

Martie 2012



Buletinul Asociației Balint

Periodic trimestrial. Volumul XIV. Nr. 53.

ION CREANGĂ - PERSONALITATE AFECTIVĂ

■ Dr. Mircea Drăgan

BOALĂ ȘI SIMBOL

■ Dr. Moldovan Csilla

TEME ACTUALE ÎN CERCETAREA PSIHOSOMATICĂ

■ Oana A. Șuteu, Marinela Degeratu, Iulia Enăchescu, Dan L. Dumitrașcu



Cuprins	PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA	2
	ION CREANGĂ - PERSONALITATE AFECTIVĂ ■ Dr. Mircea Drăgan	2
	BOALĂ ȘI SIMBOL ■ Dr. Moľdovan Csilla	10
	ESTE MEDICUL CARE ȘI-A DEZVĂLUIT PUBLIC SPONSORIZAREA DE LA O FIRMĂ DE MEDICAMENTE (CONFLICTUL DE INTERESE) EXONERAT DE RESPONSABILITATEA DE A URMĂRI DOAR INTERESELE PACIENTULUI? ■ Dr. Almos Trif	19
	TEME ACTUALE ÎN CERCETAREA PSIHOSOMATICĂ ■ Oana A. Șuteu, Marinela Degeratu, Iulia Enăchescu, Dan L. Dumitrașcu	22
	SINTEZĂ DE ȘEDINȚĂ GRUP BALINT ■ De Hillerin Irina	25
	MIRACULOASA MINTE UMANĂ - MONOLOG ÎN LOC DE GRUP BALINT ■ Dr Vajda Hegyi Csilla	26
	BOALA CA POSIBILITATE A VIULUI ■ psih. Balázs Orsolya-Ildikó, psih. Marinela Nicoleta Degeratu	29
	BALINT GROUPS – WIDE RESOURCES AND SOME PARTICULAR LIMITATIONS ■ Prof. Vladimir Vinokur, PhD, DSc	31
	ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI	32

Martie, 2012, Volumul XIV, Nr. 53 ■ Periodic trimestrial, apare în ultima decadă a lunii a treia din trimestru.

Fondat: 1999 n Redactor șef: Albert VERESS M.D. Sc.D. ■ Lector: Almoș Bela TRIF M.D., Sc.D., J.D., M.A. n Tehnoredactor: Botond Miklós FORRÓ Editat de: Asociația Balint din România n Tipărit la: Tipografia Alutus, Miercurea-Ciuc ■ Adresa redacției: 530.111 - MIERCUREA CIUC, str. Gábor Áron 10, tel./fax 0266-371.136; 0744-812.900 ■ E-mail: berciveress@asociatiabalint.ro; alveress@clicknet.ro

COMITETUL DE REDACȚIE:

Tünde BAKA ■ Doina COZMAN ■ Dan Lucian DUMITRAȘCU ■ Evelyn FARKAS ■ Liana FODOREANU ■ Ioan-Bradu IAMANDESCU ■ Cristian KERNETZKY (D) ■ Mircea LĂZĂRESCU ■ Holger Ortwin LUX ■ Dragoș MARINESCU ■ Ioana MICLUȚIA ■ Csilla MOLDOVAN ■ Aurel NIREȘTEAN ■ Iuliu OLTEAN ■ Gheorghe PAINA ■ Ovidiu POPA-VELEA ■ Almos Bela TRIF (USA) ■ Ionel ȚUBUCANU ■ Éva VERESS ■ Nicolae VLAD

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



Prezentarea Asociației Balint din România



Michael Balint: Psihanalist englez de origine maghiară

DATA ÎNFIINȚĂRII:

25 iulie 1993

GRUPUL BALINT:

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

SPECIFICUL ASOCIAȚIEI:

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

OBIECTIVE:

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

ACTIVITATEA ASOCIAȚIEI:

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

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.

Studentii și pensionarii sunt scutiți de la plata cotizației, fiind necesară doar abonarea la Buletinul Asociației. În cazul în care două persoane dintr-o familie sunt membri ai Asociației, unul dintre ei poate cere scutirea de la plata abonamentului la Buletinul Informativ, ambilor revenind doar o sumă de 34 euro. Cotizația pentru anul 2012 este de 20 EURO (la cursul oficial BNR din ziua în care se face plata), în care se include și abonamentul la Buletin.

Taxa de înscriere în Asociație este de 20 EURO (nu se face reducere nici unei categorii socio-profesionale). Abonamentul costă 6 EURO

Ion Creangă - personalitate afectivă

■ Dr. Mircea Drăgan*

Abstract: We tried studying the psychological traits of the Romanian writer-for-children Ion Creangă (1837 or 1839 – 1889), and defining some diagnosis of the conditions he may have suffered. We did this through researching biographic texts, some opinions of contemporary people and those of some art critics, even digging within passages of his works. During his own time, Ion Creangă was a controversial character. His problems with church's authority made him a defrocked deacon; however he was an enthusiastic teacher and a genuine spirit, qualities which made him a great writer. We could easily see him always cheerful, with bouts of anger, a kind of histrionic personality permanently eager to eat and drink, which made him a plethoric obese. We suppose that he was diabetic and maybe epileptic. After some authors he died of apoplexy, after the others of an epileptic seizure. His main personality features sculpted both his illnesses and his line of work. Ion Creangă's defining personality traits were the obvious hiperthymic emotionality, associated with a vivid intelli-





gence and a sharp astute rural sense of humor. This way we may explain the coexistence of a brilliant creative mind – which brought his literary achievements, with the multitude of inconvenient life-events in his regular existence, his progressive psychosomatic deterioration, and the pathology which brought his inevitable end.

Key words: epilepsy, accented personality, hyperthymic personality.

Rezumat: Am studiat trăsăturile psihologice ale scriitorului Ion Creangă și am încercat să definesc bolile de care acesta a suferit. În acest scop am cercetat texte biografice, opinii ale unor contemporani, ale unor critici de artă și unele pasaje din opera sa. Ion Creangă a fost un personaj controversat în perioada în care a trăit. S-a comportat nonconformist cu autoritatea bisericască motiv pentru care a fost răspopit din funcția de diacon, fapt ce l-a ajutat să devină un învățător cu mult har și un mare scriitor. Ni-l putem închipui cu ușurință ca pe un om mereu vesel, iute la mânie, un histrion lacom la mâncare și băutură, un obez pleoric, un posibil diabetic și un probabil epileptic. După unii autori, el a decedat de apoplexie, iar după alții, după o criză epileptică. Din trăsăturile personalității sale au izvorât atât creația cât și suferința sa. Ion Creangă a avut o personalitate cu evidente trăsături afective hipertime, asociate unei inteligențe vii și unui ascuțit simț al umorului țărănesc. Astfel se explică coexistența unei activități creatoare de excepție, ce i-a adus consacrarea în literatura română, cu multiplele neplăceri avute în viața de zi cu zi și cu afectarea progresivă psiho-somatică, finalizată printr-o patologie severă care i-a provocat sfârșitul.

Cuvinte cheie: epilepsie, personalitate accentuată, personalitate hipertimă.

Introducere.

Personalitatea afectivă. Personalitatea depresivă a fost descrisă de Kraepelin în 1913. Kurt Schneider include în psihopatii atât personalitatea depresivă cât și pe cea hipertimă, hipomaniacală (1). Clasificarea OMS, CIM 9 o menționează, în timp ce clasificarea CIM 10 nu o mai codifică separat. În clasificarea DSM-IV-R apare, în cadrul capitolului de tulburări afective, subclasa „Tulburarea ciclotimică”. Tulburarea este caracterizată prin: apariția precoce în viață, adolescență și prima tinerețe. Are o evoluție fluctuantă, cronică, implicând numeroase perioade de simptome hipomaniacale și numeroase perioade de simptome depresive. Ambele sunt insuficiente ca număr, severitate, durată pentru a satisface criteriile complete pentru un episod depresiv sau pentru unul maniacal complet. Deși unii oameni pot funcționa extrem de bine în cursul unor perioade de hipomanie, în general trebuie să existe o detresă, sau o deteriorare clinic semnificativă în domeniul social și/sau profesional (2). Personalitatea hipertimică este descrisă de Leonhardt (3.1) ca „o combinație a veseliei, cu dorința de acțiune și cu nevoia de a vorbi, precum și o înclinație spre digresiuni în gândire, înclinație care uneori frizează fuga de idei. Nevoia de acțiune poate genera totodată realizări de valoare. Numeroase inovații și inițiative apar tocmai în felul acesta. La reuniuni, personalitățile hipertimice sunt cele mai antrenante. Atâta timp cât au un public care îi ascultă, hipertimicii vorbesc și povestesc fără să devină plictisitori, deoarece nu rămân mult timp la același subiect, aduc în discuție teme noi, povestirile lor sunt pline de glume; în general, oameni de acest fel au umor...există tendința ca veselia să se transforme în iritabilitate”. După K.Schneider, citat de Predescu

(4) „alcoholismul hipertimului provine din nevoia pe care el o are de a se asocia, de a se bucura împreună cu alții”.

Personalitate, cultură, destin. Analiza trăsăturilor personalității, ajută la înțelegerea modului în care o persoană gândește, acționează și se exprimă social. Oricărui subiect i se poate face un profil psihologic al personalității; de la anonimi, până la somități ce au marcat istoria unei națiuni, a unei culturi, sau a unei epoci. S. Freud scria: „Se poate presupune că oamenii de spirit dispun de anumite înclinații sau condiții psihice speciale...” (5). Nietzsche afirma „Un psiholog, un ghicitor în suflete are nevoie de duritate mai mult decât oricine. Altfel se va topi de milă. Iar elevul său se va îneca în apă mică” (6). Este o evidență fenomenologică, că la același subiect pot coexista activități creatoare de excepție și afectări malade ale personalității, sau izvorâte din aceasta. K. Leonhardt, referindu-se la Othello, spune: „Se prea poate ca Shakespeare să fi avut cu adevărat în vedere o boală mintală”(3. 2). În acest sens se pot cita numeroase exemple de mari nume din cultură sau din politică care au suferit de maladii mintale și care au reușit, în pofida acestora, să facă istorie. F. Nietzsche a murit psihotic (7), R. Schumann s-a sinucis. F.Chopin, un bipolar tuberculos, a avut momente de mare expansivitate intersectate cu grave episoade depresive. I. Cezar a fost un epileptic cu trăsături paranoiace. Van Gogh, un posibil homosexual latent, un răspopit luteran, a împărtășit într-un anumit fel destinul lui Creangă (8). Consuma băuturi alcoolice (absint), avea crize de tip epileptiform și episoade de bipolaritate. A avut crize de profundă depresie; în Olanda natală și Londra. La Arles pictorul a avut perioade de expansivitate, dar și un raptus bipolar grav, soldat cu o automutilare. Excepționalele sale



■ Referate

tablouri exprimă, prin tematica compoziției plastice, prin tușă și culoare, stările afective prin care a trecut artistul. Despre bolile de care a suferit Ion Creangă și despre eventuala influență pe care au avut-o în opera sa nu s-a scris aproape nimic, spre deosebire de Mihai Eminescu despre a cărui afecțiune psihiatrică s-a speculat mult (9).

Material și metodă. Trăsăturile de personalitate și bolile de care a suferit Creangă au fost analizate prin intermediul citării opiniilor exprimate de către critici de artă importanți, și a memorialisticii produse de prieteni, elevi și contemporani ai marelui scriitor. În lucrare s-au utilizat atât pasaje autobiografice din: „Amintiri din Copilărie” (10) cât și conținutul epic, anumite personaje și stilistica unor opere ale lui Creangă. Dovezi ce atestă trăsăturile caracteriale afective ale autorului.

Discuții. Vor exista mereu voci care vor susține că a publica cercetări asupra unei posibile tulburări mintale de care a suferit o personalitate din domeniul culturii poate aduce atingere reputației și prestigiului acesteia. Inclusiv prestigiului națiunii la care aceasta este apartenență. Contrar acestei opinii se poate argumenta că o astfel de cercetare îmbunătățește imaginea pe care artistul o deține în conștiința colectivă. Despre bolile de care a suferit Ion Creangă și despre eventuala influență pe care acestea au avut-o în opera sa nu s-a scris prea mult. Din punct de vedere medical, cele mai obiective sunt relatările care se referă la atacurile sale de tip epileptic, la concediile medicale pe care acesta le solicita Ministerului Învățământului (11), la curele hidrotermale efectuate la Slănic-Moldova sau la faptul că în anul 1881 a fost spitalizat la Spitalul Brâncovenesc. Ion Creangă a fost un mare povestitor, un „poporan”, un „Rabelais român”. Viața i-a fost marcată de sușuri și de coborâșuri, de lovituri, de disensiuni cu autoritățile ecleziastice. Cu consecințe uneori tragice în plan profesional. Conflictul cu Protoeria a atras sancționarea sa și pierderea diaconiei, iar pe timp limitat și pe cea a slujbei de învățător (12). Destinul i-a fost marcat de multiple eșecuri în familie. Scandaluri și umiliri suferite din partea fostului socru. Soția adulterină l-a părăsit. La 6 ani de la despărțirea în fapt, a urmat divorțul. Și-a crescut singur copilul cu care nu s-a înțeles prea bine. A fost criticat adeseori, uneori pe nedrept de unele ziare, politicieni și oameni de cultură (13.1). A avut parte și de superbe momente de împlinire creatoare. Histrionismul său s-a manifestat din plin în timpul seratelor Junimii. Acolo era aplaudat pentru lecturile și „țărăniile” sale, spuse „pe ulița mare”. A avut și mari reușite în misiunea de institutor și de scriitor de manuale școlare, căpătând în timp pentru această activitate o unanimă recunoaștere națională. S-a confruntat conflictual cu persoane dintre cele mai diverse.

De la cele mărunte, precum megieșul bojdeucii sale din Țicău, care îi săpa la temelia casei, la unele influente cu funcții publice de notorietate, precum ministrul Instrucțiunii publice Cristian Tell (13.2). A avut mulți dușmani: fețe poești, oameni neînsemnați, dar și cărturari și oameni politici importanți precum Iacob Negruzzi. A fost dăruit în viață cu mari apropiați. Personalități care i-au înțeles valoarea, l-au respectat, îndrăgit, cultivat, aprobat, stimulându-l în a se exprima creator. Titu Maiorescu i-a fost mai întâi profesor la școala de institutori. L-a primit la ședințele Junimii, unde venea la început însoțit de Eminescu. În calitate de Ministru al Instrucțiunii, Maiorescu i-a redat lui Creangă postul pierdut de institutor și l-a încurajat în scrierea manualelor sale școlare. O prietenie exemplară și deosebit de roditoare l-a legat de „Luceafărul poeziei românești”. Chiar și atunci când mintea celor doi începuse să se întunece, încă s-au mai vizitat. Vizita din primavara anului 1882, a lui Creangă la ospiciul Mănăstirii Neamț, unde era internat Eminescu, anticipa dispariția celor doi. Persoana, biografia și opera lui Ion Creangă au fost ținta a numeroase atacuri otrăvite și mistificări, dar și a unor elogii interesate și exagerate. S-au emis păreri diverse, unele excesiv de laudative, altele mult prea aspre.

