

Buletinul Asociației Balint

Periodic trimestrial. Volumul XXIV. Nr. 93 - 94



Ianuarie - Iunie 2022

ABORDAREA DEPENDENȚELOR PRIN PRISMA MODELULUI DE RECUPERARE "MINNESOTA"

Psihoterapeut Ramona Baghiu, Bacău

PLAN DE ACȚIUNE PENTRU PREVENȚIA SUICIDULUI

Dr. Veress Albert, Miercurea-Ciuc

STRATEGIILE NAȚIONALE DE PREVENIRE A SUICIDULUI

Trecere în revistă efectuată de dr. Veress Albert

STUDIU BIO-PSIHO-SOCIAL COMPARATIV AL SUICIDULUI

Veress Albert, dr. (1), Vadas Gyula, dr. (2), Veress Réka, dr. (3)

PREFAȚĂ LA O CARTE CU UN CONȚINUT NEOBIȘNUIT - UN SOI DE CRITICĂ LITERARĂ

dr. Veress Albert, Miercurea-Ciuc

CUVÂNT ÎNAINTE

Dr. Holger-Ortwin Lux, Sibiu

CONTROVERSE...

Interviu efectuat de Ștefana Drăghici, ziarul local Informația Harghitei

CÂTEVA GÂNDURI PE AMPRENTELE PELERINULUI

Dr. Veress Albert, Miercurea Ciuc

FÂRTATUL DIAVOLULUI

Convingătoare demonstrație a unei realități care ne bântuie...



CUPRINS

PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA	2
ABORDAREA DEPENDENȚELOR PRIN PRISMA MODELULUI DE RECUPERARE "MINNESOTA"	4
■ Psihoterapeut Ramona Baghiu, Bacău	
PLAN DE ACȚIUNE PENTRU PREVENȚIA SUICIDULUI	8
■ Dr. Veress Albert, Miercurea-Ciuc	
STRATEGIILE NAȚIONALE DE PREVENIRE A SUICIDULUI	10
■ trecere în revistă efectuată de dr. Veress Albert	
STUDIUL BIO-PSIHO-SOCIAL COMPARATIV AL SUICIDULUI	14
■ Veress Albert, dr. (1), Vadas Gyula, dr. (2), Veress Réka, dr. (3)	
PREFAȚĂ LA O CARTE CU UN CONȚINUT NEOBIȘNUIT - UN SOI DE CRITICĂ LITERARĂ	18
■ dr. Veress Albert, Miercurea-Ciuc	
CUVÂNT ÎNAINTE*	21
■ Dr. Holger-Ortwin Lux, Sibiu	
CONTROVERSE... ..	22
■ Interviu efectuat de Ștefana Drăghici, ziarul local Informația Harghitei	
CÂTEVA GÂNDURI PE AMPRENTELE PELERINULUI	24
■ Dr. Veress Albert, Miercurea Ciuc	
FÂRTATUL DIAVOLULUI	25
■ Convingătoare demonstrație a unei realități care ne bântuie...	
ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI	28

MOTTOURI:

„Prin uitare se înmormântează natura moartă.” (Veress Albert)

„Pornirea ceasului ucide timpul mort.” (Veress Albert)

„Fiecare medic își are în jurul lui propriul cimitir, dar puțini dintre ei își vizitează morții. Și mai puțini își atârnă pe peretele cabinetului panoul succeselor avute.” (Veress Albert)

Ianuarie - Iunie, 2022, Volumul XXIV, Nr. 93-94 ■ 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 ■ **Editat de:** Asociația Balint din România ■ **Tipărit la:** Pro-Print, Miercurea-Ciuc ■ **Adresa redacției:** 530 111 - MIERCUREA CIUC, str. Gábor Áron nr. 10, tel. 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 ÎNSCRIEREA SI 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 2022 rămâne 25 EURO** (la cursul oficial BNR din ziua în care se face plata), sumă în care se include și abonamentul la Buletin.

În cazul în care două persoane dintr-o familie sunt membrii Asociației, una dintre ele poate cere scutirea de la plata abonamentului la Buletinul Informativ, împreună revenindu-le doar o sumă de **42 euro**.

Studentii 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. 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:

István VÁRADI

istvanvaradi@inbox.com

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.).

Redactorul șef și / sau lectorul au dreptul de a face cuvenitele 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, cu 3-5 cuvinte cheie.

Pentru rigoarea științifică, apreciem menționarea bibliografiei cât mai complet și mai corect, conform normelor **Vancouver**, atât pentru articolele din periodice cât și pentru monografii (citarea în text se notează cu cifre arabe în paranteză 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 trimite o fotografie digitală - tip pașaport sau eseu - pe care o vor trimite ca fișier (*.jpg) 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 propune eventualele modificări, fiind 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.



ABORDAREA DEPENDENȚELOR PRIN PRISMA MODELULUI DE RECUPERARE "MINNESOTA"

■ Psihoterapeut Ramona Baghiu, Bacău

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 dependentului. 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 drogul.*

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

Abstract: *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 drug 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 drug.

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

DEFININD DEPENDENȚA

Din punct de vedere medical, dependența se referă la momentul în care organismul se adaptează fizic la abuzul de substanțe psihoactive modificându-și funcțiile de-a lungul timpului, ducând astfel la dependență. În absența substanței de care se face abuz, persoana dependentă va simți că

nu poate funcționa normal până nu va lua o nouă doză.



CE ESTE MODELUL MINNESOTA?

Metoda Minnesota a conceptualizat rolul consilierului de egal în dependență, furnizând odată cu acesta un întreg corp de cunoștințe și tehnici ce poate fi transmis și astăzi celor ce vor practica această profesie. Metoda Minnesota reprezintă o tehnică avansată a regimului de tratament al alcoolismului și pune la dispoziție o întreagă cercetare care integrează filosofia Alcoolicilor Anonimi cu profesionalism în rândurile metodelor cu rezultate notabile.

Această metodă a fost denumită după statul american Minnesota fiind introdusă pentru prima dată ca model de recuperare, în anii 1950. Modelul a cunoscut o răspândire considerabilă de-a lungul timpului, integrând grupurile de suport de tip Alcoolicii Anonimi în programe de psihote-



rapie și dezintoxicare susținute deja în clinicile Hazelden și Pioneer House.

CUM FUNCȚIONEAZĂ MODELUL MINNESOTA?

Este o metodă ce include un grup încadrat și deservit de specialiști. Modelul lucrează de asemenea cu cei 12 pași, numai că îi folosește nu în contextul grupului de suport mutual, ci în cadrul unui program terapeutic complex care include un grup terapeutic, apoi o rețea de suport în direcția reinsertiei familiale și socio-profesională. Este o realizare venită pe de o parte dinspre lumea laică a clericilor, pe de altă parte dinspre lumea medicilor. În cadrul acestui model există doi terapeuți (consilieri în adicție) dintre care obligatoriu unul este dependent aflat în recuperare, celălalt un specialist care nu este dependent. Cei doi lucrează împreună, alternând calitatea de lider și cea de co-lider, cea de moderator și comoderator.

MINNESOTA ÎN ROMÂNIA

Această metodă a fost realmente un succes, fiind adoptată treptat de clinici pe întreg teritoriul Statelor Unite ale Americii. Astăzi, reprezintă un standard pentru tratarea dependențelor de orice tip și se regăsește ca metodă de recuperare și în România, începând din anul 1990. Metoda a fost adusă pentru prima dată în țară la noi de domnul Floyd F., cetățean american, licențiat în psihologie, teolog și consilier de egal în problematica adicțiilor.

FUNCȚIONEAZĂ ACEST MODEL?

S-a dovedit că această metodă a fost eficientă pentru toate tipurile de dependență, la baza ei stând două principii fundamentale:

- dependența este o boală cronică cu consecințe grave asupra organismului și sistemelor mentale,
- scopul tratamentului este abstenența.

CINE SUNT ALCOOLICII ANONIMI?

"Alcoolicii Anonimi, sunt o comunitate de bărbați și femei care își împărtășesc experiența, puterea și speranța pentru a-și rezolva problema comună în vederea recuperării de pe urma adicțiilor și de a-i ajuta și pe alții să o facă. Singura cerință pentru a deveni membru este dorința de a se recupera de pe urma vreunei dependențe. Nu se percep cote sau taxe de afiliere la comunitatea A.A. Ne finanțăm prin propriile contribuții.

A.A. nu aparține vreunei secte sau formațiuni religioase, nici unei mișcări politice, organizație sau instituție; A.A. nu dorește să se angajeze în nicio controversă, nu dorește să sprijine sau să combată vreo cauză.

Scopul lor principal este recuperarea și răspândirea mesajului recuperării către cei care suferă."

CE SUNT CEI 12 PAȘI?

Cei 12 Pași ai Programului AA cuprind, de la un capăt la altul, tot ceea ce înseamnă acceptare, cunoaștere de sine, însănătoșire, creștere spirituală și întrajutorare. Este exact pachetul întreg pus la dispoziție, pentru o viață nouă, frumoasă, și un sens bine definit. Toate cursurile de dezvoltare personală fac asta; identifică sinele, structurile cognitive condiționate, asigură suport pentru deprogramarea negativă și scot la lumină puterea de a fi creatorul vieții tale. Este un mod în care se îmbină "eu fac" cu "eu sunt" și asigură individual schimbarea și chiar creșterea spirituală.

CUM A LUAT FIINȚĂ PROGRAMUL AA?

Scurt istoric al alcoolicii anonimi

În anul 1935 în luna mai, Bill și Bob (doi alcoolici declarați de medici irecuperabili) au înființat în Akron (SUA) primul grup de suport AA. Această comunitate a crescut de la doi membri la peste 2.000.000. Iar în momentul de față funcționează mai mult de 117.000 de grupuri de suport în peste 180 de țări de pe glob. Pe teritoriul României funcționează peste 60 de grupuri de suport.

PAȘII 1 - 3: conștientizarea și acceptarea problemei, soluția și predarea

PAȘII 4 - 7: împăcarea cu sine

Proces complex de evaluare a principiilor, valorilor și a virtuților. Inventarul temerilor și a resentimentelor.

PAȘII 8 - 9: împăcarea cu ceilalți

- Analiza relațiilor din trecut și reconcilierea .
- Sinceritate în deciziile de a repara alegerile nepotrivite din trecut.
- Importanța unui sponsor / naș sau îndrumător Spiritual

PAȘII 10 - 12: păstrarea liniștii dobândite

- Aplicarea Programului în toate domeniile vieții
- Autoexaminarea zilnică
- Meditația și Transmiterea Mesajului

PASUL 1 - CONȘTIENTIZAREA

"Am admis că eram neputincioși în fața alcoolului, că nu mai eram stăpâni pe viața noastră.

"Bărbații și femeile care sunt alergici la alcool și care persistă în folosirea acestuia în mod compulsiv, ca urmare a viciului, se îmbolnăvesc în cele din urmă de o boală unică. Aceasta boală este cunoscută în medicină, sub numele de



alcoholism; este unică prin faptul că afectează individul pe plan bio-psiho-socio-spiritual. Pasul Unu descrie pe scurt enigma patetică a unui băutor înrăit care a contactat această boală, față de care este complet neputincios. Execuțiile din caietul de lucru, vin în ajutorul dependentului pentru ca acesta să poată conștientiza "cum a fost, ce i s-a întâmplat și cum poate deveni acum".

PASUL 2 - SOLUȚIA

"Am ajuns la credința că o Putere Superioară nouă înșine ne-ar putea reda sănătatea mintală"

- Scopul acestui pas este de a pune în evidență natura bolii mentale de care dependentul suferă, să reușim să-l ajutăm să admită că această boală poate fi învinsă cu ajutorul unei Puteri mai mari decât a sa!
- Incapacitatea mentală este înrădăcinată și impusă de substanța adictivă, față de care dependentul este neputincios. Cercetarea exhaustivă a cazurilor a mii de dependenți care și-au învins boala, a dus la concluzia că puterea voinței NU constituie un factor al tratamentului, cu excepția cazului când voința individuală este supusă unei Puteri mai mari decât a sa.

PASUL 3 - PREDAREA

"Am hotărât să ne lăsăm voința și viața în grija unui Dumnezeu așa cum îl înțelege fiecare dintre noi".

- Este o soluție simplă, totuși pentru unii se dovedește a fi destul de grea. Succesul ei constă în bunăvoința fiecăruia de a-și disciplina mintea printr-un mod de gândire spiritual. Indiferența și prejudecățile sunt obstacolele majore în calea succesului. Mințile dependente se revoltă împotriva capitulării sugerate de acest pas.

PASUL 4 - INVENTARUL

"Am făcut fără teamă un inventar moral amănunțit, al propriei persoane."

- Pasul Patru este efortul viguros și susținut de a descoperi handicapuri trecute și prezente. Ajutăm la aflarea cu precizie cum, când și unde s-a deviat. Ne uităm cinstit la nefericirea pe care acestea le-a produs-o altora și dependentului. Când descoperim deformările emoționale reale putem începe corectarea lor. Fără un efort persistent de bunăvoință în acest sens, ne rămân prea puține șanse pentru o abținere împlinită și pentru un sentiment de satisfacție. Fără un inventar amănunțit și făcut cu un spirit eliberat de sub imperiul fricii, cei mai mulți vor descoperi că acea credință - care să funcționeze de-adevăratelea în existența zilnică - va rămâne undeva departe de ei.

PASUL 5 - MĂRTURISIREA

"Am mărturisit lui Dumnezeu, nouă înșine și unei alte ființe umane, natura exactă a greșelilor noastre."

Acest Pas vital este calea prin care se ajunge la credință și sentimentul că există iertare, indiferent de fapte sau gânduri. Prin acest Pas se înțelege capacitatea de iertare de Sine. Iertarea este o componentă care nu trebuie să lipsească din procesul de recuperare. Numai în momentul în care se face Pasul 5 cu fermitate, persoana aflată în recuperare va ști că se va putea ierta pe Sine și dărui iertare celor din jur.

PASUL 6 - ÎNDEPĂRTAREA DEFECTELOR DE CARACTER.

