE METODEI TERAPEUTICE PENTRU ADICȚII MINNESOTA

Componentele modelului Minnesota variază în funcție de tratamentul utilizat pentru fiecare persoană. Acestea fiind spuse, există o structură de bază de tratament care este de obicei urmată de fiecare persoană. Crearea unei metode de recuperare structurată, dar adaptabilă, face

ca consultanții și terapeuții să mențină o abordare consecventă și eficientă a tratamentului.

Componentele individuale ale modelului Minnesota și beneficiile acestora includ următoarele:

- conceptul de boală al adicției; dependența este văzută ca o boală tratabilă;
- 12 Pași - reprezintă un set de principii spirituale ce pot fi *“traduse”* sau integrate în munca specializată; de ex., recunoașterea neputinței în fața alcoolului (Pasul 1) reprezintă de fapt admiterea existenței unei probleme cu alcoolul, etc;
- accentul se pune pe grup / comunitate, și nu pe individual;
- echipă multi - disciplinară (consilier în adicție, asistent social, consilier spiritual, consilier familial, psiholog, medic psihiatru, etc.);
- implicarea familiei în procesul de recuperare în vederea re-integrării familiale a alcoolului și a creșterii șanselor acestuia de a se menține abstinent;
- consiliere individuală în vederea planificării tratamentului și a particularizării lui pentru fiecare client în parte; anticiparea problemelor în funcție de ceea ce știm deja despre situația bio – psiho – socio - spirituală a clientului și prevenirea lor sau dobândirea de abilități pentru rezolvarea lor;
- folosirea resurselor comunitare de menținere a abstenenței (participarea la Alcoolicii Anonimi / Al-Anon);



Formarea capacității membrilor grupului de a se angaja în relații interpersonale sănătoase din cel puțin două motive. Mai întâi, teoreticienii ca Rogers, Kohut, subliniază că deținerea acestui potențial constituie un factor curativ puternic. În al doilea rând, oamenii relaționează și îi tratează pe ceilalți analog modului în care se raportează la ei înșiși. Schimburile externe sunt de regulă, oglinda realității a persoanei. Există o varietate de *“ferestre”* spre lumea incoștientă (Ferestrele lui Johari) – transferul, asociațiile libere, limbajul nonverbal, tipul caracterului, pulsuni și rezistențe. Rutan și Stone (1984) subliniază importanța terapiei de grup, în care *“prezența unei rețele de relații umane, față de singura relație cu analistul, sporește oportunitățile pentru multiplele experiențe apte să producă schimbarea”*.

Conform opiniei lui Yalom, conducerea eficientă a unui grup de suport presupune o prezență foarte activă din partea terapeutului și furnizarea unei structuri solide a gru-



pului. În cadrul terapiei de grup Minnesota, terapeutul se asigură că următoarele strategii sunt bine implementate și urmate cu seriozitate: distribuția timpului este împărțită egal între membrii grupului, nimic nefiind mai distructiv ca un membru să domine întreaga ședință; membrii participă activ; terapeutul focalizează activ atenția membrilor asupra a ceea ce este important; previne nerăbdarea și fluctuația atenției membrilor grupului; furnizează o direcție clară a ședinței de grup.

Metoda Minnesota are la bază o atmosferă suportivă prin care membrii grupului au sentimentul de afiliere, de siguranță și de încredere. Membrii grupului se vor așeza de preferință în cerc, fără mese sau alte obiecte în mijloc. Orele de început și de sfârșit ale ședinței sunt respectate cu strictețe pentru a oferi limite clare membrilor grupului. Grupul se va concentra pe schimbarea de foarte lungă durată în comportamentul și personalitatea fiecărui membru. Ca terapia să fie eficientă pe termen lung, aceasta necesită menținerea unei balanțe delicate între trăsăturile specifice structurii adictive și sentimentele de vină, rușine și devvalorizare ce domină în majoritatea cazurilor și în viața lor emoțională.

Cu alte cuvinte, când vine vorba de modelul Minnesota, aproximativ 80 - 90% din toate intervențiile se fac într-un set de grup. Importanța de a lucra într-un grup este de a aborda punctele principale ale modelului Minnesota. Persoanele ce se afla în recuperare vor avea o înțelegere mai bună a naturii dependenței și vor avea de asemenea un grup de sprijin care să îi ajute să lupte și să evite eventuale recidive. În aceste setări de grup, indivizii aflați în recuperare vor discuta despre dependența lor, despre ceea ce o declanșează, vor rupe negarea diferitelor probleme, vor primi feedback de la participanți și consilier, vor participa la grupuri de meditație, vor ajuta pe alții să lucreze la problemele lor și vor trece prin cei 12 Pași într-un mod constructiv și pozitiv. Nu este necesar să se lucreze acești 12 Pași în ordine, deci în cadrul sesiunilor de consiliere pașii pot fi defalcați pentru acele persoane cu nevoi specifice.

Fiecare persoană în recuperare va beneficia de un tratament individualizat care să răspundă nevoilor acestora. De exemplu, cei cu stări emoționale severe se pot întâlni mai frecvent decât cei care sunt mai stabili. Grupurile de ajutorare care se concentrează pe sobrietate, cum ar fi Narcotics Anonymous, pot fi, de asemenea, o parte a tratamentului. Scopul aici este de a construi stima de sine a unei persoane și de a le face mai puternice și mai capabile să facă față pro-

blemelor vieții de zi cu zi. În acest scop, o persoană poate, de asemenea, să participe la terapia bazată pe muncă (ergoterapie) pentru a -și menține corpul și mintea activă și să se concentreze asupra aspectelor pozitive ale progresului în viața lor. Aceasta poate include lucrul la un loc de muncă simplu cu o jumătate de normă sau lucrul chiar în centrul de recuperare, cum ar fi ajutorul pentru pregătirea mesei sau menținerea curățeniei. Aceste sarcini simple sunt concepute pentru a ajuta persoana să se simtă mai productivă și mai valoroasă, contribuind în același timp la creșterea arsenalului de abilități.

Eta finală a procesului terapeutic se fundamentează pe două direcții de acțiune distincte dar intercorelate. Pe de o parte este nevoia de menținere a abstenenței, iar pe de altă parte necesitatea transformării personalității dependentului. Pe măsură ce terapia de grup progresează, iar perioada de abstenență se prelungește, este nevoie tot mai mult de focalizarea pe transformarea și restructurarea personalității toxicodependente. În comunitățile terapeutice aceste două direcții de acțiune se circumscriu conceptului de prevenire a recăderilor, prezența la grupurile de suport fiind crucială.

Bibliografie

1. Dr. Alexinschi, Ovidiu (2018), Abordarea transdisciplinară a adicțiilor, Editura Studis, Iași;
2. Dr. Wilson, Bob (1938), The Big Book, Grapevine;
3. Durheim, Emil (1974), Regulile metodei sociologice, Editura științifică, București;
4. Larousse, Marele Dicționar al Psihologiei LAROUSSE, Editura Trei, București 2016;
5. Mitrofan, Iolanda (2011), Terapia Toxicodependenței, Editura Sper, București;
6. Revenco, Mircea (2018), Tulburări de personalitate, Editura Bons Offices, Chișinău;
7. The Royal Magazine of National Institute On Drug Abuse (1989) – Minnesota Model: Description of
8. Counseling Approach



DEPENDENȚA DE SEX - ABORDARE NOSOLOGICĂ, DIAGNOSTICĂ ȘI TERAPEUTICĂ

■ Dr. Holger-Ortwin Lux, Asociația Crucea Albastră din România, Sibiu

Rezumat: Această lucrare începe cu o trecere în revistă a conceptelor nozologice din diferite țări cu privire la manifestările cu caracter adictiv din sfera instinctului sexual, prezintă principalele instrumente diagnostice create pentru a înțelege din punct de vedere clinic acest fenomen și insistă pe urmă asupra abordărilor terapeutice folosite în unele țări pentru a ajuta pacienții care suferă de asemenea tulburări și pe partenerii lor să ajungă de la o "sexualitate bazată pe rușine" la o "sexualitate sănătoasă". De asemenea investighează relația dintre dependența de sex și celelalte dependențe și subliniază importanța abordării într-o viziune de ansamblu a tuturor dependențelor.

Cuvinte cheie: Dependența de sex, sexualitate bazată pe rușine, sexualitate sănătoasă, cerc vicios al adicției, program de recuperare în 12 pași, grup de suport.

Abstract: Sex Addiction: Nosological, Diagnostic and Therapeutic Approach

This paper starts with a look over nosological concepts from different countries regarding the addictive manifestations of the sexual instinct, presents the main diagnostical tools created to understand these phenomena in a clinical context and then insists on therapeutical approaches used in some countries in order to help the clients suffering from such disorders and also their partners to get from a "sexuality based on shame" to a "healthy sexuality". It also investigates the relation between sex addiction and the other addictions and emphasises the importance of a global approach regarding all addictions.

Key Words: Sex addiction, sexuality based on shame, healthy sexuality, vicious cycle, recovery, 12 steps program, support group.



INTRODUCERE

Lucrând de 25 ani ca medic coordonator și psihoterapeut în cadrul unei comunități terapeutice a Asociației "Crucea Albastră din România", unde vin bărbați ca să se reabiliteze din diferite tulburări din sfera adicțiilor - dependență de alcool, de diverse alte droguri legale sau ilegale, de

medicamente, de jocuri de noroc etc. - am fost confruntat și cu cazurile unor pacienți care prezentau manifestări ale unei dependențe de sex. Chiar dacă nu acesta a fost motivul principal sau declarat pentru care au cerut asistență terapeutică. Același lucru l-am constatat colaborând și în cadrul unei comunități terapeutice pentru femei care suferă de adicții. Astfel am început să-mi pun întrebarea, unde este locul dependenței de sex între celelalte dependențe și cum poate fi abordată.

Cu ocazia unor stagii practice și schimburi de experiență

în țările occidentale (Germania, Norvegia, Olanda ș.a.) precum și a unor lecturi din literatura de specialitate, dar și a urmării știrilor în mass-media, am constatat ca în unele țări dependența de sex este larg recunoscută în societate, inclusiv în lumea medicală, și mai ales în rândul specialiștilor în adicții. Există medici și psihoterapeuți specializați în tratarea acestei afecțiuni, există centre de consiliere, clinici de reabilitare și grupuri de suport gen "sex addicts anonymous", care lucrează după un program în 12 pași, ca și alcoolicii anonimi.

În România situația este foarte diferită, dependența de sex fiind mai degrabă un subiect tabu, chiar și în lumea medicală, și încă nu există la noi o rețea de asistență pentru persoanele care suferă de această adicție. De aceea am dorit ca prin lucrarea de disertație susținută în cadrul Masteratului de Sexologie (UMF Cluj-Napoca, coordonator prof. dr. Ioana Micluția, 2010) să studiez din punct de vedere nosologic dependența de sex, să analizez instrumentele diagnostice și terapeutice folosite în diferite țări și eficiența lor, și să efectuez și un studiu de caz.



Dependența de sex, care cuprinde de fapt o gamă destul de largă de practici sexuale cu trăsături adictive, este un fenomen încă destul de puțin cunoscut, în parte controversat, și adesea încă reprezintă un tabu. Cei care suferă de această adicție nu sunt recunoscuți ca suferind de o boală „oficială”. Adesea se confruntă cu atitudini precum judecată morală, uimire, nihilism terapeutic sau refuzuri de genul „*la asta nu mă pricep*” chiar și din partea medicilor, psihologilor și a duhovnicilor.

Uneori se confruntă și cu invidia, de exemplu sub forma: „*De ce nu te bucuri, omule? Dacă tot ar fi sa am o dependență, mi-aș dori și eu sa fiu dependent de sex.*” Dar cine vorbește astfel, demonstrează că nu are habar de suferința, de rușinea, de neajutorarea și disperarea celor în cauză, dar și a unor persoane apropiate lor. „*Dependența de sex are la fel de puțin de-a face cu plăcerea adevărată cum are dependența de alcool în faza avansată de-a face cu savoirea.*”¹

ABORDAREA NOSOLOGICĂ A DEPENDENȚEI DE SEX

Definirea și prin urmare diagnosticarea dependenței de sex („*sex addiction*” în engleză, „*Sexsucht*” în germană) rămâne în continuare dificilă. Pe de o parte paleta sexualității „normale” este foarte largă și trecerea către zona de abuz și de dependență este una gradată. Pe de altă parte o hiperactivitate sexuală pasageră, cum apare adesea după o despărțire, este de altă natură decât un comportament progresiv de adicție sexuală, care se accentuează de-a lungul multor ani. Putem face o paralelă cu dificultatea de a afirma cu certitudine dacă o persoană este dependentă de alcool. „*În esență pentru persoanele care suferă de tulburări sexuale adictive (“addictive sexual disorders”) sexul devine principala preocupare din viața lor, ca un principiu organizator care invadează și determină întreaga lor viață.*”²

Sexologii nu au ajuns la un consens vizavi de dependența sexuală numită și « *adicție sexuală* » sau « *compulsie sexuală* ». Unii experți, cum ar fi Dr. Drew Pinsky, susțin că dependența sexuală este o adicție în sensul consacrat, analog cu dependența de alcool sau de droguri. Alți experți cred că dependența sexuală este o formă a tulburării obsesiv-compulsive și o numesc « *compulsivitate sexuală* ». ² Alți experți consideră dependența sexuală ca fiind un mit, un produs colateral al unor influențe culturale. ³

Alți termeni folosiți în acest context sunt « *nimfomanie* » și « *satiriazis* », care nu apar în DSM-IV, dar apar în ICD-10 ca

subtipuri ale hipersexualității.⁴

DSM-IV-TR (« *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”), publicat în anul 2000 de către Asociația Psihiatrică Americană, nu recunoaște dependența sexuală ca fiind o adicție. Deși unii autori au susținut că excluderea dependenței sexuale din DSM reprezintă o problemă, Darrel Regier, vicepreședintele comisiei de redacție a DSM-V, a declarat că deși « *hipersexualitatea* » este propusă ca o tulburare care urmează să fie inclusă în noua ediție, comisia nu a descris-o în termenii unei adicții.

Patrick Carnes, un susținător al abordării din perspectiva adicțiilor, propune următoarele criterii:

- Eșecuri repetate în încercările de a rezista impulsurilor de a se angaja în acte sexuale extreme și riscante.
- Angajări frecvente în asemenea comportamente cu o amplasare mai mare sau o durată mai lungă decât a fost intenționat.
- Dorință persistentă sau eforturi nereușite de a stopa, reduce sau controla aceste comportamente.
- Timp peste măsură petrecut pentru a obține sex, fiind implicat în acte sexuale, sau pentru a-și reveni după activități sexuale.
- Predominanță a activităților sexuale sau a pregătirilor pentru acestea.
- Angajări frecvente în comportamente sexuale excesive când ar trebui să îndeplinească obligații profesionale, academice, casnice sau sociale.

Continuarea acestor comportamente în ciuda conștientizării faptului că are probleme persistente sau recurente de ordin social, profesional, financiar, psihologic sau fizic, cauzate sau exacerbate de aceste comportamente.

Nevoia de a crește intensitatea, frecvența, numărul sau riscul comportamentelor (sexuale) pentru a obține efectul dorit, sau diminuarea efectului deși menține comportamentele respective la același nivel de intensitate, frecvență, număr sau risc. Renunțarea sau limitarea activităților sociale, profesionale, recreative, din cauza acestor comportamente. Apariția de stres, anxietate, irascibilitate sau violență când nu se poate angaja în comportamentele respective („*sexual rage disorder*”).⁵

Din partea susținătorilor modelului obsesiv-compulsiv Schneider a identificat trei indicatori ai dependenței sexuale: compulsivitatea, continuarea în ciuda consecințelor și obsesia.

1. Gözl, *Moderne Suchtmedizin*, B 6.4 - 1

2. Gözl, *Moderne Suchtmedizin*, B 6.4 - 2

3. Mayo Clinic Website, 2009

4. Levine, M. P., & Trolden, R. R. (1988). The myth of sexual compulsivity. *Journal of Sex Research*, 25, 347-363

5. [International Classification of Diseases, version 2007](#)



Eli Coleman propune un model mai sintetic:

implică fantezii (normofilice, deci nu parafilice) repetate și intensive care produc excitație sexuală, dorințe sexuale irezistibile și comportamente care duc la o suferință semnificativă din punct de vedere clinic în sfera socială, profesională sau alte arii importante de funcționare, și

nu se datorează unor alte cauze medicale, unor tulburări legate de consumul unor substanțe sau unor tulburări de dezvoltare mentală.⁶

Din punct de vedere epidemiologic dependența de sex este asociată frecvent (dar nu în mod obligatoriu) cu tulburarea obsesiv-compulsivă, cu tulburarea de personalitate narcisistă și cu psihoza maniaco-depresivă.⁷ În aceste cazuri de co-morbiditate adesea simptomele dependenței nu sunt recunoscute ca atare. Asta și datorită faptului ca mulți specialiști nu sunt formați în mod corespunzător în domeniul adicțiilor, și evită să folosească asemenea diagnostice.⁸

Referitor la aspectul etiologic s-au conturat mai multe teorii.

Teoria neurochimică promovată printre alții de Earle susține că în timpul activității sexuale care se desfășoară după niște tipare obsesive și ritualizate se produc anumite modificări neurochimice, asemănătoare celor din “șocul de adrenalină”, care pentru moment produc o scădere a disconfortului pe care îl resimte persoana dependentă datorită dorințelor sale incontroabile (“craving”).⁹

Teoria psihologiei dezvoltării (stilului de atașament)

Patrick Carnes susține că în cursul dezvoltării lor, copiii dezvoltă anumite credințe fundamentale (“core beliefs”), în funcție de modul în care familia lor funcționează și îi tratează. Un copil care crește într-o familie unde este îngrijit și tratat corespunzător, are toate șansele să se dezvolte armonios, să aibă încredere în alte persoane și conștiința propriei valori. Cu alte cuvinte, un stil de atașament sigur. Pe de altă parte, un copil care crește într-o familie care îl neglijează, va dezvolta anumite credințe de bază nesănătoase și negative. Va crede că nimănui nu îi pasă de el. Mai târziu poate avea probleme în a păstra relații stabile și se poate simți izolat. S-a format un stil de atașament nesigur. În ge-

neral, persoanele dependente nu se percep ca fiind persoane valoroase (Carnes, Delmonico and Griffin, 2001, p. 40). Modul lor de a face față acestor sentimente de izolare și de slăbiciune este să se angajeze în relații sexuale excesive.

Teoria cercului vicios al adicției:

- Patrick Carnes susține că acest cerc ar începe cu “credințele de bază” ale celor dependenți de sex:
- “În fond sunt o persoană rea, fără valoare.”
- “Nimeni nu mă va iubi, așa cum sunt.”
- “Nevoile mele nu vor fi satisfăcute niciodată dacă voi depinde de alții.”
- “Sexul este nevoia mea cea mai importantă.”

Aceste credințe pot declanșa cursul progresiv și distructiv al dependenței:

Agentul dureros - Prima dată este declanșat un agent dureros, respectiv un disconfort emoțional (de ex. rușine, furie, conflicte nerezolvate). Un dependent de sex nu poate gestiona acest agent dureros într-o manieră sănătoasă.

Disocierea - Înainte de a trece la acțiunea sexuală (“acting out sexually”), dependentul de sex trece printr-o perioadă de preocupări mentale sau obsesie. Începe să se disocieze de sentimentele sale. Are loc o separare între mintea sa și self-ul emoțional.

Stare alterată de conștiință/stare de transă/fantezii euforizante Dependentul de sex este deconectat emoțional și preocupat de punerea în practică a fanteziilor sale. Realitatea este blocată sau distorsionată.

Preocupare sau “presiune sexuală” Apare obsesia de a trece la sex sau de a avea o relație “romantică”. Fantezia devine o obsesie care servește într-un fel la evitarea vieții reale. Gândurile obsesive produc deja o modificare a dispoziției, un fel de transă, fără a fi ajuns încă la actul sexual. Excitația sexuală “anesteziază” durerea provocată de viața reală. Gândurile despre sex și planificarea actelor sexuale, respectiv a ajungerii la orgasm, poate dura minute sau ore înainte să treacă la următorul stadiu al ciclului.

Ritualizarea sau “acting out.” - Obsesiile sunt intensificate prin trecerea la acțiune. Un dependent de sex prima dată “navighează” (se apropie de “zona fierbinte”), pe urmă merge la un strip show pentru a-și crește excitația până la un punct unde nu se mai întoarce (“nu mai poate spune nu”). Ritualizarea îl ajută să creeze o distanță între realitate și obsesia sexuală. Îi induce o transă și adâncirea separării de realitate. Odată ce dependentul și-a început ritualul, șansele de a opri acest ciclu scad foarte mult. Este tot mai puternic vârtejul care îl trage spre actul sexual.

Compulsivitatea sexuală Dependentul trece la act. Tensiunile pe care le-a simțit sunt reduse datorită senzațiilor sexuale. Se simte mai bine pentru moment, are o senzație

6. Patrick Carnes; David Delmonico, Elizabeth Griffin (2001). In the Shadows of the Net. p. 31.

7. Coleman, E. (2003). Compulsive sexual behavior: What to call it, how to treat it? *SIECUS Report*, 31(5), 12

8. Williams, Terrie M. (2008). *Black Pain: It Just Looks Like We're Not Hurting*. Simon & Schuster. p. 114.

9. *Couples Therapy*. Haworth Clinical Practice Press. 2001. p. 375. “They found that sexual narcissism is more common among men ... These characteristics are also central to the person with a sexual addiction”



de eliberare. Compulsivitatea înseamnă că cei dependenți în mod regulat ajung la punctul unde sexul devine inevitabil, indiferent de circumstanțe sau de consecințe. Actul compulsiv, care în mod normal se termină într-un orgasm, este poate aspectul care arată cel mai clar celui dependent că el se află într-o situație degradantă și ca este sclavul unei dependențe.

Disperare – Aproape instantaneu realitatea revine în conștiință, și cel dependent se simte rușinat. Acesta este punctul cel mai dureros al ciclului, unde cel dependent s-a aflat de multe ori. Când s-a aflat ultima dată acolo probabil că a promis că nu o va mai face niciodată. Dar a făcut-o din nou și asta îi produce un sentiment de disperare. Poate crede ca a trădat principiile spirituale, ca și-a înșelat partenerul, că și-a compromis propria integritate. La un nivel superficial cel dependent speră că a fost *“ultima bătălie”*.