Personalitatea premorbidă a lui Ion Creangă. Trăsături psihologice ale lui I. Creangă din copilărie și tinerețe, înaintea de a se declanșa îmbolnăvirea.

Copilăria. Sunt de notorietate multe fapte „sugubete” pe care Creangă le-a descris cu mult umor în „Amintiri din copilărie” (14): „Smărăndița popii”, „Calul Bălan” pe care părintele Ioan îi poftea pe obrăznicăturile de copii să se urce și îi trata cu curelele, „Sfântului Nicolai” cel luat din cui.

Opinia zeflemitoare a tatălui său, Ștefan a Petrei, în legătură cu învățătura: „Logofete, brânza-n cui,

Lapte acru-n călimări, Chiu și vai prin buzunări!”. Povestea Irinucăi de la Broșteni. Cea cu cocioaba veche din bârne pe care Nică a dărâmat-o, prăvălind o stâncă de pe deal; femeie care avea „o față balcâză și lălâie, de-ți era frică să înoptezi la dânsa”. „Râia căprească” tratată cu leșie de ciucălăi; sau „Pupăza din tei”. G. Călinescu îl caracterizează pe copilul Creangă ca fiind: „Plin de contradicții. Sfios și violent, simțitor și nepăsător, încăpățânat, voind mai multe lucruri deodată, afemeiat încă din copilărie, întreprinzător, agresiv, leneș și totuși doritor de a învăța carte” (15.1).

Adolescența. La școala de catiheți de la Fălticeni, „chefuiau prin crășme, furluau alimente, își puneau poște în somn, adică foi de hârtie lipite cu seu și aprinse între degetele picioarelor” (15.2).

Perioada diaconiei. A fost marcată de numeroase con-



flicte. Conflictul cu socrul său, preotul, din 12 ianuarie 1860. „Aflându-mă eu dormind, pe când toată suflarea se odihnește, lângă a me soție, fără să știu când au intrat în casă, s-au repezit și mi-au pus ghiarale în gât de a mă sugruma cu totul! (16.1). Conflictul cu soția adulteră, de care se va divorța. Conflictul cu superiorii ecleziști. În 13 februarie 1868 a fost văzut mergând la teatru, ceea ce, în acea perioadă, era interzis de cutuma ortodoxiei ieșene. Ziarul „Convențiunea” publica un articol critic intitulat: „Relativ la mergerea preoților la teatru”, atrăgând atenția Mitropolitului asupra nerespectării canoanelor bisericești (15.3). A tras în amiaza mare cu pușca de vânătoare, ca să sperie ciorile din turnul bisericii Goliei (15.4). Tunderea pletelor sale lungi a fost un ultimul gest ce i-a adus suspendarea din preoție și pentru scurt timp și din cea de învățător (16.2).

Perioada Junimistă. Creangă devenise o persoană cunoscută. Pierduse diaconia, dar, datorită recunoșterii valorice de care se bucura în ochii lui Titu Maiorescu, câștigase slujba de institutor la școala II din Păcurari. Lua parte la diferite mitinguri politice și electorale unde oratoria sa avea parte de ovații, dar și de huiduielile asistenței. Îl cunoște pe Eminescu, care devenise revizor școlar, moment în care între cei doi se leagă o prietenie deosebit de strânsă. Eminescu s-a mutat pentru o perioadă în bojdeucă. Umblau la „Cârciuma Bolta Rece” recitând unul altuia versuri. Creangă spunea lui Eminescu: „Aista-i băietul gălățanul, Care și-a băut sumanul, Și-a rămas într-un ilic, Și îl ie dracul de frig”. Eminescu răspundea lui Creangă: „Hai în codrul cu verdeață, Und-izvoare plâng în vale, Stânca stă să se prăvale, În prăpastia măreață (17). În această perioadă i se publică „Povestea lui Ionică cel prost”, „scrisă de Ioan-Vântură-Țară, în Iași, la 22 octombrie 1876 și dedicată cărăcudei din unimea îmbătrânită în zilele rele, la prilejul aniversării a treisprezecea, numărul dracului” (18). Este o perioadă pe care G. Călinescu, în *Istoria Literaturii Române*, o caracterizează ca fiind cea în care fostul diacon a căpătat trecere mare la ședințele Junimii prin anecdotele sale „corozive” și „țărăniile măscăricioase” spuse „pe ulița mare”. Din această perioadă datează cimiliturile pe care le citează același Călinescu: „Lată- peste lată, peste lată - îmbujorată, peste îmbujorată-crăcănă, peste crăcănă-măciulie, peste măciulie-limpezeală, peste limpezeală-gălbeneala și peste gălbeneală-huduleț”. „Vorba ceea: Vin la mama de mă cere. De m-a da, de nu m-a da, Peste noapte mi-i fura. „Vorba ceea: Pielea rea și răpănoasă, Ori o bate ori o lasă”. În 24 octombrie al anului 1877 Ion Creangă își datează „Povestea Poveștilor” (Povestea pulii). Text, licențios” (19), despre care Gabriel Liiceanu opiniază: „Boccaccio însuși ar fi pălit de invidie dacă ar fi putut să citească

această capodoperă a erotismului comic”. În decembrie 1877, Ion Creangă își exprimă tristețea într-o scrisoare către Mihai Eminescu care părăsise Iașul, pentru a se muta la București: „Dar coșcoame om ca mine, gândindu-se la acele vremuri, a început să plângă” (20). Este momentul în care apăruseră primele atacuri de epilepsie. La 7 iunie 1877 Ioan S. Ionescu relatează că în timp ce scria *Harap Alb*, Creangă primea primul concediu medical. Alte mărturii ale celor care l-au cunoscut îl descriu ca pe „un om de mare veselie pentru prietenii săi; și de multe ori Iașul întreg răsuna de glumele și poznele ce le stârnea el” (21). „Când ne aflam amândoi la Slănic, la tratament, ședeam amândoi în aceeasi odaie; tovărășia lui peste zi îmi era de o veselie nemai-pomenită; peste noapte era însă un chin; căci boala sa mai totdeauna noaptea îl apuca... (și din nou ziua) Creangă numai înceta cu frumoasele sale snoave, glume, istorii poznașe fel și chip, încât trecea timpul cu ele cât nici nu băgai de samă. Știa mii și mii de versuri populare, care de care frumoase și mai hazlii” (21). „Era simplu, prietenos nevoie mare cu copiii, îngăduitor și înțelegător la șolțicăriile noastre, veșnic cu un surâs înflorit pe buzele lui cărnoase și cu o vorbă de duh pentru acela care greșea ca și pentru acela ce izbutea să-l mulțumescă în îndeplinirea îndatoririlor școlărești” (22).

Despre bolile de care a suferit Ion Creangă. Ipoteze. Plecând de la datele biografice existente în legătură cu bolile de care a suferit și a decedat Ion Creangă, se pot emite mai multe ipoteze:

1. Ipoteza epilepsiei. Pentru această ipoteză pledează cele mai multe dintre relatările din epocă. Ziarul „*Curierul Capitalei*” anunța în 18 octombrie 1883 faptul că ar fi înțecat din viață, iar în 19 octombrie revine scriind: „Comunicăm că...a avut un atac de apoplexie, dar n-a murit” (16.10). Se vorbea pe atunci în Iași că „lui Creangă i-a murit moartea”. „Așa e boala asta...îi spunea el odată fiului său. Cred c’o să-și facă felul și-o să se ducă pe pustii. Și biata mama a avut-o și i-a trecut la urmă” (13.3). Gheorghe Ungureanu aduce ca argument faptul că mama sa era epileptică și că învățătorul Creangă a avut o astfel de criză în timpul orelor de clasă, sperându-i pe copii. George Călinescu, vorbește și el despre crizele de epilepsie, pe care Creangă le numea „pedepsie” sau „pedepsire”. Constantin Parascan relatează faptul că aceste crize debutează în anul 1877, în timp ce Creangă scria povestea „*Harap Alb*”. Este anul în care el solicită Ministerului un prim concediu medical. În acel an Ion Creangă împlinise 40 de ani. La o asemenea vârstă este foarte puțin probabil să poată debuta o epilepsie genuină, centrencefalică, cu componentă ereditară. Mult mai probabil crizele de care suferea, erau crize epileptice secundare unor alte maladii. Se exclude posibilitatea existenței



■ Referate

unei tumori canceroase cerebrale primitive sau metastatice, întrucât de la debutul maladiei comițiale, Creangă a mai trăit încă 13 ani. Nu poate fi exclusă însă existența unei tumori benigne; etiologie pe care cu greu am mai putea-o astăzi dovedi în absența unei autopsii. Asupra tratamentului crizelor epileptice de care suferea I. Creangă aflăm de la G. Călinescu (Ion Creangă, Viața și opera) pg.223. Acesta citează un articol din ziarul „Liberalul” intitulat „Avis foarte important” în care este vorba de un medic de la Berlin, numit Riebscläger, care făgăduia vindecarea epilepsiei prin altceva decât prin „bromural de potasiu”.

2. Ipoteza unor boli metabolice. Obezitatea și diabetul zaharat. În ultimii ani ai vieții sale Creangă devenise obez, era bulimic, bea foarte multă apă, transpira abundent. Băstiele sale roșii pe care le scotea din buzunar pentru a se șterge de sudoare, erau proverbiale. G. Panu citat de Constantin Parascan, pg.202 și-l amintește: „Scurt, gros și gras, cu figura și părul castaniu blond, cu gâtul scurt apoplectic și cu figura congestionată”. Stilul său de viață a fost din tinerețe și a rămas până la moarte unul parcă desprins din personajele din povestea sa „Harap Alb”. A fost un „Flămânzilă” și un „Setilă”. Iată cum îl descrie Călinescu: „Îmbuibarea sa e proverbială. Nu-și pierde vremea cu „zamo-reală”, ca „fârlifuşii de pe la târguri, crescuți în bumbac”, ci înghițea hâlpav ca un Flămânzilă o mămăligă întreagă, un crap întreg, bând o carafă de vin și o cofiță de apă”. „La masă Creangă nu mânca mai mult decât o oală de găluște făcute cu pasat de mei și cu bucăți de slănină, o găină friptă pe țigla de lemn și undită cu mujdei de usturoi, iar pe deasupra șindilea cu o strachină de plăcinte moldovenești, zise cu poalele în brâu, însă ca băutura el se mulțumea cu o cofiță de vin amestecat cu apă”. Pentru renumita sa poftă de mâncare Creangă era poreclit în Iași „Părintele Smântână”. În 16 iunie 1884 ziarul „Liberalul” din Iași publică un reportaj de N.A. Bogdan. Acesta se afla împreună cu Creangă la băi la Slănic-Moldova: „Părintele Smântână pătimește de boala moronilor, cântărește vre-o 95-98 de kilo, fără cortel și fără pălărie. Doctorul l-a asigurat că va scădea până la 80” (15.5). Într-o scrisoare către Eminescu, datată 31 decembrie 1880, Creangă scrie: „Aferim...Dar noi, adică Ienăchescu, Răceanu și alți mușterii pentru muncă și băutură bună, am tras un bairam de cel turcesc, cu vin grecesc de la Amira. Apoi ne-am dus afară din oraș și acolo pune-te din nou la masă! A doua zi la fel; de-abia a treia zi ne-am zburătăcit ca vrăbiile” (16.4). Fiul, Constantin Creangă, îi scria tatălui său din Viena pe 8 noiembrie 1880: „Tată! Boala dumitale are sau nu leac, aceasta nu ți-o pot spune nici doctorii. Dacă ții la viață și la rugămintele copilului tău, prezervă-te, schimbă-ți traiul, seleștete a asculta

sfaturile doctorilor de acolo, care pentru asemenea boale sunt tot atât de savanți ca și aceștia de aici” (16.5).

3. Ipoteza cardiovasculară. Hipertensiunea arterială, ateroscleroza cerebrală, insuficiența cardiacă. Pentru această ipoteză pledează obezitatea, dispneea de efort, faciesul congestionat.

Jean Bart (Eugeniu P. Botez), care i-a fost elev în clasa a II-a, îl descrie după 40 de ani: „Parcă îl văd la catedră: mare, gras, suflând greoi și deschiat la haina de șiac, tamponându-și mereu fruntea și părul bălan c-o batistă mare roșie popească” (16.7). Un alt elev al său, Grigore Gheorghiu, spune: „Era om greoi, limfatic și transpira des. Părea îmbătrânit de tot, la vârsta lui de atunci. Mergea încet și sufla greu” (16.8). Creangă își descria începutul atacului: „Vezi așa, îmi vine o amețelă la cap și parcă îmi iese un fum pe nas” (23).

4. Ipoteza alcoolismului complicat. Ioan S. Ionescu prieten și tipograf își amintește: „de felul lui cam lacom la mâncare și beaură, patimă care l-a vârat și în groapă”. „Creangă era și un mare băutor. Vinul îi plăcea, dar nu-l bea decât între prieteni, când se așeza la vorbă, sau la vre-o petrecere. El bea însă apă rece cu o sete nepotolită, câte o cofiță, două la o masă” (16.9). Tot Grig Alexandrescu în „Biografia lui Ion Creangă” îi descrie „fața gălbicioasă, obosită și slăbiciunea trupului, care tremura” (15.6).

5. Ipoteza „Creangă nevropat”. N. Țimiraș vorbește astfel despre Ion Creangă: „Firea lui Creangă era croită deosebit, uneori neînțeleasă și ciudată. În casă, între ai săi, de la aspră mânie trecea repede la vioișie, blândețe și bunătate îngerească. După însurătoarea lui Costache (fiul său) a ținut să dea unele lămuriri și povețe norei sale. Îmi pare rău, zicea el, că trebuie să-ți spun lucruri neplăcute. Băietul îmi cam seamănă mie, din păcate. Iar eu sunt un om bolnav, un nevropat cum s-ar zice. Și cum era convins că și Costache va fi lovit la rândul său de epilepsie, el adăuga pe un ton de dureroasă consolare: nu trebuie să te sperii, drăguță. Nevropați și epileptici au mai fost și alții, mai mari și mai puternici ca noi toți: așa a fost Cezar, așa a fost Napoleon...”. Urmează în aceeași carte pe contrapagină, o altă relatare referitoare la comportamentul „nevropat” al lui Creangă. „După cum înțeleg eu, coane Ionică și Napoleon ăsta a fost deștept... Auzindu-l, Creangă s-a congestionat teribil. Petrecerea s-a spart, risipită de furtună și bietul Enăchescu s-a strecurat pe ușă, rugându-se de iertare. Iar când a doua zi, când prietenul și-a făcut ca de obicei apariția, smerit și pocăit, Creangă nu știa cum să-l primescă mai bine și să-l îmbuneze: „Să nu te superi, Enăchescule, că tu știi cum sunt eu. Și să nu te mai îndoiești altădată de deșteptăciunea lui Napoleon!” (13.5).