"Am consimțit fără rezerve ca Dumnezeu să ne scape de toate aceste defecte de caracter"

Acesta este pasul trecerii de la copilărie la maturitate", declara un preot, unul dintre marii și foarte prețioșii prieteni ai Comunității AA. Continuându-și ideea, el explică faptul că orice om capabil de suficientă bunăvoință și onestitate față de repetarea Pasului 6 pentru fiecare dintre defectele sale - fără absolut nici o rezervă, oricare ar fi ea - a parcurs deja un drum lung pe calea spiritualității; de aceea, poate fi considerat ca un om care încearcă în mod sincer să se maturizeze în ochii și după voia Creatorului său.

PASUL 7 - SMERENIA

"Cu umilință, i-am cerut să ne îndepărteze defectele."

- Într-adevăr principiul fundamental al fiecăruia dintre Cei 12 Pași AA este atingerea unui cât mai înalt grad de smerenie. Fără o doză cât de mică de umilință, niciun alcoolic nu poate rămâne abstinent. Aproape toți membrii AA, au descoperit faptul că până nu-și dezvoltă această prețioasă calitate, ce le este necesară pentru o abținere senină, nu vor avea prea multe șanse de a fi cu adevărat fericiți. Fără ea, traiul lor este sărac în sensuri, iar în situații critice nu pot aduna destulă încredere ca să facă față neprevăzutului.

PASUL 8 - RECUNOAȘTEREA ȘI REPARAREA GREȘELILOR

"Am întocmit o listă cu toate persoanele cărora le-am făcut necazuri și am consimțit să reparăm aceste rele"

Până la un anumit nivel, s-a făcut această investigație prin inventarul moral. Dar acum a sosit vremea necesității de a-și dubla eforturile, pentru a vedea câți oameni a rănit și în ce mod.

Aceasta redeschidere de vechi răni emoționale - unele vechi, altele poate chiar uitate, iar unele care încă suferă dureros - poate părea, la prima vedere, o operație chirurgicală fără sens. Dar, dacă se pornește cu bunăvoință, atunci marile avantaje ale acestei acțiuni vor apărea atât



de repede, încât, pe măsură ce se topesc obstacole după obstacole, durerea se va potoli.

PASUL 9 - CONTINUAREA "REPARAȚIILOR" CU PRUDENȚĂ

"Ne-am reparat greșelile direct față de acele persoane, acolo unde a fost cu puțință, dar nu și atunci când le-am fi putut face vreun rău lor sau altora"

Este momentul să îndrumăm și să orientăm persoana în recuperare spre a-și găsi un sponsor / naș sau sfetnic spiritual. Este potrivit să încurajăm să-i ceară ajutorul cu toată sinceritatea lui Dumnezeu. Adevăratul spirit al Pasului 9 este acela ca, persoana în recuperare să fie pregătită să accepte toate consecințele faptelor trecute și de a-și asuma răspunderea față de bunăstarea altora în același timp.

PASUL 10 - UN ALT MOD DE VIAȚĂ

"Ne-am continuat inventarul personal și ne-am recunoscut greșelile de îndată ce ne-am dat seama de ele"

- Inventarul fulger care se face la sfârșitul fiecărei zile
- bunăvoința de a recunoaște/admite greșelile
- bunăvoința de a ierta când greșeala aparține altora
- căutarea progresului nu a perfecțiunii
- practicarea recunoștinței

PASUL 11 - MEDITAȚIA

"Am căutat, prin rugăciune și meditație, să ne întărim contactul conștient cu Dumnezeu, așa cum și-l închipuia fiecare dintre noi, cerându-i doar să ne arate voia Lui în ce ne privește și să ne dea puterea s-o împlinim."

Există o legătură directă între auto-examinare, meditație și rugăciune. Luate separat, aceste practici pot aduce un mare beneficiu și multă ușurare. Dar când ele sunt legate logic și întreșesute, rezultatul este un fundament de neclintit al vieții însăși, până când vom obține cu siguranță câte o imagine a ceea ce este cea realitate ultimă și anume, împărăția Divină.

Recuperarea dintr-o dependență, oricare ar fi, are fundament spiritual. Fiind un "gol de Dumnezeu", acest gol, va fi umplut tot de Dumnezeu sau de o Putere Superioară.

PASUL 12- TRANSMITEREA MESAJULUI

"După ce am trăit o trezire spirituală ca rezultat al acestor pași, am încercat să transmitem acest mesaj altor alcoolici și să punem în aplicare aceste principii în toate domeniile vieții noastre"

Pasul 12 dă de veste că, transmiterea mesajului va menține abstenența senină și totală, iar trezirea spirituală va fi una plină. Să observăm cum bărbați și femei își deschid ochii cu mirare pe când pășesc din întuneric în pli-

nă lumină; să vedem cum totul se umple de sens, să vedem familiile reunite; să-l vedem pe alcoolicul marginalizat cum este reprimat ca om între oameni și, mai ales, să-i observăm pe toți cum se deșteaptă la prezența unui Dumnezeu iubitor, în viața lor - aceste lucruri constituie substanța a ceea ce obținem atunci când transmitem mesajul AA altui alcoolic.

SĂ FIM BUNI ȘI ÎNȚELEPȚI

Acest mic studiu al Celor 12 Pași ai AA-ului se încheie aici. Am luat în considerație atâtea probleme, încât ar putea părea că metoda AA constă mai ales în descifrarea unor dileme spinoase și depistarea anomaliilor. Până la un anumit punct, așa și este. *"Am tot vorbit despre probleme, pentru că noi suntem oameni problematici, care am găsit o ieșire verticală și care dorim să împărtășim ceea ce știm despre acea ieșire tuturor celor care doresc s-o folosească. Numai acceptându-ne și rezolvându-ne problemele putem începe împăcarea cu sine și cu lumea din preajmă, precum și cu Cel Care domnește peste noi toți. Înțelegerea lucrurilor este cheia principiilor și atitudinilor corecte iar acțiunea corectă este cheia traiului de calitate; de aceea, bucuria unui trai bun este tema Pasului 12".* Cu fiecare zi ce trece, fie-i dat fiecăruia dintre noi să simtă tot mai profund înțelesul acelei rugăciuni simple care spune: *"Doamne, dă-mi seninătatea să accept ceea ce nu pot schimba, curaj să schimb ceea ce pot și înțelepciunea să le deosebesc".*

NU UITA: Dacă întâlnești un alcoolic salvat, atunci întâlnești un erou. În el pânzeste dușmanul adormit. Acest om rămâne împovărat de slăbiciunea sa și își continuă drumul printr-o lume în care se bea fără discernământ, o lume care nu îl înțelege și o societate care se crede îndreptățită, în ignoranța ei, să îl privească de sus ca pe un om inferior fiindcă îndrăznește să înoate împotriva fluviului de alcool. Să știi însă: El este un om excepțional!

BIBLIOGRAFIE

1. Dr. Wilson, Bob (1938), *The Big Book, Grapevine*;
2. Durkheim, Émil (1974), *Regulile metodei sociologice, Editura științifică, București*;
3. Larousse, *Marele Dicționar al Psihologiei LAROUSSE, Editura Trei, București 2016*;
4. Ralf Schneider, Holger Lux, Ingrid Lux, *Alcoolul și medicamentele- droguri? Editura Hora, Sibiu, 1999*
5. Revenco, Mircea (2018), *Tulburări de personalitate, Editura Bons Offices, Chișinău*;
6. *The Royal Magazine of National Institute On Drug Abuse (1989) – Minnesota Model: Description of Counseling Approach*



PLAN DE ACȚIUNE PENTRU PREVENȚIA SUICIDULUI

■ Dr. Veress Albert, Miercurea-Ciuc



PREZUMȚII DE FOND:

- suicidul (S.) are o determinare pluricauzală
 - nr. tentativelor suicidare (TS) și a suicidului letal poate fi diminuat
 - metodele mai multor țări cu rezultate bune în prevenție (Scoția, Danemarca, Germania, Suedia, Austria) ar putea fi preluate și implementate

- S. este o problema bio-psiho-socio-spirituală, în pofida faptului că 80-90% din tentatori suferă de o boală psihică, îndeosebi de depresie, iar în perioada imediat premergătoare actului suicidar au o stare de conștiință obnubilată. Categoria cea mai periclitată este cea a depresivilor netratați, sau care au mai avut tentative în antecedente. Multiple cercetări demonstrează că tratarea depresiei sau a altor boli mintale scade rata sinuciderilor cu peste 80%

- sinuciderea reprezintă pentru urmași o traumă, care poate declanșa mai târziu boli psihosomatice. Din acest motiv, aceștia trebuie să beneficieze de ajutor în prelucrarea traumei, fie că solicită sau nu acest ajutor. Medicația lor, ITM, cheltuielile de spitalizare reprezintă un efort financiar deosebit, de aceea prevenția suicidară reprezintă și o economisire financiară pentru societate. Acești oameni sunt de obicei incapabili pentru a-și apăra interesele, pentru a face lobby, iar actualmente nicio ramură a societății nu îi reprezintă cu suficientă eficacitate.

- fiecare deces prin suicid este o pierdere uriașă. Dar și un pericol prin modelul dat altora pentru comiterea altor acte suicidare.
 - deoarece diferitele segmente sociale sunt afectate într-un mod diferit, avem nevoie de a aplica metode diferite de comunicare cu ele. Trebuie clarificat prima oară modul în care sunt afectați micile comunități, familiile, cadrele didactice, medicii de familie, psihiatrii. Tinerii drogdependenți acceptă mai lesne ajutorul venit din partea celor de vârsta lor. Bătrânii recurg mai bucuros la ajutorul specialiștilor. Alcoolicii răspund mai bine la grupurile AA.
 - cele mai recente cercetări demonstrează o legătură direc-

tă între suicid și agresivitatea intrafamilială. Ar contraveni acestui aspect faptul că 2/3 din sinucigași provin din rândul bărbaților. Această agresivitate nu este dată neapărat de faptele bărbaților, ci ea poate proveni din neglijare, jigniri sentimentale sau verbale care pot afecta și bărbații, care recurg de obicei la metode mult mai drastice de suicid.

- atât solicitarea cât și oferirea de ajutor sunt învățabile, ele reprezentând o importantă posibilitate a prevenției.

- trebuie să schimbăm paradigmele sociale legate de importanța implementării în gândirea colectivă a exprimării și receptării cry for help-lui, a schimbării modului de „acceptare” din partea societății ca un act normal a sinuciderii, incluzând și acceptarea alcoolismului ca o boală nu doar o obișnuință nefastă.

- are un rol salutar în prevenție depistarea și tratarea persoanelor cu acte autovătămătoare.

- falsele mituri pot îngreuna reușita intervenției în criză: „cei care vor să se sinucidă, o vor face fără să putem interveni!”, „dacă vorbim despre sinucidere, atunci putem s-o declanșăm”, „dacă își revine după un episod depresiv, nu mai este în pericol” etc.

- alcoolismul și sinuciderea fac tandem. Nu e de mirare că în unele județe (HR, BH, CV) avem rate atât de ridicate ale suicidului. Acolo întâlnim și cele mai ridicate rate a consumului de alcool/cap de locuitor.

CINE SĂ FACĂ MUNCA DE PREVENȚIE?

1. Specialiștii care vin în contact direct cu tentatorii: psihiatri, psihologi, polițiști, M.F., voluntari ai liniilor SOS
2. Specialiști care vin în contact indirect cu tentatorii: M.F., cadre didactice, supraveghetori de penitenciar, angajați la căminele de bătrâni, medici de întreprindere, pediatri, preoți, voluntari SOS. Toți acești oameni sunt și ei periclițiți, având o rată de suicid peste nivelul general. Este deci important ca și ei să beneficieze de ajutor din partea specialiștilor.
3. Persoane care se află în linia a 2-a de front: jurnaliști, angajați ai caselor de asigurări de sănătate și ale instituțiilor de asigurări.



Știu oare aceste persoane ce efect au știrile date de ei asupra celor periclitați de a deveni sinucigași? Știu oare cei de la casele de asigurări că cele 30 de minute acordate pentru o consultație celor care au idei autolitice sunt insuficiente? Cine va decide metoda de p.t. de care au ei nevoie? Colegiile de specialitate? Asiguratorii? Cum pot fi incluși membrii de familie în răspunsul acestor întrebări?

SARCINILE VOLUNTARILOR:

- ajutarea urmașilor
- intermediere între specialiști și pericliții care nu vor să se adreseze acestora
- vizitarea M.F. și a medicilor de întreprindere, conștientizându-le despre rolul lor în recunoașterea sindromului presuicidar, știut fiind faptul, că mare parte din tentatori în cele 3 luni premergătoare actului suicidar au apelat la medicul lor.

Este de dorit ca la acești voluntari să se ralieze cât mai mulți dintre aparținătorii sinucigașilor. Un fel de grup quasi A.A.

CUI SĂ NE ADRESĂM?

-în afara bolnavilor psihici, categoriile cele mai expuse sunt:

- grupa de vârstă 15-25 de ani, provenită din familii dezorganizate
- grupa bărbaților dintre 45-66 de ani, dependenți de droguri, în special de alcool
- grupa celor peste 70 de ani, în speță cei rămași singuri, deseori cu multiple boli somatice

-este de o deosebită importanță realizarea unui protocol obligator pentru cei care dirijează sau lucrează în media

-deasemenea, întocmirea unui ghid privind modalitatea de prezentare în media a bolnavilor psihici.

CUM SĂ PROCEDĂM?

- Prin observare atentă, intervenție, ajutor direct, încercarea de modificare a valorilor sociale
- Comunicarea interpersonală este de nelipsit, factorul protector cel mai important fiind tocmai această legătură interumană.
- Trebuie întocmit o bază de date cu ajutorul căreia specialiștii țintiți să aibă la îndemână modalitățile de prevenție pe care să le poată schimba cu ceilalți factori implicați
- Cursuri de perfecționare și de îmbunătățire a cunoștințelor din domeniul depistării precoce a depresiei larvate și al tabloului presuicidar, organizate M.F. și altor specialiști, pentru cadrele didactice, preoți, polițiști. S-au dovedit fructuoase trainingurile de 3-4 ore.

CÂND? FACTORUL TIMP!