Conform lui Carnes, pentru mulți dependenți aceste emoții întunecate duc la depresie și la sentimentul de deznadejde. O cale simplă de a *“trata”* aceste sentimente de disperare este de a da curs din nou obsesiilor. Și astfel se închide și se autoîntreține cercul vicios.¹⁰

INSTRUMENTE DIAGNOSTICE ȘI METODE TERAPEUTICE FOLOSITE ÎN ABORDAREA DEPENDENȚEI DE SEX

Diagnosticarea dependenței de sex nu este una facilă și datorită faptului că o putem întâlni sub forme și manifestări foarte diferite. În continuare prezint câteva exemple în acest sens:

Un întreprinzător de 50 de ani, liber profesionist, se retrage în mai multe după amiezi din săptămână în caravanelul său, vizionează timp de mai multe ore materiale video pornografice și se masturbează de repetate ori; situația economică a firmei sale este una dezolantă

O femeie se autosatisfacă cu ajutorul vibratorului într-un mod atât de violent, încât se rănește și trebuie să cheme ambulanța

Un preot s-a obișnuit să cheltuiască 1000 de dolari pe săptămână pentru prostituate; nu-și poate permite acest lucru decât sustrăgând banii pentru aceasta din casa de bani a parohiei sale.

O femeie de 40 de ani, care în copilărie a fost abuzată de repetate ori de tatăl ei, se implică la vârsta adultă de repetate ori în relații cu bărbați înstăriți, adesea mult mai în vârstă decât ea; pe parcursul mai multor terapii de reabilitare se implică mereu în relații sexuale cu alți pacienți,

ceea ce duce la blocarea procesului ei terapeutic și duce și la o externare *“terapeutică”* (disciplinară)

Un medic stomatolog în vârstă de 30 de ani este furios pentru că soția sa nu vrea să întrețină relații sexuale cu el; îi administrează pe ascuns droguri, pentru ca ea să se culce cu el

Un bărbat de 36 de ani este arestat pentru a treia oară, pentru că fură lenjerie intimă de damă

Un medic de familie proaspăt căsătorit, cu doi copii mici, diverse aventuri extraconjugale și mari datorii, aflându-se la o terapie pentru a căuta o ieșire din problemele sale, încearcă să mai seducă și secretara medicului curant

Un tehnician cu funcție de conducere în firma sa, de-a lungul ultimilor 2 ani a fost acuzat de 7 ori de hărțuire sexuală din partea mai multor colaboratori; acum vine o reclamație din partea unuia din clienții cei mai importanți¹¹

Ce este comun acestor cazuri este faptul că aceste persoane sunt supuse unei constrângeri interioare, care îi împinge împotriva oricărei rațiuni să caute aibă fantezii, dar și să caute situații și să se implice în activități sexuale adesea umiltoare, cu riscuri importante pentru propria persoană și pentru alții (de ex. infectarea cu HIV), și cu consecințe financiare și pentru relația de cuplu adesea dezastruoase. Din punct de vedere clinic dependența de sex poate fi și mai distructivă decât dependența de alcool. Fenomenul în sine nu este nou.

În Germania de exemplu dependența de sex a fost studiată și au fost descrise simptomele principale de către Giese în anii 1960.¹² Dar deoarece atât la medici cât și la psihoterapeuți și consilieri în adicții de regulă lipsește formarea în terapia tulburărilor sexuale, aceste lucruri de fapt cunoscute de mult, nu ajung să fie aplicate. De aceea cei afectați de această tulburare se simt adesea abandonați și condamnați din punct de vedere moral (așa cum au fost în urmă cu 100 de ani – și adesea și astăzi - dependenții de alcool). Mai degrabă se simt înțeleși în grupurile de suport gen *« Sex Addicts Anonymous »*. *« Sexaholics Anonymous »* etc., acolo unde există. Am primit foarte de curând informația că și la noi în țară s-a înființat un prim grup cu acest specific, la Iași.

Este dificil de făcut aprecieri realiste asupra frecvenței comportamentelor sexuale adictive. În SUA se vehiculează cifre între 3-6% din populația adultă, pentru *“dependența de sex”*. Un rol important l-au avut publicațiile și conferințele susținute de Carnes¹³, care au încurajat multe persoane suferind de aceste tulburări, să-și recunoască problema

10. Earle, R., Crow, G. M., & Osborn, K. (1989). Lonely all the time: Recognizing, understanding, and overcoming sex addiction, for addicts and co-dependents. Simon & Schuster.

11. Patrick Carnes (2006) *Facing the Shadow*

12. Götz, Moderne Suchtmedizin, 3/1998 B 6.4 - 1

13. Giese, H. Psychopathologie der Sexualität. Enke, Stuttgart 1962



și să înființeze grupuri de suport. În SUA există azi zeci de clinici specializate pentru terapia persoanelor care suferă de dependențe sexuale.

Doar în rare cazuri se prezintă la medici sau psihoterapeuți pacienți care deja și-au stabilit singuri diagnosticul de *“dependență de sex”*. De regulă putem ajunge la diagnosticul prezumtiv al unei dependențe sexuale doar prin indicii indirecte și prin efectuarea atentă a anamnezei. Medicul sau psihoterapeutul trebuie să aibă în vedere și o posibilă dependență sexuală mai ales în următoarele situații:

Persoane dependente de alcool sau alte droguri

Abuz sexual în (prima) copilărie

Tulburări ale instinctului alimentar (bulimie, anorexie nervoasă, ortorexie)

“cădere psihică” cu risc suicidal

Instrumente diagnostice cu validitate clinică au fost dezvoltate mai ales de către Carnes, în SUA. Chestionarul de autoevaluare propus de el cuprinde cam 170 de puncte diferite referitoare la sexualitate.¹⁴ Cele adăugate mai recent se axează mai ales pe comportamentele sexuale adictive în legătură cu *“noile medii”* – PC, CD-ROM, Internet etc., care în ultimele două decenii au devenit un spațiu enorm și pentru voyeurismul sexual și de altfel pentru unii o afacere foarte profitabilă.

Prin procedee statistice de diferențiere Carnes a identificat și a descris următoarele 10 tipare de comportamente sexuale adictive (tabelul 1):

TABELUL 1

TIPARE ȘI TEME ALE ADICȚIILOR SEXUALE¹⁵

Fantezii sexuale

Gândire obsesivă cu conținut sexual (aventuri)

Neglijarea unor obligații cu consecințe corespunzătoare

Rolul de seducător

Fixație pe a seduce și a cuceri

Relații multiple, paralele

Diverse relații în afara cuplului stabil

Sexualizare permanentă a aproape tuturor contactelor sociale

Sex anonim

Sex cu parteneri necunoscuți

Aventuri de o noapte (*“one night stands”*)

Sex pentru bani

A plăti alte persoane pentru sex (bordeluri, dame de com-

panie, gigolo, prostituție de stradă (inclusiv de tip homosexual) etc.)

Apelarea la serviciile unor *“linii erotice”*

Comerț cu sex

Producerea, difuzarea și vânzarea unor materiale pornografice, *“accesorii sexuale”* etc.

A se oferi pe sine sau pe alții pentru activități sexuale, contra bani

Sex voyeuristic

Orice sexualitate vizuală

Privirea unor publicații sau materiale video pornografice

Show-urile de striptease

Observarea unor persoane care se află în situații intime, inclusiv prin intermediul unor binocluri, camere video ascunse etc.

Privirea prin ferestrele unor locuințe străine, pentru a surprinde scene cu conținut erotic

Sex exhibiționist

Expunerea organelor sexuale în public, de ex. în mașină, în parcuri, la școală

Alegerea unor obiecte de vestimentație care expune zone intime, sau decuparea unor găuri în haine, cu același scop

Sex abuziv(insistent)

Atingerea unor persoane în zone intime, fără acordul lor, gesturi sexuale nepotrivite (vulgare), bancuri nepotrivite (obscene)

Folosirea abuzivă a puterii conferite de poziția socială (profesională, religioasă, relații de subordonare etc.) pentru a se apropia cu intenții sexuale de alte persoane

Poate să meargă până la viol

Sex combinat cu dureri (“sado-maso”)

A se răni fizic pe sine sau pe alții în timpul actului sexual sau a solicita să i se provoace dureri pentru creșterea excitației sexuale, respectiv a provoca dureri altor persoane

Punerea *“în scenă”* a unor scenarii dramatice în timpul actului sexual

Folosirea unor accesorii diverse, din gama *“sado-maso”*, până la *“sex extrem”*

Sex cu obiecte respectiv animale

Masturbarea folosind diferite obiecte

Folosirea unor fetișuri în timpul ritualurilor sexuale

Sex cu animale

Aceste categorii sunt foarte importante pentru evaluarea, terapia și evoluția, dar și pentru preconizarea altor tulburări.

Pentru perceperea subiectivă a suferinței, implicațiile în plan social și nevoia de a institui o terapie, conform lui Kokott, mai ales cu privire la parafilia, este valabil principiul:



“ Mai degrabă nu există o indicație pentru terapie dacă comportamentul deviant are loc cu acordul celor implicați, dacă nu sunt afectate terțe persoane și dacă acest comportament nu este consecința unei tulburări sexuale compulsive sau adictive, care produce o suferință percepută de către subiectul în cauză.”¹⁶

Dependența de sex nefiind definită în ICD 10 sau în DSM IV ca o tulburare de sine stătătoare, există diferite posibilități de a o încadra diagnostic, cum ar fi:

Tulburare sexuală (F 65.9)

Parafilii

Tulburare a controlului impulsivității

RELAȚIA DINTRE DEPENDENȚA DE SEX ȘI CELELALTE DEPENDENȚE

O zicală vehiculată în spațiul germanofon „*Die Sünden von früher sind die Süchte von heute*” („Păcatele de ieri sunt adicțiile de azi”) se poate aplica fără discuție și vizavi de comportamentele adictive din sfera sexualității. Chiar dacă dependența de sex nu este acceptată în mod unanim. Și aspectele legate de abuzurile sexuale, care sunt tratate cu tot mai multă atenție în ultimii ani, ne obligă să luăm în considerare legătura dintre dependențe la modul general și dependența de sex în mod special.

Deja în 1939 Wilson¹⁷ scria în cartea de referință („*Big Book*”) a Alcoolicilor Anonimi despre legătura dintre sex și alcoolism: „*O remarcă despre sexualitate: Mulți dintre noi trebuiau să pună în ordine și aici niște lucruri. Am încercat mai ales să abordăm aceste aspecte într-un mod echilibrat și să ne ferim de extreme... Fiecare dintre noi are probleme sexuale. Asta este omenesc. Ce putem face în această privință? Ne-am analizat comportamentul din anii trecuți. Ne-am notat totul, ca să medităm la aceste lucruri. În acest mod căutăm să ne formăm un ideal sănătos pentru viața noastră sexuală viitoare.*” Deci Alcoolicii Anonimi au înțeles de la începuturile istoriei lor că nu pot exclude sexualitatea din programul lor de recuperare.

Discuția se poartă la fel vizavi de toate dependențele care nu sunt legate de consumul unei substanțe: dependențele de jocurile de noroc, muncă, mâncare, shopping . Nu există o limită de demarcare clară între normal și dependent. Nu există doar anumite tipuri de personalitate, așa cum nu există nici „*personalitatea alcoolicului*”.

Carnes a definit dependența de sex ca pe „*o relație pa-*

tologică cu un comportament care modifică dispoziția”.¹⁸ Chiar și deosebirea dintre dependența de substanțe cu mecanisme biochimice clare și dependența care nu este legată de substanțe la ora actuală este greu de menținut. Avem tot mai multe cunoștințe despre endorfine și diverși neurotransmițători (dopamină, serotonină etc.) care sunt eliberați la nivelul creierului prin diverși „*triggeri*”.

Din punct de vedere clinic este clar că între diferitele dependențe există paralele, suprapuneri, transferuri și amplificări. Subiectul caută o repetare cât mai frecventă de activități care îi aduc o „*recompensă*” și în același timp o evitare a stărilor de frustrare.

Diferite studii au relevat o coexistență frecventă a diferitelor adicții: Conform lui Carnes 42% dintre bărbații și femeile luate în evidență pentru dependență sexuală aveau și o dependență de o substanță, 38% prezentau dependențe din sfera instinctului alimentar, 28 % dependență de muncă și 5% dependență de jocuri de noroc.

Studii în clinici unde se tratează primar dependenți de substanțe au relevat că aproximativ o treime dintre ei prezentau și comportamente sexuale adictive. Este important să se țină cont de acest aspect în cadrul terapiei, deoarece, dacă se tratează doar una din cele două dependențe (de alcool respectiv de sex) duce la recidive mai frecvente.

DEBUTUL ȘI EVOLUȚIA COMPORTAMENTELOR SEXUALE ADICTIVE

Din interviuri cu sute de persoane s-a cristalizat faptul că debutul a ceea ce mai târziu se va manifesta ca o dependență de sex se află undeva la vârsta de 10-12 ani.¹⁹ Începuturile sunt caracterizate de o impresie foarte puternică, „*modelatoare*”, pe care o au activitățile sexuale proprii sau observate la alții la începutul adolescenței, în unele cazuri și mai târziu. Și decenii mai târziu persoana poate descrie în detaliu experiențele respective. Povestește despre ele cu entuziasm, asemănător unui toxicoman care povestește despre primul „*kick*” (euforie). Pe parcurs sexul devine mijlocul preferat pentru a-și influența dispoziția. Un dependent de sex a exprimat aceasta prin cuvintele: „*Femeile au fost întotdeauna drogul meu preferat*”. Se instalează un ciclu comportamental care se repetă mereu și se autoîntreține, amplificându-se în timp. Această amplificare se datorează acelor momente în care se îmbină euforia cu un fel

16. Kokott, G. Paraphilien, *Neuro date* 11 (1997) 1, 39-42

17. Wilson, B. Wie es funktioniert. In *Anonyme Alkoholiker*. AA. München 1994

18. Carnes, P., D. Nonemaker, N. Skilling: Gender differences in normal and sexually addicted populations. *Amer. J. prev. Psychiat Neurol.* 3 (1991) 16-23

19. Carnes, P. *Contrary to Love – Helping the Sexual Addict*. CompCare, Minneapolis, 1989



de „anestezie” (nu se mai percep anumite sentimente dureroase). Unii autori descriu o fază de platou, urmată de o fază de escalare (creșterea toleranței) și de o fază acută (de criză), în care apar consecințe tot mai neplăcute sau chiar dramatice, conținând și o șansă de a-și dori o schimbare și de a căuta ajutor.²⁰

URMĂRI FIZICE ALE DEPENDENȚEI SEXUALE

Persoane care suferă de comportamente sexuale adictive se pot prezenta le medic cu acuze diverse:

- Leziuni ale organelor genitale, datorate unor activități sexuale solitare sau cu parteneri
- Boli cu transmitere sexuală, precum infecția cu HIV, hepatite virale, herpes simplex, gonoree, sifilis, chlamidia
- Traumatisme de ordin general prin acte sexuale în condiții riscante (de ex într-o mașină în timpul mersului)
- Intervenții chirurgicale inutile, mai ales în sfera chirurgiei plastice (mărire de sâni, liposucție)
- Ingerarea unor afrodisiace precum yohimbina, papaverină

Pe baza acestor afecțiuni fizice pot apărea și diverse tulburări psihice secundare: depresii, sindrom de stres post-traumatic, tulburări anxioase, tulburări disociative.

Adesea se consumă diverse droguri – alcool, canabis, cocaină - pentru dezinhibare sau pentru intensificarea plăcerii obținute prin actul sexual. Adesea apare promiscuitate (când, unde, cu cine?) și scăderea discernământului față de situații și practici periculoase. În mod frecvent mai ales dependența de cocaină se asociază cu dependența de sex. Dar chiar și fără consumul unor droguri cei care suferă de dependență sexuală descriu că atunci când „începe din nou vânătoarea” ei intră într-o stare de transă în care nu mai este loc de conștientizarea riscurilor de a contracta boli infecțioase etc.

EFECTELE ASUPRA FAMILIEI

Dependențele sexuale afectează întreaga familie, ca și în cazul celorlalte dependențe.

Atât dependența cât și co-dependența (tiparele adoptate de ceilalți membri ai familiei) își au originea în sisteme familiale disfuncționale, în care nevoile copiilor sunt adesea neglijate și în care apar, mult mai frecvent decât în alte familii, diferite comportamente abuzive.

În studiile sale privind persoane dependente de sex în recuperare, Carnes a ajuns la concluzia că 97% au suferit un

abuz emoțional în casa lor părintească, 82% un abuz sexual, iar 72% un abuz fizic.²¹ Într-un asemenea cadru abuzul și sexualitatea sunt confundate – uneori pentru toată viața – cu dragoste și apropiere. Mulți dependenți de sex descriu atmosfera în casa lor părintească ca pe una severă, cu principii rigide și fără conținere emoțională. Adesea se găsește o istorie de diverse dependențe (alcool, mâncare, jocuri de noroc, sex) care se poate urmări pe mai multe generații în urmă.

Este interesant că adesea și partenerii celor dependenți de sex au avut în copilărie experiențe asemănătoare. Adesea și aici găsim membri de familie cu probleme adictive, experiențe de abuz, răceală afectivă. Astfel nu este de mirare că ei interiorizează principii de genul „sexul este cel mai important semn al iubirii” sau „iubirea trebuie câștigată prin sex”. Când ajung la vârsta adultă, nu sunt capabili să pună limite sănătoase partenerului, să spună nu, sa-și afirme nevoile proprii.

Un exemplu în acest sens ar putea fi un cuplu în care el își trăiește dependența de sex apelând la prostituate și ea, care a fost abuzată sexual în copilărie, este dezinteresată de sex și nu vrea decât să fie lăsată în pace. Adesea însă acești co-dependenți sunt dispuși să facă sau să tolereze orice, de teamă să nu fie cumva abandonați. Ei se simt responsabili pentru tot, iau toată vina asupra lor, nu au respect față de propria persoană. Astfel disfuncționalitatea se poate transmite și următoarei generații. Din nou nevoile copiilor sunt neglijate, victimele devin agresori, produc alte victime²²

Pentru a întrerupe acest proces, de transmitere a disfuncționalității de la o generație la alta, trebuie parcurse următoarele etape:

- Înțelegerea ciclului dependenței
- Recunoașterea afectării tuturor membrilor familiei
- Informarea despre rădăcinile dependenței
- Leșirea din minciună (negare, minimalizare)
- Învățarea unor comportamente sănătoase (autoprotective)
- Admiterea și exprimarea treptată a unor emoții ascunse într-un spațiu sigur
- Participarea la grupuri de suport pentru dependenți de sex, respectiv aparținătorii lor, bazate pe programul celor 12 pași (SA, SLAA)

21. Carnes, P., D. Nonemaker, N. Skilling: Gender differences in normal and sexually addicted populations. Amer. J. prev. Psychiat Neurol. 3 (1991) 16-23

22. Schneider J., B. Schneider Sex, Lies and Forgiveness, Hazelden Educational Materials. Center City. Minnesota 1991

20. Gözl, Moderne Suchtmedizin, 3/1998 B 6.4 - 5



Există o trecere graduală între experiențele celor dependenți de sex și a celorlalte persoane. Cum altfel s-ar putea explica fascinația unor filme precum „*Propunere indecentă*” (1993) sau „*Pretty Woman*”(1990)? Adesea tocmai persoanele care condamnă cel mai vehement orice formă de libertate sexuală ca „*imorală*” uneori, când ajung la psihoterapie, se „*demaschează*” ca oameni care în spatele acestor proiecții asupra „*răului*” își ascund propriile dorințe și răni. A îngriji aceste răni în mod corespunzător înseamnă a le oferi un cadru sigur din punct de vedere emoțional, în care să se poată povesti experiențele traumatizante din trecut, să exprime emoțiile precum durerea, ura, furia, fără să fie amenințați, pedeșiți, chinuți pentru acestea.

Abuzuri sexuale comise de către medici, terapeuți și preoți. Este un subiect care trezește tot mai mult interes și în societatea românească. În alte țări, precum SUA, este tratat foarte ofensiv, inclusiv pe plan juridic. Pe plan internațional la ora actuală mai ales Biserica Catolică trece printr-o adevărată criză declanșată de numeroase dezvăluiri despre abuzuri sexuale.

Unii autori folosesc și termenul de „*exploatare sexuală*” (sexuelle Ausbeutung)²³, definită ca un abuz de încredere într-o relație profesională, în scopul obținerii unor avantaje sexuale personale. Autorii susțin că în Germania există numeroase asemenea cazuri în rândul medicilor, psihoterapeuților, consilierilor, avocaților, pedagogilor și preoților (indiferent de confesiune). Fără o intervenție adecvată și terapie adesea aceste comportamente care încalcă normele etice sunt continuate ani de zile, producând zeci sau chiar sute de victime ale abuzului.

În SUA, Gartrell²⁴ a încercat să documenteze cu ajutorul unor chestionare anonime incidența contactelor sexuale cu pacienți. Rezultatul a fost un uimitor 6-9%.

Conform studiilor lui Irons, referitoare la peste 200 de medici care au fost implicați în relații sexuale cu pacienți, există indicii clare pentru o dependență sexuală. Iar la o treime dintre ei exista și o dependență de substanță, care anterior, de regulă, nu a fost depistată.²⁵ În aceste cazuri nu au fost depistate tulburări de personalitate grave de tip antisocial sau paranoid. Însă au fost depistate personalități cu trăsături narcisiste și dependente.

23. Gözl, Moderne Suchtmedizin, 3/1998 B 6.4 - 8

24. Gartrell, N., N. Milliken, W. Goodson, Physician patient sexual contact. West. J. Med. 157 (1992) 139-143

25. Irons, R., J. Schneider Sexual addiction – significant factor in sexual exploitation by health care professionals. J. Sexual Addict. Compul. 1 (1994) 18-214

Un instrument util pentru evaluarea persoanelor la care se suspectează existența unei dependențe sexuale este testul screening pentru dependența sexuală propus de Carnes (tabelul 2). Acest test cuprinde 25 de întrebări. Răspunsuri pozitive la 13 sau mai multe întrebări sugerează cu mare probabilitate existența unei dependențe sexuale. Acest test are o valoare mai limitată pentru bărbați homosexuali și de asemenea pentru femei. Versiunea completă a testului cuprinde 184 de întrebări, care acoperă toate domeniile sexualității.