6. Ipoteza personalității afective. Personalitate hipertimă, sau ciclotimie. G. Călinescu spune: „În iarna lui 1888, Creangă se porni iar la București împreună cu tipograful I.S. Ionescu, asociatul său. În tren după ce vorbi până la miezul nopții cu acea poftă nesecată, care îi era proprie, văzând că celălalt are gust de dormit, începu să cânte poește, zicând că-l apucase dorul de vremea când era diacon. Când slujba toată, începând cu utreniile, toaca întâia, slujba de dimineață și mormăi până la ziuă, ajungând la Buzău și la prohodul cel mare, în vreme ce tovarășul horcăia. Dar între cântări Creangă mâncase puii fripți și băuse trei sticle cu vin ale tovarășului. Când acesta, la ziuă, îl întrebă cum putuse mânca și cânta totodată, el răspunse cu acea veselie care-l mai zguduia din când în când:

„Apoi băiete, eu am făcut trei treburi deodată: am mâncat, am băut și am cântat; stai și ascultă, că acum încep cântările de la toaca a 2-a, slujbele, leturgia, deniile, botezurile, nunțile” (15.7).

Eduard Gruber, un psiholog ce l-a vizitat la bojdeucă pe Creangă, căuta în lucrările sale să explicitizeze stilistica pe baza „hiperesteziei și audiției colorate”. Acesta îl descrie pe criitor astfel: „Creangă este un puternic tip sensual și auditiv; când scrie el e foarte emoționat, acum râde singur, acum îi curg lacrimile în ochi, face mișcări involuntare, transpiră neîncetat și respiră greoi, ca și cum ar merge repede. Când scrie parcă aude fraza că i-o repeta cineva în urechi, apoi scrie și iar șterge, scrie și iar șterge, până ce fixează cuvintele și înțelesul frazei” (23.1). Pe la jumătatea lunii decembrie 1888, tipograful Ionescu l-a vizitat la bojdeucă. Eminescu murise în vară și Creangă își presimțea și el sfârșitul apropiindu-se. I se mărturisește acestuia: „Bre, se căi el, tare îmi pare rău că-s bolnav și mă tem c-am să mor și n-am să pot scrie anecdota cu moșu Haralambi și încă două trei ce le am în cap” (24).

Concluzii:

1. Probabil că Ion Creangă nu a suferit de o **epilepsie primară ci de una secundară**. Pentru această ipoteză pledează debutul relativ tardiv al crizelor; la vârsta de 40 de ani. Cauza neoplazică cerebrală a crizelor epileptice se exclude pentru că Ion Creangă a mai trăit încă 13 ani după debutul afecțiunii convulsivante. În acest sens, la solicitarea autorului prezentului articol făcută către Arhivele Naționale, Serviciul Județean Iași, am primit următorul răspuns scris (citată):

„Urmare a solicitării dumneavoastră adresată Serviciului Arhive Naționale Istorice Centrale, nr.8397/04.06.2010, înregistrată la noi sub nr.88850/11.06.2010, Vă aducem la cunoștință că, din cercetarea mai multor fonduri arhivistice: Școala primară de băieți nr.7,, Gh.Asachi”Iași (1893-

1948), Școala primară urbană de băieți nr.2 Păcurari(1897), Documente (1838-1890), Epitropia Generală a Casei Spitalelor,„Sf.Spiridon”Iași (1828-1948) s-a constatat că nu deținem documente medicale sau alte informații privitoare la boala lui Ion Creangă, din perioada când era institutor la Iași. În lucrarea „Ion Creangă: Documente”, ediție îngrijită de Gh.Ungureanu, se preciza că documentele din fondul Școala „Gh.Asachi” publicate în anul 1940, au fost distruse în timpul celui de-al doilea război” (25). Ipoteza unei tumori benigne meningo-cerebrale cauzatoare de crize convulsivante nu poate fi nici afirmată, nici infirmată; neexistând o descriere necroptică a creierului său. Aterosleroza cerebrală poate fi considerată o posibilă cauză a crizelor, dat fiind contextul dismetabolic și cardiovascular.

2. Patologia dismetabolică este evidentă. Din multiplele descrieri ale biografiilor săi, reiese faptul că Ion Creangă a fost o persoană gurmandă, bulimică și obeză. Cel mai probabil a suferit de diabet zaharat. Polifagia și polidipsia reprezintă dovada clinică peremptorie.

3. Creangă un mare băutor. Obiceiul de a consuma foarte des băuturi alcoolice, mai ales vin, dar și băuturi diluate i-a determinat o patologie somatică și i-a agravat-o pe cea psihică. Consumul exagerat a fost factorul ce a concurat la creșterea obezității, la apariția și agravarea diabetului zaharat, provocându-i și posibile afectări neurologice. Tremurul corpului și hipsudorația ar fi putut avea originea în acest abuz. Este posibil ca și crizele sale de tip epileptic să fi avut originea în excesele sale bahice, sau în eventuale perioade de sevraj. Sfârșitul său a fost grăbit în ziua din 31 decembrie 1889 de o libațiune prelungită. După unii autori el a decedat în urma unui crize epileptice, după alții (G. Călinescu), în urma unei congestii cerebrale. Ambele putând avea aceeași cauză: consumul exagerat de alcool

4. Boala cardiovasculară. A existat aproape sigur. O probabilă hipertensiune arterială, o cardiopatie ischemică, eventuale tulburări de ritm și de conducere și o insuficiență cardiacă. În favoarea ipotezei pledează faciesul congestiv, apoplectic, dispneea de efort. Stilul său de viață și de alimentație, consumul de vin, gurmanderia, obezitatea, o posibilă dislipidemie, un posibilul diabet zaharat au concurat la apariția și evoluția patologiei cardiovasculare. „Congestia cerebrală” pe care unii autori o invocă, ca fiind cauza decesului său, poate constitui încă un argument în favoarea acestei ipoteze.

5. Ipoteza nevrotică. Atributul de „nevropat” susținut de C. Țimiraș nu se poate argumenta (13.6). Creangă a fost un extravert, egosinton. Deprimările sale au fost reactive și de scurtă durată. Cu toate că s-a autocaracterizat ca fiind „un nevropat”, de fapt, în accepțiunea noastră de astăzi,



■ Referate

Creangă utiliza incorect acest termen. V. Predescu arată că termenul în cauză era la acea dată foarte utilizat în aproape toată psihopatologia (4.1).

6. Ipoteza Ion Creangă o personalitate hipertimă, este cea mai apropiată de adevărul biografic, literar și fiziopatologic. Pentru această ipoteză pledează faptul că din copilărie și până a închis ochii a fost un extravert, cu un comportament ludic și cu o veselie contagioasă. Un creator, cu multiple preocupări ideatice, un versificator prin asonanță, un logoreic uneori de nestăpânit, un om rapid iritabil. Posea o memorie prodigioasă a glumelor, poveștilor, cimiliturilor și versurilor cu care atrăgea auditoriul. Un mare iubitor de copii. Un foarte bun institutor. A fost implicat în multiple activități comerciale, politice, artistice și literare. Nu puține dintre preocupări sale au avut conținut erotic, „pe ulița mare”. Pasiunea pe care o pune în activitățile zilnice era de multe ori exagerată. Era lacom la mâncare și băutură, precum personajele din povestea sa „Harap Alb”; „Familă” și „Setilă”.

Concluzie finală

Ion Creangă a avut o personalitate cu evidente trăsături

afective hipertime, asociate unei inteligențe vii și unui ascuțit simț al umorului țărănesc. Faptul a făcut posibilă coexistența unei activități creatoare de excepție, ce i-a adus consacrarea în literatura română, cu a unor multiple neplăceri în viața de zi cu zi. O afectare psiho-somatică progresivă, finalizată printr-o patologie severă care i-a provocat sfârșitul.

Din informațiile luate de mine de la custodele Bojdeucii lui Creangă din Iași și de la ultimul exeget Constantin Parascan, se pare că nimeni nu a făcut o lucrare dedicată temei în cauză.

Păcat că arhivele de la Iași au ars la bombardamentele sovietice din primavara lui 1944. Acolo se găseau acele concedii medicale de care pomenește Constantin Timiraș că s-au eliberat în ultimii doi ani ai scriitorului de către acel medic evreu pe care nu am reușit să îl identific.

Bibliografie: cu 26 de repere se află la autor

* Dr. Mircea Drăgan, medic specialist psihiatru, Spitalul Municipal Ploiești. E-mail: mircea5252@yahoo.fr

Boală și simbol

■ Dr. Moldovan Csilla - Mădăraș-Ciuc



Rezumat: *Lucrarea încercă să stabilească corespondența între Boală și ceea ce simbolizează boala pentru om în diverse epoci istorice și în diverse culturi. Simbolul se naște din proiecția unor imagini arhetipale comune istoriei omenirii asupra bolii printr-un Rău, o pedeapsă decurgând din nerespectarea unor reguli sau angajamente față de o forță divină revindecătoare. În producerea bolii intervin forțe demonice, efectul unor astre, zeii și în ultima instanță Dumnezeu care pedepsește prin boală având și puterea de a ierta, vindecând. A trăi în lumea modernă nu înseamnă anihilarea arhetipurilor și ștergerea simbolurilor; chiar dacă azi avem explicația științifică asupra etiologiei bolii, aceasta nu exclude sâmburele de irațional care se ascunde în fiecare dintre noi și care ne copleșește când boala apare în viața noastră.*

Cuvinte cheie: –boală, rău, șaman, preot, arhetip, simbol, vindecare.

Rezumat: *Disease & Symbol. This paper tries to establish a correspondence between the disease and what it symbolizes for the human being in different historical eras and different cultures. A symbol is born out of the projection of archetypal images, commonly known to human society, of the disease as being something evil, the consequence of not obeying rules or arrangements established by a vengeful divine force. The outset of the disease can be influenced by demonic forces, the effect of celestial bodies, gods and in a final instance God, who has the power to heal and to forgive. Living in a modern world does not mean erasing these archetypal images and symbols, although we have a scientific explanation for the etiology of the disease, this explanation does not exclude the irrational idea that occurs to everyone of us when illness appears in our life. **Keywords:** disease, evil, shaman, priest, archetype, symbol, healing.*



În dialogul lui Platon cu Lysis se face o delimitare clară între boală și starea de sănătate:

- Sănătatea este un prieten sau nu?
- Este un prieten!
- Iar boala este un dușman?
- Fără îndoială!

Îndrăgim și iubim binele din pricina răului, pentru că binele este un leac împotriva răului iar răul este boala. (1)

Omul se situează la mijloc între rău și bine. Două lumi care se intersectează mereu. Două lumi care se regăsesc în însăși natura umană. Prinși între rău și bine, tânjim mereu după bine căci răul e umbra care ne apasă și ne distruge. Așa cum binele e limanul liniștit pe care arareori îl putem atinge.

Boala este răul care ne poate vătăma și ucide. Este întuneric, suferință și distrugere.

Năvălește și mușcă din corpul nostru. Parcă vine din afară, străină și necruțătoare ne ia în stăpânire mintea, se încuibază în adâncuri, stârnește teama.

Spaima de necunoscut nu mai cade pe oceanul nesfârșit al fenomenelor exterioare omului ci pe ideea de om (2) și pe răul din interior care compromite imaginea pe care și a făcut-o omul despre sine. Ideea de om, intuită și trăită de fiecare dintre noi, corespunde unei imagini antropologice care nu include și boala căci boala și moartea duc la anihilarea ființei umane.

Mintea omenească este tributară realității cotidiene, ceea ce nu exclude posibilitatea invadării ei de conținuturi din alte dimensiuni ale existenței. Când închidem ochii mintea noastră poate fi invadată de imagini arhetipale, viziuni și experiențe care descriu diferite aspecte ale regnului vegetal sau animal. Stanislav Grof denuște această stare de conștiință stare holotropă, ceea ce înseamnă orientare spre întregire (din grecescul holos întreg și terpein deplasare spre). (3)

Culturile primitive foloseau transa, care era o stare de conștiință modificată o stare holotropă pentru vizualizarea forțelor care produceau boala. Transa era indusă de folosirea tobelor, incantații, dansuri ritmice, izolare în peșteri privarea de somn, deshidratarea, chiar sângerarea, precum și de folosirea rituală a plantelor și substanțelor psihedelice. Reintegrarea bolnavului în lumea spiritelor a jucat un rol important în vindecare. Pe lutul din peștera Tuc d'Audoubert sunt urme de pași circulari în jurul a două efigii de bizon, sugerând că cei ce locuiau acolo foloseau dansul ritual pentru a atinge o stare de conștiință modificată care facilita accesul la spiritele animalelor care îi ajutau la vânătoare și probabil vindecau și boli. Altarele de animale găsite

în grottele din Elveția și sudul Germaniei sugerează existența șamanismului, cel mai vechi sistem spiritual și artă de vindecare a umanității. Originile șamanismului pot fi urmărite astfel până la un cult neanderthalian sau și mai vechi, al ursului cavelnelor. (3)

Șamanismul are un caracter universal. Șamanul aparține atât lumii reale cât și unei alte lumi imaginare care transcende rasa, sexul și timpul istoric. O legendă a buriatilor spune că zeii Tangrii au hotărât să dăruiască oamenilor un șaman care să lupte cu boala și moartea aduse pe lume de spirite rele. Ei au trimis pe Pământ Vulturul care s-a îndrăgostit de o femeie cu care a zămislit un fiu care a devenit primul Șaman.