- Planuri de durată lungă: ex. după o perioadă de 5 ani să scadă rata suicidară cu 20%.
- Planuri de durată medie: redactarea și implementarea ghidurilor pentru presă, media. Ex.: 3 luni pentru redactarea ghidului, 6 luni pentru cursuri organizate pentru colaboratorii presei și media.
- Planuri de durată scurtă: monitorizarea timpului necesar pentru ca un cadru didactic, un MF sau altă persoană dacă decelează un pericol suicidar iminent, să trimită pacientul la specialist sau la spital.

Dacă MF îl apelează joi pe acel pacient expus (divorțat, văduv recent, alcoolic etc.) și îi spune, că miercurea sau joia viitoare ar dori să-l vadă, îi oferă tangențial o cârjă care să-l ajute să treacă de pericolul weekendului petrecut singur.

LOCURI PERICULOASE PENTRU ACTELE SUICIDARE:

Pe aceste locuri preferate pt. comiterea actelor suicidare - poduri, curbe de cale ferată, viaducte, etc. - să se posteze indicatoare cu texte îmbietoare pentru apelarea nr. SOS

DE CE?

- un scop real: în sfârșit, un scop pentru care merită să ne aliem
- recunoștință: anual, odată, să premiem acele persoane, care în anul respectiv au făcut cel mai mult pt. prevenție. Mediatizarea largă a evenimentului!!!
- motive financiare: scad vertiginos cheltuielile generate de tratarea tentatorilor
- succes internațional: îmbunătățirea percepției internaționale a țării, județului, persoanei
- succes național: îmbunătățirea well-beengului
- scăderea stigmei legate de sinucidere. Vom putea vorbi în public mai liber, fără false reticențe.

POSSIBILITĂȚILE ALIANȚEI ANTISUICID, A ASOCIAȚIEI ANTISUICID, A FUNDAȚIEI CRY FOR HELP:

- coordonarea sarcinilor expuse mai sus
- formarea voluntarilor și dirijarea lor spre zonele fierbinți
- redactarea și promovarea pe scară largă a ghidurilor și protocoalelor pentru presă și media
- preluarea metodelor din străinătate
- organizarea conferințelor tematice naționale sau internaționale



STRATEGIILE NAȚIONALE DE PREVENIRE A SUICIDULUI

■ trecere în revistă efectuată de dr. Veress Albert

În 1996, Organizația Națiunilor Unite a publicat un set de reguli pentru a ajuta și stimula țările să își dezvolte strategii naționale cu scopul reducerii morbidității, mortalității și a altor consecințe ale comportamentului suicidar. Aceste reguli puneau accentul pe nevoia de colaborare intersectorială, abordările multidisciplinare în evaluarea și revizuirea continuă. O.N.U. a identificat câteva elemente care ar putea crește eficacitatea strategiilor de prevenire a suicidului, cum ar fi:

- Sprijin din partea guvernelor
- Un sistem de referință conceptual
- Scopuri și obiective bine stabilite
- Obiective măsurabile
- Identificarea organizațiilor capabile de implementarea obiectivelor
- Monitorizare și evaluare constantă
- Mai departe, O.N.U. a promovat un număr de activități și abordări care să corespundă obiectivelor agențiilor naționale, inclusiv:
 - Promovarea identificării timpurii, evaluarea, tratamentul și trimiterea persoanelor cu risc de comportamente suicidare către profesioniști
 - Creșterea accesului public și profesional la informații care vizează toate aspectele prevenirii comportamentului suicidar.
 - Sprijinirea formarea unor sisteme de colectare de date integrate, cu scopul identificării grupurilor, indivizilor și situațiilor expuse riscului
 - Promovarea conștiinței publice asupra sănătății mentale, a comportamentului suicidar, a consecințelor stresului și a gestionării situațiilor de criză
 - Menținerea unui program de training comprehensiv pentru indivizii-cheie (educatori, polițiști, profesioniști în domeniul sănătății mentale)
 - Adoptarea de protocoale corespunzătoare din punct de vedere cultural pentru raportarea publică a evenimentelor suicidare
 - Promovarea accesului la servicii comprehensive pentru cei expuși riscului de comportament suicidar, sau afectați de pe urma acestuia

- Promovarea serviciilor de suport și reabilitare pentru cei afectați de suicid sau de comportamente suicidare
- Reducerea disponibilității, accesibilității și atractivității metodelor de exercitare a comportamentului suicidar
- Stabilirea de instituții și agenții care să promoveze și să coordoneze cercetarea, programele de training și livrarea de servicii care vizează comportamentele suicidare.

Taylor et al. (1997) au revizuit politicile mondiale de prevenire a suicidului și au descoperit că, doar cinci țări prezintă sau strategii naționale comprehensive de prevenire a suicidului, sau erau în procesul de elaborare a unor astfel de strategii. (Australia, Finlanda, Noua Zeelandă, Norvegia și Suedia). O strategie națională a fost definită drept un set de activități integrate multifacetate. Mai multe țări, de asemenea, aveau ceea ce Taylor et al. au denumit „*programe de prevenire*”, care constau din una sau mai multe activități țintite, fără coordonare planificată între acestea. Țările cu programe de prevenire erau Olanda, Anglia, Statele Unite, Franța și Estonia. De la revizuirea lui Taylor, strategii naționale comprehensive s-au dezvoltat în Anglia, Statele Unite, Danemarca și, mai nou, Germania.

Finlanda a fost prima țară care și-a dezvoltat o strategie națională de prevenire a suicidului, aceasta debutând pe la jumătatea anilor '80. Strategia finlandeză a fost implementată în patru stadii, începând cu o analiză comprehensivă a 1397 de cazuri de suicid, pentru a identifica grupurile țintă și problemele corespunzătoare (1986-1991). Urmată de crearea unui program de acțiune (1992), implementarea acestui program (1992-1996), și evaluarea lui (1997-1998). (Upanne, 1999).

În 1995 în Australia, Departamentul Commonwealth de Sănătate și Îngrijire a Vârstnicilor a publicat *Strategia Națională de Prevenire a Suicidului în rândul Tinerilor*. Administrarea strategiei a fost coordonată de Departamentul de Sănătate și Îngrijire a Vârstnicilor, în consultare cu o gamă largă de participanți, atât guvernamentali cât și non-guvernamentali (Mitchell, 2000). În 1999, *National Suicide Prevention Strategy* (NSPS) a fost introdusă, fiind clădită peste fosta *National Youth Suicide Prevention Strategy* (NYSPPS).



Aceasta este administrată de către Departamentul guvernului australian al Sănătății și al Vârstnicilor.

Suedia a stabilit un program național de prevenire a suicidului în 1993, urmată de fondarea Centrului Național Suedez de Cercetare a Suicidului și Prevenire a Bolilor Mentale în 1994. Un program național de prevenire a suicidului a fost proiectat de Centrul Național Suedez de Cercetare a Suicidului, de Comisia Națională Suedeză a Sănătății și Bunăstării și Institutul național de Sănătate Publică în '93-'95. Acest program este acum implementat în întreaga țară și constă din strategii individuale și la nivelul populației. Consiliul Național de Prevenire a Suicidului este responsabil de inițierea, monitorizarea, și evaluarea programului de prevenire a suicidului în Suedia, care a fost publicat în 1995.

În 1994, guvernul norvegian a oferit fonduri pentru dezvoltarea și implementarea *Planului Național de Prevenire a Suicidului* de-a lungul a cinci ani, din 1994 până în 1998. Comisia de Sănătate a Norvegiei a fost responsabilă de implementarea *Planului Național de Prevenire a Suicidului*.

În 1998, în Noua Zeelandă a fost publicată *Strategia de Prevenire a Suicidului în rândul Tinerilor*, prin colaborare între Ministerul Tineretului, Ministerul Dezvoltării Maori și Ministerul Sănătății. Ministerul Tineretului are responsabilitatea de implementare a programului din 2001.

În 2002, Departamentul de Sănătate din Anglia a publicat *Strategia Națională de Prevenire a Suicidului*. Această vine pe urma publicării *Strategiei unei Țări mai Sănătoase*, care își propune reducerea cu 20% a mortalității de pe urma suicidului până în 2010. Institutul Național va conduce implementarea *Strategiei Naționale de Prevenire a Suicidului*.

Statele Unite a cerut „mobilizarea” pentru prevenirea suicidului în 1999. O colaborare între cercetători, clinicieni, supraviețuitori și alți persoane implicate a dus la dezvoltarea *Strategiei Naționale de Prevenire a Suicidului*. Scopurile și obiectivele acesteia au fost publicate de către Departamentul de Sănătate și Servicii Umane în 2001.

COMPONENTELE STRATEGIILOR NAȚIONALE DE PREVENIRE A SUICIDULUI

Strategiile naționale de prevenire a suicidului diferă prin grupurile-țintă pe care se pune accentul. De exemplu, strategiile din Norvegia și Anglia se concentrează pe nevoile indivizilor cu risc crescut, pe când în Australia și Noua Zeelan-

dă au o acoperire mai largă în sfera sănătății publice. Prima strategie a Australiei și actuala strategie a Noii Zeelande se concentrează pe tineri, pe când Finlanda, Norvegia, Suedia și a doua strategie a Australiei abordează toate vârstele.

În ciuda diferențelor în rândul populației țintite, temele acoperite de strategiile diverselor țări au o similaritate considerabilă. Nu au putut fi obținute informații detaliate asupra conținutului strategiei Suediei. Anumite teme sunt evidente în toate țările care au implementat strategii naționale de prevenire a suicidului. Toate țările prezintă îmbunătățirea detecției și tratamentului bolilor mentale ca fiind centrul strategiei lor, acordând o atenție deosebită depresiei. Reducerea accesului la metode letale, prezentarea îmbunătățită a suicidului în media, programe în cadrul școlilor, tratarea abuzului de alcool și de droguri, îmbunătățirea accesului la serviciile de sănătate mintală și antrenarea profesioniștilor sunt componentele tuturor strategiilor naționale de prevenire a suicidului. Cu toate acestea, țările diferă prin atenția acordată fiecărui component.

De exemplu, *Strategia Națională de Prevenirea Suicidului în rândul Tinerilor*, din Australia, pune un accent puternic pe programe de intervenție timpurie care țin seama de adreseze asupra factorilor de risc pentru suicid, strategia Finlandei identifică abuzul de substanțe ca element central al activităților sale, iar strategiile Norvegiei și Angliei acordă o atenție considerabilă tratamentelor de follow-up pentru indivizii cu risc crescut. Majoritatea țărilor au inclus de asemenea și post-venția, analiza sistematică a tentativelor de suicid, strategiile de intervenție în situații de criză și activitățile care vizează munca și șomajul. Finlanda este singura țară care încorporează activități țintite asupra bolilor fizice.

IMPACTUL STRATEGIILOR NAȚIONALE DE PREVENIRE A SUICIDULUI ASUPRA RATEI SINUCIDERILOR

Implementarea acestor strategii a fost precedată de creșteri substanțiale a ratei de suicid la bărbați și rate statice la femei în Finlanda, Australia și Norvegia. În Suedia, rata sinuciderilor era în scădere înainte de introducerea planului propriu, atât la femei cât și la bărbați. În anii care au urmat implementării strategiilor, rata suicidului la bărbați a scăzut în Finlanda și Australia, și a crescut sau s-a stabilizat în Norvegia și Suedia. Rata de suicid în rândul femeilor tinere a crescut în Norvegia și Suedia după implementarea strategiilor naționale (!!!).



Pentru examinarea impactului programelor naționale de prevenire a suicidului asupra mortalității prin suicid, au fost comparate mediile și tendințele pe o perioadă de cinci ani înainte și după implementarea strategiilor. Au fost luate în considerare schimbări ale ratelor și tendințelor pentru toate vârstele și pentru cei din categoria de vârstă 15-24 ani. De exemplu, în Australia, rata medie din 1990-1994 a fost comparată cu rata medie din 1995-1999. Ratele medii au fost calculate pe baza numerelor agregate și a populației pe parcursul acestor perioade de 5 ani. Tendințele au fost calculate prin regresie liniară și au indicat variația ratelor în perioada celor 5 ani.

În plus, indicatorul de impact adoptat s-a bazat pe asumptia că tendințele mortalității prin suicid observate în cei cinci ani dinaintea implementării au fost staționare (adică ar fi rămas la fel dacă strategiile nu ar fi fost implementate).

ADOLESCENȚI

În Norvegia, a apărut o schimbare semnificativă în tendințele de mortalitate prin suicid în rândul fetelor adolescente după introducerea strategiei naționale. Tendințele de mortalitate s-au schimbat de la o variație negativă (indicând un declin în rata suicidului) înainte de aplicarea planului la o variație pozitivă (indicând o creștere) după. Schimbări similare, dar nesemnificative au fost observate în rândul fetelor din Australia, al băieților din Norvegia, și al băieților și fetelor din Suedia. În Finlanda, s-a continuat tendința cu variație pozitivă atât pentru băieți cât și pentru fete, la fel ca și în anii de dinainte de implementarea strategiei. Această analiză sugerează că strategiile naționale de prevenire a suicidului în țările respective au avut un impact nesemnificativ asupra reducerii ratei suicidului în rândul tinerilor.

TOATE VÂRSTELE

Analiza tendințelor de dinainte și după adoptarea strategiilor oferă rezultate variate pentru diferite țări. În rândul femeilor din Australia, tendințele de mortalitate prin suicid au crescut după implementarea strategiei naționale pentru tineri. În Finlanda, s-a observat o trecere de la o variație pozitivă înainte de implementarea strategiei la una negativă după aceasta. În Norvegia și Suedia, au fost evidențiate variații negative înainte de implementarea strategiei. După implementare, au putut fi observate în continuare variații negative, dar mai mici, ceea ce sugerează un potențial efect de stabilizare. Pe baza acestor informații, cu posibila excepție a Finlandei, reducerile în rata suicidului nu pot fi asociate cu implementarea strategiilor naționale.