TABELUL 2 TEST SCREENING PENTRU DEPENDENȚA SEXUALĂ²⁶

- Ați fost abuzat sexual ca și copil sau adolescent?
- V-ați abonat sau ati cumpărat în mod regulat reviste de sex?
- Părinții dvs. au avut probleme sexuale?
- Ați observat la dvs. că predomină gânduri cu conținut sexual?
- Aveți senzația că nu este normal comportamentul dvs. sexual?
- Partenerul dvs. (sau o altă persoană apropiată) este îngrijorată sau vă face reproșuri vizavi de viața dvs. sexuală?
- Aveți o dificultate să întrerupeți comportamentul dvs. sexual, știind că nu este potrivit?
- V-ați simțit vreodată prost din cauza comportamentului dvs. sexual?
- Comportamentul dvs. sexual v-a creat vreodată probleme (dvs. sau familiei)?
- Ați căutat vreodată ajutor pentru un comportament sexual care v-a produs neplăceri?
- Ați fost vreodată îngrijorat, că alți oameni ar putea afla de comportamentul dvs. sexual?
- A fost vreodată cineva afectat pe plan emoțional din cauza comportamentului dvs. sexual?
- Unele dintre preferințele dvs. sexuale sunt în contradicție cu legea?
- V-ați propus singur, să renunțați la unele aspecte ale comportamentului dvs. sexual?
- Ați încercat să renunțați la un anumit mod al comportamentului dvs. sexual, dar n-ați reușit?
- Trebuie să ascundeți unele aspecte ale vieții dvs. sexuale față de alții ?
- Ați încercat să renunțați la o anumită parte a activității dvs. sexuale?

26. Carnes, P., D. Nonemaker, N. Skilling: Gender differences in normal and sexually addicted populations. Amer. J. prev. Psychiat Neurol. 3 (1991) 16-23



■ Referate

V-ați simțit vreodată inferior (degradat) din cauza comportamentului dvs. sexual?

Sexul a fost pentru dvs. o cale de a fugi de probleme?

Dacă faceți sex, ulterior vă simțiți abătut/deprimat?

Ați simțit până acum vreodată nevoia să încetați cu o anumită formă a sexualității?

Activitățile dvs. sexuale au intrat vreodată în coliziune cu viața dvs. de familie ?

Ați fost vreodată apropiat de minori, din punct de vedere sexual?

Vă simțiți condus sau controlat prin dorința dvs. sexuală?

Ați avut vreodată impresia că dorința dvs. sexuală este mai puternică decât dvs. ?

Deoarece în multe cazuri pe lângă comportamentele sexuale adictive există și o dependență de substanțe, trebuie întrebat în detaliu și de consumul de alcool, medicamente și droguri. Trebuie efectuate testele pentru infecția HIV și pentru sarcină. De asemenea și pentru enzimele hepatice. Se recomandă și efectuarea unor teste de personalitate (De ex. MMPI, teste proiective).

Mulți profesioniști care s-au supus unei terapii pentru dependența lor de sex au fost foarte motivați și au încheiat terapia cu rezultate bune. Adesea pot lucra ulterior în continuare ca medici, psihoterapeuți, preoți. La reîncadrarea lor în activitatea profesională poate fi utilă semnarea unor contracte, care pot conține și clauze referitoare de exemplu la efectuarea unei terapii (de grup sau individuale), participarea regulată la grupuri de suport, la orarul de funcționare al cabinetului, la prezența obligatorie de personal mediu la anumite consultații (examinări fizice), etc. .

Desigur că este de competența forurilor precum colegiul medicilor sau al psihologilor de a stabili coduri etice și de a veghea la respectarea lor. Dar este nevoie și de discutarea și aplicarea unor măsuri active pentru depistarea și prevenirea abuzului sexual la categoria profesională respectivă. Chiar și universitățile ar putea avea un rol important în abordarea acestor teme, pentru a ajuta generațiile următoare să socializeze altfel și să dezvolte atitudini corespunzătoare și vizavi de aceste probleme.

TERAPIA

Adesea prima decizie care trebuie luată la începutul unei terapii este care dintre dependențele coexistente trebuie tratată prima. Din experiența clinică rezultă că este indicat să se înceapă cu dependențele de substanțe. Deabia după aceea are sens terapia comportamentelor sexuale adictive. Uneori se face greșeala, chiar și de către unii specialiști în

adictologie, să considere că dacă au tratat corespunzător o anumită dependență, ar fi tratat toate formele dependenței. Dar adesea în practică se constată contrariul: multe persoane dependente, după o terapie reușită pentru dependența de alcool, își intensifică comportamentul sexual adictiv. Nu rareori aceasta duce mai devreme sau mai târziu și la o recidivă vizavi de consumul de alcool. De asemenea mulți dependenți de sex își recunosc vulnerabilitatea sexuală doar în cadrul unei terapii pentru dependența de alcool sau alte droguri.²⁷

O altă decizie importantă este cea dacă terapia se efectuează ambulatoriu sau staționar. Desigur că aceasta este influențată și de posibilitățile care există într-o țară sau alta. În cele mai multe țări încă nu există un număr suficient de medici, respectiv psihoterapeuți, cu pregătire corespunzătoare în tratarea dependențelor sexuale. Argumente pentru o terapie staționară sunt: dacă persoana dependentă de sex are tendințe autodistructive, dacă nu poate respecta contractele terapeutice stabilite într-un cadru ambulatoriu, dacă o încercare de terapie ambulatorie a eșuat și dacă există alte tulburări psihice mai importante. O terapie eficientă a dependenței de sex trebuie să se întindă pe mai mulți ani și trebuie să conțină și o psihoterapie intensivă.

Temele principale abordate în cadrul terapiei sunt:

- Biografie generală și cea sexuală (a pacientului și a familiei)
- Apropierea prudentă de un istoric de abuz
- A rezista la anumite emoții puternice și a le accepta
- Câștigarea unor experiențe pozitive față de propria persoană
- Câștigarea respectului de sine

Este vorba deci despre construirea unei relații sănătoase cu nucleul propriei personalități, și după aceea de construirea unei relații mai sănătoase cu partenerul. Acest proces poate fi favorizat în cadrul unor comunități terapeutice sau a unor grupuri de terapie, unde există o atmosferă de încredere și de deschidere.

Uneori este dificil de a trata persoane dependente de sex împreună cu persoane cu alte dependențe. Aici depinde mult de cât de mare este acceptanța din partea celorlalți pacienți. În unele cazuri trebuie preferată terapia individuală, mai ales dacă practicile sexuale respective au fost prea ieșite din comun sau dacă pot induce frică altor persoane.

27. Gölz, Moderne Suchtmedizin, 3/1998 B 6.4 – 11



De asemenea trebuie aleși terapeuți experimentați, care pot gestiona și anumite manifestări impulsive sau agresive din partea unor pacienți. De asemenea trebuie acordată atenție posibilelor încercări de seducție din partea unor pacienți. De regulă este nevoie de un proces bine condus de supervizare pentru terapeuții care lucrează în acest domeniu.

În SUA se lucrează mai ales cu metode cognitive - comportamentale.

Principalele componente ale terapiei sunt:

- Oferirea de informații despre boală, inclusiv cu materiale video
- Discutarea influențelor familiale
- Autoevaluare pe baza unor chestionare
- Descrierea detaliată a comportamentului sexual problematic
- Grupuri separate pentru bărbați, respectiv pentru femei
- Participarea la grupuri de suport (întrajutorare)
- Pregătirea pentru întâlnirea și discuțiile cu familia
- Deosebirea dintre sexualitatea sănătoasă și cea bazată pe rușine
- Tehnici de relaxare

Multe dintre aceste puncte sunt familiare terapeuților în domeniul adicțiilor. Ce este specific pentru terapia dependenței de sex? Un rol foarte important îl are terapia de grup, care favorizează o deschidere mai rapidă, reducerea rușinii, ieșirea mai rapidă din negare. Adesea în prima perioadă pacienții acumulează o tensiune foarte mare, datorată regulii „*celibatului*” (nu sunt permise activități sexuale, nici cu alții, și nici de natură autoerotică, de regulă pe o perioadă de 90 de zile). Astfel există o șansă de a redescoperi intimitatea, fără sexualitate.

Sunt aduse la suprafață multe sentimente refulate, mai ales perceperea durerii și vinovăției. Mai ales în prima săptămână pacienții nu sunt lăsați singuri, ușile rămân deschise, trebuie anunțat și când merg să facă duș. Gândurile și impulsurile sexuale trebuie exprimate față de colegi și terapeuți. Pacienții sunt încurajați mereu să termine cu minciuna și să spună mai repede adevărul. Anumiți pași (din programul celor 12 pași) trebuie pregătiți în scris și prezențați în fața grupului. Principiul de bază este acela că prima dată persoana are nevoie de o relație sănătoasă cu sine, pe urmă cu partenerul, și doar pe urmă se trece din nou pragul sexualității (vezi tabelul 6).

TABELUL 6

SEXUALITATE SĂNĂTOASĂ VERSUS SEXUALITATE BAZATĂ PE RUȘINE²⁸

Sexualitate sănătoasă

A intra și a rămâne în relație

Capacitate pentru intimitate adevărată

Pasiune și dăruire

Lipsa împlinirii sexuale/așteptarea este posibilă fără a se simți amenințat

Respect de sine sănătos

Sentimentul de a putea stabili și atinge țeluri

Ușurință și bucurie

Sexualitate bazată pe rușine

Dependență și co-dependență sexuală

Lipsa unei relații puternice

Evitarea unei intimități adevărate

Răceală afectivă

Fixarea pe împlinire rapidă

Lipsa de împlinire/așteptarea este o amenințare

Blocare în plan fizic

Respect de sine redus

Rușine

Convingere de neputință

Perceperea rapidă de a fi victimă (în plan sexual)

Părerile sunt destul de divergente vizavi de gradul de sinceritate care este recomandat în relația cu partenerul. Cele mai multe persoane afectate, dar și mulți terapeuți, recomandă (spre deosebire de dependența de alcool, de exemplu) prudență când este vorba de a face confesiuni despre relații extraconjugale, contacte cu prostituate, frecventarea unor cluburi erotice, saloane de masaj erotic etc. Probabil pentru că asemenea confesiuni nu mai pot fi suportate de către partener, pe fondul unei relații deja foarte încărcate.

O terapie staționară se realizează de regulă în următoarele 4 faze:

- Evaluare: teste psihologice, primul interviu, biografia, eventual medicație, pletismografie peniană (măsurarea excitației)
- Faza deschiderii și a raportării: asumarea responsabilității pentru ceea ce a făcut, descrierea comportamentelor sexuale excesive (adictive), descrierea unor eventuale delicturi sexuale, descrierea ciclului excitației sexuale
- Faza de prevenire a recidivei: completarea chestionarului cu privire la prevenirea recidivei, decrierea

28. Gölz, Moderne Suchtmedizin, 3/1998 B 6.4 – 12



ciclului comportamentului sexual, dar de această dată centrat pe posibilitățile de prevenire și evitare a acestor comportamente, recunoașterea legăturilor dintre comportamentul sexual și anumite tipare de gândire / atitudini negative.

- Faza de empatie față de eventuale victime (obligatorie pentru cei care au comis delict sexual), reprezentarea cu mijloacele psihodramei a acțiunilor delictuale, identificarea victimelor, a gândurilor și sentimentelor lor, consecințe imediate și tardive, aprofundarea folosind literatură sau filme despre soarta unor victime, eventual scrisori în care își cer iertare față de victime.

În unele cazuri este indicată și o medicație cu inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI) - de ex. fluoxetină - care poate reduce intensitatea obsesiei sexuale și prin aceasta facilitează participarea la terapie. Unii beneficiază și de efectul de întârziere a orgasmului prin SSRI. De asemenea aceste substanțe pot ameliora o tulburare depresivă (primară sau secundară) care însoțește adesea dependența sexuală. Uneori sunt indicate și antiandrogeni, de ex. ciproterona (Androcur), mai ales la cei care au comis delict sexual.

S-au dovedit utile și contracte scrise și semnate înaintea încheierii terapiei, cu puncte referitoare la evitarea unor situații sau comportamente riscante care în trecut erau implicate în declanșarea lanțului comportamentului sexual adictiv. Dacă cumva aceste contracte sunt încălcate, se apreciază de la caz la caz dacă este vorba de o „scăpare” unică, de o recidivă sau de o recidivă prelungită, și există consecințe vizavi de continuarea sau reluarea terapiei.

Grupurile de suport pentru cei dependenți de sex și pentru aparținători

Ca și pentru alte dependențe, și pentru cei dependenți de sex au luat ființă grupuri care aplică „programul celor 12 pași”, după modelul Alcoolicilor Anonimi (AA).

Aceste grupuri au denumiri precum Sexaholics Anonymous (SA), grupul pentru aparținători S-Anon, Sex and Love Addicts Anonymous (SLAA). Recent a fost anunțată înființarea unui prim grup de acest gen în România, la Iași, cu sprijinul Fundației „Solidaritate și speranță”.

EVOLUȚIA RECUPERĂRII

Față de dependențele de substanțe recuperarea celor cu dependențe sexuale durează mai degrabă mai mult. Riscul cel mai mare de recidivă este în al doilea semestru. Adesea

mai trebuie suportate consecințele vechilor comportamente în planul relației de cuplu, al sănătății, în plan juridic, al situației financiare. De regulă apare o îmbunătățire simțitoare a situației începând cu al doilea an al recuperării. Încrederea de sine crește, de asemenea încrederea persoanelor apropiate, se construiesc din nou prietenii adevărate și apar îmbunătățiri și în planul profesional. Adesea este utilă continuarea psihoterapiei pe durata mai multor ani. Desigur că și în cazul dependenței de sex în cursul recuperării pot să apară recidive. Este important de a nu le lăsa pe acestea să devină o catastrofă, ci, dimpotrivă, de a le depăși prin intensificarea terapiei individuale, de cuplu și de grup, dar și cu ajutorul grupului de suport.

CONCLUZII

*„Dragostea este pe trei sferturi curiozitate.”
Giacomo Girolamo Casanova*

În final doresc să rezum principalele mele concluzii vizavi de dependențele sexuale și de modul cum se manifestă și sunt abordate, pe plan mondial, respectiv în țara noastră.

În planul nosologic, al definițiilor și clasificărilor, diferiții specialiști, inclusiv sexologii, încă nu au ajuns o abordare unitară. Dar manifestări cu un pronunțat caracter patologic în sfera libidoului există și provoacă suferința unui număr important de indivizi și de familii.

În unele țări occidentale comportamentele sexuale adictive, indiferent cum sunt numite („dependența de sex”, „adicție sexuală”, „hipersexualitate”, „donjuanism”, „nymphomanie”, „satiiazis” etc.²⁹ – ultimele fiind folosite tot mai rar din cauza percepției stigmatizante) sunt practic recunoscute ca tulburări patologice în același cadru ca și celelalte tulburări aditive (cu sau fără cunoscute de substanță) și persoanele afectate precum și familiile lor beneficiază de asistența competentă a unor rețele de profesioniști, dar și de sprijinul unor grupuri de suport,

Referitor la România constat că în ciuda faptului că pe de o parte dependența de sex în multe cercuri ale societății noastre este încă un subiect tabu, pe internet este un subiect foarte bine reprezentat (mă refer la site-urile în limba română) și care suscită un viu interes, atât din partea multor publicații, cât și a unor indivizi care își exprimă puncte de vedere personale, extrem de variate și adesea contradictorii.

În opinia mea există o mare nevoie ca și profesioniștii din țara noastră – sexologi, psihiatri medici de alte specia-

29. Macrea R., Micluța I., Dicționar de sexologie, Polirom, Iași, 2009



lități (și nu în cele din urmă medicii de familie), psihologi și psihoterapeuți, mai ales din sfera adictologiei, să se implice mai mult în formarea lor în acest domeniu și în dezvoltarea unor oferte de informare, consiliere și terapie viabile în acest domeniu, atât în cadrul ambulatoriu cât și în cel staționar, într-un spirit interdisciplinar.

De asemenea consider că există o nevoie acută de publicații – atât de specialitate, cât și de largă popularizare – în acest domeniu.

Pe planul individului și al familiei există o corelare strânsă între diferite forme ale abuzului suferit în copilărie și adolescența (și adesea continuate și ulterior) și dezvoltarea unor comportamente sexuale adictive. Pentru a întrerupe transmiterea acestei moșteniri grele către generațiile viitoare este nevoie de o identificare și abordare complexă și de durată a acestor cazuri, de altfel foarte numeroase. Deocamdată cele mai multe dintre ele rămân necunoscute la nivelul conștiinței publice.

Îmi exprim încrederea că în viitorul apropiat și în țara noastră se vor face progrese în acest sens.

Un argument în sprijinul acestei afirmații este acela că recent am aflat și am găsit ulterior și pe internet informații despre înființarea primului grup de suport pentru „*Dependenții de Sex Anonimi*” (SDA) din țara noastră, la Iași.

BIBLIOGRAFIE

1. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition, text revision). Washington, DC: Author
2. Carnes, P. *Contrary to Love – Helping the Sexual Addict*. CompCare, Minneapolis, 1989
3. Carnes, P. *Don't call it Love. Recovery from Sexual Addiction*, Bantam Books, New York, 1991
4. Carnes, P., (2006) *Facing the Shadow*
5. Carnes, P., David Delmonico, Elizabeth Griffin (2001). In the Shadows of the Net. p. 31
6. Carnes, P., D. Nonemaker, N. Skilling: Gender differences in normal and sexually addicted populations. *Amer. J. prev. Psychiat Neurol.* 3 (1991) 16-23
7. Coleman, E. (2003). Compulsive sexual behavior: What to call it, how to treat it? *SIECUS Report*, 31(5), 12
8. *Couples Therapy*. Haworth Clinical Practice Press. 2001. p. 375. "They found that sexual narcissism is more common among men ... These characteristics are also central to the person with a sexual addiction"
9. Earle, R., Crow, G. M., & Osborn, K. (1989). *Lonely all the time: Recognizing, understanding, and overcoming sex addiction, for addicts and co-dependents*. Simon & Schuster.
10. Gartrell, N., N. Milliken, W. Goodson, Physician patient sexual contact. *West. J. Med.* 157 (1992) 139-143
11. Giese, H. *Psychopathologie der Sexualität*. Enke, Stuttgart 1962
12. Goodman, 2001, pp. 195-196
13. Götz, *Moderne Suchtmedizin, B 6.4: Nichtstoffgebundene Abhängigkeit – Süchtige Verhaltensweisen im Bereich der Sexualität*
14. [International Classification of Diseases, version 2007](#)
15. Irons, R., J. Schneider Sexual addiction – significant factor in sexual exploitation by health care professionals. *J. Sexual Addict. Compul.* 1 (1994) 18-214
16. Kokott, G. Paraphilien, *Neuro date* 11 (1997) 1, 39-42
17. Levine, M. P., & Troiden, R. R. (1988). The myth of sexual compulsivity. *Journal of Sex Research*, 25, 347-363
18. Macrea R., Micluția I., *Dicționar de sexologie*, Polirom, Iași, 2009
19. Schneider J., B. Schneider *Sex, Lies and Forgiveness*, Hazelden Educational Materials. Center City. Minnesota 1991
20. Williams, Terrie M. (2008). *Black Pain: It Just Looks Like We're Not Hurting*. Simon & Schuster. p. 114.
21. Wilson, B. *Wie es funktioniert*. In *Anonyme Alkoholiker*. AA. München 1994



RELATIONAL NEEDS AS PREMISES FOR HEALTH*

■ Monica Petrescu – PhD; Psychoterapist, Bucharest *

Lucrare prezentată la a XXVI-A Conferință Națională Balint, 27-29 septembrie 2019, Predeal

Rezumat: Nevoi relaționale ca premise pentru sănătate

Frecvent, în activitatea psihoterapeutică, se descoperă că în spatele multor simptome sau afecțiuni somatice există aspecte relaționale care funcționează defectuos. Acestea se referă atât la relația cu propria persoană, cât și la relația cu ceilalți. Restaurarea coerenței interioare, respectiv armonia dintre ceea ce simte, gândește și manifestă în comportament persoana, devine un instrument puternic de reconstrucție a echilibrului psihic și fizic. În realizarea acestui deziderat a fost necesar ca, în prealabil, să fie identificați sabotorii interni, cum ar fi resentimentul, gelozia, proiecția, transferul, culpabilitatea etc., care reprezintă o sursă importantă de distorsiune în sistemul relațional. Pentru a ilustra toate acestea, s-a recurs la exemplificări prin prezentarea unor cazuri. Rezolvările terapeutice demonstrează modalități de aplicare a igienei relaționale.

Cuvinte cheie: "sabotorii" interni, igienă relațională, rezolvări terapeutice.

Abstract: *In the psychotherapeutic practice, it is often observed that behind many symptoms or somatic disorders, there are relational aspects that malfunction. These refer both to the relationship with oneself and with others. The restoration of inner coherence, respectively the harmony between what the person feels, thinks and express in behaviour, becomes a powerful tool for reconstructing the mental and physical balance. In achieving this goal, it is necessary to first identify the internal "saboteurs", such as resentment, jealousy, projection, transference, guilt etc., which are an important source of distortion within the relational system. To illustrate all these, examples were used by presenting some selected cases. The therapeutic outcomes demonstrate certain ways of applying relational hygiene solutions.*

Key words: "internal" saboteurs, relational hygiene, therapeutical outcomes.



During years of practice, I noticed that, in many cases, complaints of the patients aimed at highlighting aspects of dysfunctional relationship with the partner, the family, the child, etc. and only in the side plan regarded symptoms. In situations where the symptoms were at the forefront, it soon emerged that behind

them were also relational problems.

Often, the relationship with himself / herself appeared to be the problem, more or less conscious, by an incoherence between what he/she felt, thought and acted, not because being dishonest with themselves, but because hearing themselves truncated, distorted by patterns or prejudices interposed between the deep self and the mind embedded with certain beliefs, attitudes, patterns learned during family, school and social education.