Carierea șamanului începe cu o involuntară stare vizionară pe care antropologii o numesc „boală șamanică”, menționată de S.Grof sub denumirea de criză șamanică și considerată o criză spontană psihospirituală. Eliade descrie extazul de tip șamanic, cele două noțiuni fiind quasi-similare Extazul de tip șamanic pare atestat din paleolitic. Acesta implică credința într-un suflet capabil să părăsească trupul și să călătorească singur în lume, să întâlnească Ființe Supraumane și să le ceară ajutorul. Extazul șamanic implică pe lângă posibilitatea de a poseda, adică de a pătrunde în corpurile oamenilor, și pe aceea de a fi posedat de către sufletul unui mort sau al unui animal, de către un spirit sau un zeu. (4)

Criza înseamnă suferință, viitorul șaman trece prin boală și moarte. Se întâlnește cu demoni care îl atacă este rupt în bucăți dezmembrat, moare și reînvie alt om la sfârșitul inițierii. Nu întodeauna șamanii sunt oameni sănătoși; uneori sunt infirmi sau prezintă boli psihice. În timpul călătoriei în lumea de dincolo, novicele se tămăduiește deseori de tulburări emoționale psihosomatice, chiar vizibile. (3)

Când omul era doar un animal slab și despuat în fața forțelor Naturii și-a creat simboluri mistice prin care se putea identifica cu animalele puternice, devenind frate cu lupul, cu șarpele sau cu ursul cavelnelor. Totemul reprezintă în primul rând solidaritatea mistică dintre animal și vânator, dar fără îndoială fratele animal ajută și în caz de boală. Atunci când vindecă, șamanii realizează o legătură puternică cu forțele Naturii și cu animalele, atât în forma lor naturală cât și în versiunile arhetipale, spirite animale sau animale ale puterii.

Culturile primitive mai păstrează încă tehnicile și procedurile șamanice. Psihologul și antropologul Alberto Villoldo descrie animalele de putere ale poporului Laika. Ei sunt atât de conectați la lumea animală încât adesea iau ca pseudonim numele unui animal. Caută să se asocieze cu ener-



■ Referate

giile animalului respectiv pentru a-i folosi puterea în actul vindecării. (5) Animalele de putere ale poporului Laika sunt șarpele, vulturul, jaguarul și pasărea-colibri.

Simbolismul șarpelui are rădăcini profunde; este o imagine arhetipală cu sensuri diferite în funcție de cultură: șarpele Kundalini, șarpele Muchalinda, Șarpele cu Pene. Dar șarpele este un arhetip universal; reprezintă cunoașterea, sexualitatea, puterea vindecătoare a naturii. Șerpii au și o conotație falică sau semnifică o amenințare iminentă cu moartea. Totuși au putere vindecătoare, mărturie stând caduceul care datează din Grecia antică și este simbolul medicilor.

Epoca modernă redescoperă simbolismul animal legat de imagini arhetipale născute din Inconștientul colectiv. În „Semne și Simboluri” boala și vindecarea sunt asociate unor animale. Calul alb al Apocalipsei aduce ciuma. Celții atribuie câinelui puteri vindecătoare; la fel și grecii care l-au asociat cu Aesculap. (6)

Imaginea șamanului (medizinnmann), care comunică cu spiritele și are puteri magice, e atât de adânc înrădăcinată în gândirea unor popoare primitive încât ei presupun existența animalelor care vindecă. Poporul achumavec din Nordul Californiei face diferență între coiotul obișnuit și coitul tămăduitor cu puteri vindecătoare. (7)

Reprezentarea zoomorfă a zeilor apare și în mitologia popoarelor antice. Sekhmet - zeița egipteană - are trăsături de femeie dar și de animal (leu). Natura ei este dualistă crudă și distrugătoare. Fiică al lui Ra, cunoscută și sub numele de Ochiul lui Ra, ea pedepsește dușmanii zeului Soare, dar în același timp are și o latură blândă, protectoare. Sekhmet este zeița ocrotitoare a femeilor suferinde. Seth este o figură negativă în panteonul zeilor egipteni. Seth era răspunzător de declanșarea unor epidemii, lui i se jertfeau porci, animale disprețuite în Egipt.

Majoritatea popoarelor antice credeau că omul se naște perfect sănătos, boala apărând datorită unor cauze externe. Boala era atribuită unor forțe obscure, malefice dar de natură divină: demoni și vrăjitori

C. G. Jung consideră că una dintre cele mai vechi imagini arhetipale este demonul care subjugă omul prin puterea lui magică. Acest arhetip se situează pe cele mai vechi și inferioare trepte ale noțiunii de Dumnezeu. Vrăjitorul și Demonul sunt personaje mitologice care corespund sentimentelor „inumane” care invadează sufletul bolnavului. (7)

Un document akadian identifică bolile prin numele demonilor care îi transmit. Aici apare Lilitu - demon răspunzător de răceală și influență. Demonologia iudaică vorbește despre Lilith care suge sângele femeilor gravide și se hrănește cu măduva pruncilor.

Lilith a fost prima soție al lui Adam dar nu era supusă și ascultătoare ea voia să fie egală cu bărbatul; l-a părăsit pe Adam, refugiindu-se lângă Marea Roșie, unde a devenit amanta demonilor zămislind 100 de copii. Dumnezeu și-a trimis îngerii după Lilith ca să o readucă în Grădina Edenului, numai că ea, mândră, a refuzat să se întoarcă. Atunci Dumnezeu i-a luat copiii. În nemărginita ei durere Lilith a devenit un demon al nopții.

Texte apocrife evreiești, dar și Biblia, vorbesc despre Lilith. În prorocirea lui Isaia despre pustiirea Edomului, (Isaia 34:14), se spune:

“Fiarele din pustiu se vor întâlni acolo cu caii sălbatici și țapi pârșoși, se vor chema unii pe alții. Acolo își va avea locuința năluca nopții și își va găsi un loc de odihnă.”

Puterea demonică a lui Lilith a supraviețuit până în mileniul I după Hristos. Pe ușile caselor se scria Lilith abi! Lilith pleacă! După conciliul de la Nicea 325 d.Hr. s-a răspândit ideea că Lilith e aducătoarea nenorocului în familie prin infectarea bărbaților cu boli rușinoase.

În opera sa „Hieronymus din Cardia”, Horațiu o denumește pe Lilith: Lamia. Dar lamiile sunt cunoscute în Grecia antică, ca entități demonice care sug sângele bărbaților și al copiilor.

Lamia a fost regina Libiei; de o frumusețe rară. Ea l-a sedus pe Zeus. Hera, mereu geloasa soție al lui Zeus, a transformat-o în spectru și i-a luat copiii. Drept răzbunare, Lamia răpea copiii nenăscuți din pântecul mamelor. Pentru a se apăra de vraja ei femeile însărcinate trăgeau un cerc în jurul patului. (8) Lamia este cunoscută și de popoarele latino-americane sub numele de La Ilorona –Cea care plânge.

La Ilorona este o veche legendă hispanică răspândită și în Mexic, Puerto-Rico și America Centrală. Este povestea unei femei frumoase care, decepționată de bărbatul pe care îl iubea, într-un moment de deznădejde, își înecă copiii în râu, ca după aceea să îi caute, plângând o veșnicie și luând cu ea -spune legenda -copiii pe care îi întâlnește singuri pe malul râului.

Aceste figuri mitice, jumătate demon - jumătate femeie, reprezintă aspectele ambivalente ale arhetipului matern cu predominanța simbolurilor negative. Ele devin înspăimântătoare, ascunse, stârnesc angoasa, își ademenesc victimele în moarte și nu este nici o scăpare în fața puterii lor malefice.

Sergiu Al-George consideră arhetipul „nucleul formulei sau formulei absolute” a cărei magie este transfigurarea lumii. Eliade reunește două sensuri în noțiunea de arhetip: arhetip ca noțiune preformativă din inconștientul colectiv și arhetipul ca model formativ precosmic și cosmic. (9)



Luna este, după Jung, un simbol al arhetipului matern; totodată ea este un simbol al duratei, al trecerii de la viață la moarte, este un astru familiar dar rece, ancorat în universul nostru. Luna este asociată neanitzării tocmai prin latura ascunsă și dezintegratoare a feminității pe care o reprezintă, însă nu în toate religiile antice. La canaaniti și babilonieni Luna este un zeu dur și răzbunător și oamenii trebuie să se ferească de puterea malefică a razelor sale.

Luna este un astru cu puteri magice. Lumina lunii era considerată în antichitate răspunzătoare de apariția leprei. Luna este în legătură directă sau, în unele mitologii, indirectă cu producerea epilepsiei. Conform textelor medicale și magice din vechiul Egipt, Zeul canaanit al lunii provoacă leziuni cutanate care par a fi lepră. În Babilon se perpetuează credința potrivit căreia luna are efect asupra pielii. Zeul lună Sin sau Si-Nu-Ri îi pedepsește pe cei care îl ofensează provocând leziuni cutanate. Cel atins de mâna lui Sin trebuie să realizeze un ritual invocând numele lui Sin. Textele babiloniene afirmă că atât epilepsia (bennu) cât și lepra (epqu) este adusă oamenilor de Enlil.

Tratatul medical „Mâna lui Sin” oferă câteva ipoteze inedite asupra etiologiei leprei și epilepsiei la adulți și la sugari. Razele lunii, când e lună plină, favorizează apariția bolilor de piele dar și orbirea este posibilă. Noaptea fără lună sau luna nouă favorizează acțiunea demonilor cauzatori ai epilepsiei. Legătura dintre boală și lună este indirectă; când luna nu e vizibilă spiritele morților devin active. Bennu, demonul vinovat de epilepsie, în acest context acționează indirect - zeul lună nefiind prezent își trimite mesagerul.(10)

Neo-Asirienii considerau că dacă concepția s-a produs în timpul eclipsei de lună copilul care se naște va fi bolnav de epilepsie. Grecii credeau că dinamica bolii este în strânsă legătură cu fazele lunii, boala manifestându-se cu deosebire la începutul și sfârșitul ciclului lunar. Din acest motiv, târgul de sclavi se organiza când era lună plină, când crizele epileptice - credeau ei - se manifestă mai des și boala putea fi recunoscută. Prin descoperirea gravitației, Isaac Newton a menținut ideea potrivit căreia crizele epileptice sunt mai frecvente când e Lună Nouă sau Lună Plină. În etiologia epilepsiei un important loc l-a ocupat ideea legăturii dintre influențele lunare și atracția planetelor, ilustrată prin opere ca „De Imperio Solis ac Lunae”-Richard Mead, 1704, plagiat de Mesmer în 1766. (10)

Potrivit superstiției evreiești, așa cum este arătat în Talmud și Midrash, „Dacă cineva stă gol în lumina unei candelă devine nikhape-epileptic sau dacă cineva va sta gol în lumina lunii sau a unei candelă își va pune serios sănătatea în pericol”. (11)

Din credințele iudaice și convingerile creștinismului timpu-

riu apare controversa asupra etiologiei epilepsiei. Origene respinge ideea potrivit căreia epilepsia este influențată de lună și își are originea în creier (sic). „Noi care credem în Scriptură suntem de părere că această boală este lucrarea unui spirit necurat” (12) se referă la Evanghelia lui Matei (capitolul 17:14-18-Vindecarea epilepticului).

Vechiul Testament atribuie caractere antropomorfe Dumnezeului lui Avraam -

lahve este uneori aproape uman. El este capabil de milă, bucurie, ură, răzbunare, dar și de iertare. Totuși, cum spune M Eliade, „Violența lui lahve sparge cadrele antropomorfe. Furia sa se dovedește atât de irațională încât s-a putut vorbi despre demonismul lui lahve”

lahve este conceput ca totalitatea absolută a realului - o sumă a contrariilor. Cel căzut în disgrăție este pedepsit așa cum se întâmplă cu Saul: „Duhul lui lahve s-a îndepărtat de la Saul și un duh rău venind de la lahve îl înfricoșă” (Samuel 16:14). Neliniștea lui Saul, nebunia lui împinsă până la paranoia, este boala dată de lahve pentru neascultare (el nu l-a ucis pe regele amaleciților așa cum i-a poruncit Dumnezeu). Pentru israeliți, lahve este stăpânul bolii și al vindecării; acest fapt este o certitudine biblică. În Israel relațiile cu boala sunt monopolul exclusiv a lui lahve. Indiferent de tratamentele umane, în boala sa omul îl întâlnește pe Dumnezeu care îi dă, mediat sau nemediat, boala sau vindecarea. Așa se întâmplă și cu Iov, lovit de Dumnezeu cu multe nenorociri și probabil și de lepră: „corpul lui s-a umplut de bube.” Necazurile lui Iov continuă până în momentul în care el recunoaște vina lui față de lahve și anume faptul că nu a înțeles că indiferent de modul în care trăiește soarta lui depinde de voința divină.

Monopolul lui lahve asupra bolii se confirmă în contextul alianței între lahve și poporul său. Acest monopol e atestat în cartea Leviticului, cea de a treia carte a Pentateuhului. Evreii o numesc Waiqra (și El a chemat) sau, după conținut, Torat Hacohanim (Legea preoților) sau Torat Hacorbanot (Legea jertfelor), în Septuaginta, Levitikon - după numele lui Levi fiul lui Iacob și părintele tribului sacerdotal, în Israel. lahve nu pare deloc milostiv și îngăduitor cu cei ce păcătuiesc împotriva lui. Pentru supuși condiția sine qua non a participării la viața comunității și la cultul sfânt este puritatea. Iar puritatea este formulată ca sănătate: Salom, reprezentând integritatea fizică și psihică a celor cu drept de participare la viața comunității. Este pur doar cel care respectă Legea, cel infirm sau suferind de anumite boli este impur pentru că a păcătuit și este obiectul justiției retributive a lui lahve. Lepra era probabil boala cea mai de temut din antichitate. Leprosul este izgonit în afara comunității



umblă cu capul gol, cu hainele rupte la piept, învelit până peste bărbie și strigând la vederea unui om : tame, tame (necurat). Termenul de necurat numește la evrei și alte boli cum ar fi: Zohb-scurgeri, aici intrând probabil gonoreea și o mulțime de stări fiziologice cum ar fi: lăuzia sau menstruația la femeie.

Sub influența dualismului iranian, se conturează figura lui Satan. Este vorba de un dualism atenuat pentru că Satan nu coexistă de la început cu Dumnezeu și nu este veșnic, așa cum nici boala nu este veșnică. Probabil că Satan este produsul unei sciziuni a imaginii arhaice a lui Iahve. Oricum, figura lui Satan este o încarnare a Răului și va juca un rol considerabil și în istoria creștinismului (4).

Ideea că boala este o pedeapsă divină se perpetuează și în Noul Testament. Boala este considerată consecință a păcatului original (Romani 5:12, Matei 9:1-5) sau și aici se mai observă reminescentele nerespectării alianței cu Dumnezeu, o consecință a neascultării (Galateni 6:8).

Epilepsia și Lepra rămân boli de temut și pentru poporul Noului Testament, dar se schimbă atitudinea față de cei ce suferă de această boală. În timp ce mândrosul Iahve poruncește alungarea lor din sânul comunității religioase, Iisus îi tămăduiește și îi redă credinței. "El tămăduia orice boală și neputință care era în norod" (Matei 4:23). Noroade întregi se apropiau de El, având cu ele șchiopi, orbi, muți, ciungi și alți bolnavi pe care i-au pus la picioarele lui și El i-a tămăduit" (Matei 15:30).