LIMITĂRI

Această analiză are câteva limitări. În primul rând, variația crescută a ratei de suicid de-a lungul unei perioade de cinci ani va duce la o eroare statistică mare. Aceste fluctuații pot însemna că, scăderi substanțiale în mortalitatea prin suicid nu vor atinge valori semnificativ statistice. În al doilea rând, determinarea celui mai potrivit punct de „implementare” a unei strategii este o sarcină imprecisă. Anumite activități pot să fie în plină desfășurare înainte de introducerea formală a unei strategii care să le unifice. Pe de altă parte, punerea în aplicare a tuturor elementelor unei strategii poate dura câțiva ani. În al treilea rând, numai un număr mic de țări a implementat strategii naționale de prevenire a suicidului. Cu excepția Suediei, introducerea strategiei fiecărei țări, a venit după valori nemaivăzute ale mortalității prin suicid, care nu ar fi fost stabilă pe termen lung. Astfel, o micșorare a acestor valori poate fi interpretată greșit drept efect al intervenției. Analize suplimentare pe o perioadă mai lungă de timp cu un număr mai mare de țări va fi necesară pentru extragerea unor concluzii mai pertinente. Cel mai probabil, o astfel de analiză nu va fi fezabilă pentru următorii 5-10 ani, pe măsură ce strategiile din țări ca Anglia, Germania, Noua Zeelandă și Statele Unite își fac efectul.

Deși entuziasmul pentru activități anti-suicid este în creștere, această analiză sugerează că, scăderea ratei suicidului în Australia și peste hotare nu poate fi pusă pe seama introducerii strategiilor naționale de prevenire. Chiar dacă planurile naționale sunt parțial responsabile de reducerea ratei suicidului, componentele care au dus la aceste reduceri nu pot fi identificate. Nu există dovezi solide care să garanteze eficacitatea unei abordări sau strategii particulare. Eficacitatea activităților de prevenire asupra reducerii mortalității și morbidității ca urmare a suicidului au reprezentat subiectul unor revizui și comentarii recente (DeLeo, 2002ab; Gunnell&Frankel, 1994; Hawton et al., 1998). Acestea arată că nu avem multe evaluări solide ale activităților de prevenire a suicidului, iar cele care există nu folosesc eșantioane suficient de mari pentru detectarea unor efecte semnificative, sau nu au definit în mod corespunzător valorile rezultatelor sau condițiile de control.

Limitarea accesului la metode este abordarea prevenirii suicidului cu cele mai puternice dovezi de eficacitate (Gunnell&Frankel, 1994), și se află la baza tuturor strategiilor naționale de prevenire. Printre activitățile potențial benefice se numără detoxifierea domestică (DeLeo et al., 2002b; Kreitman, 1976), reducerea gazelor de eșapament (Toseland, 1999; McClure, 2000), limitarea cantităților de



medicamente dintr-un pachet (Hawton et al, 2001) reducerea prescripțiilor medicamentelor letale (Buckley et al., 1995; Ohberg et al., 1995), ridicarea de bariere la poduri (Cantor&Hill, 1990) și limitarea posesiei armelor de foc (Brent et al., 1991; Lambert&Silva, 1998). Rațiunea din spatele restricționării accesului la metode este că, amânând moartea, omul are timp să se gândească de două ori la propriile acțiuni. Cu toate acestea, utilitatea acestor abordări nu a fost supusă unor studii controlate, iar unii spun că restricțiile pot fi înlocuite cu alte metode, mai accesibile (Amos et al., 2001; Lester, 1991; Rich et al., 1990). În orice caz, restricționarea accesului la metode uzuale, cum ar fi spânzurarea, este nerealistă în afara spațiilor instituționale ca, spitalele și închisorile (Cantor et al., 1996; Jordan et al., 1987).

Îmbunătățirea depistării și tratării depresiei ar putea fi și ea o abordare eficace de prevenire a suicidului și este o componentă majoră a tuturor strategiilor de prevenire. Un program educațional pentru medicii generaliști a coincis cu o scădere de 60% a mortalității prin suicid pe insula Götland în Suedia (Rutz et al., 1989, 1992). Cu toate acestea, mortalitatea prin suicid a crescut în anii ce au urmat, sugerând contribuția altor factori la reducerea inițială. Mai mult, investigația ar putea fi biasată de populația redusă și, prin consecință, de numărul extrem de limitat de cazuri care au dus la o desemnare pozitivă a programului (două

cazuri). În plus, aparent, experimentul a dat rezultate numai pentru subiecții de sex feminin (medicii generaliști au fost educați pentru recunoașterea și tratarea depresiei, și întrucât femeile consultă doctorul mai frecvent decât bărbații, asta ar fi putut contribui la explicarea rezultatelor. Trebuie însă amintit și faptul, că după o perioadă în care medicii care au participat la cursul respectiv s-au pensionat sau au emigrat, rata a crescut, ca să scadă din nou după repetarea cursurilor cu noii medici de familie din insulă!

Printre abordările promițătoare de prevenire a suicidului este inclusă și terapia prin rezolvare de probleme (Hawton et al., 1998), cărți de urgență (Morgan et al., 1993), și abordarea activă prin telefon a vârstnicilor (DeLeo et al., 1995; 2002c). Totuși, aceste abordări necesită o examinare ulterioară, prin studii controlate la scară largă, cu scopul demonstrării eficacității. Până în acest moment, majoritatea studiilor asupra eficacității acțiunilor de prevenire a suicidului au folosit auto-vătămarea intenționată ca măsură a rezultatelor. Deși auto-vătămarea intenționată este un factor semnificativ de risc pentru suicid, ea nu este analogă cu sinuciderea propriu-zisă. Activitățile care au avut efecte demonstrate în prevenirea auto-vătămării trebuie să fie evaluate asupra potențialului de prevenire a morților prin suicid înainte să fie adoptate la scară largă.



Participanți la Sâmbăta de Sus, 19 - 22. V. 2022



STUDIUL BIO-PSIHO-SOCIAL COMPARATIV AL SUICIDULUI

■ Veress Albert, dr. (1), Vadas Gyula, dr. (2), Veress Réka, dr. (3)- 1,3 – Secția de Psihiatrie a Spitalului Județean Harghita, 2 – Fundația Sétatér, Pécs (Ungaria)

Rezumat: În lucrarea noastră am căutat să deslușim răspunsul la întrebarea: de ce numărul sinuciderilor este atât de diferit în patru comune învecinate din Ciucul de Sus? Între 1990–2007 rata deceselor prin suicid s-a conturat astfel: Mădăraș-Ciuc: 17,21%, Sîndomic: 34,92%, Dănești: 54,62%, Cârța: 77,46%. Raport Cârța/Mădăraș: 4,50, Cârța/Sîndomic: 2,21, Cârța/Dănești: 1,42. Am fost curioși să aflăm concepția despre suicid a populației din zonă și opinia lor față de actul suicidar.

Abstract: A comparative bio-psycho-social study of suicide in the rural environment of the Upper Ciuc region. In our work, we made an attempt to unveil the answer to the following question: why are the suicidal numbers so different in four of the neighboring communities in the Felcsik region? Between 1990–2007, the suicidal deaths rates turned as follows: Mădăraș-Ciuc: 17,21%, Sîndomic: 34,92%, Dănești: 54,62%, Cârța: %. The ratios: Cârța/Mădăraș: 4,50, Cârța/Sîndomic: 2,21, Cârța/Dănești: 1,42. We were curious to find out the opinion of the people in the region about suicide and about the act of suicide.



Metodă – evaluarea statistică și etnologică a chestionarului

Rezultat – sumarea concepției despre suicid

Respondenți – 279 persoane alese aleativ dintr-o familie, mereu o singură persoană din familia respectivă.

Distribuție – 46% din Sîndomic, 21% din Cârța, 19% din Dănești, 15% din Mădăraș

Sex – 33% bărbați și 67% femei, vârsta medie 53 ani

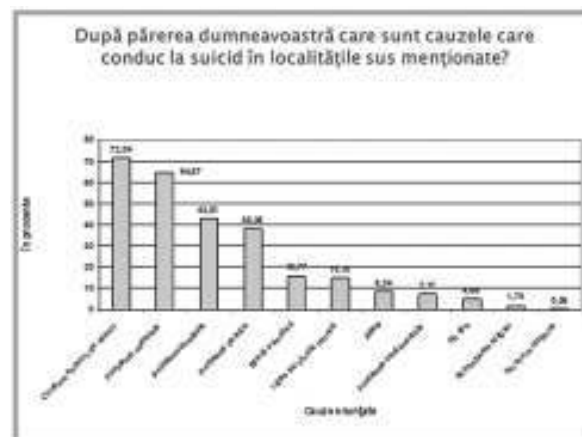
Stare socială – 10% necăsătoriți, 70% căsătoriți, 3% divorțați, 17% văduvi

Număr copii din familie – 2,12

Extinderea familiei – 3 persoane

La 40% din respondenți a fost cel puțin un caz de suicid în familie.

CHESTIONAR 1.



Principalii factori determinanți al suicidului sunt considerați - consumul abuziv de alcool 72%, problemele materiale 65%, probleme familiale 43%, probleme psihice 38%.

Noi considerăm că există o legătură de cauzalitate între factorii determinanți al suicidului. Unii dintre acești factori sunt mai importanți, alții mai puțin. Care însă dintre ei au un rol mai important în etiologia suicidului depinde de mediul socio-economic (condiții de trai, posibilități de muncă,

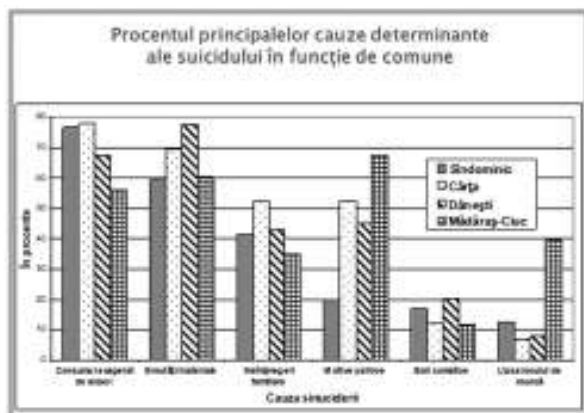


șomaj, înglodarea în datorii, sărăcie), de cel social (obștea sătească, rude, familie), și de personalitatea celui care comite suicidul.

De pildă, consumul abuziv de alcool poate avea cauze fiziologice și/sau psihice. Poate fi considerat de obștea sătească o modalitate tradițională de rezolvare a conflictelor, o metodă valabilă de secole atunci, când se ivesc probleme în familie, dezamăgire în dragoste, faliment, sărăcire, boli incurabile, sau poate fi considerat ca o consecință cumulată a tuturor acestor cauze.

Studii minuțioase sunt necesare pentru determinarea unora dintre aceste cauze persuasive prezente înainte de comiterea suicidului precum, și pentru determinarea raportului cauză/consecință.

CHESTIONAR 2.



Nu există diferențe semnificative între consumul exagerat de alcool – luat drept cauză – între Sândominic 76,5% și Cârța 78%, dar sunt diferențe semnificative între Sândominic și comunele Dănești, Mădăraș pe de o parte, și între Cârța și Dănești, Mădăraș pe de altă parte. Cea ce înseamnă că la Sândominic și Cârța, din punct de vedere statistic, mult mai puțini acuză consumul abuziv de alcool ca în celălalte două localități. Poate că, în aceste două comune consumul de alcool e considerat o problemă mai puțin rușinoasă.

Există o diferență semnificativă și între Dănești-Mădăraș în cea ce privește invocarea motivului, deși au un procent mai scăzut în acest sens ca în Sândominic sau Cârța.

CHESTIONAR 3.



Pentru evaluarea multitudinilor de răspunsuri am creat prima dată 19 grupuri apoi am scăzut numărul lor la 6:

Răspunsuri care se referă la ineficiența mecanismelor socio-familiale, care reglează comportamentul uman: 62,08%: nu văd altă cale de rezolvare, nu au de unde să ceară ajutor, nu au o gândire clară, nu vorbesc despre problemele lor, nu cer și nu primesc ajutor, consideră suicidul cea mai bună rezolvare,

- *Din cauza efectului alcoolului 6,81%*
- *Boală psihică sau somatică incurabilă 5,025%*
- *Religie 3,58% (credință lacunară, diavolul îi tentează!)*
- *Altele 5,38% (acționează sub impulsul instintelor, sunt lași sau neputincioși)*
- *Nu știu 13,26%*
- *Nu au răspuns 2,8%*

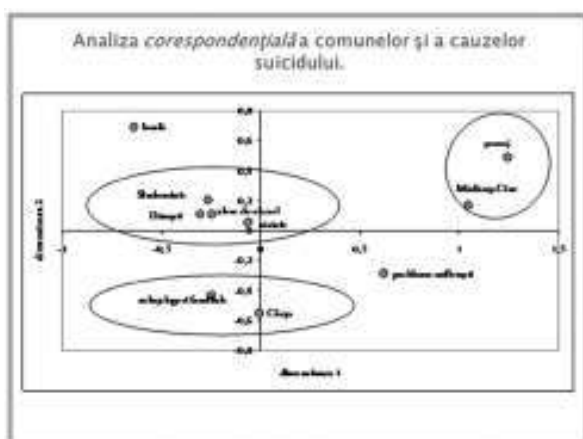
CHESTIONAR 4.





Câte un chestionat oferă chiar mai multe soluții. 1/5 din răspunsuri sugerează că în situația unor probleme existențiale grave și durabile ar fi indicat cererea de ajutor de la persoane specializate. Cam același procent de răspunsuri consideră că persoana în cauză ar trebui să apeleze la familie sau religie. Mult mai puțini invocă prietenii și cunoștințele. Bineînțeles s-a menționat și necesitatea abandonării alcoolului. Cca. 1/6 din răspunsuri au fost postate în alte grupuri.

CHESTIONAR 5.



În această analiză statistică studiem corespondența dintre comune și cauzele suicidului enumerate mai sus.

Acele puncte care sunt mai apropiate unele de altele se aseamănă mai mult ca punctele care se găsesc la distanță mare unul față de altul. La Cârța problemele familiale par mai importante. La Mădăraș lipsa locurilor de muncă constituie o problemă serioasă. Răspunsurile din Sândominic și Dănești invocă mai frecvent sărăcia și consumul abuziv de alcool. Problemele psihice și bolile somatice nu se leagă în mod semnificativ de nici o localitate.

CHESTIONAR 6.

După părerea dumneavoastră de ce sunt mai multe sinucideri la Cârța și mai puține la Mădăraș?