Jacques Salome, a French psycho-sociologist, has written over 70 books on interpersonal relationships and has developed a method called ESPERE (which means Specific Energy for an Essential Relational Ecology), based in the 1970s, as a communication pedagogy aiming to a relationship harmonization. ESPERE explains ways of healthy interaction by providing strategies that facilitate relational "hygiene", so that having with a good relationship with oneself, we can get a good relationship with others, regardless of its type or context in which we find ourselves. In my cases, I have privileged ESPERE's strategies to heal relationships because of the simplicity of this method, its concrete, visual character, and of the fact that it promotes the same type of assertiveness approach as the cognitive-behavioural approach.

Having a good communication with each other requires prior setting a good communication with one's own person. It is amazing how many problems people can have when it comes to hearing and understanding themselves!

**Here are some case examples:**

M. A. is a 40-year-old woman with higher education, a demanding but satisfying job, a seamless marriage, and two nice children: a 6-year-old girl and a 7-year-old boy. For about a year, she started having night-time awakenings, with difficulty in sleeping again, heart rhythm disturbances, heavy digestion, bloating, and a persistent candida. She was getting tired, as early as in the morning, and focused with difficulty in professional tasks. Important events in the patient's anamnesis included an abortion, as an effect of a treatment with large amounts of antibiotics for a severe urinary infection. At the time of illness and treatment, the patient did not know she was pregnant. Doctors warned her that risks of malformation were too high and advised her to quit pregnancy. Although the pregnancy was discontinued without any somatic complication, sleep disturbances and extra systoles soon became apparent.

The psychological assessment revealed a deep frustration (she really wanted a third child) and a sense of guilt (linked to the ending of little life that grew into her). The restoration of the patient's balance at all levels depended obviously on the *"annulment of guilty sentence"*, issued from internal moral instances, which had, in her case only, the *"indictment"* section. Restoring a good and correct connection with oneself means also to listen impartially, with goodwill, those parties we could metaphorically name *"defense attorneys"*.

These were not particularly cultivated during her education, maybe even on the contrary, these were silenced, oppressed by the system of values and personal beliefs. In this line, Jacques Salomé has written a book *"If Only I'd Listen To Myself: Resolving The Conflicts That Sabotage Our Lives"* (1). But impartial listening is only one that is able to put, for the moment, into brackets the system of values and personal beliefs.

Of course, *"to understand"* does not necessarily imply *"to accept"*. There is a strange popular saying: *"It is bad with evil, but worse without it,"* suggesting that a known evil is more bearable than a confrontation with something unknown that, although not yet known, is invested with potential danger that we do not know if we are able to defend ourselves! Although such a relationship with life seems to be detached from a book about *"dwarfs on the brain"*, we can find it in people who in various contexts are intelligent, efficient, and seem to have a good mental coherence. They define themselves as *"prudent,"* but in fact they are anxious and often locked in an unhappy fate.

If the patient makes an alliance with the illness, not ne-

cessarily realizing this, getting out of the morbid state becomes impossible, despite any therapeutic effort made by the physician / psychologist. If the therapist does not realize the real situation of the patient, the health condition not only would not improve, but may even get worse. Dr. Eric Pearl describes such cases in his book *"Reconnection"* (2).

I also had situations in which the psychological analysis revealed motivations for attachment to the illness, given the belief that the presence of the illness would help achieve a purpose that is important, even more important for the patient, I would say, than the threat of illness itself. Pearl mentions among his cases the situation of a patient who, after a spectacular evolution in multiple sclerosis therapy, which resulted in her getting up from the wheelchair, she gave up psychological therapy for a while, and when it came back, it was in a clear regress, being again immobilized in the wheelchair. The deeper analysis of her problems highlighted the following conflict: the immobility in the trolley determines the husband's presence as an assistant and life companion. If she became an autonomous person, there was a risk that he would leave her for the mistress he had. Only when she decided to take that risk, she was able to make real progress in her recovery.

So, according to rational logic, the woman came to treat her disease, but according to emotional logic, not being sick meant being autonomous, which, in her mind, risked that the husband would not feel bound (morally of course) to continue standing beside her. Interestingly, communication with yourself often becomes an obstacle course! In order to be as close as possible to our true feelings, to listen to the emotions that we are going through, we need much attention and vigilance. Emotional states may be competing, and behavior will usually take course to the direction of dominant motivation.

When talking about communicating with the other, we refer to what is shared at various levels (informational, emotional, symbolic, anecdotal, imaginary, etc.), says Salomé (3). As parents and educators focus more on imposing limits than on developing relational skills, communication becomes polluted by complaints, reproaches, accusations that, of course, hinder communication and lead to conflict and neurosis.

The relational aspect of our lives can be a powerful means of manipulation and blackmail. I remember the case of some parents who wanted to bring their 6-year-old child in therapy, because every morning mobilizing to leave home was a torment. The child managed to delay leaving the hou-



se, so that his parents could not get to work on time. Of course, all the explanations, methods, as well as those in the coercive range, have been tried. Father, working in the military, risked serious problems by often being late. Of course, the psychological approach to analyzing the reasons for the child doing so was necessary, but as a measure of urgency, correction could be made through relational modeling.

So, I recommended parents to apply the following strategy: in the evening, without any time pressure, in peace and quietness to tell the child that they, as parents, understand that the kid has sometimes a difficulty in getting ready to leave on time. But mom has to be driven by dad and then dad has to get to work on time to keep his job and bring bread at home. Therefore, if it's difficult for him to be ready in due time, the parents will not be mad at him, but they will have to leave him at home and meet again in the afternoon. Thus, he will have to stay alone at home, not as a punishment, but because they have no other solution.

Parents were very skeptical that simply putting information into such terms will solve the situation. And yet they did it. Why? The communication was empathic (*"I understand it can be difficult" ...*), without inferiority for the child (*"Why are not you able to...?"*) and without aggression (criticism, threats). On the contrary, an objective condition was emphasized, which the child could easily understand and accept as a given, not as an arbitrary measure against him. Moreover, he was given the power of decision: can you go with us or not? We quickly understand, at any age, that it is absurd to push hard open doors. It seemed to me a good life opportunity to make the child understand that free will can be exercised at any time, but the consequences of the decisions we make are not subject to our desires.

Relational communication is an *"obstacle run course"*, which, to qualify as a winner, requires all participants to take place on the podium, and obstacles (internal *"saboteurs"*) must be overcome. But who *"sabotage"* us in our own citadel? Self-constraint, resentment, jealousy, culpability, judgment, comparison, projection and transfer.

We **constraint ourselves** each time we first trust our limitations and remain prisoners in a given frame of reference. So, for example, when inviting a 15-year-old girl to taste a delicious roasted mutton, I was denied saying she never ate such thing and thought she wouldn't like it. Communicating with her on several themes, I found out that she was

ready to give up everything she did not know or thought she did not like.

Regarding **resentments**, these have a profound source in what we experience as a real or imaginary lack during childhood. For the child, the distance between the world of desires, the violence of needs and the source of possible answers is infinite. Lack of adequate expression rise to resentment, rumors, illusions, confusions, distortions. Resentment does not seek to understand, but to hurt. Not long ago I heard a couple exchanging words. He: *"Did you bring me the jacket from the boat?"* She: *"Yes, I brought it, 'cause you 'left like a flower'!"* He: *"and your hand broke by doing this?"*. The intensity of resentment gives the measure of the distance between the hope and the person's vision of the relationship. This gives birth to a whirlwind of recriminations, self-justifications, accusations aimed at getting rid of the feeling of rejection, of under - appreciation or of loss. Resentment drives poisoned messages on the relationship pipe and, in time, clogs it.

Jealousy is another terrible saboteur of relational communication because it feeds from frustration and imaginary in a weave of lowering life and intense desire to destroy the obstacle that seems to the jealous person to interpose between him/her and the object / subject one craves for. In order to prevent the jealousy among siblings, many parents strive to offer both similar things. But this attitude denies the difference, because they do not have the same needs at the same time. Salome mentioned the remedy applied by a grandmother to her nephews: she deliberately cut the chocolate bar into unequal parts, and at children's protests she replied: *"Who said life is fair?"*

Another *"saboteur"* is **guiltiness**, a poison given to someone (sometimes self-administered), that is born from an overwhelming sense of *"should"* or *"have to"* and the imaginary expectation that we make up to the account of the other. I have heard many men claiming that monogamy does not correspond to an internal law. The perceived guilt was mostly related to what they supposed to be partners' sufferings. They felt that were cheating just putting themselves in the place of the other, and by this identification movement, they were referring to their own jealousy.

Guiltiness has many facets, depending on the relationship in which it manifests itself. It can lead to self-devaluation (*"I am inefficient, incapable, pitiful, unworthy of being loved"* etc.) and self-destructive behaviors (accidents, de-



privations, repeated failures, depressions, etc.). Sometimes people have a fundamental inability to recognize their shortcomings. They have a strong personal protection, so for them things are conveniently arranged in a process of blaming the other, pretending to be the real owners of truth.

Judgment is a powerful factor in “sabotaging” relationship and communication, a real trust killer. My first case in psychotherapy was a young female student in medicine, first year. She could not manage to pass the year, because she was stuck in front of teachers at oral examinations. The source of this blockage was her father, from which she received avalanches of unfavorable judgments that made her feel inferior. Hoping to “contaminate” her with more efficient behaviors and attitudes, her father used another fearful saboteur: **comparison**. The patient had a more skilled, voluble and extrovert sister, perhaps even more intelligent, which was a constant model to which the father was referring to. By these unfavorable comparisons, he was sabotaging both the patient’s self-image and the relationships with others, the latter perceived as a potential sources of devaluation for her.

One of the most common and frequent saboteurs in our relationship is **projection** and **transfer**.

Many things we can project, parental images that have filled our childhood (“cold” or submissive relationships with parents, that we sometimes see as the pathway in which our relationships must also take place), idealized images granted to masters, teachers, or the loved ones. The latter involves a relational trap for both protagonists: the one that is the subject of idealization will not feel recognized as he/she really is, and the other that projects will not be able to build a real relationship with a real person. Difficulty in relationship also creates a “loan” of intentions, which is part of the transferential processes. These are also a form of projection by assigning one’s own desires or fears to the other. Thus, we frequently hear: “*You do it just to annoy me*”, “*You do everything to backbite me*”, “*You want to make me jealous*”, etc.

In the case of **transfer**, the other one becomes a screen that he/she looks at images that were sent to , believing with all conviction that these images come from him/her. In the process of transfer we let the other to define us, by his wishes, fears, needs and convictions. It is a particularly damaging process, especially for children who are seeking

their own identity and are still influential (“*you are shy*”, “*you are exactly like your father*”, “*you are extraordinary*”, etc.).

These above are some of the most common behaviors that obstruct the relationship, distort it and cause “injuries” to others or to ourselves. To acknowledge them is a first, absolutely necessary step. The next step to becoming truly competent in communicating with others is to master specific relational communication strategies.

References:

1. Salome, J. Dacă m-aş asculta, m-aş înţelege. Bucureşti. Editura Curtea Veche Publishing Bucureşti, 2002.
2. Pearl, E. Reconnectarea. Vindecă-i pe alţii, vindecă-te pe tine, Editura For You; Bucureşti; 2006.
3. Salome, J. Un strop de eternitate, Editura Curtea Veche Publishing. Bucureşti; 2018



PARTICULARITĂȚI ALE STRESULUI ÎN WORKAHOLISM

- Calancea Veronica, Dr. în psihologie, lector universitar USM, Psiholog IMSP SCR "Timofei Moșneaga", Chișinău

Rezumat: Obiectivul de bază al acestui studiu este de a cerceta abordările teoretice cu referință la teoriile stresului în raport cu suprasolicitarea profesională, pericolele despre care vorbesc autorii în domeniu, modul în care este evaluat fenomenul workaholismului pe scala agenților stresori.

Termeni-cheie: autogestionarea stresului, coping, factori stresanți, stres, workaholic (dependent de muncă).

Abstract: Peculiar aspects of work-stress in workaholics

The basic objective of this study is to investigate theoretical approaches with reference to theories of stress in relation to professional overwork, the dangers of which the authors speak in the field, how the phenomenon of workaholism is evaluated on the scale of stressors.

Key words: coping, stress, stressor, stress handling, workaholism.



Cercetarea asupra stresului psihic a debutat cu un sfert de veac în urmă, stimulată de dorința de a înțelege eșecurile comportamentului adaptativ observat în situații limită (extreme). Situațiile care erau la îndemână atunci includeau înfruntarea militară [4, p.85], lagărele de concentrare [2, p.48], doliul pricinuit

de pierderea unei persoane apropiate [15, p.101], și vătămrile traumatice. Perturbările funcționale observate erau tot atât de dramatice ca și situațiile critice însele și includeau comportamentul psihotic, anxietatea severă, ulcerul hemoragic [16, p.74] și hipertensiunea arterială [3, p.239]. Prin conceptualizarea acestor fenomene drept consecințe ale stresului, cercetătorii puteau formula principiile generale care transcendeau situația particulară (adică lagărul de concentrare sau câmpul de bătălie) în care își făcuseră observațiile lor. Astfel, puteau fi dezvoltate ipoteze despre sursele și mecanismele stresului și factorii care cresc sau descresc costurile psihologice și somatice ale stresului.

În deceniile care au urmat, obiectivul cercetărilor asupra stresului a fost extins de la domeniul situațiilor limită la domeniul laboratorului în care, în mod analog, se studiază condițiile în care se deteriorează performanțele atinse, se

dezorganizează coordonatele morale și se manifestă disfuncții somatice [11, p.79; 13, p.149].

S-au depus mari eforturi pentru a se demonstra că efectele adaptative ale stresului pot fi deduse din scalele evenimentelor de viață care pretind a măsura solicitările de adaptare impuse de evenimentele stresante [6, p.189].

Teoria lui Selye a adus trei aporturi importante în afa- ra faptului că el a introdus conceptul de stres ca termen științific: în primul rând el a postulat că efectele stresului se acumulează în timp, în al doilea rând el a analizat efectele patologice asupra organismului, în al treilea rând Selye a concluzionat că efectele stresului sunt cumulative [17, p.320]. Manson, (1975) ca critică la teoria lui Selye a venit cu argumentarea precum că organismul reacționează la stimuli diferiți cu simptome specifice diferite.

În 1989 Lazarus R. S. a fost decernat cu un premiu din partea APA pentru contribuții științifice. Teoria lui Lazarus referitoare la reacțiile omului la evenimentele critice din viață stipulează că un stimul concret (obiectiv) nu produce aceeași cantitate de stres la diferite persoane în diferite situații. Cel de-al doilea set de aporturi considerabile a lui Lazarus în psihologie se referă la conceptul de „coping”. El definește copingul ca „eforturi comportamentale și cognitive orientate spre satisfacerea cererilor interne și/sau externe care sunt evaluate ca împovărătoare și epuizează resursele persoanei” [12, p.324].



Lazarus a categorizat copingul conform funcțiilor și obiectului spre care este orientat. Copingul, scopul căruia este rezolvarea situației evenimentului problematic este numit coping „orientat spre problemă”. Copingul, scopul căruia este reglarea stării emoționale, este numit coping „orientat spre emoții”. Lazarus a remarcat că copingul orientat spre emoții se declanșează atunci când persoana apreciază situația problematică ca fiind una stabilă, iar cel orientat spre problemă se declanșează atunci când condițiile sunt apreciate ca fiind schimbătoare. Lazarus a explicat că atunci când persoana evaluează sau încearcă să amelioreze tranzațiile periculoase sau să menajeze emoțiile apărute se pot declanșa patru modele diferite de coping [12, p.325]: căutare de informații; acțiune directă; inhibarea acțiunii; reacții intrapsihice.

Noi considerăm că, chiar în circumstanțe critice extreme, consecințele stresului nu pot fi înțelese numai în termenii evenimentelor stresante. Situațiile stresante nu își iau vama lor de la un individ pasiv cum se subînțelege în definiția stresului ca stimul, ci de la un individ care întâmpină aceste situații cu o înțelegere personală și care luptă pentru a le controla și stăpâni. Datorită faptului că aceste procese psihice mediatore sunt determinanți importanți ai experienței la stres, devine inevitabil că între severitatea solicitărilor impuse de situația de stres și consecință să nu existe o relație directă.

Kogan afirmă că există anumite dubii referitoare la modul în care factorii psihosociali cauzează anumite schimbări fiziologice caracteristice stresului. Nu se pune la îndoială importanța pentru supraviețuire a stresului psihosocial și valoarea sa în succesul biologic al rasei umane și în progresul rapid al acesteia în controlul destinului său [8, p.298].

Există pericolul că viteza progresului și anumite schimbări, atât sociale cât și ale mediului cale-l însoțesc deja cauzează tulburări și dacă fenomenul nu va fi studiat mai aprofundat, pagubele cauzate pot prevala beneficiile [14, p.300].

Pentru a înțelege stresul psihologic este important de a studia procesele cognitive mediatore ce determină reacția la stres, inclusiv comportamentul și adaptările subiective (mecanismele de coping). Toate acestea fac parte din tradițiile cognitiv-fenomenologice ale teoreticienilor ca Lewin (1935) și Kelly (1955). Copingul include acțiuni orientate spre schimbarea relației organism-mediu care este dăună-

toare. În continuare vom prezenta într-un mod schematic variabilele stresului și adaptării în viziunea lui Lazarus [10, p.342] care menționează nivelul psihologic și nivelul fiziologic în manifestarea stresului, ambele fiind determinate de diverși stimuli. Autorul include și răspunsul organismului, feedback-ul, care se manifestă în dependență de mecanismele, reacțiile de scurtă și de lungă durată apărute în urma stimulilor.

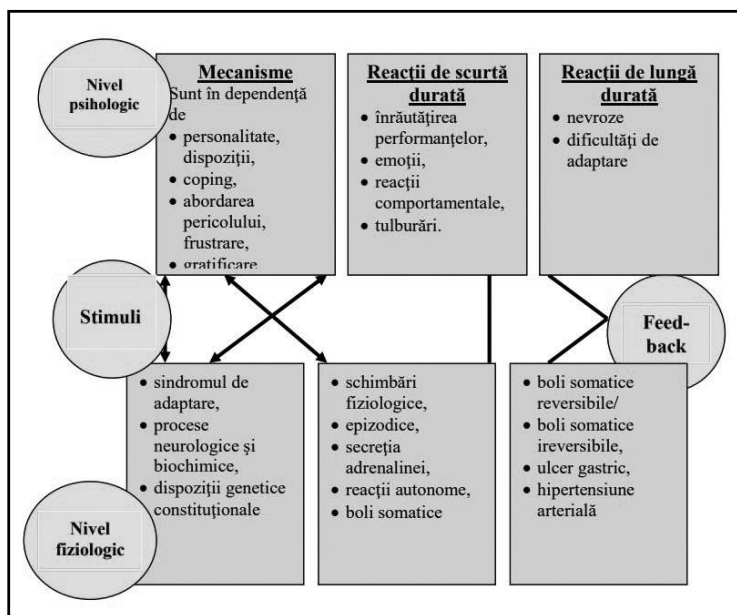


Fig. 1 Variabilele stresului și adaptării

Considerăm că workaholismul poate fi raportat la această reprezentare schematică a stresului în felul următor: în calitate de stimuli pot servi însuși sarcinile profesionale în exces; în acest caz la nivel psihologic se pot manifesta în calitate de mecanisme atât evitarea îndeplinirii sarcinii la timp și realizarea acesteia într-o perioadă limitată care necesită utilizarea resurselor la maxim (ca în cazul workaholicului borderline) cât și efectuarea pedantă a fiecărui element al sarcinii astfel încât să se concentreze toată atenția asupra obținerii unei calități perfecte, ceea ce de asemenea necesită autosolicitarea fizică și psihologică maximală; ca reacție de scurtă durată survine înrăutățirea performanțelor și emoții legate de diminuarea autoaprecierii, iar ca reacții de lungă durată survine dezvoltarea unor nevroze în dependență de personalitate, dispoziții etc. La nivel fiziologic sunt evidente schimbări fiziologice episodice ca secreția adrenalinei, tensiune musculară, transformări ale



metabolismului. Referindu-ne la reacțiile fiziologice de lungă durată putem presupune o dezvoltare ulterioară a unor boli somatice cum ar fi cele cardio-vasculare sau gastrice.

Dacă în calitate de stimul primar al stresului nu este volumul de muncă ci relațiile sociale problematice, atunci situația se agravează deoarece sarcinile profesionale în exces se prezintă ca stimuli secundari, deci stresul are o valență de două ori mai puternică. Încercând să diminueze un stresor, persoana se supune celui de-al doilea

în timp ce influența primului nu este întreruptă. Persoana așteaptă o gratificare de la încercarea sa de a rezolva situația problematică, iar aceasta nu survine; adițional, performanțele sale scad, ceea ce duce la o nouă frustrare deoarece calitatea realizării sarcinilor nu corespunde așteptărilor. În acest caz reacțiile, atât cele de scurtă durată, cât și cele de lungă durată iau o expresie severă în raport cu nivelul psihologic și fiziologic al persoanei.

Având ca fundament teoretic cele menționate mai sus, considerăm că putem raporta workaholismul la stresul social, deoarece este o situație stresantă cauzată de circumstanțe sociale sau reguli culturale care frustrează sau intenționează să frustreze individul (sau un grup de indivizi), îl împiedică să se dezvolte și să acționeze conform propriilor impulsuri, prin pedepse sau gratificări ale patternelor comportamentale [5, p.356], cum ar fi atitudinile parentale referitoare la expectanțele majorate față de succesele copilului, care rezultă ulterior în apariția unui comportament workaholic; sau patternurile unei culturi cum ar fi cea socialistă care se referea la muncă ca la o datorie supremă a omului față de societate, în absența unui raport direct între resursele interne solicitate și recompensele pentru epuizarea acestor resurse.