Epilepsia este considerată o boală provocată de Satan, o posesiune. Influența lunii în etiologia ei scade considerabil. Evanghelia lui Matei, capitolul 17:14-18, povestește izgonirea demonului din corpul unui epileptic, adus de tatăl lui în fața lui Iisus cu rugămintea de a-l vindeca: „Doamne ai milă de fiul meu care este un epileptic și suferă teribil, des cade în foc, des cade în apă. Iisus a spus: aduceți-l în fața mea și demonul a ieșit din el și el a fost vindecat pe loc.”

Lepa era una din maladiile specifice ale antichității; era boala unui destin individual, cum afirmă Eliade în *Fragmentarium*; totodată îl citează pe Karl Sudhoff (1853-1938) care consideră că fiecare epocă este caracterizată de o boală specifică, o boală structurală.

Ciuma este boala Evului Mediu, relevând o concepție sumbră asupra existenței. Moartea Neagră, care seceră copii, bătrâni și tineri deopotrivă, simbolizează o uriașă ispășire colectivă. Nu există o strategie de apărare în fața bolii, reacțiile diferă mergând de la isteria lepădării de păcate și pocăință colectivă până la izolarea într-un așezământ ferit, în așteptarea trecerii urgiei, așa cum se întâmplă în Decameronul lui Boccaccio.

Renașterea este eliberarea de întunericul Evului Mediu. Fețele Păcatului se estompează. Omul vrea să profite de plenitudinea existenței. Morala devine mai lejeră. Iubirea e artă și cult, iar curtezanele îi devin preotese. Sifilisul devine simbolul libertinajului și boala Renașterii. Pe undeva însă este și ea o formă a pedepsei divine, a ispășirii de păcat.

Tuberculoza este boala romantismului. Inspiră muzicieni și scriitori, naște capodopere. Dar este boala maselor, a sărăciei și a deznădejdii sociale.

Epoca modernă este tributară cancerului. Simbol al dezintegrității și anihilării degradante, reprezintă întâlnirea omului modern cu Iraționalul. Denumirea provine din grecescul Karkinos/clește. Cancerul este o proliferare necontrolată de celule, este sinonimul răului cuibărit în interiorul propriului trup.

Temerile omului modern recreează arhetipurile din istoria timpurie a omenirii. Stanislav Grof consideră arhetipurile, principii primordiale atemporale; tendința de a interpreta lumea în termenii principiilor arhetipale apare în mitologie când zeii pot lua forma arhetipurilor. (3)

În acest context, putem considera simbolistica bolii ca o formulare arhetipală a unei dimensiuni invizibile a realității - răul demonic - care scapă științei materialiste, dar există în sufletul nostru ca o perpetuare a imaginilor ancestrale, cuprinse în inconștientul colectiv.

Lucrările lui Shinoda Bolen (1984, 1989 și Campbell 1972) sugerează că propriul nostru comportament și caracteristicile personale reflectă dinamica unor puternice principii arhetipale și că transpunem în viața de fiecare zi teme arhetipale. (3)

Oameni moderni, acceptăm concepțiile științifice ale medicinei despre etiologia și patologia bolii. Există însă un principiu al sincronicității descris de Jung, un principiu acausal de conectare, care se referă la coincidențe semnificative între diferite evenimente exterioare (cum ar fi și boala), conectate semnificativ cu experiențe interioare: vise, fantezii și simboluri. (3)

Apelând la partea ascunsă a sufletului omenesc, pare că înțelegem cum se proiectează conținuturile arhetipale ancestrale asupra unui Rău venit din afară, cum acest rău, Boala, este transformat în Simbol care își păstrează valențele chiar și în contextul modernismului epocii pe care o trăim.

Bibliografie: *cu cele 12 de repere se află la autor



Este medicul care și-a dezvăluit public sponsorizarea de la o firmă de medicamente (conflictul de interese) exonerat de responsabilitatea de a urmări doar interesele pacientului?

Is the doctor who made a disclosure about being paid by a medical company (conflict of interests) exonerated of his responsibility of acting only for the best patient's interest?

■ Dr. Almos Trif - S.U.A.



Abstract: Prompted by some very recent articles from the mass-media and medical journals, the author focuses on the payments made by the medical companies to the medical doctors, and the way these payments distort the way of medical practice, making it very expensive. It is shown that, however beneficial, the disclosure of conflict of interest made by the doctor is far from being perfect, and some mechanisms explaining its perverse effects are described. Some principles of bioethics which may be infringed in such transactions are mentioned. It appears that American Administration wants to impose the disclosure from the medical companies who paid doctors, exactly the amounts paid for conferences consulting, travel and entertainment, making the CEOs responsible for the veracity of the disclosure.

Key words: conflict of interests; practicing a different medicine; disclosure made by medical doctor and by companies; patient's best interest; strategic exaggeration; moral self-indulgence; potential perverse effect of disclosure; insinuation anxiety

Rezumat: Pornind de la unele articole publicate în mass-media și în jurnale medicale, autorul se concentrează asupra plăților făcute medicilor de companiile medicale, arătând cum aceste plăți distorsionează modalitățile practicii medicale, făcând-o foarte scumpă. Se arată că deși este benefică, dezvăluirea făcută de medic a conflictelor de interese este departe de a fi perfectă și se descriu câteva mecanisme prin care aceasta își manifestă efectele perverse. Se menționează câteva din principiile bioeticii care ar putea fi încălcate prin asemenea tranzacții. Se pare că Administrația Americană vrea să impună companiilor care i-au plătit pe medici să dezvăluie exact sumele plătite pentru conferințe, consulting, călătorii și distracții, iar șefii executivi vor fi responsabili pentru acuratețea dezvăluirii.

Cuvinte cheie: conflicte de interes; practicarea unui alt fel de medicină; dezvăluirea făcută de medic și de către companiile medicale; interesele pacientului; exagerare strategică; auto-îndreptățire morală; efectele potențial perverse ale dezvăluirii; anxietate de insinuare.

În lumea medicală a existat și încă persistă falsă idee că orice dezvăluire făcută public și documentată poate contracara - ca un fel de tratament - orice conflict de interese, fie el financiar sau nu.

Echipe de investigatori, lucrând pentru faimosul jurnal

New York Times, au facut studii asupra conflictelor de interese, pe care le-au publicat, iar datele publicate au fost ulterior confirmate și de alții. Statisticile lor arată că aproape un sfert din medicii americani sunt plătiți în numerar de către companiile care fabrică medicamente sau instru-



■ Referate

mente medicale și că aproape o treime din medicii practicieni americani acceptă cu regularitate cadouri sub formă de produse comestibile, incluzând mesele de cină pentru ei înșiși și prânzuri la restaurante pentru personalul lor ajutător. (1)

Datele prezentate de New York Times arată că sumele plătite anual medicilor pentru a sfătui pe alți medici și a ține conferințe de promovare a unor produse se ridică la sute și chiar mii de milioane de dolari. Autorii studiului afirmă cu claritate că asemenea plăți pot influența deciziile de tratament făcute de medici și pot crește enorm prețurile din îngrijirea sănătății, prin încurajarea folosirii medicamentelor și materialelor celor mai scumpe. (1)

Pe de altă parte N.Y. Times relevă faptul că medicii care iau bani de la companiile de medicamente practică UN ALT FEL DE MEDICINĂ decât cei care nu iau bani, prin faptul că sunt gata să prescrie medicamentele într-un mod mai riscant sau chiar într-un mod neaprobat de practica medicală standard, ca de exemplu prescriind anti-psihotice puternice la copii. (1)

Recentul scandal din România, legat de folosirea unui anumit produs de insulină într-o faimoasă cetate universitară, ne face să remarcăm faptul că și în practica medicală românească are tendința să se încetățenească o anumită atitudine, ce pare a zice: „Dacă v-am spus că sunt consultant la firma X, pentru ce vă mai mirați că recomand doar medicamentele fabricate de ei?!”

La prima vedere, unii ar putea să admită chiar că omul ar putea avea dreptate – ne-a dezvăluit faptul că primește avantaje, *ergo* și-a câștigat dreptul să acționeze conform unui bias (să fie părtinitor, să-și folosească prejudecățile conform intereselor personale).

Din fericire însă, acest lucru este acceptabil numai pentru cel ce se arată părtinitor pe durata unei prezentări cu durata de 50 de minute, unde cineva poate lăuda fără limite folosirea medicamentului, expunându-se doar la riscul de a fi ridiculizat de cineva din auditoriu care e mai experimentat. Altminteri folosirea părtinitoare în practica medicală a unor produse care nu se dovedesc folositoare sau, din contră (au mai multe efecte negative decât pozitive) se pedepsește conform legilor de malpraxis. (2)

În Statele Unite ale Americii există un document intitulat **The Accountable Care Act to improve quality of care for people with Medicare** (asistența medicală a celor peste 65 de ani), care impune o largă gamă de dezvăluiri pentru medici, iar majoritatea jurnalelor medicale cere autorilor să dezvăluie posibilele conflicte de interese. Cu toate acestea, din cauză că relațiile medicilor cu industria de medicamente pot fi mai mult sau mai puțin avantajoase, regulile nu pot

fi impuse cu ușurință. (3)

Se pune de asemenea întrebarea: **Poate o dezvăluire – oricât de detaliată ar fi – să corecteze toate problemele ce derivă din faptul că medicul pune interesele sale financiare mai presus decât interesele pacientului?**

Faptul că cineva vine cu o dezvăluire e, de obicei, bine primit de public, care consideră dezvăluirea benefică, dar simpla semnalare a unei potențiale probleme generate de conflictele de interes nu trebuie să ne facă să uităm că există și alte rezolvări, mai complexe, ale problemei în sine.

Eu personal am mari probleme când estimez BENEVOLENȚA medicului care recomandă numai medicamentele produse de firma care îl stimulează financiar sau în altfel, chiar dacă nu există suspiciuni despre BENEFIENȚA tratamentului în sine, ca un principiu al bioeticii. (4) (5)

De asemenea, eu, ca și alții, cred că dezvăluirea, deși benefică, poate avea unele „efecte secundare”, deoarece medicul care face dezvăluirea încearcă un soi de satisfacție morală, ba chiar de laudă de sine. Ca o consecință, el se va simți în largul lui atunci când dă sfaturi părtinitoare, de parcă și-ar exercita un drept legitim câștigat, nemaigândindu-se că astfel lezează interesele pacientului.

Dupa o asemenea “spovedanie publică”, medicii sponsorizați de firmele de medicamente se simt îndreptățiți să dea numai sfaturile sugerate de cei care îi plătesc. Parcă îi și aud spunând: „E formă de capitalism la mijloc, profitul e important și, la urma-urmei, e legal, deoarece am făcut dezvăluirea necesară, recomandată și apreciată.”

Lowenstein, Sah & Cain (2012) descriu **două mecanisme** prin care dezvăluirea îi face pe medici să dea sfaturi părtinitoare:

- Primul ar fi EXAGERAREA STRATEGICĂ (Tendința de a da mai multe date pozitive despre produsul favorit, pentru a contracara neîncrederea anticipată).
- Al doilea ar fi AUTOÎNDREPTĂȚIREA MORALĂ (sentimentul adesea inconștient că sfatul părtinitor este justificabil deoarece cel care primește sfatul a fost avizat). (6)

De asemenea, Cain & Lowenstein (2005), care au publicat inclusiv studii experimentale folosind jocul de roluri, anume cele de SFĂTUITOR și de ESTIMATOR, observând că atunci când cineva își dezvăluie conflictul de interese, tendința de a fi părtinitor este consistent mai mare.

Alte studii făcute de Lowenstein, Sah & Cain, focalizate pe relația medic – pacient, au studiat alt efect potențial pervers al dezvăluirii. Se pare că, chiar și atunci când dezvăluirea făcută diminuează încrederea în sfatul propriuzis, aceasta poate crește presiunea asupra pacientului de a urma acest sfat. (7)

Ei mai descriu un mecanism pe care îl numesc ANXIE-



TATE DE INSINUARE, referindu-se la un pacient care refuză sfatul medicului curant de a se înscrie într-un studiu (trial clinic). (8)

De ce ar refuza un pacient să se înroleze într-un studiu clinic care testează un medicament nou? Poate pentru simplul fapt că pacientul e mulțumit cu tratamentul pe care îl primește deja în prezent. Poate pentru că nu vrea să riște să fie distribuit în ramura de placebo a studiului, care utilizează terapia standard, de care el se bucură deja. Practic, refuzând recomandarea medicului curant, pacientul își exercită AUTONOMIA, un alt important principiu al bioeticii. (4) (5)

Cu toate acestea, dacă înainte de a sugera pacientului să se înroleze în studiu, medicul a făcut o anume dezvăluire (afirmând de exemplu că el primește o mică suma pentru fiecare pacient pe care îl trimite), pacientul ar putea avea temerea ca medicul va interpreta refuzul său ca pe o voalată acuzație de corupție. În acest fel, deși dezvăluirea va reduce încrederea în sfatul medicului (indiferent dacă e partinitor sau nu), în același timp va crește presiunea de a urma sfatul medicului curant, datorită fricii de a nu părea lipsit de încredere față de el. (8)

Dezvăluirea are părțile ei bune, deoarece pacientul are dreptul să știe dacă medicul său primește beneficii financiare pentru că prescrie un anume medicament, ori va primi alte stimulente dacă pacientul va face anumite analize, teste sau proceduri.

Actuala Administrație a S.U.A. merge și mai departe cu noul proiect de lege a sănătății, cerând companiilor de medicamente să facă dezvăluirile necesare despre plățile făcute medicilor pentru cercetare, consulting, conferințe publice, călătorii, inclusiv pentru distracții oferite gratuit. În noul proiect de lege companiile de medicamente, care plătesc medicii dar NU FAC NECESARA DEZVĂLUIRE, vor fi amendate cu 10.000 dolari pentru fiecare plată neraportată. (1)

Directorii executivi ai companiilor devin personal responsabili prin paradigma „*respondeat superior*”, fiind obligați să ateste acuratețea fiecărei raportări (1) (2).

Se urmărește astfel ca dezvăluirile făcute de firmele de medicamente să aibă un impact mai mare decât dezvăluirile făcute de medici, așa încât medicii vor lua deciziile terapeutice urmărind **interesul pacientului**, indiferent de compensațiile financiare.

Ar fi interesant să se faca un sondaj de opinie pe teme mai sus menționate cu medicii din România care primesc sponsorizări de la firmele de medicamente. Eu personal nu cred că firmele ce activează aici vor dezvălui vreodată cui și câți bani au plătit și de ce unii s-au bucurat de privilegiile materiale promovând noile medicații.