Prima dată vom prezenta opinia respondenților din Sândominic, Dănești și Mădăraș despre cei din Cârța apoi ai celor din Cârța despre ei înșiși.

Tabel I.

PĂREREA CELOR DIN SÂNDOMINIC, DĂNEȘTI ȘI MĂDĂRAȘ DESPRE CEI DIN CÂRȚA	CEI DIN CÂRȚA DESPRE EI ÎNȘIȘI
<ul style="list-style-type: none"> * Comuna este mare cu mulți oameni săraci. * Altfel de oameni locuiesc la Cârța. * Sunt intorvertiți, egoiști, nervoși, agresivi, nu țin cont de comunitate, nu au timp unul pentru celălalt și nici nu le pasă unora de alții. * Sunt mai lași. * Sunt materialişti și cu aspirații mari. * Primează goana după avere. * Sunt avari. * Sunt încrezuți. * Își duc mai greu crucea. * Nu acceptă sărăcia. * Le e frică de sărăcie, nu acceptă pierderile materiale și nici dobândirea unei poziții mai inferioare pe scara socială. * Invidia e mare, se bea mult. * Sunt însetați de sânge, cuțitari, bătăuși. * SUICIDUL SE TRANSMITE PRIN TRADIȚIE FAMILIARĂ 	<ul style="list-style-type: none"> * Sărăcia este mai mare, sunt mai mulți oameni săraci, sunt multe conflicte interpersonale. * Oameni sunt egoiști, nu se ajută, sunt încrezuți, unul e mai deștept decât celălalt, sunt rău intenționați, se ceartă, se bat, sunt agresivi. * Sunt mulți alcoolici se bea mult. * SUICIDUL E MOȘTENIRE DE FAMILIE

Dacă aceste impulsuri se regăsesc în faptele oamenilor din Cârța atunci suicidul comis necugetat, uneori sub influența alcoolului, nu le este străin. După opinia celor trei sate, mentalitatea celor din Cârța, firea oamenilor și modul lor de a acționa este total diferită de ale celor din Mădăraș.

CHESTIONAR 7.

Redăm mai jos părerea celor din Sândominic, Dănești, Cârța asupra celor din Mădăraș cât și opinia acestora despre ei înșiși?

Tabel II.

CEI DIN SÂNDOMINIC, CÂRȚA, DĂNEȘTI DESPRE CEI DIN MĂDĂRAȘ.	PĂREREA CELOR DIN MĂDĂRAȘ DESPRE EI ÎNȘIȘI



<ul style="list-style-type: none"> * Comunitate liniștită, stare materială mai bună. * Viața e mai bună, oamenii sunt bine crescuți civilizați. * Sunt mai săraci dar au spiritul obștii. * Sunt emancipați, au o altă mentalitate despre viață. * Le pasă unul de celălalt. * Comunitate sudată, rudele și vecinii se ajută la greu. * Sunt mai deschiși, comunicativi. * Banul nu înseamnă tot. * Sunt mai credincioși. 	<ul style="list-style-type: none"> * Comunitate sudată, se ajută unul pe altul, au spirit comunitar. * Mod de gândire diferit, găsesc soluții pentru problemele lor, atenți unul cu celălalt. * Familii sudate, divorțuri puține sunt mai bine crescuți, optimiști, sunt liniștiți, nu sunt egoiști, nu sunt zgârciți. * Beau mai puțin, sunt credincioși. * Preotul are rol de liant în comunitate.
--	---

Mentalitatea oamenilor din Mădăraș e opusă celor din Cârța, din acest motiv sunt mai calculați, pot să gândească în comun despre modul de rezolvare a problemelor, probabil din acest motiv numărul sinuciderilor este scăzut în sat.

CONSTATĂRILE NOASTRE

- În localitățile din Ciucul de Sus – fapt îmbucurător – supraviețuiesc încă tradițiile și obiceiurile vechilor comunități sătești, deși - din păcate - se constată o oarecare laxitate a lor.
- Mai supraviețuiesc și vechile credințe
- Situația socio-economică precară generează și în obștile sătești nesiguranță, care se datorează problemelor materiale, somajului, sărăciei, conflictelor și nu în ultimă instanță, destrămării modelului familiei tradiționale (aparitia familiei mici, mononucleare în detrimentul familiei mari, polinucleare)
- Consecința nesiguranței existențiale este zdruncinarea tradițiilor și obiceiurilor ancestrale, cea ce duce la escaladarea conflictelor intrafamilare, imposibilitatea rezolvării lor, abuzul de alcool, nemulțumire, neînțelegeri.
- Ca o consecință a acestei nesiguranțe apar comportamentele deviate, printre ele numărându-se și creșterea cazurilor de sinucidere.
- Suicidul este condamnat de obștea sătească, bătrânii mai religioși afirmă cu tărie că sinucigașul este frate cu diavolul!
- Biserica condamnă sinuciderea. Ceremonia de înmormântare este diferită pentru sinucigaș. Nu se trag clopotele, e înmormântat la marginea cimitirului, preotul nu ține slujbă de pomenire. Totuși unele din aceste cutume drastice au fost deja abolite de Biserică (sinodul Papal 1962-1965, poziția arhiepiscopiei romano-catolice din Alba-Iulia).

Atitudinea Bisericii față de suicid însă depinde mult și de concepția preotului din comună mulată pe crezul general al comunei.

- Deși asemănările dintre localitățile studiate sunt mari, există totuși o diferență de mentalitate față de soluționarea problemelor prin suicid și a ralierei la unele exemple abominabile.

SE POATE PREVENI SUICIDUL?

În situația socio-economică actuală, în comunitățile formate din familii mici, amenințate de dezintegrare, prevenția suicidului este lipsită de succes, chiar și în pofida unor ajutoare specializate cu un protocol profesional corespunzător. Scăderea ratei suicidului nu are de a face **doar** cu îmbunătățirea asistenței medicale, cum nici creșterea ratei nu are de a face **doar** cu deteriorarea acesteia.

Până când vom considera suicidul **doar** o problemă sanitară și vrem să-l prevenim **doar** cu metodele logicii sanitare, nu vom obține rezultate remarcabile.

Este nevoie de o nouă paradigmă asupra concepției generale despre suicid. Aceasta este și o problemă de politică familiară, motiv pentru care, ca și în alte devianțe, în prevenție și tratament trebuie folosite și metodele acestei politici.

PROPUNERILE NOASTRE PENTRU PREVENIREA SUICIDULUI

Una din cele mai stringente și importante măsuri de politică familiară ar fi reînstaurarea familiilor mari, polinucleare, chiar dacă azi, **această modalitate de rezolvare pare să fie doar o utopie!**

Putem dovedi cu date statistice că înainte de cel de al doilea Război Mondial în județele cu familii mari, polinucleare, rata suicidului era semnificativ mai scăzută decât în cele cu familii mici, mono sau binucleare!

Se impune resuscitarea comunităților obștești tradiționale și eficiente atât în cartierele orașenești cât și în sate.

Despre toate acestea avem mai multe de spus în cartea noastră, *Fârtatul Diavolului*.

Bibliografie

1. Balázs Lajos: *Menj ki én lelke a testből... Elmúlás és temetkezés Csíkszentdomokoson. Csíkszereda, 1995, Pallas-Akadémia.*
2. Kézdi Balázs: *A negatív kód. Kultúra és öngyilkosság. Pécs, 1995, Pro Pannonia Kiadó Alapítvány.*
3. *SPSS Advanced Models 19.0. 2010, SPSS Inc. (digitális kiadás)*



4. Vadas Gyula: *Jövők: a többnemzedékes nagycsalád. Nemzetmentő tervezet, I. Pécs, 2010. (digitális kiadás)*
5. Veress, Albert – Rédei, Géza – Rémán, István – Puskás, Albert – Vadas, Gyula: *Epidemiologia fenomenului suicidar în județul Harghita, 1991–1999. In Veress Albert (red.): Conduitele autolitice. Devianțele de personalitate. Recuperare în neurologia Pediatrică. Miercurea-Ciuc, 2000, Editura Status, Ediția I. și II., p. 103–114.*
6. Veress, Albert – Rédei Géza – Rémán István – Vadas Gyula – Puskás Antal – Veress Réka: *Suicide in County Hargita. Epidemiological Research, 1991–2000. In Veress Albert (ed.): Tulburari afective – comportament autolic. Miercurea Ciuc, 2002, Editura Status, p. 203–215.*
7. Veress Albert – Vadas Gyula: *Öngyilkosság Hargita megyében 1991-ben. I–II–III–IV. Csíkvidéki Krónika, 1992. VIII. 20., 27., IX. 3., 10., 17.*
8. —: *Öngyilkosság Hargita megyében 1991-ben. Romániai Magyar Szó, 1992. X. 7., 9.*
9. —: *Öngyilkosság Hargita megyében 1992-ben. Romániai Magyar Szó, 1993. X. 28., 29.*
10. —: *Alkoholbetegek részaránya az 1992-es Hargita megyei öngyilkossági jelenségben. In Kerekes Medárd Ferenc – Török Tivadarné (szerk.): Az alkoholizmus közös gondja. Budapest, 1994, Országos Alkohológiai Intézet, p. 79–90.*
11. —: *Öngyilkosság Hargitában (1991–1996). Korunk, 1998. dec., 87–95.*
12. Veress, Albert – Vadas, Gyula – Rus, Mariana: *Suicidul în județul Harghita între 1991–1993. Aspecte epidemiologice. Buletin de Psihiatrie Integrativă, II. (1), 1996, p. 94–104.*
13. Veress, Albert – Vadas, Gyula – Veress, Réka: *Suicide in Hargita County. Epidemiological Research (1991–2000). Psychiatria Hungarica, 2002/6., Vol. 17, p. 645–660.*
14. Zonda Tamás: *Öngyilkos nép-e a magyar? Budapest, 1995, Végeken Alapítvány.*
15. Zonda Tamás: *Öngyilkosság, statisztika, társadalom. Budapest, 2006, Kairosz Kiadó.*

PREFAȚĂ LA O CARTE CU UN CONȚINUT NEOBIȘNUIT* - un soi de critică literară

■ dr. Veress Albert, Miercurea-Ciuc

Ce să spun despre această carte, pe care am primit-o pentru prefațare? Cum să fac primul pas pentru introducerea ei? Dacă aș fi fost rugat să scriu despre o lucrare care descuie secretele unui crater marțian, nu m-aș fi simțit mai debusolat. **Hikikomori?** Ce ar putea să ascundă acest cuvânt cu veleități japoneze? Rezonând cu limba șogunilor? Apoi, cu chiu, cu vai m-am pus pe brânci ca să mă dumiresc cu ce se mănâncă, dacă se mănâncă acel ceva?

Ce am aflat citind paginile?

Fenomenul de *hikikomori* acoperă un larg areal psihopatologic, și cultural, al claselor sociale medii și suspușe. El poate fi întâlnit deopotrivă în cultura orientală, și în cea occidentală, chiar dacă definițiile se circumscriu, prin raportări la repere cu punct de plecare în patologie, sau cutumele transculturale. Nu se poate omite nici dimensiunea ancestrală a unui inconștient trans-generațional bântuit de sindroame psihopatologice culturale, sau de pattern-uri care

se activează atipic la triggeri pe care familia sau mediul îi pot sesiza sau ei se situează numai implicit. Este vorba în definitiv de un sindrom care se descrie în cultura orientală de la vârsta adolescenței până la circa 30 de ani, unele studii mai recente urcând limita superioară chiar până la vârsta de 50 de ani. Totuși, filonul personalității este „scena turnantă” pe care sindromul hikikomori se mulează, urmând filonul eredității, mediului și educației împletindu-se cu temperamentul, iar caracterul și aptitudinile cu inteligența și creativitatea subiectului.

În adolescență, personalitatea se dezvoltă *zbuclum*, uneori ambivalent, chiar dramatic, în frământările dintre un comportament impregnat de atitudinile copilărești, de cerințele de protecție generate de anxietatea specifică vâr-





stelor mici în fața situațiilor complexe și solicitante. Apar atitudini și conduite noi, formate sub impulsul cerințelor interne de autonomie sau impuse vârstei de către societate. Este perioada în care modelele parentale sunt doborâte de pe pedestalele pe care s-au cățărat părinții lor.

Integrarea socială legată de dialectica identității și identificării, alături de rolul ei în reconstrucția personalității adolescentului, presupune o restructurare profundă a Eului, atât în relațiile cu sine, cât și cu alții, fiind strâns legat de formarea conștiinței individuale și de înțelegerea propriei persoane, ca subiect al activităților sociale. Se caută echilibrul prin noi identificări și se descoperă o nouă identitate coerentă, ajungându-se la percepția de sine, mulându-se la expectanțele celorlalți.

O formă de egocentrism adolescentin numită „*audiența imaginată*”, este un fenomen când cei în cauză percep senzitiv referențial cum *toată lumea îi urmărește* (Elkind). Din fericire, publicul imaginat este o fază a adolescenței mijlocii și devine mai puțin prominent pe măsură ce tinerii se maturizează (Harter), reprezentând doar o etapă intermediară a unui narcisism sanogen în încercarea de desprindere dintr-un sindrom *hikikomori*. Timpul echilibrează, vindecă deraierile diferitelor vârste? Nu este altceva decât situația în care sinele social al adolescentului are nevoie de un sine oglindă, care să îl reflecte așa cum el însuși are nevoie să se perceapă pentru o desprindere reușită din *hikikomori*.

Ce cotitură poate să apară în absența unui travaliu reușit de ieșire din adolescență? Autoarea cărții ne dă câteva variante în cazul cărora sindromul *hikikomori*, ar putea fi definit astfel:

- o realizare de sine *alternativă* în care adolescentul are o lipsă de interes în a-și defini rolul din viața de zi cu zi, și preferă să își aleagă un loc în lumea digitală, unde valorile și principiile sunt diferite);
- conduita amânării (incapacitatea unui adolescent de a veni cu o idee clară a lucrurilor pe care și le dorește);
- replierea narcisică (adolescentul așteaptă soluții și rezultate de la alții, indiferent că este vorba de prieteni sau societate);
- dispersarea (adolescentului îi este greu să se accepte pe sine și să accepte comunitatea din care face parte).