Pentru a reliefa locul workaholismului în modelul stresului psihosocial vom prezenta în continuare o secvență grafică a unui sistem de variabile ce interrelaționează, începând de la stimulii psihosociale până la boala somatică ca rezultat a acestora:

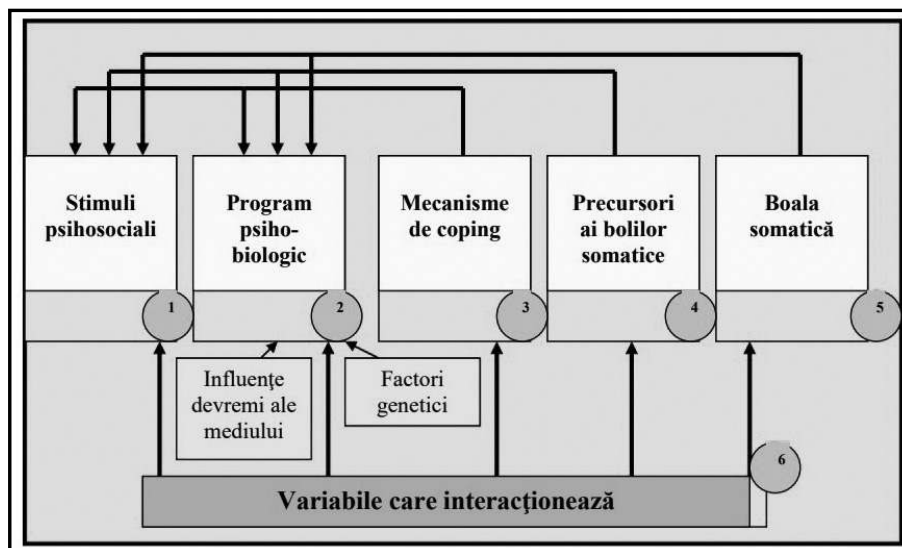


Fig. 2 Modelul teoretic al bolii mediată psihosocial

Efectul combinat al stimulărilor psihosociale (1) și programul psihobiologic (2) determină reacțiile psihologice și fiziologice (mecanisme de coping (3)) a fiecărei persoane. Acestea pot duce, în anumite circumstanțe, la premise ale bolii (4) și la boala înșiși (5). Această secvență de evenimente poate fi promovată de variabilele care interacționează (6).

Secvența nu reprezintă un proces unidirecțional dar constituie o parte a unui sistem cibernetic cu feedback continuu [9]. Prin variabilele care interacționează înțelegem factori intrinseci sau extrinseci, fizici sau psihici care promovează sau previn procesul care duce la îmbolnăvire.

Kogan și Levi prin cercetările sale au confirmat următoarele ipoteze:

- controlul psihosocial al mediului reduce stresul;
- controlul reacțiilor psihologice și/sau fiziologice reduce stresul;
- aceste răspunsuri sunt interrelaționale și sunt mediate de mecanisme neuroendocrine.

În continuare, dacă suprapunem modelul teoretic al bolii mediată psihosocial cu manifestările workaholismului, observăm că stimulul psihosocial sub forma suprasolicitării resurselor interne poate avea influențe diferite asupra indivizilor în dependență de influențele devremi ale mediului, factorii genetici, mecanismele sale de coping; cert este faptul că dacă se stabilește o combinație „favorabilă” dintre aceste variabile, atunci este posibilă apariția unei boli somatice.



Având la bază ipotezele confirmate de către Kogan și Levi, remarcăm faptul că implicarea exagerată în activitatea profesională în condițiile unui stres psihosocial nu reprezintă decât un mecanism de control în scopul reducerii acestui stres.

Persoana nu dorește să manifeste direct reacții posibile fiziologice și psihologice asupra stresorului (de ex: familie, rude, persoane apropiate), deoarece la nivel neuroendocrin, manifestarea acestora nu va reduce, ci va amplifica valența stresului.

În această ordine de idei considerăm important e a face referință la „Teoria răspunsurilor emoționale la stimulii negativi” [1, p.410]. În momentul în care suprasolicitarea profesională se prezintă stimul negativ ne interesează cum se va manifesta persoana în aspect emoțional în această condiție de stres.

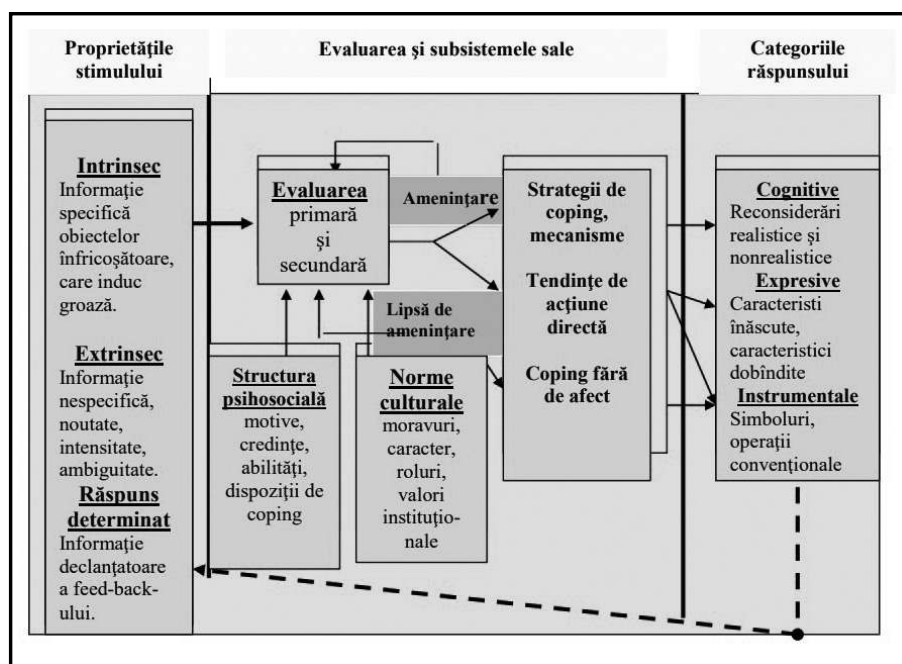


Fig. 3 Schiața sistemului de răspunsuri emoționale la stimulii negativi

Conform schemei prezentate mai sus workaholismul este un mecanism de coping comportamental, dacă apreciem în calitate de amenințare relațiile interpersonale Non-OK de la care persoana încearcă să evadeze. La evaluarea primară relațiile sociale sunt apreciate drept amenințare, la evaluarea secundară suprasolicitarea profesională este apreciată (de către workaholic) ca o tendință de acțiune di-

rectă (în același timp psihoterapeutul o apreciază ca o tendință de acțiune indirectă). Răspunsul cognitiv se manifestă sub forma unor reconsiderări realiste și non-realiste de tipul: „munca este cel mai important aspect în viața mea”, „lucrez pentru ei (copii, soț/soție, părinți)”, „prin muncă voi deveni o persoană importantă”, „cu cât voi lucra mai mult cu atât mă vor aprecia mai mult” etc. Răspunsul expresiv se manifestă sub forma oboselii permanente, stării apatice în sânul familiei și stării active, dinamice la locul muncii, agresivitate, violență ca răspuns la solicitările mediului de integrare în alte activități decât profesionale.

Munca, conform lui Bion, reprezintă o modalitate sofisticată de cercetare a realității, care include metode conștiente de rezolvare a problemelor, iar abilitatea de a lucra este învățată pe când emotivitatea este „primitivă”, reacție directă care nu necesită învățare și răspunde necesităților inconștiente de a-și menține integritatea în fața

agenților stresori. Bion remarcă trei categorii de bază ale emotivității: luptă-fugă, dependență și împerechere. Acestea sunt abordate ca caracteristici de bază care domină perioadele de interacțiune. El a utilizat aceste categorii pentru descrierea comportamentului persoanei. Thelen a separat lupta și fuga în două categorii deoarece acestea reprezintă comportamente individuale aparte [18, p.544].

- „Lupta” este orice manifestare a agresivității față de problemă, grup, organizație, sine însuși etc.;
- „Fuga” reprezintă orice comportament de evadare de la stres cu ajutorul

diverselor mijloace ca gluma, întreruperea întâlnirii, reveriile în timpul zilei, discuție incoerentă, prezentare academică;

- „Dependența” se manifestă în orice comportament care caută ajutor din exterior: lider, tradiții, experți etc. De regulă căutarea ajutorului sunt acompaniate de expresii ale slăbiciunii și comportament inadecvat: „am prea mult de lucru”, „nu avem resurse” etc.;
- Comportamentul de „împerechere” include remarci intime adresate în particular altei persoane,



■ Referate

atingerea altora cu exprese de căldură, duioșenie, pasiune, aprobare, confirmare, sau chiar prin aruncarea unor fraze, complimente la adresa grupului [7, p.550].

Din această perspectivă de abordare a emotivității rezultă faptul că fenomenului workaholismului îi pot fi raportate toate categoriile emotivității. Pornind de la ideea că supra-solicitarea profesională reprezintă epuizarea conștientă a forțelor fizice, psihice, care în unele cazuri este rezultatul unor tendințe autopunitive, în altele reprezintă o încercare de răzbunare sau reproș față de familie, părinți, obligații; putem deduce faptul că workaholismul din punct de vedere a teoriei emotivității a lui Bion, reprezintă „*lupta*” în care agresivitatea de regulă este orientată împotriva propriei persoane.

Conform aceluiași algoritm, workaholismul se raportează la „*fugă*” în viziunea evitării contactelor sociale sau a tendințelor de rezolvare a conflictelor reale prin negarea existenței acestora.

„*Dependența*” poate fi observată în apelurile, rugămintile adresate către persoanele apropiate cum ar fi „*trebuie să mă înțelegeți, pentru că nu lucrez pentru mine, o fac pentru voi*”.

Prin manifestarea presupusei „*înțelegeri*”, persoanele apropiate se transformă în co-dependenți de workaholism (la fel ca în cazul dependenței de alcoolism). Anume suportul, grija, înțelegerea faptului că workaholicul este obosit, epuizat și nu poate face față obligațiilor casnice este acel „*stroke*” pe care dorește să-l obțină acesta de la persoanele apropiate. „*Împerecherea*” în manifestarea ei descrisă de Bion este utilizată de către workaholic în scopul obținerii aprobării, aprecierii devotamentului său față de muncă din partea colegilor de serviciu, șefilor, supervisorilor. Răspunzând la tentativele de împerechere, colegii de serviciu consolidează comportamentul workaholic.

Bibliografie

1. Averill, J., Opton, E., Lazarus, R. 1971. Cross-cultural studies of psychophysiological responses during stress and emotion // Society Stress and Disease, Ed. Oxford University Press, New York. 485 p.
2. Bettelheim, B. 1943. The informed heart: Autonomy in a mass age, Ed. Frec Press, New York. 245 p.
3. Graham, J. 1945. High blood pressure after Gatile, Ed. Lancet, in Golu, M. 1993. Dinamica personalității, Ed. Geneze, București. 237 p.
4. Grinker, N., Spiegel, A. 1945. Men under stress, Ed. Mc Graw-Hill, New York. 320 p.
5. Groen, J. 1971. Social change and psychosomatic disease // Society Stress and Disease, Ed. Oxford University Press, New York. 485 p.
6. Gunderson, V., Lahe, R. 1974. Life stress and illness, Ed. Thomas, Springfield. 412 p.
7. Koch, S. 1959. Psychology: a study of science. Formulation of the person and the social context, Ed. Mc Graw-Hill, New York. 837 p.
8. Kogan, A. 1971. Epidemiology and society, stress and disease, in Levi, L. 1971. Society Stress and Disease, Ed. Oxford University Press, New York. 485 p.
9. Kogan, M., Levi, L. 1972. in Levi, L. Stress and disease in response to Psychosocial Stimuli, Ed. Pergamon, New York. 166 p.
10. Lazarus, R. 1971. Environmental planning in the context of Stress and adaptation // Society stress and disease, The psychosocial environment and psychosomatic diseases, Vol I, Ed. Oxford University Press, New York. 485 p.
11. Lazarus, R. 1981. The stress and coping paradigm, in Golu, M. 1993. Dinamica personalității, Ed. Geneze, București. 237 p.
12. Lazarus, R. 1984. Stress, evaluation and coping, in Snyder, C., Ford, C. 1987. Coping with negative life events. Clinical and social psychological perspectives, Ed. Plenum, New York. 420 p.
13. Lazarus, R., Folkman, S. 1982. Coping and adaptation, Golu, M. 1993. Dinamica personalității, Ed. Geneze, București. 237 p.
14. Levi, L. 1971. Society Stress and Disease, Ed. Oxford University Press, New York. 485 p.
15. Lindmann, E. 1944. Symptomatology and management acute grief, Ed. J. Psychiatr, Amsterdam. 250 p.
16. Paster, S. 1948. Psychotic reactions at many soldiers of World War II // Journal of New Mental Diseases, in Golu, M. 1993. Dinamica personalității, Ed. Geneze, București. 237 p.
17. Selye, H. 1956. Reaction to critical life events, in Snyder, C., Ford, C. 1987. Coping with negative life events. Clinical and social psychological perspectives, Ed. Plenum, New York. 420 p.
18. Thelen, A. 1959. Work-emotionality theory of the group as organism, in Koch, 1959. Psychology: a study of science. Formulation of the person and the social context, Ed. Mc Graw-Hill, New York. 837 p.



VIZIUNI TIPOLOGICE ALE FENOMENULUI WORKAHOLISMULUI

- Calancea Veronica, Dr. în psihologie, lector universitar USM, Psiholog IMSP SCR "Timofei Moșneaga", Chișinău

Rezumat: *Workaholismul este un termen științific cu care sunt caracterizate persoanele care se dedică lucrului într-atât, încât nu mai au timp pentru altceva decât de acest lucru. Studiind literatura de specialitate putem remarca faptul că fenomenul workaholismului este tratat în baza a două abordări fundamentale: prima abordare raportează workaholismul la comportamentul nevrotic, prin care persoana folosește munca ca un mecanism de apărare de la contacte sociale sau ca manipulare prin care primește laude și confirmare din partea altora; cea de-a doua abordare studiază workaholismul ca un produs al timpului, al societății contemporane, al industrializării.*

Cuvinte cheie: *comportament, coping, muncă, stres, workaholism.*

Abstract: Typological approach in workaholism

*Workaholism is a scientific term with which people who devote themselves to work are characterized to such an extent that they have no time for anything but this. Studying the literature we can note that the phenomenon of workaholism is treated on the basis of two fundamental approaches: the first approach relates workaholism to neurotic behavior, by which the person uses work as a defense mechanism from social contacts or as manipulation by which he receives praise and confirmation from others; the second approach studies workaholism as a product of time, contemporary society, industrialization. **Key words:** behavior, coping, stress, work, workaholism.*



„Nu contează cât de dur îți gonești calul, cât de tare îi lovești coapsele, nu contează cât de tare aleargă armăsarul tău, dacă vă roțiți într-un cerc nu veți pleca mai departe decât punctul de pornire...” (înțelepciune a curentului sufist). SUFÍSM s. n. Curent în mistica musulmană, apărut în

sec. VIII și răspândit mai ales în

Persia, cu caracter anticlerical și ascetic. – Din fr. soufisme.

Cuvântul workaholic este o derivare de la „alcoholic” și simbolizează similaritatea dependenței de muncă cu cea de alcool. Pentru prima oară termenul a apărut în 1968, mai târziu a fost popularizat de către Wayne Oates în 1971 în cartea sa „Confesiunile unui workaholic” [17].

Ca un concept a cunoscut popularitate în 1990 ca rezultat al mișcării self-help din SUA, centrată pe dependențe, formând analogie între comportamente social-periculoase ca suprasolicitarea în muncă, dependența de droguri și de alcool.

Oates definește termenul de workaholism ca o depen-

dență de lucru, necesitate compulsivă și necontrolată de a lucra neîntrerupt [17]. Chiar dacă termenul este relativ nou, aceasta nu înseamnă că workaholici nu au existat dintotdeauna. Încă în perioada imperiului Roman scriitorul renumi Plinius Major își începea ziua de muncă la miezul nopții și continua să scrie și să citească cărți chiar și în timp ce lua masa. Macro-cultura urbanizării secolului XXI a avut un impact vast asupra numărului orelor de lucru al oamenilor [21].

O angajare prea intensă în muncă, chiar dacă persoana este satisfăcută de activitatea sa, poate fi sursa unui stres profesional, afirmă Greenberg în manualul „Comprehensive Stress Management” [4, p.346]. Există persoane care primesc o asemenea satisfacție la locul de muncă, încât absolut nu se pot detașa de acesta și se autoîncarcă cu o mulțime de activități. Activitatea absoarbe asemenea persoane.

Lafon vorbește despre activitatea excesivă în toate domeniile și, adesea, puțin eficientă [7, p.10] pe care o denumește cu termenul de activism. Autorul se referă la această activitate cu o conotație în care se profilează ideea



de hiperactivitate patologică, atașată comportamentelor maniace sau dementiale ale anumitor adulți.

Gladding vorbește despre conceptul de carieră în sensul unei activități prin care persoana se autorealizează, iar rolul psihoterapeutului în acest proces este de a ajuta persoana în rezolvarea problemelor legate de dezvoltarea carierei. Autorul menționat evidențiază problemele care sunt bariere în dezvoltarea carierei. Printre acestea include următoarele: incertitudinea în alegerea carierei, insuficiența eficacității activității, lupta cu stresul, adaptarea, incompatibilitatea persoanei cu mediul de lucru, problema integrării inadecvate sau nesatisfăcătoare a rolurilor profesionale și a altor roluri sociale (părinte, prieten, cetățean), combinarea ineficientă a timpului dedicat muncii cu timpul dedicat odihnei [3, p.436].

Referindu-se la cea din urmă barieră în dezvoltarea carierei McDaniels afirmă că odihna, relaxarea, divertismentul vor ocupa în viitor un rol tot mai important, mai mult decât atât, necesar, în viața fiecărui om [11, p.44]. Integrarea muncii și a odihnei este procesul fundamental în dezvoltarea carierei persoanei pe care el o definește cu ajutorul formulei: $C=W+L$, unde C reprezintă cariera, W – munca, L – odihna [2, p.202].

Vaknin abordează workaholismul din prisma filogenetică: încă de la începuturile apariției omenirii, oamenii lucrau pentru că erau obligați să lucreze pentru a supraviețui, tot restul timpului era dedicat plăcerii. În prezent atât activitatea profesională, munca cât și timpul liber, devin plăcute persoanei. Unele persoane sunt într-atât de încântate de activitatea realizată, încât aceasta ocupă și timpul dedicat odihnei – aceștia sunt workaholicii. Alții se simt dezorientați în condițiile actuale de suprasolicitare, nu sunt în stare să repartizeze eficient timpul, să facă față instrucțiunilor neclare din partea superiorilor, să înțeleagă ce au de făcut, când și care este scopul acestor activități. Ei lucrează mult, dar rezultatul activității lor este minim datorită incertitudinii pe care o trăiesc în raport cu activitatea profesională [16, p.2].

Referindu-ne la prima abordare a fenomenului putem remarca că workaholismul este clasificat ca o varietate a comportamentului nevrotic și se raportează la psihoterapia comportamentului adictiv. Esența acestui termen constă în faptul că la apariția unei situații dificile (stres evident sau ascuns) persoana are tendința de a folosi diverse metode de apărare, neconștientizate, orientându-se asupra altei probleme decât cea care a provocat stresul [19, p.291].

Journal of Personality Assessment definește workaholismul în termenii unor scoruri înalte ale solicitării profesio-

nale și scoruri minime ale satisfacției muncii. Acest termen este în contrast cu entuziasmul muncii, definit ca o solicitare profesională înaltă, dar și satisfacție înaltă a muncii [14, p.160].

Majoritatea autorilor sunt de acord cu faptul că munca nicidecum nu poate fi numită „*comportament nevrotic*”. Ursula Șchiopu definește munca ca „*activitate organizată umană, orientată și utilă. Se împarte în muncă intelectuală și manuală și stă la baza progresului economic, social, cultural și al bunăstării*” [15, p.466].

Această afirmație este în același timp și adevărată și falsă în dependență de factorii care stau la baza motivației muncii. Pe de o parte, pentru majoritatea populației (cel puțin în mediul post-sovietic) munca reprezintă o activitate necesară, percepută ca o pedeapsă, care nu aduce bucurie, doar fatigabilitate, și se repetă monoton în fiecare zi. Există în varianta sa minimă o abordare „*sănătoasă*” a muncii, care se raportează la definiția dată de Șchiopu și adițional aduce satisfacție și sentimentul autorealizării. Totuși nu poate fi exclusă o a treia posibilitate de tratare a muncii: workaholismul, care se manifestă prin abuzul de muncă (de aici și denumirea similară cu alcoolismul – abuzul și dependența de alcool), și în același timp dezinteresul de rezultatele acesteia [19, p. 292].

Totuși este dificil de raporta workaholismul la dependențe deoarece lipsește componenta farmacologică. În același timp munca pentru workaholic este unica modalitate de a fi apreciat, lăudat, de a primi stroke-uri, ceea ce este o necesitate absolut normală pentru fiecare persoană (conform analizei tranzacționale) [18, p.278]. Faptul că workaholicul nu găsește alte modalități de primire a stroke-urilor reprezintă problema-țintă pentru psihoterapeut.

O altă abordare exclude tratarea nevrotică a workaholismului. Engstrom, în cercetarea sa „*Some general comments on society, man and stress*” remarcă faptul că rata schimbărilor în societate este în creștere constantă, deci este mereu nevoie de noi invenții tehnologice, idei de dezvoltare. Scopurile sociale se reevaluează în permanență, iar durata timpului dedicat odihnei este din ce în ce mai deficitar. Competiția în creștere și condițiile stresante atât în viața profesională cât și ocupațională impun necesitatea rezervării timpului dedicat odihnei. Societatea modernă industrializată este foarte competitivă la toate nivelele sale, ceea ce duce la condiții de stres pentru fiecare persoană în particular. Totuși aceeași magnitudine de stres poate avea un efect puternic asupra unei persoane, în timp ce asupra majorității poate avea o influență atenuată [1, p.52].



Lazarus, afirmă că necesitățile diferitor persoane și a populației în întregime variază, iar planificarea reușită a activităților necesită recunoașterea acestei diversități. Ceea ce este stresant pentru un grup sau o persoană, nu neapărat este la fel și pentru alta. Astfel, noi nu putem spera că putem reduce stresul limitând orele de lucru sau circumstanțele relaționale în cadrul organizației și stabilind standarde similare pentru toți angajații [8].

Deci, în concluzie la acest subcapitol am putea remarca dificultatea definirii workaholismului din cauza existenței a două abordări diametral opuse. Pe de o parte prin suprasolicitarea profesională persoana refulează alte necesități ale sale, și în același timp nu recunoaște însăși prezența altor necesități, ca relațiile intime, relaxarea etc., ceea ce ne permite să vorbim despre prezența mecanismelor de apărare ca negarea, refularea și intelectualizarea (workaholicul aduce dovezi argumentate prezenței sale la locul de muncă over-time); pe de altă parte energia libidinală a persoanei (dedicată pentru diverse aspecte ale vieții) este orientată în totalitate spre muncă, ceea ce ne permite să evidențiem sublimarea și compensarea în calitate de mecanisme de apărare [5, p.20-121].