References

1. (2012) Robert Pear - U.S. to force Drugs Firms to Report Money Paid to Doctors. <http://nytimes.com/2012/01/17/health/policy/us-to-tell-drug-makers-to-disclose-payments-to-doctors>
2. (2001) Trif, A. B., Astarastoe, V.- “Responsabilitatea juridica medicala in România” – Polirom publishers, Collection BIOS, Iasi, Cap. Malpractica
3. U.S. Department of Health & Human Services, HHS Press Office: FOR IMMEDIATE RELEASE March 31, 2011 - Affordable Care Act to improve quality of care for people with Medicare - Proposal for Accountable Care Organizations will help better coordinate care, lower costs: <http://www.hhs.gov/news/press/2011pres/03/20110331a.html>
4. (1994) Beauchamp, Tom L., Childress, James F. Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, Chaps. 3 - 6
5. (2000) Trif, A. B. - The principles of Bioethics, Bull. Rom. Balint Association, vol.2, nr.8, Dec. 2000, pp. 9-11
6. (2012) Loewenstein G, Sah S, Cain DM, - The Unintended Consequences of Conflict of Interest Disclosure JAMA, February 15, 2012—Vol 307, No. 7, pp. 669-670
7. (2005) Cain DM, Loewenstein G, Moore DA. - The dirt on coming clean: perverse effects of disclosing conflicts of interest. J Legal Stud. 2005;34(1):1-25.
8. (2011) Loewenstein G, Cain DM, Sah S. - The limits of transparency: pitfalls and potential of disclosing conflicts of interest. AER Papers Proc. 2011;101(3):423-428.



Teme actuale în cercetarea psihosomatică

(prezentate în cadrul lucrărilor celui de-al XXI-lea Congres de Medicină Psihosomatică, August 2011, Seul, Coreea de Sud) - partea I.

■ Oana A. Șuteu^a, Marinela Degeratu^b, Iulia Enăchescu^c, Dan L. Dumitrașcu^a

Rezumat: Materialul face o trecere în revistă a unor teme actuale de cercetare în psihosomatică, desprinse din lucrările congresului mondial de psihosomatică de la Seul din august 2011. Temele au vizat diverși factori implicați în investigarea psihosomatică a pacienților, cu accent pe abordarea multidisciplinară a acestor suferinzi. Aceasta este prima parte dedicată lucrărilor despre intestinul iritabil.

Abstract: This paper presents a selection of hot topics in psychosomatic research selected from the content of the world congress on psychosomatic medicine held in Seoul, August 2011. The main topics were addressed to the multitude of factors involved in psychosomatic investigation with emphasis on the multidisciplinary approach. This is the first part with papers having as topic the irritable bowel syndrome.

Vom încerca o trecere în revistă a unor simpozioane prezentate în cadrul congresului, care au ca subiect sindromul intestinului iritabil (IBS):

În cadrul congresului au fost prezentate diverse studii care au confirmat corelații noi între factorii psihosociale și patologia medicală: de ex. studiul autorilor de la UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj Napoca (Factori psihosociale ai sindromului de intestin iritabil, Dan Dumitrașcu, Teodora Blaga-Surdea), care și-au propus identificarea în România a cât mai multor factori psihosociale ai IBS și a literaturii de specialitate relevante pentru Europa de Est. Ca metodologie s-a studiat prezența următorilor factori: anxietate, depresie, atitudine catastrofală, abuz fizic și sexual, alexitimie și comportamentul de tip A la pacienții diagnosticați cu IBS, respectiv asocierea lor în comparație cu tabloul clinic sănătos. S-au comparat, pe de o parte, rezultate obținute cu simptomatologia în cauză, pe de alta, monitorizarea revistelor medicale din țările Europei Răsăritene, care abordează subiectul amprenteii factorilor psihosociale în IBS. Ca rezultate s-au obținut următoarele: În comparație cu cei sănătoși, anxietatea, depresia și atitudinea catastrofală sunt intens regăsite în cazul pacienților cu IBS. Alexitimia cunoaște, de asemenea, o largă răspândire. Comportamentul de tip A este mai frecvent receptat în cadrul IBS, decât în cazul bolilor arterelor coronare (CAD) sau al altor patologii cronice. În schimb, abuzul fizic și sexual nu este ceva caracteristic pentru pacienții IBS din arealul nostru. Concluziile studiului: Factorii psihosociale își fac simțită prezența în cadrul IBS,

determinând un rol important în tabloul consultărilor medicale. Cu excepția incidenței reduse a abuzului fizic și sexual, nu există diferențe importante între simptomatologia Europei Răsăritene și a celei Occidentale. Se impune o mai largă aplicare a acestor studii în sectorul nostru geografic.

Prerechizitele următoarei cercetări (Sex, vârstă, cultură și dizabilitate în IBS. O comparație între Pakistan și Kenya, Nusrat HUSAIN, Universitatea Manchester, Anglia) sunt următoarele date: Sindromul de intestin iritabil (IBS) reprezintă pe plan mondial o cauză majoră a generării dizabilităților și pierderii productivității. Pacienții cu IBS trăiesc adesea sentimentul unui stres emoțional, al unei calități deficitare a vieții și a unei experiențe nesatisfăcătoare în ceea ce privește relația lor cu cadrele medicale. Se recomandă medicilor o mai largă deschidere a înțelegerii perspectivei pacientului, cu accent pe factori: sex, vârstă și origine culturală. Inițial s-a raportat o prevalență mai redusă a IBS în țările non-vestice decât în cele occidentale. Însă, dovezi recente infirmă acest lucru. Scopul prezentului studiu a fost compararea prevalenței sindromului IBS din cadrul unui eșantion comunitar de participanți pakistanezi, cu cel al unui eșantion similar din Kenya, tocmai pentru a evalua disconfortul psihologic asociat și dificultățile aferente de ordin social. Autorul se bucură de un background vizând activitatea de cercetare atât în Pakistan, cât și în Kenya, iar experiența dobândită într-o țară a fost informal aplicată în metodologia, elaborarea aplicațiilor și atenția acordată sensibilității culturale în cealaltă secundă. Se așteaptă ca discutarea rezul-



tatorilor studiului să conducă la identificarea unor aspecte relevante, cu aplicabilitate în alte țări dezvoltate ori în curs de dezvoltare.

Un alt studiu (Personalitatea și calitatea vieții (din punct de vedere al sănătății) pacienților cu boli inflamatorii intestinale – IBD (IBS = Irritable Bowel Syndrome = sindromul intestinului iritabil; IBD = Inflammatory Bowel Disease = boli inflamatorii intestinale), Ramiro Verissimo, Universitatea Porto, Facultatea de Medicină, Portugalia) a avut ca scop evaluarea influenței unor aspecte ale personalității pacienților cu sindromul IBD asupra percepției viitorului stării lor de sănătate. S-au evaluat 63 pacienți ambulatorii cu sindromul IBD, aplicându-se Inventarul de Temperament și Caracter (TCI, Cloninger) și o versiune revizuită a Chestionarului bolilor intestinale inflamatorii (IBDQ). Astfel, după un control efectuat asupra evitării efectelor nocive, s-a relevat faptul că tulburarea de personalitate și-a pus amprenta în mod vizibil atât asupra disfuncționalităților de ordin social, cât și ca important generator al BS, simptomelor sistemice și al stării emoționale. Rezultatele obținute de autor sprijină ipoteza conform căreia inadaptația și unele disfuncții pot fi prezise într-o anumită măsură prin identificarea unor tulburări de personalitate, care modulează în mod semnificativ calitatea vieții (QoL). De asemenea, se creionează posibilitatea unei îmbunătățiri tipologice pornindu-se de la diferitele aspecte specifice ale personalității pacientului: simptomatologia intestinală, simptomele sistemice, precum și starea emoțională depind în mare măsură de temperamentul predispus evitării efectelor nocive, în timp ce reacțiile disfuncționalității sociale izvorăsc din relativa potență a tulburărilor de caracter.

Legătura dintre stres și apariția diverselor simptome și dereglări organice este mult studiată. În cadrul congresului au fost prezentate studii vizând rolul stresului în cancerul la sân (Recenzie analitică privind stresul psihologic în cazul pacienților cu cancer de sân, Ok Hee Kim, Bok Yae Chung, Universitatea Națională Kyungpook, Coreea). Stresul psihologic, care poate afecta sever sistemul imunitar, reprezintă un factor foarte important față de care trebuie să aibă mare grijă pacienții cu cancer de sân. Pornind de la cuvintele-cheie „cancer de sân” și „stres psihologic” apărute în 360 de cercetări din publicații medicale și reviste de specialitate editate între 2007-2011, au fost alese, analizate și clasificate 30 de studii. Rezultatele studiului au identificat la pacienții cu cancer de sân (BC) 5 categorii (relație, emoție, starea de boală, imaginea de sine și statutul socio-economic) de percepție a stresului psihologic.

Au existat și studii prezentate care au vizat rolul stresului în bolile cardiovasculare (Corelația stresului cognitiv

cu variabilitatea ritmului cardiac (HRV), Hyunmin Koh, Ho Cheol Shin, Spitalul Samsung Changwon, Universitatea Sungkyunkwan, Coreea), cu accent pus pe impactul procesului și stării de stres emoțional asupra controlului dinamic autonom al inimii. Pentru a examina asocierea stresului emoțional cu variabilitatea ritmului cardiac (HRV) autorii au elaborat o scară a scorurilor de stres, în funcție de percepția diverselor evenimente ale vieții, o altă scară în funcție de răspunsurile la diverse reacții cognitive și controlul HRV prin EKG-uri efectuate din cinci în cinci minute. Ca rezultate ale cercetării: Scorul stresului cognitiv a fost în mod semnificativ invers proporțional cu trei indici ai HRV (SDNN - distanța standard între două bătăi normale ale inimii, TP și LF). Chiar și ulterior corelării după vârstă, IMC (index masă corporală) și selectarea grupului de fumători/nefumători, cei 3 coeficienți (SDNN, TP și LF) au continuat să rămână în mod semnificativ asociați pe scara de stres cu scorul de răspuns cognitiv. S-a observat faptul că stresul cognitiv a avut o corelație semnificativă cu variabila de predicție a distanței standard între două bătăi normale ale inimii – SDNN. Funcția cardiacă vegetativă are o relație mai puternică cu cantitatea de stres cognitiv – percepută în mod subiectiv de către individ - decât cantitatea de stres eliberată în fața diverselor evenimente ale vieții (stresul cognitiv - factor de risc).

În cadrul sesiunilor orale, unul dintre studiile discutate (Efectele insecurității atașamentului la copiii cu astm: depresia și dereglări ale sistemului nervos autonom, Bruce Miller, Beatrice Wood, Chiun Yu Hsu, Universitatea Stoică, New York at Buffalo, USA) a analizat efectul tulburărilor de atașament din primii ani de viață la copii cu astm bronșic: insecuritatea sentimentului de atașament din copilăria timpurie poate avea consecințe pe termen lung, mai ales în reglarea răspunsului la stres emoțional și fiziologic, contribuind la amplificarea stării de stres, expunând la vulnerabilitate, depresie și dereglări ale sistemului nervos autonom, toate acestea potențând manifestarea bolii la copiii cu astm bronșic.

Prezentările ce au fost susținute de către reprezentanți din țări asiatice (China, Japonia, Thailanda, și țara gazdă, Coreea) au pus accent major pe nevoia unei abordări holistice a tulburărilor funcționale, organice. Ele au subliniat faptul că deși există multe diferențe ce țin de aspectele de diagnosticare și tratament, medicina psihosomatică modernă (ce abordează schimbările fiziopatologice ale corpului uman din perspectiva micro și apelează la medicație și terapie comportamentală) trebuie să integreze și tehnicile psihosomatice tradiționale (care analizează schimbările ce au loc în organism la nivel macro și acordă o atenție su-



■ Referate

plimentară caracteristicilor personale ale pacientului). Tratamentul bazat pe combinarea celor două metode poate perfecționa sistemul medical (Comparație între Medicina psihosomatică modernă și Medicina psihosomatică tradițională chineză, Zhifu Zhao, Academia Chineză pentru Științe Medicale, China).

Au fost prezentate rezultate ale unor programe terapeutice-curative ce au la bază dietă (terapia ceaiului, alimente ecologice), artă și terapii Qi, alături de medicina alopată. Practic metodele tradiționale de medicină nu vindecă propriu-zis, însă pot pregăti pacientul (relaxându-l, crescându-i încrederea în sine, ajutându-l să verbalizeze experiențele sale etc.) pentru acceptarea tratamentelor medicale convenționale și îl fac mult mai compatibil cu acestea (Dietă, artă și terapii Qi alături de medicina convențională: o cură personală totală pentru victimele cutremurului din 2011 în Japonia, Kiyoshi Suyuki, Fundația pentru Sănătate MOA, Japonia).

Studiul amintit a avut ca grup țintă refugiații din calea cutremurului/tsunamiului devastator și al fricii de iradiere în Japonia, o ancorare a cercetării în realitatea recentă. Pentru promovarea sănătății fizice și psihice a pacienților, în clinica MOA, se combină programul terapeutic-curativ Okada (Okada Health/Wellness Program - OHWP) cu tratamentele medicinei convenționale. Acest program include dietă (alimente organice proaspete), artă (terapie prin flori/ceai) și terapii Qi. Obiectivele prezentei cercetări: Evaluarea eficacității programului OHWP în îngrijirea medicală a refugiaților din calea cutremurului/tsunamiului devastator și al fricii de iradiere în Japonia. Pentru aceasta s-au asociat tratamentele medicale/consultările, oferind preparate ale bucătăriei tradiționale japoneze din alimente ecologice și floroterapie/terapia ceaiului. Terapia Qi a fost pusă la dispoziție doar atunci când participanții au dorit acest lucru. Cei mai mulți dintre refugiați se culpabilizau pentru faptul că nu au reușit să-i salveze pe ceilalți din calea dezastruosului cutremur/tsunami. În ciuda faptului că se bucurau de o satisfăcătoare atenție medicală, ei continuau să fie îngrijorați de starea sănătății lor, cu deosebire acuzând hipertensiune arterială, diabet, angină pectorală și alte suferințe cauzate de diverse simptome. Terapia prin artă i-a ajutat să se simtă mai relaxați și să asimileze viețile lor cu natura. Eliberați de tensiune și angoase după parcurgerea programului OHWP, participanții au început să vorbească cu multă emoție despre experiențele trăite de ei. Ulterior, au devenit mult mai compatibili cu aplicarea tratamentelor medicale, autoîncurajându-se pentru depășirea pierderilor suferite în urma catastrofelor naturale. Limita acestui raport constă în absența unei abordări calitative cu un alt grup de control.

Concluzia studiului: Asocierea tratamentului medicinei convenționale cu programul terapeutic/curativ Okada (Okada Health/Wellness Program) poate ajuta victimele să accepte mai ușor realitatea și să abordeze perspective constructive în diverse situații disconfortante.