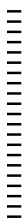
Mulți adolescenți își consideră identități online, care sunt diferite de identitățile reale, iar acest lucru poate fi „*rețeta*” pentru eșec. Astfel de tineri văd identitatea reală și identitatea digitală ca fiind identice, când, de fapt, ele nu sunt. În plus, în mediul digital ești doar la un gest digital distantă de orice, nu există întârziere între dorința de a

face și abilitatea de a transmite instantaneu nevoia. Cei în cauză fac și spun lucruri online pe care, de obicei, nu le-ar face, deoarece nu se simt real pregătiți pentru ele. Ceea ce se întâmplă în spațiul cibernetic este că, în permanență se proiectează o identitate dorită în exterior, fără dezvoltarea unei auto-reflexii potrivite dorinței.

Care ar fi *formele identității digitale* trăite de adolescenții cu *hikikomori*?:

- o manifestare a competiției;
- prăpastie între trecut, prezent și viitor;
- distorsiune a credințelor și valorilor reale;
- sentiment superficial de împlinire;
- proiecția dorințelor dorite să rămână nemărturisite, tainice;
- un conflict interior care slăbește și încetinește procesul de formare a identității de sine cu o intensificare a preocupărilor de auto-cunoaștere;
- vidul interior;
- parte către eșec, neputință și nemulțumire;
- calorii pentru un sine fals;
- slăbire a sentimentului de putere;
- potență supremă în condițiile unei identități slab conturate;
- oglindă a trăirilor dureroase;
- debusolare;
- spațiu tranzițional;
- mască;
- test al coerenței interioare.

Direct legat de conceptul de *hikikomori*, rămân două întrebări de bază: *Ce este identitatea digitală?* și *Care este rolul ei în procesul de formare al identității de sine?* Mulți adolescenți devin prizonierii unei nevoi copleșitoare de a fi conectați în online mai tot timpul, nevoie care îi lasă pe mulți dintre ei expulzați din lumea înconjurătoare. Adolescentului de azi, tehnologia reprezintă un fâgaș de intrare în realitatea pe care mulți din cei cu *hikikomori* par hotărâți să o ignore. În cotidianul nostru o droaie de oameni pierd mai mult timp în fața ecranelor, decât interacționând cu oameni tete a tete. Separarea lor de realitate le crează o *nesiguranță* a mediului înconjurător, creând o nouă posibilă perspectivă asupra identității digitale: *o formă de separare de realitate*. Una distinctă, ținându-i prizonieri captivi în ea însăși, orbindu-i și făcându-i incapabili de un contact real și autentic cu grupul social căruia îi aparțin. Vor percepe lumea virtuală ca pe una care trebuie (!) să fie *perfectă*, fapt ce le schimbă percepția asupra celor mai intime relații, făcându-i să experimenteze un sine ideal în mediul virtual, în vreme ce sinele lor autentic pare că iese din ce în ce mai greu la suprafață, în interacțiunile *per se* (față în față).





Identitatea digitală devine astfel una supremă, care în condițiile unei identități slab conturate, va reprezenta unica sa funcție, aceea de sursă de hrană pentru un sine fals.

Mediul virtual poate provoca dependență. Un mediu tranzacțional, în care „*bitcoin-ul social*” va deveni valuta obținerii aprecierii sociale: „*Apreciază-mi perfecțiunea!*”; „*Apreciază-mă pentru cine pot fi!*” Paradoxuri surprinzătoare, dar care devin perfuzii energizante pentru sufletele dornice de validare, secătuite de afecțiune și atenție. Însă în lăuntru lor, rămân cu niveluri ridicate ale sentimentului de singurătate. Izolați, retrași, apatizați sentimental. Intensitatea utilizării rețelelor de socializare poate deveni un barometru pentru nivelul sentimentului de singurătate, al stimei de sine.

Ne apasă un întreg cortegiu (funerar?) de întrebări, cu referire directă la *hikikomori*:

- care sunt efectele rețelelor de socializare asupra funcționării creierului?
- ce este cyberbullying-ul și care ar fi modalitățile de prevenție?
- cum poate fi combătută penuria responsabilităților în cazul tinerilor cu *hikikomori*?
- nevoia de validare, de compararea socială și teama de a nu rata oportunități (*fear of missing out*) pot fi împlinite în online?
- cum afectează informațiile publice deformate și știrile false construcția personalității în formare?

Rețelele de socializare cu foarte puțin efort depus oferă o recompensă imediată, stimulând astfel creierul, ajungând să reprezinte un sevrăj după această excitare neuronală, fiecare logare activându-i eliberarea de dopamină, controlându-i centrul plăcerii și recompensei din creierul său.

Dintre argumentele pro- și contra comunicării online, cu directă trimitere la potențarea fenomenologiei negative din *hikikomori*, amintim: multitasking-ul, excluderea, hărțuirea, outing-ul (umilirea prin postări), urmărirea (stalking), fra-ping (când cineva se dă drept altcineva), profilurile false, insultele, înșelătoria, trolling-ul (a provoca un răspuns din partea cuiva folosind insulte), catfishing (a fura identitatea on line a altcuiva), sexting-ul.

Nu sunt de omis extremele psihiatrice ale fenomenului *hikikomori*, care sunt explicitate pe larg în materialul clinic expus, cu particularizări atât în literatura orientală de profil, cât și în cea occidentală și europeană, în care majore sunt: depresia, anxietatea, schizofrenia simplă sau cea cu fenomenologie negativă, suicidul cu trimitere la jocul Balenei Albastre.

Ce am mai găsit pe fundul sacului curiozității mele cu care am parcurs într-o doară volumul? Cu ce păreri am ră-mas încărcat? Convingerea, că am ținut în mână o carte cu un conținut exhaustiv în explicarea unei noțiuni necunoscu-te multora (doar multora?) dintre noi. Conceput și scris într-o manieră care ar predestina-o pentru un manual profitabil studenților și rezidenților în medicină, psihologie, psihiatrie. Dacă ar vorbi acum profetul din mine, - și de ce să nu fie așa, - aș prevesti cărții o soartă norocoasă. Una, care să nu-i confere doar rostul unui depozit de praf pe etajerele bibliotecilor noastre.

***Arina Cipriana Trifu:**

Fenomenul Hikikomori. De la sindrom la boala clinică.

Ed. Universitară. 2021. 184 pagini.

ISBN: 978-606-28-1329-1



Weekend Roman, 06 - 08. V. 2022



CUVÂNT ÎNAINTE*

■ Dr. Holger-Ortwin Lux, Sibiu

L-am cunoscut pe domnul doctor Horst Hermann la mijlocul anilor '90, desfășurând amândoi activități medicale în cadrul Căminului Spital „Dr. Carl Wolff” din Sibiu. Când mi-a povestit pentru prima dată despre fuga lui aventuroasă din Germania în România, la puțin timp după Revoluția din 1989, ca să-l salveze pe fiul lui, atunci în vârstă de doi ani și jumătate, povestea părea la început cam nebunească și greu de crezut. Însă pe mine m-a mișcat foarte mult. Cuvintele cheie sunt pentru mine: „dragoste de tată”. Dragostea unui tată dispus să riște și să sacrifice totul pentru a salva viața unui copil neglijat și abuzat de mamă, după ce din păcate sistemul din Germania (Autoritatea pentru Protecția Copilului, Justiția etc.) eșuase jalnic în acest caz.

Cu câțiva ani în urmă, l-am reîntâlnit pe domnul doctor Hermann în zona pietonală din Sibiu. Era în compania unui tânăr prietenos, dezghețat, pe care mi la prezentat ca fiind fiul său, Christopher. Am ajuns din nou să vorbim despre vechea poveste, iar eu am spus că ar merita să fie publicată. Atunci amândoi m-au întrebat dacă aș fi dispus să-i ajut să o facă. La rugămintea fiului, tatăl înregistrase deja o bună parte a amintirilor sale pe dictafon, în limba germană. Dar aveau nevoie de cineva care să transforme acest material brut în însemnări scrise și să îl poată prelucra un pic din punct de vedere literar și stilistic. Deși amator într-ale literaturii, m-am declarat bucuros dispus să accept această provocare, urmând ca domnul doctor Horst Hermann să re-



vizuiască întregul manuscris. Așa a apărut un proiect de care ne-am ocupat de acum un an și jumătate și pe care, personal, îl socotesc ca pe o îmbogățire a experienței mele de viață și de cunoaștere a oamenilor, Dar care mi-a adus și multe

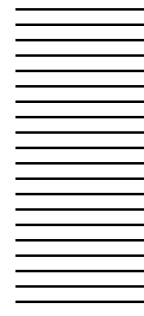
cunoștințe noi despre orașul nostru de baștină. Străvechiul și pitorescul Sibiu (Hermannstadt).

În primul rând, este vorba despre destinul unei familii, întins pe trei generații. Relatarea începe în Sibiul interbelic, apoi reflectă ororile războiului și consecințele sale asupra vieții oamenilor simpli. Continuă cu amintiri din anii grei trăiți după război de o familie cu tatăl sas și mama unguroaică, despre viața de zi cu zi în comunism și despre șicanele Securității. Urmează emigrarea tânărului medic stomatolog în Germania și construirea unei cariere de succes acolo, în ciuda adversităților și a obstacolelor. Și, în sfârșit, căsătoria, nașterea fiului, divorțul și fuga înapoi spre România, la puțin timp după Revoluție.

Un accent deosebit este pus pe descrierea anilor copilăriei și ai tinereții din Piața Cluj, un „mic New York”, cu tot cu „gașca de la Poarta Turnului”. Dar și unele întâmplări de la Școala Brukenthal, din tabere, din timpul serviciului militar din Dobrogea, de la prima slujbă ca tehnician dentar la Moldova Nouă, pe Dunăre, și din perioada de la Facultatea de Medicină din Iași sunt descrise în mod detaliat și în culori vii. Nu în ultimul rând este evocat modul în care erau petrecute pe atunci sărbătorile. Atât cele religioase, cât și cele oficiale.

Pe lângă acestea, din timpul anilor mai târzii, sunt descrise cu un spirit de observație ieșit din comun și întâlniri și aventuri din diferite țări mai mult sau mai puțin exotice: SUA (Florida), Australia, Canada, Jamaica, Columbia... (Ne amintim de romanele lui Karl May, citite în adolescență!)

Povestirea atinge și teme ceva mai sensibile, precum participarea tatălui la război, cu aproape toată generația lui, de partea Germaniei naziste, șicanele din perioada stagiului militar din România, xenofobia și antisemitismul din anii '80 din Republica Federală Germania, dezamăgirea și chiar disperarea resimțite față de unele instituții ale „statului de drept german”... Dar tocmai datorită abordării acestora neobișnuit de deschise și curajoase și în ceea ce privește anumite teme tabu, memoriile – cu tot caracterul lor, inevitabil, subiectiv – câștigă în autenticitate.





Astfel, și generațiile născute mai târziu vor putea înțelege, prin această povestire foarte personală, ce înseamnă să trăiești în dictatură, indiferent de culoarea ei. Și este de sperat că vor prețui cu atât mai mult libertatea.

Prin exemplul părinților povestitorului, acest cuplu atât de diferit și totuși legat de o iubire profundă, se vede limpede că și oamenii „cât se poate de normali” pot da dovadă, în situații extreme, de un spirit de sacrificiu impresionant. Îndeosebi atitudinea bunicii unguroaice din timpul pregătirii și punerii în aplicare a acțiunii de salvare a nepotului ei dobândește, în anumite momente, dimensiuni eroice și merită cel mai adânc respect.

Din punctul meu de vedere, relatarea întâmplărilor câștigă și dintr-o descriere foarte vie a emoțiilor. Pentru doctorul Hermann, însemnarea memoriilor a avut cu siguranță un efect cathartic. Uneori, când descria situații extreme, sentimentele năvalnice ieșeau din nou la iveală și se exprimau în cuvinte foarte puternice.

Câteva nume ale persoanelor care apar în povestire au fost modificate, din motive lesne de înțeles. Din punct de vedere lingvistic, consemnarea după înregistrări a fost ea însăși uneori o provocare, și din cauza caracterului poliglot. Germană, română, maghiară, sârbă, engleză, spaniolă, ita-

liană, idiș, turcă, arabă... și, nu în ultimul rând, săsească! Mam străduind să fac măcar mesajele esențiale inteligibile în germană, prin paranteze și note de subsol. Sunt conștient că și traducerea ulterioară a textului în limba română nu a fost o sarcină ușoară.

Le mulțumesc, înainte de toate, domnului doctor Horst Hermann și fiului Domniei Sale. În primul rând pentru că au avut încredere să-mi ofere această sarcină. Dar și pentru onoarea de a scrie această prefață. Îmi mulțumesc din suflet și domnului profesor de germanistică Gerhard Konnerth din Sibiu, care a citit cu ceva vreme în urmă o variantă de lucru încă relativ brută, s-a declarat impresionat de conținut și ne-a încurajat să continuăm munca în vederea unei eventuale publicări a memoriilor. Nu în ultimul rând, doresc să-i mulțumesc și doamnei profesoare Ibolya Cristea pentru parcurgerea atentă a textului în limba română și sugestiile valoroase pentru creșterea valorii sale literare.

31 ianuarie 2021.

***Joseph Hermann:** Fuga. Amintirile unui medic transilvănean.
Ed. Litera. 2022. 336 pagini.
ISBN: 978-606-33-8676-3

CONTROVERSE...

■ Interviu efectuat de Ștefana Drăghici, ziarul local Informația Harghitei

„Don Quijote se lupta cândva, demult, fără speranță de reușită, cu morile lui de vânt. Azi, o întreagă armată de savanți, cercetători, medici practicieni își consacră viața pentru elucidarea cauzelor sinuciderii. (...) Alte vremuri, alte scopuri, alte mori de vânt”

(dr. Veress Albert, Miercurea-Ciuc)

În cea de-a doua parte a articolului „Depresia, boala vremurilor în care trăim?”, un material publicistic care s-a bucurat de mult interes din partea cititorilor noștri din ju-

deț și din țară, promiteam că vom reveni cu un articol a cărui temă va trata suicidul, fenomen omniprezent în toate culturile și civilizațiile care, îmi spunea dr. Veress Albert, conform rapoartelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), reprezintă una din cele patru cauze principale de deces din România, țara în care anual se pierde prin suicid populația unei comune cu 3.000-4.000 de locuitori.