Referindu-ne la cea de-a doua abordare considerăm important de a menționa teoria lui Lazarus despre stres și coping. Dacă societatea modernă în condițiile industrializării, cu o competitivitate înaltă și suprasolicitare, având o dinamică sporită, reprezintă sursa de stres, atunci comportamentul workaholic al persoanei reprezintă o modalitate de coping. Lazarus definește coping-ul ca o totalitate de eforturi comportamentale și cognitive orientate spre satisfacerea cererilor interne și/sau externe care sunt evaluate ca împovărătoare și epuizează resursele persoanei. Lazarus a categorizat coping-ul conform funcțiilor și obiectului spre care este orientat. Coping-ul scopul căruia este rezolvarea situației problematice este denumit „*coping orientat spre problemă*” [9, p.42].

Dacă mediul solicită implicarea activă profesională în scopul păstrării competitivității pe piața locurilor de muncă, dacă sunt înaintate sarcini noi, cu o dificultate sporită care necesită rezolvare, atunci suprasolicitarea profesională reprezintă un tip de coping activ, prin care persoana încearcă să rezolve situația problematică (în acest caz se exclude prezența comportamentului nevrotic, deoarece persoana nu manipulează, ci se confruntă direct cu situația-problemă). În același timp în limitele abordării respective, putem analiza workaholismul în calitate de coping evitant în condițiile unui alt stresor – contactele sociale. Dacă proximitatea (lipsa acesteia sau lipsa abilităților

de interrelaționare în condițiile de imaturitate socială) reprezintă factorul stresant, atunci workaholismul este un coping pasiv, prin care persoana compensează trebuința de afiliere și apartenență.

Anterior am menționat faptul că există o diferență care se referă la componenta nevrotică a comportamentului workaholic, totuși o tipologizare în baza acestei caracteristici nu este întâlnită la vreun autor, de aceea ținem să remarcăm contribuția noastră în introducerea unei noi clasificări a fenomenului studiat.

Naughton divizează workaholicii în două tipuri: carieriști și dependenți-compulsivi [12, p.180], în dependență de nivelul de solicitare profesională și nivelul caracteristicilor obsesiv-compulsive.

El presupune că workaholicii implicați în muncă cu un nivel înalt de suprasolicitare profesională și care manifestă un nivel scăzut al caracteristicilor obsesiv-compulsive, reușesc bine în realizarea activității sale profesionale, manifestă un grad înalt de satisfacție și puțin interes față de alte activități care nu au tangențe cu lucrul. Aceștia fac parte din rândul workaholicilor carieriști.

Workaholicii compulsivi (cu nivel înalt de suprasolicitare și nivel înalt al caracteristicilor obsesiv-compulsive) sunt nerăbdători, non-creativi și se isprăvesc rău cu sarcinile de serviciu. Non-workaholicii (cu nivel scăzut de solicitare profesională și nivel scăzut al caracteristicilor obsesiv-compulsive) acordă prea mult timp chestiunilor de ordin personal, din care cauză nu au succes la locul de muncă.

O altă clasificare a persoanelor care pot fi numite workaholice este dată de către Scot, Moore și Miceli [13, p. 84]:

Workaholici compulsiv-dependenți: sunt într-atât de concentrați asupra activității profesionale, încât nivelul stresului și anxietății este în continuă creștere (stare de neliniște permanentă), ceea ce are urmări nefaste asupra stării fiziologice și psihologice;

Workaholici perfecționiști: nu-și pot permite să nu realizeze perfect sarcinile, din care cauză sunt expuși unui stres puternic, nu primesc satisfacție de la activitatea realizată, ceea ce de asemenea are urmări fiziologice și psihologice;

Workaholici orientați spre succes: nu sunt dependenți de activitatea profesională, dar muncesc intensiv pentru a obține rezultate bune, manifestă o satisfacție generală a vieții, nivel scăzut al stresului și sănătate psihică.

O altă triadă a workaholicilor este înaintată de către Spens și Robins într-un articol publicat în 1992 în Journal of Personality Assessment [14, p.163]. Aceștia pun în evidență următoarele variabile în baza cărora este realizată clasificar-



ea: incluziunea în muncă, obsedarea de muncă și satisfacția din muncă. Workaholicii care sunt puternici incluși în muncă și cei obsedați de muncă se caracterizează printr-un nivel scăzut de satisfacție. Entuziaștii se caracterizează prin incluziune într-o activitate care le aduce plăcere, dar ei nu sunt obsedați de aceasta. Entuziaștii, menționează Spens și Robbins, sunt persoanele cu o cea mai bună sănătate mintală, iar stilul lor de comportament este apreciat ca unul de succes.

Kirkheimer, în articolul său „*Workaholism: The „Respectable” Addiction*” publicat în revista electronică „*selfhelp-magazine*” remarcă patru stiluri ale workaholismului [6, p.4]:

Workaholicul bulimic: consideră că lucrul trebuie făcut perfect sau nu trebuie făcut deloc. Acest tip deseori nu reușește să finalizeze lucrul până la data limită deoarece lucrează intensiv pentru a aduce la perfecțiune un item dintr-un tot întreg al sarcinii;

Workaholicul neîndurător: persoană care caută acumulare de adrenalină, își ia responsabilitatea asupra mai multor sarcini, decât poate realiza. Este într-o permanentă goană de a aduna puncte în favoarea sa, din care cauză lucrează prea repede și este prea ocupat pentru a fi atent la calitatea îndeplinirii sarcinii;

Workaholicul neatent: începe să realizeze sarcina cu exaltare, dar eșuează să finalizeze proiectul, deseori pentru că pierde interesul pentru proiect. Ei savurează etapa brainstorming-ului, dar se plictisesc la etapa când este necesar de a lucra minuțios asupra fiecărui detaliu;

Workaholicul perfecționist: este asemănător cu workaholicul bulimic; încet în activitate, metodic, minuțios, întâmpină dificultăți în finalizarea sarcinii din motiv că nu poate coopera eficient cu alte persoane, găsindu-le lacune în efectuarea muncii.

O următoare clasificare a dependențelor de muncă este oferită de către Ju. Jutkina, în articolul „*Banii personali*”. Unele dintre aceste tipuri la prima vedere nu se deosebesc de leneșii profesionali [20, p. 2]:

Workaholicul demonstrativ: muncește foarte stăruitor, dar numai în prezența șefului. Este clar faptul că mai mult decât realizarea calitativă a sarcinii îl neliniștește creșterea în funcție;

Workaholicul fugar: el se află over-time la locul de muncă din motivul că oriunde se simte mai bine decât în sânul familiei. El cu o mai mare satisfacție va rezolva orice problemă de serviciu, decât relațiile sale interpersonale problematice. Despre asemenea persoane se spune că sunt

căsătorite cu munca.

Workaholicul în abstenență acest tip a fost pus în situația să aleagă: viața personală sau serviciul. Partenera, soția, prietena, mama sau alt membru al familiei au înaintat un ultimatum prin care el are de ales între lucru și familie, din această cauză el se poartă exemplar: se află la locul de muncă de la oră la oră, conform graficului, nu lucrează în weekend-uri etc. Totuși în realitate el rămâne același workaholic: acasă el manifestă doar o simulare a integrării în familie, astfel încât restul membrilor se simt oarecum stingheriți.

Workaholicul temporar: el lucrează over-time deoarece la moment implicarea lui este necesară pentru dezvoltarea carierei sale sau a organizației pentru care lucrează. El poate dedica muncii serile și week-end-urile, zilele libere, dar odată cu finalizarea perioadei tensionate, el se reîntoarce la regimul normal.

Workaholicul „dead-line”: lucrează neuniform: în timpul orelor de muncă poate sta în fumoar, discutând cu colegii la teme politice, economice; iar seara să scrie în grabă un raport urgent. El primește o oarecare plăcere de la lucrul în termene reduse, iar regimul de lucru monoton îl obosește;

Workaholicul propriu-zis: el crede cu adevărat că munca este cel mai important aspect în viața sa, din care cauză treptat sunt excluse familia, muzica, lectura, vizionarea filmelor, călătoriile etc. El este un adevărat perfecționist, iar cu adevărat fericit se simte doar în momentele succeselor profesionale.

Ținem să menționăm că cele cinci clasificări ale persoanelor „contaminate” de workaholism (conform următorilor autori: Naughton; Scot, Moore și Miceli; Spens și Robins; Kirkheimer; Ю.Юткина [Ju. Jutkina]) în particular abordate, nu reflectă în totalitate complexitatea fenomenului.

În special privim printr-o prismă critică clasificările care nu menționează aspectul pozitiv al workaholismului cum ar fi cea a lui Kirkheimer, anterior relatată; totuși observăm că majoritatea autorilor remarcă varianta „sănătoasă” a workaholismului, care îi permite persoanei să se dezvolte și autoperfecționeze, să se confrunte eficient cu dificultățile, iar sarcinile profesionale să fie distribuite conform resurselor necesare realizării acestora. În clasificarea lui Naughton workaholicii eficienți sunt abordați ca persoane cu un grad înalt de implicare profesională și un nivel scăzut al caracteristicilor obsesiv-compulsive; la fel și în clasificarea lui Scot, Moore și Micelli, workaholicii orientați spre succes nu se caracterizează prin manifestări compulsive. Deci putem concluziona faptul că incluziunea în muncă, luată ca



fenomen aparte, nu reprezintă un pericol; dar în cazul când suprasolicitarea profesională este însoțită de caracteristici nevrotice ale personalității, se remarcă un tip de workaholism distructiv, prezența căruia este în detrimentul persoanei. Ju. Jutkina vorbește despre workaholicii „*temporari*”, referindu-se la persoanele care mobilizează la maxim resursele interne pentru a face față sarcinilor profesionale care solicită o implicare maximă pentru o anumită perioadă de timp. În momentul când suprasolicitarea profesională nu este necesară, workaholicii „*temporari*” își permit relaxare și odihnă.

Prin prisma teoriei stresului social și al bolii (principiul general al căreia se referă la faptul că incongruența socială crește riscul apariției diverselor patologii; incongruența socială survine în momentul când schimbările cer o adaptare, iar aceasta, la rândul ei, nu se realizează sau este inadecvată) [10, p.54], putem aborda solicitările profesionale ca un factor stresant. În acest caz suprasolicitarea resurselor pentru a putea face față sarcinilor reprezintă o congruență socială, deoarece persoana se confruntă direct cu situația problematică. Repartizarea neuniformă a forțelor și activităților (ca în cazul workaholicilor *deadline*) reprezintă o adaptare inadecvată la solicitările mediului; totuși ținem să menționăm că lipsa workaholismului despre care Naughton a menționat că se manifestă printr-un nivel scăzut de implicare profesională și nivel scăzut al caracteristicilor obsesiv-compulsive [12, p.180], de asemenea reprezintă o incongruență socială, deoarece adaptarea nu se realizează deloc, persoana fiind preocupată de alte aspecte decât activitatea profesională în timpul orelor de muncă, ca relațiile amoroase, familiale, colegiale, creșterea veniturilor, intrigi etc.

În baza celor analizate mai sus concluzionăm faptul că este important de a stabili tipul workaholicului la care se raportează persoana, de a identifica caracteristicile sale de personalitate, de a concretiza scopul suprasolicitării sale profesionale și rezultatul final al acestor activități; de a investiga satisfacția de munca realizată. O asemenea analiză este importantă în vederea orientării direcției unei viitoare psihoterapii.

BIBLIOGRAFIA

1. Engstrom, A. 1971. Some general comments on society, man and stress // Society stress and disease, The psychosocial environment and psychosomatic diseases, Vol I, Ed. Oxford University Press, New York. 485 p.
2. Gale, A. 1998. A life of transitions // Journal of Counseling and Development, Nr. 35
3. Gladding, S. 2002. Counseling a comprehensive profession, Ed. Merrill Prentice Hall, New Jersey, trad. în rusă Ed. Piter, Спб. 729 p.
4. Greenberg, J. 2002. Comprehensive Stress Management, Ed. McGraw-Hill, New York. trad. în rusă Ed. Piter, Спб. 346 p.
5. Ionescu, Ș., Jaquet, M., Lhote, C. 2002. Mecanismele de apărare. Teorie și aspecte clinice. Ed. Polirom, Iași. 331 p.
6. Kirkheimer, S. 1998. Workaholism: The „Respectable” Addiction // https://s3.amazonaws.com/rdcmsiam/files/production/public/newimages/portalpdfs/2005_03_04.pdf
7. Lafon, J. 1973. Vocabulaire de psychopathologie et de psychiatrie de l'enfant, Ed. PUF, Paris. 354 p.
8. Lazarus, R. 1971. The concepts of stress and disease / Society Stress and Disease, Ed. Oxford University Press, New York. 485 p.
9. Lazarus, R. 1984. Stress, evaluation and coping, in Snyder, C., Ford, C. 1987. Coping with negative life events. Clinical and social psychological perspectives, Ed. Plenum, New York. 420 p.
10. Levi, L. 1971. Society Stress and Disease, Ed. Oxford University Press, New York. 485 p.
11. McDaniels, C. 1984. The work/leisure connection // Vocational Guidance Quarterly, Nr.33
12. Naughton, T. 1987. A conceptual View of Workaholism and Implications for Career Counseling and Research / The Career Development Quarterly, No.14, New York. 215 p.
13. Scott, R., Moore, R., Miceli, M. 1997. An exploration of the Meaning and Consequences of Workaholism // Human Relations, No. 50, New York. 140 p.
14. Spence, J., Robbins, A. 1992. Workaholism: Definition, Measurement, and Preliminary Results // [Journal of Personality Assessment](http://www.journalofpersonalityassessment.com), Vol. 58, No.1, London. 200 p.
15. Șchiopu, U. 1997. Dicționar de psihologie, Ed. Babel, București, 740 p.
16. Vaknin, S. 2004. Workaholism, Leisure and Pleasure // <http://samvak.tripod.com/leisure.html>
17. Wayne E. Oates, “On Being a ‘Workaholic’ (A Serious Jest),” Pastoral Psychology 19 (October 1968), pages 16-20.
18. Берн, Э. 2000. Познай себя. О психиатрии и психоанализе - для всех кто интересуется, Изд-во Литур, Екатеринбург. 365 p.
19. Курпатов, А. 2006. С неврозом по жизни (инстинкт самосохранения человека), Изд-во Питер, Спб. 458 p
20. Юткина, Ю. 2006. Личные Деньги // http://www.i2r.ru/static/370/out_18715.shtml
21. <http://people.ne.mediaone.net/wa2/knowning.html>



MANAGEMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

- Delia Marina Podea, Ramona Maria Chenderes, West University „Vasile Goldis” of Arad, Psychiatry Department

Rezumat: Tulburarea de stres posttraumatic (TSPT) este o tulburare de anxietate cronică care apare după o experiență extrem de traumatizantă (viol, violență, asalt, tortură, răpire, atac terorist, închisoare, accidente care amenință viața, dezastre naturale) asociază teamă, neajutorarea sau groaza și, uneori, dezorganizarea sau comportamentul agitat, datorită flash-back-urilor, coșmarurilor și amintirii evenimentului traumatic. Ea are efecte devastatoare asupra bunăstării și funcționării pacienților mai mult decât alte tulburări psihiatrice, datorită ratelor ridicate de comportament suicidal. Managementul în aceste cazuri are trei aspecte: educația (vorbind despre eveniment), sprijinul psihosocial (consiliere, psihoterapie) și tratamentul psihofarmacologic (SSRI, TCA, IMAO). Scopurile tratamentului sunt reducerea simptomelor, invaliditatea, îmbunătățirea calității vieții, reducerea stresului și a comorbidității.

Cuvinte cheie: tulburări anxioase, risc suicidal, reacție la stres, management.

Abstract: Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a chronic anxiety disorder that occurs after an extremely traumatic experience (rape, violence, assault, torture, kidnapping, terrorist attack, prison, life threatening accidents, natural disasters) with long lasting symptoms such as intense fear, helplessness or horror and sometimes disorganization or agitated behavior, due to flashbacks, nightmares, and recollection of the traumatic event. It has devastating effects on wellbeing and function of the patients more than other psychiatric disorders, because of its high rates of suicidal behavior. Management in these cases counts on three aspects: education (talking about the event), psychosocial support (counseling, psychotherapy) and psychopharmacologic treatment (SSRI, TCAs, IMAOs,). The goals of treatment are to reduce symptoms, disability, improve quality of life, reduce stress and comorbidity.

Key words: anxiety disorder, suicidal risk, stress reaction, management.

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a chronic anxiety disorder with a high lifetime prevalence rate of 7.8% (10.4% for women and 5% for men). Its devastating effect on the wellbeing and functioning is even greater than that of other well-known psychiatric disorders such as major depressive disorder and obsessive-compulsive disorder, contributing to absenteeism, increased medical utilization, profound personal and economic loss and significant suffering. The profound disabling effect of post-traumatic stress disorder is exemplified by its high rates of suicidal behavior. PTSD patients are six times more likely to make suicide attempts than the general population, with a rate of 20%, comparable with prevalence rates seen in major depression. Its rate of suicide attempts is greater than that of all other anxiety disorders.

Posttraumatic stress disorder (PTSD) occurs only after exposure to an extremely traumatic experience. After this

type of traumatic experience, some people develop symptoms that last a long time. If a person who has experienced an extremely traumatic event develops enough symptoms that long enough, a diagnosis of post-traumatic stress disorder can be made. Not everyone exposed to even the most extreme traumatic events develops post-traumatic stress disorder. Those who do develop post-traumatic stress disorder often respond to the event with intense fear, helplessness or horror and sometimes with disorganized or agitated behavior.

The traumas that cause post-traumatic stress disorder are severe and usually outside the range of common hu-





man experience. After such traumatic experiences, which would produce a strong reaction in most individuals, some develop an acute stress disorder and a smaller number progress from acute stress disorder to posttraumatic stress disorder (1).

The traumatic events that can lead to post traumatic stress disorder involve interpersonal violence, such as rape, assault, torture, being kidnapped, being taken hostage, terrorist attack, incarceration as a prisoner of war or in a concentration camp; life threatening accidents, such as automobile or industrial accidents; disasters, such as fires and hurricanes, or being diagnosed with a life threatening illness. Interpersonal violence is more likely to cause post-traumatic stress disorder than are accidents and natural disasters.

Post-traumatic stress disorder is also more likely to occur in people who are directly exposed to these events than those who witness or hear about traumatic events (2).

After exposure to an extremely traumatic experience, some individuals reexperience the traumatic event in recollections, flashbacks, nightmares or after encountering reminders of the event. They may also develop emotional numbing and avoid situation that trigger unpleasant memories (1).

The management of post-traumatic stress disorder consists of three aspects: education, psychosocial support and/or treatment and psychopharmacologic treatment.

For the primary care, in the management of post-traumatic stress disorder the following clinical points are important:

In the first day after exposure to trauma, educate victims about stress response and encourage them to talk about their experience to family and friends.

During the first 2 weeks after trauma, provide victims with one or two counseling sessions to deal with their distress and create a sense of safety and observe them to evaluate the need for specialized interventions.

For consecutive 4 nights of sleep disturbance is an appropriate threshold for providing symptomatic relief. Avoid the use of benzodiazepines to treat acute sleep disturbance. In preference, prescribe nonbenzodiazepines hypnotics.

At three weeks, if there are no clinical improvements (ex. patient is extremely distressed or is not relating to family or friends) prescribe drug therapy for PTSD or refer the patient to mental health professional.

SSRIs (selective serotonin reuptake inhibitors) are generally the most appropriate choice of first-line medication for post-traumatic stress disorder.

Benzodiazepines are generally ineffective in treating post-traumatic stress disorder and may worsen the clinical condition of patients.

Continue effective drug therapy in most patients for 12 months or longer.

Refer to a psychiatrist those patients who are refractory to initial drug therapy at 3 months and those with complicating comorbid conditions.

The goals of treatment for post-traumatic stress disorder are to reduce core symptoms, reduce disability, improve quality of life, improve resilience to stress and reduce comorbidity. Both psychotherapy and pharmacotherapy have been used to achieve these goals. Successful outcomes depend crucially on a therapeutic alliance between the patient and the clinician.

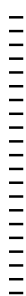
Some forms of psychotherapy are necessary in the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). Crisis intervention that take place shortly after the traumatic event is effective in reducing immediate stress and possibly it prevent chronic or delayed responses (3).

A variety of cognitive and behavioral techniques have gained increasing popularity and validation in the treatment of post-traumatic stress disorder. People involved in traumatic events frequently develop phobias or phobic anxiety related to or associated with these situations. When a phobic anxiety or avoidance is associated with post-traumatic stress disorder, systematic desensitization or graded exposure has found to be effective. Prolonged exposure, if tolerated by a patient, can also be useful and has been reported to be successfully in the treatment of a group of Vietnam War veterans (Fairbank and Keane 1982).

Cognitive behavioral treatments are effective in post-traumatic stress disorder, in 9 to 12 sessions, and include exposure therapy, stress inoculation training and cognitive therapy. Prolonged exposure therapy involves asking the patient to repeatedly relive the trauma in a safe, therapeutic setting to make it easier for him or her to process the event. The aim of exposure treatments for post-traumatic stress disorder is facilitating the processing of the trauma, which is thought to be impaired in survivors with chronic post-traumatic stress disorder.

Prolonged exposure treatment is designed to be conducted in 9 to 12 sessions of 90 minutes each and the patients confront the situations, places or things that remind them of the traumatic experience until they no longer induce a fear response.

Exposure treatment incorporates imaginal exposure (IE)





in which the patient relives the trauma in his or her imagination and describe it out loud in the present tense in the therapy session.

Other forms of exposure include in vivo exposure, in which patients confront realistically safe situations, places, or objects repeatedly that are reminders of the trauma until they no longer elicit such strong emotions (4). Prolonged exposure is effective in reducing generalized fear to no trauma-related stimuli, and in enhancing the patient's sense of competence and self-control. Unfortunately, because of the intensely painful emotions that arise in prolonged exposure, the treatment can have a high drop-out rate (5).

Relaxation techniques produce the beneficial psychological results of reducing motor tension. Progressive muscle relaxation technique involves contracting and relaxing various muscle groups to induce the relaxation response (3).