În Japonia, de exemplu, încă din 1982 medicii de psihosomatică au fondat Asociația Japoneză de Medicină Psihosomatică Orientală (JAOPSM) și s-au străduit să integreze medicinei psihosomatice inclusiv tratamentul Kampo (medicină tradițională japoneză bazată pe plante), pentru disfuncțiile cauzate de stres (Medicina psihosomatică (tradițională japoneză pe baza de plante) Kampo: modul în care medicii din Japonia integrează Kampo în practica medicinei psihosomatice, Takakazu Oka, Universitatea Kyushu, Japonia). Medicina tradițională pe bază de plante, cunoscută sub numele de Kampo, este foarte populară în Japonia. Tocmai pentru a spori efectul terapeutic al produselor farmaceutice moderne și de a reduce reacțiile adverse ale acestora, ei prescriu adesea medicamente Kampo, administrate în combinație cu medicamente convenționale (pacienți cu afecțiuni legate de stresul fizic și tulburări de ordin psihic). Acest tratament combinat este posibil, pe de o parte, datorită faptului că Ministerul japonez al Sănătății și Protecției Sociale a aprobat 148 de medicamente Kampo pentru uz medical. Pe de altă parte, studii aleatoare, în dublu-orb și controlate, au demonstrat eficacitatea din punct de vedere al medicinei moderne a numeroase asemenea medicamente Kampo. Drept urmare, unii medici prescriu multe medicamente Kampo nu ca pe o terapie alternativă, ci ca primă linie de terapie medicamentoasă. Cercetarea de bază a relevat faptul că terapia Kampo are multiple sfere de acțiune pentru restabilirea homeostaziei la pacienții aflați sub stres. S-a demonstrat de asemenea că, pentru a îmbunătăți condițiile induse de stres, o singură formulă Kampo acționează atât asupra sistemului nervos central, cât și asupra organelor periferice țintă – altfel spus, vindecă mintea și corpul.

Nu știm cât de obișnuit este pentru un congres de psihosomatică să se prezinte studii ce țin de spiritualitate (poate e normal pentru un Congres ținut în Asia, sau poate e normal pentru anul 2011), însă au fost prezentate și astfel de cercetări. Una dintre concluziile promovate pe un poster (Modelul celor cinci factori: studiul personalității studenților mediciniști, Soraya Kaewpitoon, Waraporn Aoeksoon, Naporn Uengarporn, Seekaow Churproong, Vanich Vana-preuk, Likit Matrakool, Natthawut Kaewpitoon, Institutul de Medicină, Universitatea Tehnologică Suranaree, Academia de Dezvoltare, Tailanda) a fost faptul că, dacă am dezvolta la adolescenți latura spirituală, probabilitatea sinuciderii în



cazul acestei grupe de vârstă ar fi mai mică. Aceeași autori au mai prezentat o cercetare (Modelul celor cinci factori: studiul personalității studenților mediciniști) studenții de la Medicină anul 1, din țara lor, prevalează prin gestionarea conflictelor și ego puternic/autocontrol. Se remarcă și amprenta rolului ce trebuie acordat medicinei de familie, o influență ce a schimbat tipologia de personalitate. Drept urmare, performanța profesională trebuie să se dezvolte în paralel cu evaluarea problemelor de risc și ale celor de ordin familial.

Rămânând în zona acestor cercetări, un alt studiu (Efectul bunăstării spirituale și al suportului social asupra persoanelor în vârstă, So Nam Kim, Cheung-suk Choi, Centrul pentru Managementul Sindromului Metabolic Metropolitan Seul, Colegiul de Nursing al Universității Hanzhoung, Coreea), tot din Coreea a postat faptul că bunăstarea spirituală, însoțită de o asistență socială corespunzătoare, la oamenii în vârstă, au un impact semnificativ, reducând depresia, amplificând satisfacția vieții, ambele fiind considerate factori importanți în sporirea calității vieții persoanelor vârstnice.

Aducem încă un exemplu de poster pentru Congres al țării gazdă (Impactul personalității de tip D asupra comportamentelor și stării de sănătate al femeilor de vârstă mijlo-

cie, Sun Hyoung Bae, Euigeum Oh, Jin-hee Park, Colegiul de Nursing al Universității Yonsei, și al Universității Ajou, Coreea), respectiv cel vizând modul în care personalitatea de tip D (cărui îi e specifică tendința experimentării emoțiilor negative și de inhibare a exprimării afective) influențează starea de sănătate în rândul femeilor de vârstă mijlocie. Concluziile în acest caz au relevat faptul că sănătatea mentală e mai precară la persoanele cu acest tip de personalitate și că în viața de zi cu zi, aceste femei desfășoară o activitate fizică, spirituală și de relaționare interpersonală, precum și de administrare a stresului redusă, comparativ cu cele ce nu aveau acest tip de personalitate. Pentru Coreea e important screening-ul persoanelor cu acest tip de personalitate, ce reprezintă un factor de vulnerabilitate relevant în starea de sănătate.

Bibliografie: *Abstract Book, World Congress of the International College on Psychosomatic Medicine, Seoul 2011*

^a Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca

^b Psitest – Cabinet de Psihologia Muncii, Cluj Napoca

^c Cabinet de Medicină de Familie, Ocna Sibiului

Sinteză de ședință grup Balint

■ De Hillerin Irina - București



Având în vedere că nu au fost minim 7 participanți, nu pot să spun că a fost un grup regulamentar. Totuși, din respect pentru cei care au venit, am ținut adunarea după toate regulile, precizând că nu este respectat numărul minim iar aceasta se va simți în desfășurarea activității.

În afară de o persoană care mai participase la un grup Balint până la venirea vacanței, pentru ceilalți 3 era prima participare. Așadar ne-am așezat scaunele în cerc și am început cu prezentarea istoricului grupului, a regulilor de funcționare, fără însă prea mare formalism. Am încercat să păstrez o atmosferă prietenească și de apropiere între noi, astfel că la sfârșitul prezentării, întrebând dacă are cineva un caz și

este dispus să încerce tehnica, s-au ridicat trei mâini (din cele 4 posibile).

După o scurtă negociere, a prezentat cazul medicul psihiatru (MM), problema sa fiind una foarte recentă și, se vede, prezentă.

Este vorba de un pacient de 16 – 17 ani adus la psihiatrie de părinții săi, amândoi medici. MM povestește că după internare și efectuarea analizelor, mama pacientului a devenit foarte insistentă și nerăbdătoare să primească rezultatele imediat. Nerăbdarea sa a fost dublată și de impresia pe care i-a creat-o lui MM că are un comportament superior față de ea, încercând să o convingă să-i dea analizele mai repede pentru că știe că se poate, din propria sa experiență de spital. MM s-a simțit pusă într-o situație de inferioritate și oarecum forțată să încalce regulile spitalului. Totodată, discutând cu pacientul, acesta i-a trezit sentimente de milă, compasiune și frustrare. Cere grupului să-i ofere o soluție la



■ Descriere de caz

aceste trăiri cărora nu știe cum să le facă față.

Discuțiile grupului au început prin identificarea cu mama, dominatoare și doritoare să controleze tot timpul situația și au continuat cu MM, cu nevoia sa de a respecta regulile dar și de a-i împăca pe toți, apoi cu copilul care s-a retras în lumea lui în care nu vrea să aducă pe nimeni. Un moment de rezistență al grupului de a intra mai profund în analiză a fost acela de identificare cu tatăl pacientului care refuză să vadă problema și are ca soluție la problema copilului „o bătaie bună”.

Ca dinamică, grupul a trecut de la o atmosferă apăsătoare, depresivă, la una de umor, expansivă și exagerată totodată – moment în care toți și-au dat seamă că evită problema de fond – teama lui MM de a se implica emoțio-

nal și, probabil, regăsirea unor elemente comune în propria istorie cu aceasta pe care a întâlnit-o. În momentul în care a apărut ideea identificării lui MM cu personajele povestirii sale, grupul a intrat într-o zonă mai profundă de analiză, iar în final unul din participanți, identificându-se cu MM, propune să-și îmbrățișeze pacientul și recunoaște în el propriile sale temeri. Grupul se termină în această notă optimistă.

La revenirea în grup, MM spune că multe din ideile exprimate coincideau cu propriile sale gânduri, că este posibil ca fricile exprimate de grup să fi voit să nu le vadă la ea și spune că se simte eliberată de tensiunea cazului, care o urmărea de ceva vreme.

Cei care au participat pentru prima oară la grup și-au exprimat încântarea pentru munca depusă.

Miraculoasa minte umană - monolog în loc de grup Balint

■ Dr Vajda Hegyi Csilla - Tg. Mureș



Era o dimineață de sâmbătă, deja de vineri mă bucuram că o să pot dormi mai mult. N-a fost să fie. Era puțin după ora 7 dimineața când a sunat telefonul. Ocazie rară când m-a deranjat melodia acestuia, care, de fapt așa zic prietenii, mă caracterizează: râsetul de copil. Parcă acum râdea de mine. La cât de somn îmi era trebuia să-mi găsesc și ochelarii să văd cine-i. Era „Billy”,

un vechi prieten de al meu, medic pensionar: „Beauty te aștept!” (Beauty fiind fiica lui).” NU sunt Beauty!”, dar... nu mă auzea? Nu mă înțelegea? El continua repetând: vino repede, te aștept, te aștept, te aștept.

Încercam să-mi revin. Căutam în mobil, în carnețel, dar nu găseam numărul ei. Nu știam ce să fac. La ora aceasta pe cine să deranjez să-mi spună numărul? Eu aici, el nici nu știam unde este. Până acum era la mulți kilometri de mine. Locuia într-un alt oraș.

Anterior acestui eveniment m-a sunat într-o zi cât eram la clinică, cu toate că aveam înțelegerea să mă sune după masă, înainte de masă numai dacă este ceva urgent. Abia așteptam să-l pot resuna, o fi având vreo problemă? A fost o problemă! Una mare! Deja nu-și amintea pentru ce mă

căutase, poate nici că m-a sunat anterior. Peste câteva zile m-a sunat iarăși, când și-a dat seama că nu sunt persoana pe care-o caută, dar am vorbit aproape ca altădată.

Am vorbit după cele întâmplate cu un vechi prieten comun, ca să aflu că nu este totul în ordine cu El. A trebuit să conștientizez că lucrurile s-au schimbat. Urma să fie internat într-un cămin de bătrâni. La distanța la care s-a decis să locuiască după pensionare, de fapt orașul, casa lui natală, nu-i mai permitea familiei (fiicei sale) să-l îngrijească, având și ea obligații față de copiii și soțul ei, de care Billy era întotdeauna așa de mândru și bucuros.

Billy, „bătrânul tău prieten”, cum obișnuia să se prezinte, cu care vorbeam la telefon sau prin intermediul internetului și eram mândră de el, cum se descurcă la vârsta lui, prietenul pe care-l admiram, pentru toată viața lui, s-a schimbat. Nu mai este aceeași persoană. Cu toții ne schimbăm. Dar oare chiar nu este aceeași persoană, oare în spatele cortinei nu este totuși acolo?

Miraculoasa lui minte, una din creațiile misterioase divine, ne joacă o festă? Dintr-o dată mi-am reamintit vechile imagini, trăiri, frici. Mi-am văzut mătușile și bunica, care la sfârșit de drum nu mai erau în deplinătatea facultăților mentale. În deciziile grele, dragostea ne ajuta să facem față. Simt și acum disperarea cu care încercam să facem tot ce-i mai bun, la primele semne pe care nu le doream să le observăm, dar care evoluau totuși în timp.

Comoara, prețioasa minte care ne-a ajutat să ne realizăm, pentru că „ne-a mers mintea”, de care suntem mândri, cred că noi toți, dar în special cei care au făcut școală, facultăți, ne-am realizat în viață prin capacitățile intelectuale, mândria și egoul nostru, este ceva intangibil. O putem defini, quantifica dar n-o putem conserva. Putem pătrunde în craniu unde găsim creierul. Mintea este și mai înăuntru. Nici viața intelectuală activă nu este o garanție pentru păstrarea integrității minții, ceea ce mi demonstrează și starea lui Billy. Ni se poate întâmpla oricărui dintre noi. Poate chiar tuturor, doar că unii nu ajung la vârsta la care să se manifeste boala, deoarece pragul fiecăruia este altfel? Senilitatea ne pândește, ca o bombă cu efect întârziat, doar factorul timp este necunoscut. Unii totuși scapă de acest blestem sau este și aceasta o iluzie? Doar gradul de manifestare este diferit, iar dacă avem doar simptome minore se acceptă ca normalitate?

Gândirea ne definește, mă definește, dacă o pierd, oare mă pierd pe mine? Gândirea este parte din personalitate. Este el acum aceeași persoană, doar cu o altă înfățișare? Simt, resimt spaima mamei când o îngrijeam pe bunica. Oare ce este mai înspăimântător? Apăsarea că vezi persoana dragă cum se dezintegrează sau că ne vedem în ea pe noi înșine? Este ca moartea? În moartea oricărei persoane vedem muritorul din noi? Nu mă ajută nici înțelepciunea moștenită de generații care mi vine acum în minte: învață copile, căci ceea ce înveți este și va rămâne sigur al tău, nu ți-l poate lua nimeni. O putem pierde poate numai noi înșine pe parcurs, fără să vrem și nici măcar să nu ne dăm seama.

Îmi doresc să dispară, dar tot îmi vine în minte dezordinea pe care obișnuia să o facă bunica, dezordinea care era în casa lui Billy, dar nu numai, situații pe care le-am putut vedea în perioada în care lucram pe ambulanță. Îmi amintesc când am fost la Billy cu prietena mea când veneam acasă de la o conferință din afara graniței. El s-a hotărât să meargă în acel oraș, tocmai ca nu cumva să fie povară pentru cineva. Stau să mă gândesc, oare deja de atunci avea semne, doar că nu le-am văzut pentru că nu am vrut? Se putea deplasa doar cu baston, dar ce mulțumit era de el că se descurcă și singur! Sau era numai iluzia mea? Avea o viață intelectuală activă. Sau poate nu mai era așa de activă, doar mintea mea nu dorea să vadă realitatea de ceva vreme? Contează dacă avea deja semne premonitorii? Dacă le-am văzut, dacă le-a văzut altcineva? N-avem puterea medicală deplină, pe departe n-avem puterea magică sau divină să oprim o astfel de evoluție.

Realizez că poate puteam să mă aștept, a avut deja un accident vascular cerebral, dar după care cu așa tărie și mândrie s-a recuperat, măcar parțial!