Acest aspect, mai arăta respectabilul meu interlocutor, corelat cu indicii demografici care, din 1992 încolo, este unul negativ, cu o modificare lentă, dar sigură a indicelui



demografic, dintr-un brad cu baza largă, într-un brad cu vârful în jos, „ne proiectează un viitor sumbru în ceea ce privește echilibrul socio-economic al generațiilor viitoare”.

Suicidul, nemuritoarea poveste...

Aplecat cu dăruire asupra acestui fenomen căruia i-a dedicat ani buni din viață, d-l Veress Albert continuă cercetările în domeniu alături de alți colegi ai săi, recunoscuți în lumea medicală românească: dr. Cozman, Băran, Macrea, Fodoreanu, Neamțu ș.a., căutând soluții viabile și mai eficiente pentru diminuarea simțitoare a ratei suicidare.

Pornind de la evidențe de necontestat, general valabile atât pentru parasuicid, cât și pentru suicid, medicul Secției de psihiatrie a Spitalului Județean de Urgență din Miercurea-Ciuc mi-a atras atenția asupra fenomenului specific României, în zonele în care conviețuiesc maghiari și români, așezând la bază relația etnie/suicid = 2:1 (Cozman) sau 3:1 (Veress) pentru cei dintâi, care, spre deosebire de conaționali lor români, comit actul suicidar folosind metode dure.

Cât privește categoriile protejate și cele periclitare, domnia sa afirmă că în prima grupă sunt incluse femeile române, iar în a doua bărbații maghiari.

Analizând cu mîgală ceea ce mai devreme defineam drept „evidențe de necontestat”, începând cu distribuția geografică, vârsta, religia și terminând cu nivelul scăzut de colesterolemie și luminozitate naturală, respectiv cu predispoziția genetică a comportamentului suicidar, autorul studiului în discuție evidențiază controversalele fenomenului suicidar, ridicând o serie de întrebări al căror răspuns va fi cu siguranță, până la neliniște, căutat.

Și iată câteva dintre ele...

I Dacă este o evidență rata est>vest și nord>sud, de ce între anii 1988-1990 ratele suicidului la 100.000 de locuitori arată astfel?: Ungaria – 41,4; România – 11,4; Albania – 2,3; Danemarca – 29,2; Elveția – 25,2 ș.a.m.d.

I Dacă rata generală a suicidului în relația bărbați/femei este de 2-3:1, de ce în China această rată arată valori inversate?

I Dacă prescrierea antidepresivelor atrage după sine scăderea ratei suicidare, de ce aceste valori nu se reflectă în statisticile OMS?

I Dacă nivelul scăzut al colesterolemiei augmentează comiterea actului suicidar, de ce eschimoșii, la care nu există colesterolemii ridicate, nu sunt în fruntea statisticilor? Sau de ce în secuime, zonă cu un tradițional regim alimentar hipercolesterolemiat, rata suicidară se situează pe locuri de frunte?

I Copiii din căsătoriile mixte, pe care dintre ratele carac-

teristice nației unuia din părinți o vor urma?

I Chiar dacă luăm în considerare totalitatea cauzelor bio-psiho-sociale în explicarea fenomenului suicidar, cum să explicăm diferențele statistic aleatorii ale ratei suicidare restrânse în patru comune din zona Ciucului de Sus, cu condiții etnico-economico-genetico-religioase și culturale identice?

Șirul întrebărilor ar putea continua, dar eu mă opresc aici spre a nu-i conturba pe cei aflați în căutarea răspunsurilor edificatoare.

După enunțarea câtorva dintre falsurile mituri privitoare la suicid, dr. Veress m-a informat în legătură cu pașii întreprinși în județ în scopul prevenției și intervenției în criză. Asta după ce în prealabil mi-a spus că „datele existente sunt cât se poate de îngrijorătoare, motiv suficient de întemeiat pentru căutarea unor căi profitabile care să țintească reducerea fenomenului suicidar”.

Fără a intra în detalii, vă reamintesc că, săptămânal, în jurnalul „Informația Harghitei” găsiți, sub titlul „Linia vieții”, numărul de telefon la care puteți suna în caz de nevoie. Notați-l undeva acolo, că nu aveți nimic de pierdut!

Suicidul în istoria omenirii...

Pentru cei interesați de fenomen, dar și pentru cei curioși de evoluția lui în timp, am reținut de la dr. Veress că, în Vechiul Testament sunt menționate doar patru cazuri de suicid, iar în Noul Testament numai unul singur, cel al lui Iuda Iscarioteanul.

Din multele exemple de sinucideri în grup îl notez pe cel al apărătorilor Cetății Szigetvár din Ungaria feudală și pe cel al familiei Filipovici din România anilor 1924.

Referitor la percepția socială, religioasă și a opiniei publice față de sinucideri, „ea a pendulat între acceptarea necondiționată, ca un zălog al libertății individuale, și condamnarea înverșunată, cu urmări drastice asupra cadavru-lui sau asupra familiei decedatului”.

Ținte pentru Harghita, județul aflat pe locul al III-lea în topul sinuciderilor înregistrate la nivel național

Foarte pe scurt consemnez următoarele: se dezvoltă pe mai departe baza umană și cea materială din cadrul Centrului Local de Prevenție a Suicidului; s-au definitivat cercetările fenomenului axat pe patru comune învecinate municipiului reședință de județ, materializate în volumul „Fârtatul Diavolului”, semnat de dr. Vadas Gyula și dr. Veress Albert, pe care vi-l recomandăm, el fiind tipărit atât în limba română, cât și în limba maghiară; continuă seria cursurilor de perfecționare pentru medici de familie și specialiști, în domeniul recunoașterii depresiei și



sindromului presuicidar; se caută o modalitate viabilă a sincronizării activității medicilor și preoților în vederea schimbării opiniei publice referitoare la sinucidere; sunt perpetuate demersurile pe lângă autoritățile administrației locale și centrale pentru dirijarea unei părți din sumele obținute din taxele pe alcool și tutun către ONG-uri care își înscriu pe frontispiciul lor activități educaționale pentru prevenirea alcoolismului (cauză importantă a sinuciderii) și a diminuării ratei suicidare ș.a.m.d.

Cu rugămintea subsemnatei adresată persoanelor care au găsit „*taxa pe viciu*”, instituită de domnul ex-ministru Eugen Nicolăescu, de a o pune la dispoziția Sănătății, eu închei acest articol cu o expresie a domnului dr. Veress: „*Viața merită trăită cu adevărat și asumată în toate formele ei!*”.

Dați-i curs acestui îndemn și poate veți fi mult mai fericiți!

CÂTEVA GÂNDURI PE AMPRENTELE PELERINULUI

■ Dr. Veress Albert, Miercurea Ciuc

Mi-a fost dată ocazia, bucuria, împlinirea citirii unei cărți de pomină. Una, care oglindea urmele pașilor unui autor cu o vastă cultură generală, un adevărat spirit sintetic, cu o observare profundă a realităților artistice și al lăuntricelor umane ale celor despre care ne etaleză critici și recenzii literare, artistice. Mă roade o adevărată invidie, dar mă încercă și o deosebită admirație față de un contemporan de-al meu: cum de a reușit să acumuleze în brazdele creierului atâtea cunoștințe, în suflet un tumult de adânci trăiri fremătânde. Un boier al artei cuvintelor, cum îl citează pe Irinel Popa, care îi pune acest epitet lui Mihail Diaconescu.

Câte și câte am reușit să află despre semenii mei, concetățeni de mai aproape sau din depărtări! Despe oameni pe lângă care treceam până acum, fără să bănuiesc măcar ce valori artistice și ce hram poartă.

Câte și câte am reușit să învăț despre ei. Despre literatura română. Despre arta grafică, fotografică și a sculpturii.

Înfulecând într-o doară paginile volumului dădeam la o oră târzie din noapte și de două recenzii ale încercărilor mele de condeier mai puțin avizat. Surprins am rămas de cea ce am aflat despre mine, despre valențele mele cu care Dânsul mi-a încununat fruncea, ca un fel de aureolă care plana deasupra-i.

M-a mirat lista operelor deja apărute și a celor în pregă-

tire numărând 18 , respectiv 4 volume. Dedicția înscrisă pe prima pagină este atât de gentilă, precum a fost și cea dată pe un alt volum oferit mie. Menită pentru păstrarea ei posterității, pentru puietii mei, care îmi vor pași pe urme, ca să se pună și ei pe citirea volumelor primite.

Paginile sunt cadrate de coperte frumos concepute și realizate. De parcă ar dori să ne însufle lăuntricul autorului. Sufletul lui, radiind o căldură și dragoste umană. Una profundă, altruistă.

Aș dori să trăiesc încă o sumedenie de ani, dacă nu pentru altceva, măcar pentru a avea ocazia degustării operelor ce vor mai ieși de sub condeiel Dânsului.

Bucur Nicolae:

Amprențele pelerinului,

Ed. Eurocarpatica. Sfântu Gheorghe, 2020



FÂRTATUL DIAVOLULUI*

- Convingătoare demonstrație a unei realități care ne bântuie...

Omul secolului XXI nu a fost niciodată mai solicitat și expus ca astăzi unor amenințări obsedante și incomode, încercat și chinuit de neliniștile și spaimele ce-l înconjoară, devenind de multe ori neputincios în fața propriei sale existențe, a posibilității unei vieți decente.

Iată de ce titlul unei cărți ca cel de mai sus, dar mai ales conținutul ei nu poate, în zilele noastre, să nu-i trezească interesul cititorului, dar evident și al factorilor direct răspunzători, care sunt chemați să extragă din ea substanța unor învățăminte, și nu numai.

Suntem în fața unui cârți – document, un tratat științific atât de necesar și util în lumea noastră zbuciumată prin multitudinea evenimentelor, uneori neașteptate și nocive. Dacă titlul de pe copertă te invită la lectură, subtitlul din interior *“Despre sinuciderile din Ciucul de Sus...”* incită curiozitatea spre acel flagel sinistru și incomod pentru spiritul ființei umane. M-am apropiat cu oarecare rezervă de cartea celor doi autori dr. **Vadas Gyula**, doctor în sociologie medicală și dr. **Veress Albert**, doctor în științe medicale, în primul rând din considerentul unei teme atât de profunde cum este psihanaliza, psihiatria, în concret cercetarea fenomenului suicidal.

Autorii, somități ai domeniului, erudiți conferențieri, sunt observatori și cercetători atenți ai stărilor de lucruri de la noi și din alte țări, seduși, așa zice, de *“misterul”*, de *“vraja”*, dar în special de adevărul cu care au fost și sunt confrunțați.

Parcurgând, filă de filă, această carte, ai impresia că ești în fața unui manual, în care *„ansamblului”* i se adaugă o sumedenie de exemple reale, mărturii, care impun sensul și măsura, devenind pentru mulți lecții deschise pline de sinceritatea și tristețe. Medical vorbind, evident, șansa de a trezi în *“pacient”* un alt regim de gândire. Autorii specialiști vin în întâmpinarea - am simțit acest lucru - celor care gândesc cam așa: *“Se întâmplă ceva cu mine și nu știu bine ce”*, totodată cred că și-au dorit să tragă draperia peste **mesajul** care l-aș putea formula astfel: *Fă să ajungă la lumina zilei ceea ce unii au văzut în beznă.*

Este o șansă pentru analiză /cugetare că acest **fenomen straniu**, despre care nu ne place să vorbim, scrierea autorilor ni-l scoate în față și-l trimite în casă ca pe un musafir nepoftit, atât de tragic și funest. Cei doi autori medici, au întreprins tot ce le-au stat în putință pentru a face accesibil

celorlalți, ceea ce știau și ceea ce dobândiseră ca experiență. Din clipa în care cineva vorbește, se spune, dar și așterne pe hârtie, zicem noi, se face lumină! Orice modificare s-ar întâmpla într-o societate nefericirea își are locul ei stabil. Documentarea, analiza întreprinsă este o *„magie lentă”* și tulburătoare. Chiar dacă subiectul este puterea *„demonică”*, care îi trimite pe unii la moarte, sau faptul că omul nu poate să se impună în fața existenței, ci existența este aceea care se impune, încrederea pe care o transmit autorii nu va fi niciodată alterată.

Dacă în filozofie, dar nu numai, este vorba **nu atât de a rezolva**, cât **de a descoperi** și, în consecință, **de a pune problema** (Bergson), acest lucru se întâmplă și-n cartea în discuție la modul concret al textului, exemplificărilor, iconografiilor, al hărților, tabelelor, notelor de la subsolul paginilor și evident bogatei bibliografii (251 poz.) și lucrărilor de specialitate enumerate în cuprinsul cărții. Pe lângă componentele sale științifice suntem și în posesia unei lecturi agreabile prin referințele istorico-literare, filozofice și religioase la care ne invită autorii.

Cititorul, vrea nu vrea, intră treptat, treptat în conținutul relatărilor, capitolelor, pasajelor acestui tratat, iar numărările exemple extrase din tumultul vieții, te apropie de *„analist”*, dar și de *„pacient”*, ambii dezvoltându-și gândurile, emoțiile. Ești chiar tentat să confunzi *„persoana psihică”* cu cea reală. Ni se recomandă, deci, nu ni se impune, să comparăm presupusele *„jocuri”* ale pacientului cu *„realitatea”* analistului. Apelez în acest context la constatarea lui J.-B. Pontalis, autor francez al numeroaselor studii și eseuri de psihanaliză: *„Acest „nu sunt ceea ce crezi” nu e rostit, dar cine va da asigurarea că in petto (în sinea noastră) nu-l gândim, fie și numai pentru a ne liniști cu privire la incerta noastră identitate?”* Spunem, cu alte cuvinte, că pătrundem într-un labirint al tragicului, suntem invitați la un *„tratament prin cuvânt”*, oferindu-ne *„porți”* și *„ferestre”* deschise spre alinarea și chiar vindecarea spiritului.