Other psychotherapeutic treatment is eye movement desensitization and reprocessing. This technique involves the patient's imagining a traumatic scene and focusing on the accompanying cognitive and physical responses while the patient tracks the therapist's two fingers moving across the patient's visual field. This is repeated until discomfort decreases, at which point the patient is instructed to generate a more adaptive thought and to associate it with the scene while moving his or her eyes. It is a relatively new technique that has been applied to the treatment of trauma-related pathology in the past decade. In the literature, its efficacy continues to be controversy, although eye movement desensitization and reprocessing has been found to be superior to relaxation in treating PTSD (Carlson et al, 1998) (3).

The current pharmacotherapeutic options are (tab. I): tricyclic antidepressants (TCAs), monoamine oxidase inhibitors (IMAOs), selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), newer antidepressants, anticonvulsants and benzodiazepines.

Until about a decade ago, most reports on the pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder involved the use of TCAs. Double-blind trials support the efficacy of the amitriptyline and imipramine. On the other hand, desipramine is clinically ineffective in post-traumatic stress disorder. The data for TCAs in post-traumatic stress disorder conflict with most of the studies only suggesting a modest effect.

The Food and Drug Administration (FDA) has approved two medications for the treatment of post-traumatic stress disorder: the selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)

(sertraline and paroxetine). These medications have proven to be effective in improving the symptoms of post-traumatic stress disorder, with sustained benefit over time when administered for 9 months and more than 1 year. The dosage required to improve varies greatly. Many patients require doses in the upper ranges of recommended doses (100 mg to 200 mg of sertraline and 30 mg to 50 mg of paroxetine). If the patient cannot tolerate either of the approved drugs, clinicians may try an alternative SSRI. Fluoxetine is not approved in post-traumatic stress disorder, but it has been shown to be effective in controlling symptoms in several placebo-controlled trials (5).

Connor et al reported the results of a small pilot study of six outpatients with severe post-traumatic stress disorder who were treated with mirtazapine, up to 45 mg/day for 8 weeks. Fifty percent of the sample showed improvement of 50% or more from baseline. Only one case of post-traumatic stress disorder with comorbid major depression treated with venlafaxine has been reported in 1998 from Hammer and Frueh. This patient showed substantial improvement with venlafaxine 150 mg/day and further improvement was observed after an increase of the dose up to 225 mg/day (2,5).

For augmentation therapy, benzodiazepines may be a useful adjunct to SSRIs to treat persistent and prominent symptoms. A large study of veterans with post-traumatic stress disorder and comorbid substance abuse found that benzodiazepine use did not have negative effect on long-term outcomes.

Mood stabilizers/anticonvulsants are frequently used as augmentation therapy, but only limited data are available to demonstrate the efficacy of lithium, valproic acid and carbamazepine. Small trials have suggested that topiramate and lamotrigine may be effective for post-traumatic stress disorder.

Second generation or atypical antipsychotics may have a role in the treatment of post-traumatic stress disorder for patients with psychotic symptoms or prominent agitation or who re-experience symptoms. Small controlled studies of olanzapine and risperidone suggest that antipsychotics may have a role in the treatment of post-traumatic stress disorder. Quetiapine may be effective in treating severe insomnia in post-traumatic stress disorder patients who are refractory to other hypnotic agents (5).

There are no trials comparing psychotherapy to medication for adults with post-traumatic stress disorder and moreover there are no controlled trials examining combination treatments (4).


TABLE I – ANTIDEPRESSANT MEDICATION

(Doses are for depression but serve as a rough guide for PTSD)

Generic Name	Usual starting daily dose	Usual effective daily dose	Side Effects		
			Anticholinergic		
			Sedation	dry mouth, blurred vision, constipation, difficulty urinating, impaired memory	Nausea
Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)					
Citalopram	20	20-60	Low	Low	medium
Escitalopram	10	10-20	Low	Low	medium
Fluoxetine	20	20-80	Low	Low	medium
Fluvoxamine	50	100-300	Low	Low	medium
Paroxetine	20	20-50	Low	Low	medium
Sertraline	50	50-200	Low	Low	medium
Novel					
Bupropion	200	300-450	Low	Low	Medium
Duloxetine	40-60	60	Low	Low	Medium
Mirtazapine	15	15-45	High	Medium	Low
Nefazodone	200	300-600	Medium	Low	Medium
Trazodone	150	150-400	Very high	Low	Medium
Venlafaxine	75	75-375	Low	Low	Medium
Tricyclics (TCAs)					
Amitriptyline	50-75	100-300	Very high	Very high	Low
Clomipramine	25	100-250	Medium	High	Low
Desipramine	50	100-300	Low	Medium	Low
Doxepin	50-75	100-300	Very high	High	Light
Imipramine	50-75	100-300	High	High	Low
Nortriptyline	25-50	50-150	Medium	Medium	Low
Tetracyclic					
Maprotiline	50-75	100-225	Very high	High	Low
Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)					
Isocarboxazid	30	30	Low	Low	Low
Phenelzine	30	45-90	Low	Low	Low
Tranlycypromine	20	30-60	Low	Low	Low
Selegiline	6	6-12	Low	Low	Low

CONCLUSIONS

Based on the current level of clinical evidence, SSRIs are recommended as the first-line drug therapy for PTSD. These drugs are most effective in meeting the treatment goals; they reduce symptoms and disability, improve functionality and resilience to stress and treat comorbid depression and anxiety. Medication should start with a low dose of SSRI and it should be gradually titrated upward to the same or higher level than that used to treat depression.

The most appropriate psychotherapy is exposure therapy as part of cognitive-behavioral treatment. For mild PTSD should be used psychotherapy, and for moderate to severe PTSD a combination of drug therapy and psychotherapy should be used.

In practice, many clinicians combine psychotherapy and medication, particularly for the most severely ill patients. Treatment with medication may facilitate participation in a trauma-focused psychotherapy, which requires motivation

to overcome avoidance and a willingness to practice techniques designed to reduce anxiety.

References:

- Greist J.H., Jefferson J.W., Katzelnick D.J. Post-Traumatic Stress Disorder, A Guide Revision, Madison Institute and Medicine, 2007;
- Nutt D., Ballenger J. Anxiety Disorders, Blackwell Publishing, 2003;
- Hollander E., Simeon D., Concise Guide to Anxiety Disorders, American Psychiatric Publishing, Washington, DC London, England, 2002;
- Stein D.J., Clinical Manual of Anxiety Disorders, American Psychiatric Publishing, Washington, DC London, England, 2004;
- Ninan P.T., Dunlop B.W., Contemporary Diagnosis and Management of Anxiety Disorders, Handbooks in Health Care Co., Newtown, Pennsylvania, USA.



TRĂIND ALĂTURI DE YOLANDA ȘI BOALA EI ONCOLOGICĂ*

- Elena Branaru, Medic Primar Neuropsihiatru București; Laura Dumitrache, Psihoterapeut, Psiholog Clinician, București; Marta Maieran – Asistent Medical Licențiat, București

*Lucrare prezentată la a XXVI-a Conferință Națională Balint, 27-29 septembrie 2019, Predeal

Rezumat: Prezentarea aduce în discuție intervenția psihologică pentru pacienți oncologici, în cazul nostru Yolanda, o tânără de 14 ani, privind contextul situațional. Principiul de bază, TRĂIEȘTE PREZENTUL, a permis dezvoltarea obiectivelor intervenției, lupta cu obstacolele percepute, strategia acestei lupte în timp, persoanele implicate în această neliniște, percepția persoanei suferinde în contextul primirii diagnosticului din unghiuri diferite: Ea cu Ea; Ea cu Spitalul; Ea cu Familia; Ea cu Lumea; Ea cu Terapeutul și, nu în ultimul rând, găsirea unor metode eficiente de a face față stresului. Yolanda împreună cu noi, află cum putem lupta cu boala, cum este percepută ideea de moarte și, în primul rând, inocularea speranței, cu argumente științifice și apelând la resursele posibile din prezent.

Cuvinte cheie: metodă, strategie, pacient, intervenție, trăiește, luptă, moarte, speranță, resurse.

Abstract: The presentation discusses the psychological intervention for cancer patients, in our case Yolanda, a 14-year-old girl, regarding the situational context. The basic principle, LIVE THE PRESENT, allowed the development of the intervention objectives, the fight with the perceived obstacles, the strategy of this fight in time, the people involved in this anxiety, the person's perception suffering in the context of receiving the diagnosis from different angles: She with Her; She with the Hospital; She and her family; She with the World; She and the Therapist and, last but not least, finding effective ways to deal with stress. Yolanda and we learn how we can fight the disease, how the idea of death is perceived, and, first of all, the inoculation of hope, with scientific arguments and using the possible resources of the present.

Key words: method, strategy, patient, intervention, do live! fight, death, hope, resources.

Prezentarea descrie intervenția psihologică în cazul pacienților oncologici, privind contextul situațional. Acel principiu de bază: TRĂIEȘTE PREZENTUL! (*Carpe diem!*)

OBIECTIVELE INTERVENȚIEI:

- Lupta cu obstacolele: cum o face și cine este parte la această luptă?
- Cum se vede în contextul primirii diagnosticului: Ea cu Ea; Ea cu Spitalul; Ea cu Familia; Ea cu Lumea; Ea cu Terapeutul
- Găsirea unor metode eficiente de a face față stresului
- Psiho-educație
- Yolanda împreună cu noi află cum putem lupta cu boala, cum este percepută ideea de moarte și, în primul rând, inocularea speranței, cu argument

științifice și apelând la resursele posibile.

- Intervențiile psihologice în cazul pacienților cu cancer pot fi:
- Intervenții educaționale (legate de boala în sine, dar și de tratamentul ei)
- Intervenții psihoterapeutice
- Grupuri de suport (suport emoțional și consiliere)
- Terapie cognitiv-comportamentală individuală, suportiv-expresivă

STRATEGII UTILIZATE DE TERAPEUT:

- Centrare pe disconfortul somatic (tratament eficient)
- Susținerea permanentă a dialogului – încurajare sau consolare
- Mobilizarea resurselor pentru angrenarea



inactivității până la sfârșit, reglarea unor conturi personale, prezentarea ideii de moarte, care de cele mai multe ori nu este prezentă la copii și adolescenți

- Apel la rețeaua de suport social: informațional, afectiv, instrumental, instituții: familia, biserica, asistența socială, medicina
- Psiho-educație
- echilibrare emoțională prin reducerea gândirii negative (cu impact asupra stărilor de anxietate)

STRATEGII UTILIZATE DE TERAPEUT

- împărtășirea a ceea ce simte cu alții: mamă, frate, colegi, vecini
- Dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor, de adaptare la situații noi de viață
- fixarea de obiective ce pot fi atinse în mod real
- găsirea de strategii adaptative eficiente pentru acceptarea limitelor (fizice și emoționale)
- creșterea stimei de sine
- îmbunătățirea și descoperirea de noi resurse personale

FACTORII DE RISC POSIBILI, IDENTIFICAȚI ÎN LITERATURA PSIHO-ONCOLOGICĂ:

Evenimentele de viață stresante – în această direcție sunt studii care arată că numărul de evenimente de viață stresante experimentate de bolnavii diagnosticați cu cancer, într-o anumită perioadă dinaintea evaluării (exemplu: 6 luni anterioare acesteia), este determinant și legat de progresia ulterioară a bolii. Un studiu demonstrează existența unei relații între severitatea evenimentelor de viață stresante și intervalele de vindecare sau de supraviețuire. Sunt și studii însă, care nu au găsit nici o corelație între acestea.

Suportul social – Existența suportului social este asociată cu incidență și mortalitate scăzută prin cancer, perioade de însănătoșire mai lungi și supraviețuire mai îndelungată. Există și studii care nu confirmă o asemenea asociere.

Personalitatea / locul controlului – personalitatea este legată de o multitudine de factori comportamentali și biologici, și este relativ stabilă în timp, de aceea a fost studiată din perspective existenței unor trăsături care să se constituie ca potențiali factori de risc.

Premise de ordin medici-psihologic
Prognostic grav al bolii - element cu impact psihic major
Psihoza îmbolnăvirii – cancerofobia
Teamă obsesivă de îmbolnăvire („cancerofobia”), fapt

care se datorează, în primul rând, cunoașterii simptomelor pe care le-au prezentat bolnavii canceroși la a căror suferință au asistat, în calitate de rudă sau cunoștință.

Reversul cancerofobiei: desconsiderarea factorilor de risc și diagnosticarea tardivă a bolii (negarea bolii)

Problema adevărului în cazul bolnavilor neoplazici
- Cunoașterea adevărului (a diagnosticului de cancer) agravează evoluția bolii
- Obligația medicului de a respecta dreptul ființei umane la adevăr

COMPORTAMENTUL GENERAL AL BOLNAVILOR NEOPLAZICI

Incertitudini: comportament oscilant, anxietate, agresivitate, depresie
Problematizarea bolii: fumat, destin
Anticiparea pericolelor personale
Ideea morții: teamă, angoasă, cultură, mentalitate, personalitate, suport social, religie, împăcare, serenitate

În concluzie: tehnicile enumerate mai sus sunt modalități demonstrate ca fiind eficiente în ameliorarea stării de boală în cazul pacienților de cancer, dar este important ca în abordarea fiecărei boli să se intervină atât pe plan medical, cât și psihic în obținerea unor rezultate notabile și de durată în starea de sănătate a pacienților

PREZENTARE DE CAZ:

Yolanda, în vârstă de 14 ani, domiciliul în rural, anxietate majoră în urma diagnosticului de osteosarcom.

Date despre interviu: în februarie 2016, Yolanda merge la doctor pentru un consult acuzând dureri majore la piciorul drept. După mai multe controale și vizite în mai multe cabinete, i se pune un diagnostic foarte greu de acceptat: cancer, mai precis este diagnosticată cu tumoare de diafiză femur drept.

Având în vedere că tratamentul tumorilor osoase se face în echipă, pentru Yolanda începe partea cea mai grea a procedurilor medicale și în martie 2016, se internează prima dată la spitalul Oncologic pentru copii. Principalii membri ai echipei medicale din spital sunt oncologul ortopedic, oncologul clinic, radiologul, oncologul radiolog și patalogul. Scopul tratamentului este învingerea cancerului și protejarea extremităților.

După procedurile chimio și de radioterapie, în octombrie, ajunge la secția de ortopedie a spitalului de copii din București, unde noi începem ședințele de terapie, de 2 ori



■ Prezentare de caz

pe săptămână, pe o perioadă de 2 luni și jumătate.

Yolanda este internată cu mama ei, care nu a părăsit-o nici o clipă din momentul aflării diagnosticului. Viața lor nu a fost ușoară, tatăl Yolande era foarte agresiv și certurile din casă și bătăile erau un aspect des întâlnit. Tatăl este alcoolic și, de mică, Yolanda știa că trebuie să facă liniște când ajunge tatăl târziu în noapte și, cu toate acestea, au existat nopți în care mama o lua pe Yolanda și fugeau unde puteau. În momentul întâlnirilor noastre tatăl este internat în stare gravă în spital, cu diagnosticul de ciroză cronică acutizată, unde, înaintea operației Yolande, decedează. Moment de cumpănă pentru mama ei, cu care am lucrat câteva ședințe separat, cu tot chinul suferit în viață de la soțul ei, nu știa ce să-i spună Yolande despre tatăl ei și dacă să-i spună că a murit.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL YOLANDEI CONSTĂ ÎN:

- Extirparea în totalitate a tumorii, în limite de securitate oncologică. S-au extirpat 16 cm din femur, continuitatea membrului inferior fiind realizată cu o proteză de reconstrucție femur și genunchi
- Reconstrucția prin artroplastie
- Transfer muscular de părți moi pentru restaurarea motricității

Yolanda, având acest diagnostic, trece, în fiecare zi, prin chinuri fizice groaznice fiind traumatizată și de gândul că își va pierde, în urma intervenției chirurgicale, abilitatea de a merge și, astfel, de a avea o viață normală.

Diagnosticul primit, șocul emoțional și intervenția chirurgicală au produs un stres foarte mare pentru cele două suflere, pe de o parte datorită simptomelor bolii și efectelor tratamentului chimio, iar pe de altă parte datorită protezării și reconstrucției la care este supusă Yolanda. Echipa medicală este foarte implicată, emoția predomină, dar gândul că se face tot ce se poate da putere. Yolanda uneori glumește, spunând că va fi un roboțel.

OBIECTIVELE ȘEDINTELOR AU FOST:

- Psiho-educație
- echilibrare emoțională prin reducerea gândirii negative (cu impact asupra stărilor de anxietate)
- împărtășirea a ceea ce simte cu alții: mama, frate, colegi, vecini
- dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor, de adaptare la situații noi de viață.
- fixarea de obiective ce pot fi atinse în mod real

- găsierea de strategii adaptative eficiente pentru acceptarea limitelor (fizice și emoționale)
- creșterea stimei de sine
- îmbunătățirea și descoperirea de noi resurse personale

A fost o terapie încărcată emoțional atât pentru ea cât și pentru noi. Pacienta a plecat din secția de ortopedie a spitalului, pentru următorul protocol chimio, în spitalul Oncologic. Din păcate, boala a recidivat la plămâni, iar corpul firav al Yolande nu a mai rezistat.

A lucra cu copii este, din punctul meu de vedere, cea mai emoționantă și minunată profesie; am întâlnit oameni fantastici, care reușesc, de multe ori să facă imposibilul posibil, de la familii de super eroi, la medici dedicați, cu dragoste de copii, care, în permanență se perfecționează ca să poată să îi ajute, până la suportul colegilor, care, uneori, dacă a fost nevoie, și-au dus pe brațe colegii la școală, ca să fie împreună.

BIBLIOGRAFIE

1. Ioan Bradu Iamandescu - Psihologie Medicala, Psihosomatoca Generala si Aplicata București: Ed. Infomedica, 2009
2. Ioan Bradu Iamandescu - Comportament si sanatate .Ed. Amaltea , Bucuresti 2009.
3. Ioan Bradu Iamandescu - Manual de Psihologie Medicală .Ed. Infomedica , București 2010
4. Ioan Bradu Iamandescu - Psihologie oncologica (suport de curs) 2017
5. Letitia Dobranici, Catalina Tudose, Florin Tudose - Tratat de psihopatologie si psihiatrie pentru psihologi, Ed. Trei, 2011
6. Constantin Oancea, Corneliu Ungureanu, Renata Iosifescu - Consiliere si Tehnici Înrudite in Practica Medicala, Ed. Semmne, Bucuresti 2012
7. Iuliana Dobrescu - Psihiatria copilului si adolescentului - ghid practic, Ed Medicala, Bucuresti 2005
8. Milea S., Meila P. - Tratat de pediatrie vol.6, Ed. Medicală 1988
9. Predescu V. - Psihiatrie vol.1, Ed. Med. 1989
10. Predescu V. - Psihiatrie vol.2, Ed. Med. 1998
11. Ciofu E. - Tratat de Pediatrie, Ed. Medicală, Buc. 2001



PUNCTE DE VEDERE PRIVIND DEZVOLTAREA NORMALĂ A SOCIETĂȚII UMANE - ESEU

■ Dr. Duțescu Mircea Mihai, Medic primar psihiatrie Focșani

Motto: "Orice problemă poate fi una balintiană." (Dr. Veress Albert)

Rezumat: Ideile din acest articol sunt absolut personale, originale și influențate doar de conștiința autorului. Acesta își exprimă îngrijorarea sa cu privire la unele direcții de evoluție ale speciei umane. El își exprimă câteva păreri cu privire la modalitățile de corectare și temporizare a limitelor somatice, psihologice și sociale ale omului.

Cuvinte cheie: normalitate, anormalitate, maturitate afectivă, inteligență emoțională.

Abstract: Views on the normal development of human society

The views and opinions expressed in this article are those of the author, are original and influenced only by his conscience. In this article the author shows his concern towards some of the ways the human species continues to evolve. He expresses his personal opinions regarding the opportunities to amend the human psychosomatics and social limits.

Key words: normality, abnormality, emotional maturity, emotional intelligence.

NOTĂ: Acest articol nu se pretinde a fi de o riguroasă valoare științifică, dar nici o lucrare de popularizare.

Autorul consideră că la ora actuală, omenirea, pe lângă progrese notabile, se îndreaptă și spre multe căi greșite. Mai concret, așa zisa dezvoltare durabilă a societății omenești are frecvente și multiple deviații către abnormalitate.

Conform marelui Marelui Dicționar al Psihologiei Larousse, normalitatea derivă din legea Laplace-Gauss care guvernează distribuția unei variabile normale și reprezintă un caracter al unor date conforme cu acelea pe care le întâlnim de obicei, sau cu o normă.

În limba latina norma semnifică noțiunea de "unghi drept".

Apud Constantin Gorgos și colaboratorii, anormalul reprezintă o abatere calitativă și funcțională de la valoarea și semnificația generală a modelului uman. Termenul de abnormalitate după aceiași autori desemnează o abatere cu plus sau minus de la limitele normalului.

În concepția autorului, normalul constituie totalitatea funcțiilor biologice, sociale, culturale, morale, politice, ideologice ale unui grup social uman, analizat pe o perioadă de timp determinată, și la un moment dat. Normalul se caracterizează prin: dinamism, diversitate, relativitate, transculturalitate.

Cu privire la relativitatea normalității, se poate da un

simplicu exemplu:

În timpul verii, o tânără, se duce în costum de baie să-și cumpere alimente într-un magazin aflat lângă o plajă dintr-o stațiune maritimă. Dacă în același sezon, o tânără îmbrăcată la fel s-ar duce într-un magazin situat în centrul unui oraș mare, care nu este o stațiune turistică estivală aceasta ar fi considerată cel puțin o persoană ciudată sau bolnavă psihic.

Necesitatea cuantificării și a unui control al normalului la nivel mondial, este după părerea autorului o condiție esențială a dezvoltării umane individuale și sociale. Normalul ar trebui apreciat la un interval de timp riguros determinat. Autorul propune un interval dintre generații al speciei umane și anume aproximativ 25 de ani. Aprecierea normalului la un moment dat este necesar a fi realizat prin implicarea unor organisme internaționale: O.M.S. U.N.E.S.C.O., comisii de specialitate ale O.N.U. etc.

Cuantificarea ar trebui efectuată pe secțiuni financiare, sociale, economice, științifice, culturale. Controlul noțiunii de normal, trebuie făcut în mod organizat, la nivel regional, de țară, continental, global.