Acum aștept. Aștept să mi se așeze gândurile și sentimentele, aștept ca acel prieten comun, care ține legătura cu familia lui, să-mi dea de veste când va fi deja la Tg Mureș, să-l pot vizita. Aștept cu sufletul la gură să văd cum va fi când îl voi vizita. Mă va recunoaște? Se va bucura de mine? Și realizez încă o dată: spiritul balintian mă ajută și de această dată să-mi continui drumul.

Boala ca posibilitate a viului (Prolegomene la o filosofie a bolii umane)

■ psih. Balázs Orsolya-Ildikó, psih. Marinela Nicoleta Degeratu

Autor: István KIRÁLY

Editura Kalligram, Pozsony, Ungaria, 2011; ISBN 978-80-8101-499-4; 204 pagini

Titlu original (lb. maghiară): A betegség - az élő létehetősége. Prolegoména az emberi betegség filozófiájához; Illness – A Possibility of the Living Being; Prolegomena to the Philosophy of Human Illness

Autorul Király V. István, - eseist, conferențiar, doctor în filosofie la Facultatea de Filosofie din cadrul Universității Babeș-Bolyai, colaborator al Bibliotecii Centrale Universita-

re Lucian Blaga din Cluj-Napoca și redactor șef al revistei internaționale Philobiblon, - așa cum declară chiar el în cuvântul înainte al cărții, continuă și în acest volum interogațiile filosofice începute în aparițiile precedente, documentarea pentru capitolele prezentului volum fiind posibilă prin intermediul bursei Academiei Maghiare de Științe.

Demersul interogativ pe care îl încearcă autorul prin aceste noi dezbateri face referire la problematica bolii în general, cât și a celei umane în special, abordată atât din punct de vedere filosofic, precum și din perspectiva ontologică și existențială. Ideea de bază este aceea că niciunul dintre noi,



■ Recenzie de carte

nu a fost, nu este – și nici nu poate fi nicicând și în niciun fel – „scutit” ontologic și existențial de întâlnirea, de experiența și de atacul bolilor. Dimpotrivă. Boala ține de chiar esența vieții și o pune în valoare.

Depășind orizontul limitativ adus de delimitările rigide și strict formale dintre „sănătate” și „boală”, suntem invitați prin intermediul acestei meditații filosofice să vedem sănătatea și boala ca fiind posibilități esențiale ale vieții.

Efortul interogațiilor filosofice ale autorului vine să ne ajute să realizăm faptul că omul nu este numai „bolnav” (privit așa dintr-o perspectivă și printr-o raportare medicală) sau numai „sănătos”, ci ne încurajează să percepem boala ca aparținând vieții și viului în general, ținând mai exact de complexitatea esenței vieții.

Boala participă în acest mod la conturarea și articularea felului în care viața însăși există, se desfășoară și se detaliază în demersul și capacitățile ei. Boala și raportarea la ea devine astfel și istorică, prin faptul că participă la modularea desfășurării și structurii societății umane ca atare (vezi exemplul epidemiilor, cum au remodelat ele biologic-immunologic umanitatea).

Cartea apărută în limba maghiară, este împărțită în două capitole și conține și un rezumat detaliat în limba engleză de 70 de pagini.

Prin intermediul celor două capitole (Boala - ca posibilitate a viului; Boală și libertate), autorul pune în discuție principiul „posibilității” și face o incursiune în dialogurile filosofice ale lui Aristotel, apreciind modul în care acesta tematiza, la vremea lui, „posibilitatea”. Pentru Aristotel „posibilitatea” însemna dinamism, capacitate de a modifica, de a schimba, fiind ambivalentă. Ea poate foarte bine să evolueze, ori să nu se realizeze, de dispărut însă, nu poate dispărea.

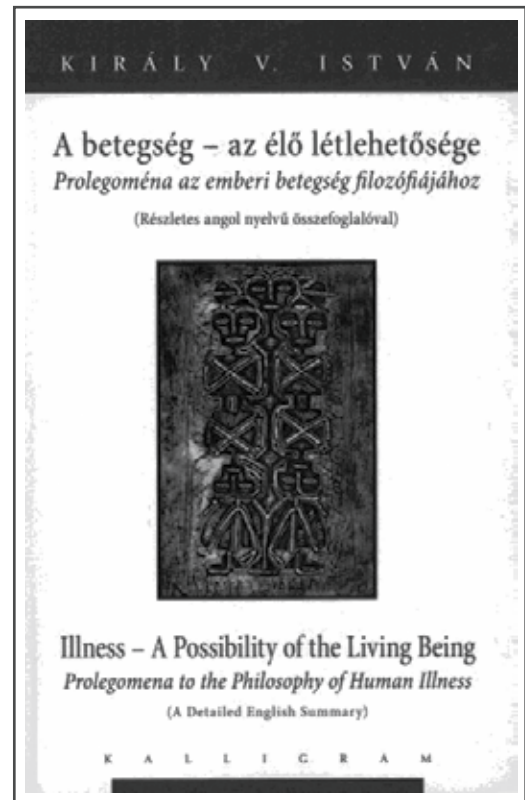
După exemplul lui Aristotel, ca posibilitate, omul viu poate fi și bolnav, și sănătos. Medicina, după cum susținea încă de atunci Aristotel, are în vedere atât boala, cât și sănătatea. Boala, atunci când apare, nu trebuie văzută ca o lipsă a sănătății, ca o simplă „eventualitate” ne-esențială a vieții, ci ca o privațiune efectivă ce afectează ființa umană, într-o manieră privativă (deficitară) și sfidătoare, chiar în esența și în întregul ei, producând o deficiență a modurilor, a posibilităților de a fi, de a deveni și de a se realiza a omului (omul bolnav trăiește împreună cu boala lui dar și împotriva bolii sale, boala restructurând și afectând viața celui care trăiește cu ea, posibilitățile lui de a fi, a exista, de a trăi). Boala este astfel o privațiune și o deficiență ce aduce atingere întregului, și care întoarce viața și omul către sine însuși. Ea e o posibilitate vie, intrinsecă vieții, dar și o posibilitate reflexivă, re-constructivă pentru viața în general. Deficiențele îl mobilizează pe om, îl dinamizează cu privire la modu-

rile sale de a fi. Îl mobilizează spre depășirea obstacolelor, spre umplerea posibilă a lipsurilor sau spre compensarea posibilă a privațiunilor care doar astfel – adică doar prin „sfidarea negativității” inerente deficienței – devin în fond vizibile și măsurabile în adevărata lor greutate, funcție și rol. Astfel, boala participă esențial la viață, punându-o în lumină în veridicitatea ei, făcându-i vizibile expunerile acesteia la deficiențele posibile, înfățișându-o ca fiind, la urma urmei, muritoare.

Boala nu constituie în mod independent un „sens” al vieții, nu este nici un atribut, o simplă stare, ci este un mod (de a fi), o apăsare, o cale de a confrunta prin gândire și înțelegere, întrebările fundamentale privitoare la sens și sensuri, atât pentru bolnav cât și pentru cei cu care acesta vine în contact.

Noi ne putem raporta la posibilitatea bolilor tocmai înțelegându-le, experimentându-le și asumându-le ca fiind propria noastră posibilitate existențială privativă (deficitară). Boala, asumarea și confruntarea cu ea, ne întoarce și ne re-întoarce pe noi oamenii spre viață și spre șansele sensurilor noastre posibile.

Cartea se adresează, atât celor interesați de filosofie, antropologie, cât și celor din domeniul medicinei, deschiși la abordări și dispute filosofice.



Balint Groups – Wide Resources and Some Particular Limitations

■ Prof. Vladimir Vinokur, PhD, DSc, President, St.Petersburg Balint Society - Russia



This article is based on our experience of providing and analyzing the effectiveness of numerous Balint groups, which were developed in Russia since 1995 after the establishment of our Balint Society, and on the many fruitful discussions devoted to this subject with those involved in this process.

Balint groups, named so after Michael Balint (1896–1970), well-known all over the world, primarily Hungarian, later (...) English psychoanalyst, were established on the base of seminars for physicians under his leadership in London since the early 50-ies. From the very beginning the groups were aimed at the higher effectiveness of the physicians' activity but as well at the improvement of their communication with the patients and of the prevention of physicians' burnout. It became a really helpful tool in the development both of the patient-centered medicine as well as of the "human face of the medical care". During several past decades the fundamentals, which were structuring the group process, essentially developed, but some principal positions, related to the principal goals and objectives of the groups, group technology, and leadership remain stable. For example, it strongly applies to the rule, that Balint group tends in its activity to stress not on the clinical analysis but on the different aspects and peculiarities of the physician-patient communication.

We are convinced that very often effectiveness of clinical management is defined and even directed not by the peculiarities of the case but by the "limitations" of the physician. A Balint group helps realize them via better understanding of feelings, expectations, psychological defences, behavioral reactions of both participants of the "play" – the patient and the physician. This responds very much to Balint's idea that, in order to become really successful, every doctor has to maintain the ability to hear what patients sometimes say without words, so the physicians have to start from the aim and a skill to hear this "speech" inside themselves, to become attentive and sensitive to their inner world, involved into the communication with a patient.

That's why there are some strong limitations of Balint group:

- It is not for clinical solutions and not for case management, so it does not teach people in the group how to deal with the difficult, or unclear or incurable case.

- It does not help solve all the problems with the patients, especially on the personal level.

- The group does not provide any kind of psychotherapy for its participants.

And of course the basic limitation and the challenge of the Balint technology is the necessity to have a specially trained and skilled group leader.

Summarizing different resources and potentials of Balint groups we suggest it is important to emphasize the advantages the group offers as in their technology:

- it supplies the secure environment for the more deep and effective physician's awareness in what is going on in the hidden aspects of the communication in their daily practice;

- the group stimulates an increasing attention to the patients who are considered as "difficult" or "upsetting", as Balint wrote, who are the source of different uncomfortable feelings of a doctor and whom he/she tends and tries to avoid. So the care of such patients becomes more successful.

- the group provides the effective way out for the anger, anxiety, fears, sadness and other frustrating feelings in their work.

- the group is developing the new ways of thinking and thus a new level of understanding of the patient. The group can help physicians think about and tolerate more about what is otherwise uncertain, unrealized and so – frustrating in their daily work.

- it supplies an emotional and intellectual support to the physician, who presents the case in the group. Many of those who work in the health care and feel different sufferings of their patients are nearly unable to accept the support from their colleagues. So the group helps people realize that the art and the courage to accept the support are very much related with the possibility to offer and to carry out the help.

- it helps develop the physician's self-esteem.

- the group is preventing an evident potential to prevent or at least to decrease the level of professional burnout. The outcomes of our studies on the role of Balint groups in



burnout coping in physicians show compliance with other researches published earlier (R.Addison, K.Bobay, B.Maoz and others).

- we consider Balint groups to be an important element of the secure and effective educational and clinical environment especially in the most challenging clinical areas (for example, in psychosomatic medicine).

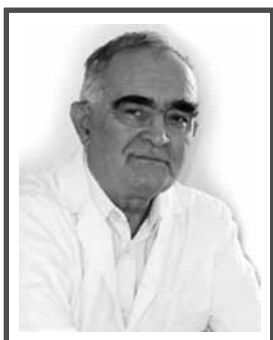
Many European countries (as well as the USA, Israel etc.) use Balint groups in the process of education and professional training for health careers so these groups are the part of the pre- and postgraduate curriculum. The Department of medical psychology of St. Petersburg medical academy I'm working at has also implemented the groups into our

postgraduate training programs and curriculum.

Our long-term experience of Balint groups' work shows that they help successfully to carry out the task related to the necessity to convert the process of continuing professional education, where a teacher or a lecturer is the main person, into continuing professional development, where the principal acting person is a physician himself.

We believe all this brings us the great advantage and benefit which could be described by Charles Warner: "One of the most beautiful features of our life – to realize the impossibility to help sincerely other people without delivery the same support to yourself" (translation of the Russian version of the citation).

NECROLOG ■ In memoriam Dr. Driga Octavian



Dumnezeu a mai chemat în dreapta lui pe unul din oamenii buni, prieten și coleg adevărat, participant persuasiv la conferințele de Psihiatrie de la Miercurea Ciuc și nu numai, unde aducea cu colegii lui lucrări din cele mai valoroase. A devenit balintian după ce a participat la un grup organizat cu ocazia uneia din conferințele de Psihiatrie din orașul nostru. A devenit, apoi a rămas balintian până la ultima-i suflare. Nu a avut o activitate balintiană practică, dar ne-a susținut sufletește, îndemnându-ne și susținându-ne în eforturile noastre pentru a face Asociația Balint mai puternică. La începutul lui octombrie 2011, fiind la Iași, l-am sunat ca să-l întâlnesc și să mai schimbăm o vorbă, două. A fost internat la spital cu probleme digestive. Nu a dorit să ne întâlnim, iar eu am respectat dorința lui. Regretele mele sunt acum tardive. Puteam să-l mai văd în viață pentru ultima oară! Un inamic necruțător i-a grăbit sfârșitul într-un ritm de neconceput de rapid. Pe 5 ianuarie degeaba l-am mai sunat. N-a răspuns nimeni.

Doar seara târziu, fiul lui m-a reapelat, iar eu am simțit din vocea lui că ceva s-a terminat, a luat sfârșit în această lume, o părticică de-a ei prășind-o pentru totdeauna. Medic de bază al obștei căreia i-a dedicat viața lui de profesionist, prieten la bine și la rău, om de bine, doctorul DRIGA OCTAVIAN a trăit 70 de ani. Odihnește pentru eternitate în cimitirul Eternitatea din Iași, orașul pe care l-a iubit cu atâta ardoare. Să-ți fie țărâna ușoară, și să pregătești o lojă pentru balintienii și psihiatrii care te vor urma! (Berci Veress)

Știri din viața asociației ■ Dr. Albert Veress, Miercurea Ciuc

13-15 ianuarie 2012: Weekend Național Balint de Iarnă cu Postreviewlion, Dulcești-Roman. Am fost primiți la Motelul Condor a 4-a oară de către colegii din Roman, familiile balintiene Țubucanu și Costin. În loc de laude exprim doar un off pentru cei care nu au reușit să participe: au pierdut mult!

25 februarie 2012: Curs Balint pentru rezidenții de Psihiatrie la UMF Craiova. Váradi István, Grom Adrian și Veress Albert au prezentat 5 lucrări teoretice și au condus trei gru-

puri Balint.

3 martie: Butyka Enikő și Váradi István au avut grup Balint la Asociația Helperilor din Tg. Mureș

11-13 mai 2012: Weekend Național de Vară, Ocna-Șugatag: Taxă participare 35 Euro, care include și c.v. banchetului (50 RON) pentru cei cu cotizația achitată la zi. Termen de anunțare a participării și reținerii cazării: 5 mai. Cazare: 40 RON/pers./zi, cu micul dejun inclus. 12 credite EMC. Adrese de contact: arvaissofi@gmail.com sau alveress@clicknet.ro