Frânturi de teorie și cazuri din practica psihiatrică, exemple din obiceiurile și tradițiile etnofolclorice sunt evocate, alături de *„personaje”* autentice (fără a fi numite), altele extrase din operele literaturii, confesiunile și opiniile ori reflecțiile unor scriitori, dau un pitoresc aparte cărții, reieșind fără tăgadă mărturia autorilor pentru pacientul lor – OMUL.



De ce oare doi specialiști a căror activitate se bizuie pe ceea ce englezii numesc **privacy** (intimitate, singurătate, secret) vin în fața publicului? Răspunsul în epoca noastră modernă nu pare a mai surprinde pe nimeni că și psihanalistul, psihiatrul, în calitatea sa de curant și om de știință, dorește să comunice ceea ce a descoperit sau a crezut că descoperă în timpul tratării pacienților! Nu-i destulă constatarea, analiza, cercetarea, teoretizarea, ci toate acestea trebuie să primească unda verde a scrisului. Cuvântul devine astfel convingere, iar drama, atât de animată din culise, iese pe „scenă” pentru a fi cunoscută, inclusiv de cititorul mai puțin avizat.

Îmi pot imagina travaliul prin care au trecut autorii de a pune în pagini de carte toate acele cercetări, manuscrise acumulate în timp, grija și corectitudinea de a restitui cât mai exact și fidel experiența analitică în domeniu. Scrierile care tratează un asemenea domeniu medical și social, care-și au rațiunea lor doctă, pragmatică, logică au nevoie de un „tratament” aparte în ce privește limbajul, acea știință și grijă chinuitoare la alegerea „cuvintelor potrivite”, înțelegând mai curând acel cuvânt adecvat, pe cel propriu, în genul transferului, adică o legătură cu cititorul.

Se fac interesante și pertinente referiri la literatura orală, tradiții și credințe atât de la noi, cât și din Ungaria, se dau citate din opera clasică și modernă a unor autori, preocupati de tematica în discuție. Ne oprim la acest citat: „*Toate relele și nenorocirile sunt uneltirea Diavolului. Chiar și sinuciderea. (...) iar ființele supranaturale din credințele populare au devenit aliatele Diavolului*” (p.29). Luăm cunoștință și de „*fantoma sinucigașului*”, care depinde de credințe și variază în funcție de regiuni, și poate lua forma diferitelor animale sau a lucrurilor neînsuflețite. Au fost realizate cercetări între anii 2010/2011 în localitățile din Ciucul de Sus (Mădăraș, Dănești, Cârța, Sândrominic), unde cazurile de sinucideri sunt destul de numeroase. În urma sondajelor făcute se ajunge la concluzia: Suicidul se transmite prin tradiție familială sau e moștenire de familie. Etica Bisericii catolice condamnă aspru sinuciderea, iar obiceiurile de înmormântare ale sinucigașului sunt diferite de cele ale muritorilor de rând, iar în cimitir au un spațiu clar delimitat. Așa cum reiese din documentele consultate, cu predilecție surse etnografice (anii 1923/1925 și anul 1936 – Comitatele din Ungaria) în regiunile locuite de familii extinse numărul cazurilor de sinucidere este semnificativ mai mic, comparativ cu regiunile locuite de familii restrânse. Autorii ajung la concluzia că *igiiena mentală și psihologia clinică* sunt părți integrante ale problemei suicidului, fenomenul fiind chestiune de politică familială, prin urmare trebuie prevenit și tratat.

Un capitol special al cărții se ocupă cu sinuciderile din Vestul Europei începând cu sec.XVI-XVII, țări ca Anglia, Franța, Germania, fiind pomeniți o pleiadă de autori cu studiile lor, dar și date statistice comparative din Belgia, Austria, Italia, Danemarca etc. sau cele în statele Coroanei Maghiare. Cauza sinuciderii este tristețea, posomorârea – credeau filozofii și medicii în vremurile îndepărtate, în Anglia apariția în masă a bolii se datorează climei din această țară. Interesant este „*antidotul*” pentru prevenirea flagelului pe care-l are Voltaire (1694-1778): „*mişcare, muzică, vânătoare, teatrul și o doamnă fermecătoare...*”. Sfatul lui era: „*Să muncim, să nu facem pe deșteptii...acesta este singurul mod prin care putem să ne facem viața suportabilă*”(„*Candide sau optimismul*”) pentru că atâta vreme cât la țară suferă trupul, la oraș suferă sufletul, consideră Voltaire. Din subcapitolul „*Germanii*” ni s-a părut interesantă și logică părerea despre suicid a lui Christian Heinrich Spiess (1755-1799) actor, dramaturg, creatorul romanelor de groază, autorul lucrării în două volume „*Bibliografia sinucigașilor*”, din care reținem: „*Nu sunt apărătorul suicidului și, cu atât mai puțin aș dori - Doamne ferește - să îndemn pe cineva spre așa ceva. Dar, simt compătimire față de acești nenorociți, care, dacă omul analizează în deaproape această faptă, rar se sinucide din proprie voință, ci, suflete umane încăpățânate, necredincioase îi obligă să săvârșească această faptă.*” Sunt consemnate și ideile idealiste ale lui Schopenhauer, acesta având, undeva, părerea că putem privi sinuciderea drept experiment. Nu sunt excluși din enumerările făcute artiștii plastici și romancierii, scriitorii epocilor respective, se fac referiri totodată la lucrările de specialitate realizate de filozofi, dar în special de medici, psihiatri și sociologi.

Un capitol amplu (90 pag.), bine documentat și ilustrat poartă titlul „*Contribuții la fenomenul suicidar maghiar*”, care cuprinde și o colecție de 97 opere literare care se ocupă de sinucidere, precum și o selecție cronologică de fragmente, mărturii din presa epocii (anii 1862-1933 - selectiv), fenomenul în cauză devenit eveniment cotidian. Cu privire la situația din Ardeal, aflăm că în ultima treime a secolului al XIX-lea, numărul sinuciderilor anuale se apropia de 300, de trei ori mai mare decât cu o jumătate de secol în urmă, având o incidență extrem de ridicată în Trei-Scaune.

Autorii cărții „*Fărtatul diavolului, îl citează pe Munkay János (1820-1890), preot catolic, care în scrierile sale se confruntă cu întrebarea: „Oare unde să căutăm originea și cauza acestei tragice manii a epocii actuale ?”* Invităm cititorii să se aplece asupra răspunsurilor consemnate la pag.160, 161. Problema a preocupat dealtfel, alte numeroase persoane, scriitori, profesori, juriști, filozofi etc.

Pagini întregi cu pasaje îngrijorătoare privind acest fe-



nomen social atât de trist, asemuit cu incurabilul cancer, ne pun la încercare prin tot atâtea fapte și exemple aproape incredibile. Autorul unei cărți publicate la Cluj în 1872 constata că rata sinuciderii are un procent mai ridicat de creștere decât natalitatea în majoritatea țărilor europene. Acesta mai evidențiază: după particularități naționale găsim fenomene suicidare diverse la națiuni diferite, la germani frecvența suicidului fiind cea mai mare...românii cu o structură psihică mai veselă, legată de dogme religioase tradiționale sunt mai „rezistenți” acestei epidemii sociale. Și dacă ar trebui să-i găsim o cauză fenomenului aceasta trebuie căutată în problemele sociale, la care subscriem. Din alte surse bibliografice ale secolelor trecute autorii cărții în discuție rețin: „**Principiile educaționale deviante**” din insuși studiile de studii superioare; **rolul modelului** cu influență nemăsurabilă asupra vieții sociale (un singur om poate corupe sute de oameni); **Curențele literare deviante** - operele literare, arta teatrală ca factori determinanți ai declinului sau ai ridicării moral-spirituale a unei nații; **orientarea filozofiei** din unele țări, cu impact nefast asupra cititorului cu o voință mai slabă, tentat de „*somnul disperării*”. Și la toate acestea se adaugă **sărăcia și mizeria** - cauze primordiale ale suicidului.

În capitolul „*Familie mare (extinsă) cu mai multe generații, ori, prevenirea necazurilor naționale*”, se caută răspunsuri la modalitatea eficientă de prevenire a fenomenului suicidar, cum s-ar putea scădea numărul sinuciderilor, al alcoolicilor, al bolnavilor psihici, al bolilor psiho-somatice, al delicvenților și al altor deviații sociale. Autorii ajung la concluzia, printre altele, deși în condițiile de astăzi pare o utopie, că **reimplementarea în viața națiunii a familiilor mari, cuprinzând mai multe generații ar putea fi una dintre importantele soluții**. În urma studiului sinuciderilor din județul Harghita, s-a ajuns la concluzia că sinuciderea este cauzată de traiul într-o familie disfuncțională sau de lipsa traiului într-o comunitate puternică și funcțională. Individul care și-a pierdut apartenența la comunitatea lui este mai puternic amenințat de pericolul sinuciderii, decât unul care aparține unei comunități cu o bună coeziune, țin să sublinieze autorii. Citeam undeva: Singurătatea este teribilă mai ales când te gândești la ea ... este infernul însuși!

Capitolul „*Deziluzie în literatură, filozofie și lumea artelor*” se dorește o succintă trecere în revistă privind istoria spiritualității din ultimele două secole reflectată în creațiile sciitorilor, artiștilor plastici, filozofilor, în cinematografie, arhitectură etc.

Prin titlul capitolului „*Agonia familiei restrânse*” se motivează faptul că numărul membrilor familiei în majoritatea cazurilor este mic, adică soț-soție sau pereche trăind în con-

cubinaj și copii. Ca atare, familie de una sau două generații, e considerat un fenomen de masă regretabil, atât la noi cât și în occident. Se încearcă totodată o clarificare a tipurilor de familie (factori determinanți, parametri...) cu precizări privind caracteristicile unei comunități naturale ori exemplificări legate de probleme mentale și fizice provenite din rândul **familiilor mici** dezorganizate sau al celor lipsiți de familie. De observat că viața familiei extinse țărănești a stat în centrul cercetărilor etnografi. Autorii fac referiri la cauzele care au dezintegrat sistemul familial funcțional și fericit al **familiei extinse**, locul lor fiind luat de familia mică patriarhală, la distrugerea cu bună știință de către dictatura comunistă a satelor sub pretextul „*modernizării*”.

Ultimul capitol „*Nici noi nu suntem o națiune sinucigașă*” aduce în atenție o situație cunoscută, și anume că incidența foarte crescută pe teritoriul Ungariei a sinuciderilor după Trianon a scăzut începând cu anul 1984 (ultimele trei decenii), dar pe viitor, se precizează, înobilizarea spirituală și morală, cu o redeșteptare economică și demografică trebuie să stea în atenția societății.

Pentru individ, doar o societate funcțională poate fi oglindă, societatea „*îi stabilește un preț*”, familia și societatea funcțională îi permit să se descopere pe sine; poate să evolueze ca personalitate într-o societate normală și poate deveni un om matur plăcut, cu ținută morală, în care se poate avea încredere - se evidențiază în această carte.

Autorii sunt îndreptățiți să afirme că există o mulțime de programe de igienă mentală cu scop preventiv, sunt instituții, asociații, centre, fundații, campanii, emisiuni și programe media etc. pentru ameliorarea stărilor de lucruri, a devianțelor sociale, pentru mântuirea societății, dar nu se prea văd rezultatele acestor străduințe.

„*Nu mai am nici vise, nici lacrimi*” se confesa cu ani în urmă o ființă îndurerată, reamintindu-și un caz din familie. O carte tristă, adânc omenească, prin realitatea ei faptică și cuvântul cu neliniștile ce-l emană.

Este firesc să vedem în paginile acestei cărți modificările sensibile ce trebuie aduse **societalului**, aplanarea și chiar anularea stării obscure de tensiune și conflict între oameni, scoaterea pe individ din substanța „*singularului*” său, uneori atât de absurd. A veni în ajutorul vieții interioare a multora, neputincioși în fața realului cotidian și a celui metafizic este „**rețeta**” înmănată de autori.

*Vadas Gyula-Veress Albert:

Fârtatul Diavolului.

2013, Ed. Farmamedia. 320 pagini.

ISBN 978-606-8215-28-0



| ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI

14-15 ianuarie, 2022: Weekend Național Balint de Iarnă, On-line

6-8 mai, 2022: Weekend Național Balint de Vară, Roman, hotelul Royal. După o lungă perioadă de evenimente derulate on-line, în sfârșit, familia Costin s-a încumetat să-și ia inima între dinți, și să organizeze o întâlnire "pe viu", reînodând totodată și firul rupt al weekendurilor de pe plaiurile Moldovei. Așteptările ne-au fost oarecum nesatisfăcute: credeam că, după o perioadă mai lungă de neîntâlniri fiecare dintre noi să simtă nevoia arzătoare a unei îmbrățișări prietenești. N-a fost să fie! Dar, căldura cu care ne-au primit gazdele, tumultul de cazuri apărute în grupuri, "stupizele" și atmosfera cinei prietenești au concurat la o întâlnire care ne va rămâne multă vreme în minte. Mulțumiri și pe această cale gazdelor și colegilor care au onorat cu prezența lor întâlnirea noastră

19-22 mai, 2022: Conferință Anuală: Prevenirea suicidului la copii și adolescenți: Reziliența balintienilor în conduita suicidară: prevenție, tratament, Sâmbăta de Sus, la care s-a prezentat lucrarea: Metoda balintiană în sindromul de secătuire, o faleză în calea sinuciderii, a autorilor Albert și Éva Veress.

Planuri de viitor

7-9 octombrie 2022: a XXIX-a Conferință Națională Balint „Abordarea psihosomatică în practica balintiană”. Lupeni (jud. Harghita), Pensiunea ERDÉSZLAK (la ieșirea spre Corund, vis a vis de o pompă de benzină, se coboară pe o pantă ușoară, locația fiind pe partea stângă a șoselei). 140 lei/cam. dbl/2 pers. cu mic dejun sau 120 lei/sgl cu mic dejun. Ne sunt puse la dispoziție 4 pensiuni. 3 alăturate, a 4-a la cca. 200 m. de locația principală. Rezervările se fac în sistemul "primul venit, primul servit" (fără supărare!).

Data limită pentru rezervarea cazării: 02.10.2022. Data limită pentru anunțarea lucrării: **30 septembrie.** Anunțurile se trimit la adresa: veressalbert02@gmail.com.



Albert Veress

INDEX: ISSN - 1454-6051