Pentru a exemplifica acest subiect, rog cititorul să-și pună următoarele întrebări:

- Este oare normal să dezvoltăm cât mai mult „jocurile online” pe calculator, sau să dezvoltăm robotica medicală ?
- Ce este normal să dezvoltăm, genetica aberantă de tip maimuță / porc, sau cea legată de vindecarea unor maladii grave considerate actualmente incurabile?
- Este normal să elongăm limitele cogniției și afectivității normale prin programe de studiu din ce în ce mai agresive din punct de vedere cantitativ și calitativ, sau să eșalonăm proporțional aceste acțiuni de posibilități și aptitudini individuale ?

Analizând aceste întrebări, autorul își permite dreptul de a avea câteva păreri:

„Toată stima și considerația față de marile rețele de socializare care își arogă pe deplin meritele sociale, internaționale și câștigurile financiare”

„Mințile luminate care lucrează aici, crează adevărate tehnologii, dar nu toate activitățile de tip I.T. (deși duc la importante profituri economice) au efecte benefice asupra intelectului uman”.

După părerea autorului, aceste gigantice și populare structuri I.T. trebuie să-și creeze propriul lor audit complex, care să nu se orienteze doar asupra profilului lor financiar, ci și asupra impactului social, moral, psihologic, psihopatologic și chiar al stării de sănătate somatică a individului uman.

Departa de autor gândul de a sugera vreo îngrădire a prosperității asupra acestor adevărate structuri suprastatale. Dimpotrivă, autorul crede că adevăratele genii care lucrează și conduc aceste organizații, pot găsi multiple căi de rezolvare privind scopurile cu adevărat benefice pentru specia umană.

Problema principală privind cuantificarea, controlul și monitorizarea normalității, ar trebui să fie supervizată de organisme, care să aibă și un rol decizional nu numai consultativ, incluzând consultarea parlamentelor și guvernelor țărilor de pe întreg mapapondul .

O altă latură a normalității umane ar include dezvoltarea armonioasă fizică și mai ales psihologică a indivizilor acestei specii începând din mica copilărie și terminând cu perioada senectuții.

Exemplu: imensa majoritate a părinților este extrem de fericită atunci când își văd ”progeniturile” jucându-se cu smartphone-ul, tableta / calculatorul de la o vârstă foarte

fragedă, fiind foarte mândri de inteligența copiilor lor.

Cunoaștem noi oare în acest moment cum și când se vor maturiza mediatorii chimici din creierul nostru? Autorul este convins că nici măcar nu i-am descoperit pe toți. Oare nu forțăm maturizarea intensivă a acestora?

După cum vedem în țările dezvoltate, durata medie de viață s-a mărit foarte mult. Oare nu ar trebui să legiferăm maturizarea individului uman la vârsta de 21 de ani? Oare nu ar trebui ca perioada încheierii tinereții să fie în jurul vârstei de 50 de ani ?

Acesta datorită următorului raționament: inteligența nativă propriu zisă a individului uman, se dezvoltă și ajunge în parametri satisfăcători până la vârsta de 18 ani. În schimb, au scăzut ritmurile de dezvoltare ale maturității afective, inteligenței emoționale și capacității volitive.

De aceea, aș propune ca durata de studiu gimnazial și liceal să se mărească, ori cantitatea de informație să se distribuie proporțional grupându-se în funcție de posibilități sau aptitudini individuale. Ne mirăm de ce foarte mulți adolescenți și tineri prezintă probleme psihologice majore și chiar afecțiuni psihice grave .

Oare nu forțarea mediatorilor contribuie la aceste probleme?

DESPRE CHARTA ÎNDATORIRILOR OMULUI

Imensa majoritate a indivizilor speciei umane, atunci când se consideră nedreptățiți sau chiar sunt nedreptățiți la modul propriu zis, invocă drepturile omului, drepturi care sunt legiferate pe întreaga planetă prin ”Carta drepturilor omului”.

Autorul supune judecății cititorului următoarea situație:

Un criminal recunoscut și dovedit de instanțele de judecată, care a omorât într-o țară 3 oameni și 2 oameni în altă țară, se află în detenție într-un penitenciar din România.

În urmă cu câteva luni a câștigat la C.E.D.O. drepturi bănești datorită faptului că nu beneficiază pe timpul privării de libertate de condiții de detenție decente.

Personal nu cred că penitenciarul nu i-a oferit dreptul la hrană, odihnă, asistență medicală, consiliere psihologică și chiar de instrucție.

Oare nu ar trebui la nivel mondial studiată posibilitatea creerii „Chartei îndatoririlor omului”?

Individul uman cere drepturi, dar nu ar trebui studiate acordarea acestor drepturi în contrapondere cu îndatoririle sale?

Îndatoririle omului ar trebui să derive din cele 10 porunci, din care una este să nu uci.

Îndatoririle omului sunt la fel de complexe ca și dreptu-



rile sale, judecând mai profund, pot fi chiar și mai mobilizatoare pentru rolul său de specie de top pe planeta noastră.

Oamenii de știință, adevărate autorități în psihologie, sociologie, științe politice și alte laturi ale activității umane ar trebui să pună în discuție această problemă în organismele internaționale de pe mapamond, contribuind astfel la dezvoltarea normală a societății umane.

CONSIDERAȚII DESPRE LIBERTĂȚILE UMANE

Libertățile umane trebuie să fie direct proporționale cu gradul de siguranță al societății omenești și anume, cu cât societatea este mai securizată cu atât libertatea omului poate fi mai amplă.

Noțiunea de libertate este înțeleasă la ora actuală de cele mai multe ori ca fiind fără limite. Consider ca libertatea are limite și anume: limita bunului simț și limita ordinii sociale normale.

Iar libertatea unui individ sau a unui grup de indivizi, poate însemna un pericol pentru alții.

Discutând despre abnormal vom lua ca exemplu curba lui Gauss, de la care ne-a rămas noțiunea de repartiție normală, ca tip de repartiție frecventă a unui eveniment.

Să considerăm arbitrar, la dreapta și la stânga mediei aritmetice față de care curba este simetrică, două tipuri de abnormalitate. Exemplificând abnormalul să luăm de pildă curba lui Gauss la stânga erorii medii abnormalul dificil de controlat, la dreapta abnormalul care poate fi controlat.

Interpretând uzul de băuturi alcoolice afirm următoarele:

La dreapta: individul vine seara de la lucru, consumă băuturi alcoolice, începe să se contradică cu familia printr-o revendicativitate neobiectivată, dar mai apoi se duce la culcare.

La stânga curbei: individul se îmbată, agresează verbal și fizic familia terorizând-o. Pe primul individ îl putem ajuta și corecta relativ ușor dar pe cel de-al doilea mult mai greu. Politicile de prevenție în sănătatea mentală ar trebui să pună mare accent pe împiedicarea dezvoltării radicalilor disarmonici la adolescenți și tineri. Dacă cititorului i se pare ciudat faptul că discutăm despre normalitate în anumite condiții al consumului de băuturi alcoolice, autorul consideră că nu este normal să te îmbeți sau chiar să consumi băuturi alcoolice. Natura a lăsat strugurii, pruna, alte fructe și cereale pentru a fi consumate ca atare și nu transformate în băuturi alcoolice.

O contribuție importantă la construcția normalității societății omenești ar constitui-o oprirea selectivă dezvoltării în unele laturi cum ar fi nu numai dezvoltarea armamentului de distrugere în masă ci și genetica aberantă, unele

componente I.T. (jocurile online pe calculator), marile industrii puternic poluante. Părerea autorului este că economia în societatea de consum nu se auto reglează ci de fapt se auto dereglează în funcție de dezastre naturale, pandemii, războaie, zvonuri cu conotații catastrofice.

De aici necesitatea corectării periodice a normalității, pe următoarele principii :

- ponderație;
- proporționalitate;
- prudență.

„Charta îndatoririlor omului” ar trebui să aibă următorul motto:

„Nici un om nu ar trebui să moară omorât de alt semen de-al său!”

Sună deocamdată utopic, dar poate peste secole ar putea fi pus măcar parțial în practică.

„Pacea” reprezintă principalul mijloc al tamponării conflictualității și agresivității. Cedarea și compromisul nu înseamnă neapărat umilință.

CÂTEVA CUVINTE DESPRE PRIMITIVISMUL MODERN

Creștinismul s-a chinuit secole de-a rândul să diminueze pornirile instinctuale ale individului uman, încercând să explice calitățile și defectele speciei umane, noțiunile de bun și rău. Din nefericire nu a reușit decât parțial să rezolve această problemă.

Lăcomia alimentară, instinctul de proprietate exacerbă, precum și folosirea forței fizice pentru a-și impune autoritatea și a-și satisface dorințele impulsive, sexualitatea aberantă domină la ora actuală o importantă parte a indivizilor speciei umane.

Ponderația și prudența în atitudine, sunt frecvent date la o parte de instinctualitatea impulsivă.

Autorul îndrăznește a face o comparație între cele arătate mai sus și legile orânduirii comunei primitive. Consideră absolut necesar ca în procesul de instrucție organizat de către stat sau în sistem privat, copilul mic, școlarul, studentul ar trebui învățat sistematic și continuu despre calitățile și defectele speciei umane, despre greșelile sociale și familiale, despre noțiunile de bine și rău, despre trasăturile de personalitate pozitive și negative ale omului.

În aceeași ordine de idei, noțiunile de campanie agresivă, provocare și tupeu, la ora actuală și-au schimbat sensurile. Într-un limbaj argotic *campanie agresivă* înseamnă de fapt, “de a călca peste cadavre” pentru a-ți fi ție bine.

Provocare a însemnat de secole o noțiune pur război-



că. În orânduirile anterioare, căpeteniile de triburi, concurenții din turnirurile medievale, se provocau de fapt la o luptă fizică de cele mai multe ori letală pentru unul dintre combatanți.

Noțiunea de tupeu, înseamna de fapt obrăznicie, dublă de lipsă de bun simț și de cele mai multe ori de carențe educaționale.

Iată cum aceste 3 noțiuni inițial de sorginte primitivă, înseamnă în societatea actuală noțiuni demne de admirat și chiar de invidiat.

Dacă eseu conceput de mine a părut plictisitor pentru cititor, iar unele dintre noțiuni și chiar exemple fiind enumerate anterior și de alți autori, imi cer respectuos scuze. Singurele merite pe care mi le arog sunt cele a propunerii

cu privire la corectarea abnormalității societății omenesti în mod periodic și propunerea privind elaborarea chartei îndatoririlor omului.

Dacă cititorului i s-a părut cumva dizertația mea empirică, ca fiind prea catastrofică, îndrăznesc să-i reamintesc cât de optimist a părut a fi anul 2019 și cât de întunecat la ora actuală este anul 2020.

Bibliografie:

1. Larousse – Grand Dictionnaire de la Psychologie, Larousse, Paris, 1999. Editura Trei, București, 2006.
2. Constantin Gorgos – Dicționar Enciclopedic de Psihiatrie, Editura Medicală, București, 1987.

SCRISOAREA UNEI FOSTE PACIENTE

Dragă prietenă,

Îți scriu o scrisoare pentru că nu pot să vorbesc cu tine despre ceea ce îți voi scrie în continuare. Chiar dacă m-aș uita în ochii tăi, nici atunci nu aș putea să îți transmit înțelegerea mea pentru ce anume încerci să mă ocolești. Nu aș putea să îți spun că nu găsesc nimic de condamnat în atitudinea ta pentru că te înțeleg cu foarte multă dragoste. Știu că nu mi-ai permite să îți vorbesc despre boala pe care o ai și ne-am prefaced că aceasta nici nu există.

Îți scriu, te văd cu ochii minții, tu vei citi această scrisoare și o vei ascunde repede față de membrii familiei tale, dar sper să o recitești atunci când te simți singură și crezi că nu te vede nimeni.

Îți scriu pentru că vreau să știi că avem ceva în comun, ceva ce ne leagă și îți spun de la început că acest lucru este băutul tău, care te sperie de moarte.

Poți să ai orice vârstă, poți să fi studentă, mamă tânără, femeie de afaceri, soția oricui din oraș sau de la țară, poți fi bunică. Poți fi extravertită, introvertită, dar "curajul" tău vine din pahar.

Poate că bei de luni sau de ani, cu toate acestea ai fi prima care ar nega și s-ar opune vehement dacă cineva te-ar numi alcoolică, bețivană, decăzută, dar știi că în sufletul

tău îndoiala s-a cuibărit deja, pentru că simți că poate au dreptate.

Fiind femeie, ești mai secretoasă, ascunzi băutul chiar și față de tine, bei în "cămară", îți ascunzi băutura în locuri doar de tine știute, între cearceafurile curate din dulap, rufele murdare din mașina de spălat sau în spatele ghivecelor mari de flori din casă.

Poate ești "reava familiei", poate ți-ai pierdut locul de muncă și familia, poate ai fost bătută, copiilor le e rușine cu tine, ai ajuns jucăria neputincioasă a acestei boli.

Oriunde te afli în acest moment, poți avea speranță. Nu meriți suferința, condamnarea, milogeala celor din jurul tău:

"Dacă ne-ai iubi cu adevărat, nu ai mai bea." "Te interesează doar persoana ta." "Sa-ți fie rușine, față cu studii superioare, ai avut toate posibilitățile ... nesimțito, imputito etc. etc."

Nu ești egoistă, rea, monstru fără suflet. Dimpotrivă. Ești o femeie bolnavă de o boală incurabilă. Ca omul fără picior, căruia nu-i mai crește altul la loc, ca diabeticul, ca bolnavul de inimă. Repet, nu meriți să suferi, să tremuri, să te simți pedepsită, pentru că tu ești bolnavă. Oricum i-ai îmbolnăvit și pe toți din jurul tău și cu toții vă chinuți.



Ai putea să întrebi de unde știi toate acestea despre tine? Știi pentru că sunt - sau mai bine zis am fost - exact ca tine. Cu foarte mare greutate am recunoscut și am admis că eram neputincioasă în fața alcoolului.

În urmă cu 15 ani am alăturat numelui meu cuvântul "alcoolică".

Am venit singură la Vurpăr (Notă: Fosta locație a Centrului de Reabilitare "Insula Speranței"), în iulie 2002, și am cerut ajutor.

Am povestit viața mea, modul meu autodistructiv de a bea, ca am soț, am adoptat doi copii minori, că nimeni nu mai dă doi bani pe mine, că sunt distrusă și disperată, că de multe ori am fost bătută, legată și dusă la spitalul de nebuni, dacă nu mă lăsam internată, pe urmă mă internam eu de bună voie la alte unități spitalicești, sub diferite motive, precum boli interne, ginecologice, dar niciodată nu recunoșteam că sunt alcoolică.

Aici, la Vurpăr, am conștientizat pentru prima dată natura exactă a bolii mele, am înțeles că aș putea să încep să mă vindec, să mă întorc în societate, să fiu membru deplin al familiei mele, că pot să lucrez și că nu mai trebuie să sufăr și să mai mint.

Am stat la Vurpăr 40 de zile. În îngâmfarea mea mă consideram vindecată, mă laudam că mi-au ajuns aceste zile, ca lui Iisus în pustietate, și m-am întors acasă unde am găsit exact același mod de viață și existență din fața căruia m-am refugiat.

Nu a trecut mult timp și am recidivat. Am redevenit sclava alcoolului, nu puteam să mă înțeleg cu nimeni, mi-au spus copiii că le este rușine cu mine, că mai bine le adopta o altă mamă. Nu au "divorțat" de mine pentru că totuși eu am întreținut familia și chiar și așa bătută aduceam bani în casă și făceam menajul.

Am avut și perioade bune, am stat abținută 6 luni, 1 an, 2 ani.

Am călătorit mult, am lucrat și mai mult, dar nu am fost abținută pe deplin pentru că nu aveam credință, eram fățarnică, am mințit și nu putea fi nici vorbă de o minimă onestitate. Am ținut legătura cu "Casa", am fost în vizită la Șelimbăr (Notă: Noua locație a Centrului de Reabilitare "Insula Speranței"), de 10 ani, am participat la grupuri psihoterapeutice, am vorbit despre mine și, cu toate acestea, nu consider că am dobândit abținerea senină și fericită decât de **2705 zile – azi 20 mai 2017 – adică de aproape 8 ani.**

Între timp m-am schimbat cel mai mult datorită legăturilor cu grupurile de suport la care particip, prin aprofundarea credinței, am înțeles că am fost doar religioasă ca

să ocolesc iadul, dar am devenit credincioasă pentru că eu chiar am fost acolo.

Am continuat să particip la toate evenimentele organizate de Casa "Insula Speranței", am fost la Așezământul "Nazaret" (Notă: Centrul de Reabilitare pentru bărbați, de la Șura Mică), am citit mult și am vorbit despre mine și mai mult. Țin legătura cu Alcoolicii Anonimi, cu Fundația Bonus Pastor (pt. lb. maghiară) și mă vindec, mă vindec trup și suflet. M-am îmbolnăvit de cancer, nu din cauza alcoolului, am acceptat și această boală, tot trează fiind și tot în stare de bine.

Revin la începutul scrisorii.

Singură nu se poate, nici eu nu am reușit înainte, când mă bazam exclusiv pe propria putere, pe propriile resurse. Cu greu am înțeles că din această boală nu există vindecare totală, este incurabilă, nu mai pot fi băutoare de societate, nu mai pot bea ca o doamnă. Dar acum nu mai sufăr din această cauză.

Nu scriam aceasta scrisoare dacă nu aș fi fost rugată. Persoana care m-a rugat să scriu a înțeles că am primit ceva care echivalează cu o nouă stare a conștiinței și a existenței mele, că am suferit o transformare în adevăratul înțeles al cuvântului, că am dat peste o sursă de putere pe care nu am avut-o înainte.

Pot spune că mă găsesc în posesia unui grad de onestitate, toleranță, altruism, pace sufletească și iubire de care nu mă crezusem capabilă. Toate acestea mi-au fost dăruite de Dumnezeu în timp, gratis, și așa cum sunt acum, am fost gata să le primesc. Am acceptat să scriu scrisoarea pentru că "am primit gratis, dau mai departe pe gratis"...

Aceasta este viața mea, dar slavă Domnului, a grupurilor de suport, a femeilor cu care mă întâlnesc an de an, a ajutorului de la Casa Insula Speranței, nu trebuie să îmi mai fie teama, nu trebuie să mai mint și pot accepta pe toți și toate din jurul meu.

Mi-am redobândit încrederea în mine. Plângeam cândva că mi-am pierdut stima de sine. Sigur că da, dacă am băut.

Mă feresc de primul pahar. Dacă nu îl beau pe primul nu trebuie să mă tem nici de al doilea, nu?

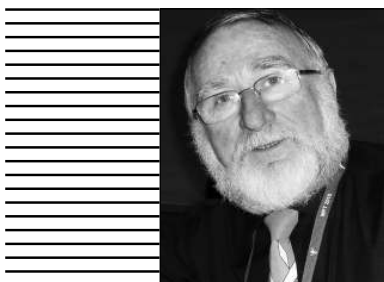
Trăiesc fiecare zi cu seninătate și accept ce nu pot schimba, mă îndepărtez cât pot de cei răi și de cele rele, ma iubesc și mă apreciez pe mine și așa am ajuns să îi iubesc și pe cei din jurul meu. Chiar și pe tine, prietenă necunoscută, care acum îmi citești scrisoarea și poate ai curaj să ceri ajutorul pe care meriti să îl primești.

Monica



ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI

■ Albert Veress - Miercurea Ciuc



17-19 ianuarie 2020: *Weekend Național de Iarnă Balint cu Postrevelionul tradițional*, la Pensiu-nea Magic Garden din Dărmănești, gazdele noastre fiind colegii din Bacău. Condițiile pensiunii au fost într-adevăr MAGICE. Sponsorizarea oferită de Centrul Oxigen din Bacău a făcut posibilă un program artistic deosebit, oferit de ansamblul de urși de la Asău și deosebita prezentare de cântece oferită de surorile Maria și Iuliana Covaci.

Având în vedere condițiile de izolare cerute de COVID-19 grupurile ordinare Balint nu au mai avut loc, în schimb, prin sistemul ZOOM.US, s-a reușit inițierea grupurilor on-line cu balintienii din țară, Chișinău și Budapesta.

15-17 mai, 2020: *A V-a Conferință Națională Balint din Republica Moldova, Chișinău.* PRIMA CONFERINȚĂ BALINT ON-LINE! O încercare inedită până acum cu o reușită nesperată dar dorită! Felicitări organizatorilor. Le vom urma exemplul, poate în septembrie la conferința noastră națională.

Impresiile Ilonăi Görög: doresc să vă împărtășesc experiența conferinței din acest weekend organizată de Veronica Calancea și echipa ei. Au demonstrat pe deplin, că este o alternativă bună, dacă întâlnirea față-în-față nu este posibilă. E adevărat, că atmosfera destinsă și familiaritatea se datorau faptului că participanții se cunoșteau și/sau aveau experiențe precedente plăcute.

De vineri la ora 16,30 până duminica la prânz au fost 3 grupuri mari, 3 grupuri mici paralele, peste 10 lucrări bine documentate, majoritatea fiind pregătite de doctoranzi. Sâmbătă d.m. înainte de a se instala suprasaturația și oboseala, au fost puse sub genericul de "telemedicină" filmele tematice și rezolvarea rebusului burnout, conceput pentru această conferință. Seara am vizitat virtual Crama Vartely, iar selecția de vinuri a fost asigurată prin tehnica modernă de clipul trimis de Stelian.

Veronica a solicitat creditarea, și, deși autoritățile s-au arătat surprinși că se va desfășura online, există posibilitatea să acorde credite. Media participării la diferite secvențe ale programului a fost de 50 de persoane conform numărului de conexiuni. Pentru a nu supraîncărca rețeaua, în mare parte a timpului camerele video și microfoanele persoanelor care nu aveau un rol activ erau închise.

PLANURI DE VIITOR:

25-27 septembrie 2020: *plănuim derularea celei de a XXVII-a Conferință Națională Balint*, la hotel Express din Predeal, cu alegerea noului Birou pentru mandatul 2020-2023. Sunteți rugați să **completați taloanele de candidatură pe care să le retrimiteți până la data limită de 31 august.**

Tragem speranțe ca epidemia să nu ne pună bețe-n roate în derularea conferinței. Dacă totuși s-ar întâmpla, trecem și noi la modul on-line!

Albert Veress.