

ÎN ABIS

ÎNSEMĂRILE
UNUI NEUROPSIHIASTRU
DESPRE TULBURĂRILE
MINȚII



ANTHONY DAVID



Colecție coordonată de
SIMONA REGHINTOVSKI



ANTHONY DAVID

ÎN ABIS

**ÎNSEMNĂRILE
UNUI NEUROPSIHIATRU
DESPRE TULBURĂRILE
MINȚII**

Traducere din engleză de
Iuliana Alexa



EDITORI

Silviu Dragomir
Vasile Dem. Zamfirescu

DIRECTOR EDITORIAL

Magdalena Mărculescu

REDACTARE

Manuela Sofia Nicolae

DESIGN ȘI ILUSTRAȚIE COPERTĂ

Andrei Gamarț

DIRECTOR PRODUCȚIE

Cristian Claudiu Coban

DTP

Mihaela Gavriloiu

CORECTURĂ

Dușa Udrea-Boborel
Rodica Crețu

Conținutul acestei lucrări electronice este protejat prin copyright (drepturi de autor), iar cartea este destinată exclusiv utilizării ei în scop privat pe dispozitivul de citire pe care a fost descărcată. Orice altă utilizare, incluzând împrumutul sau schimbul, reproducerea integrală sau parțială, multiplicarea, închirierea, punerea la dispoziția publică, inclusiv prin internet sau prin rețele de calculatoare, stocarea permanentă sau temporară pe dispozitive sau sisteme cu posibilitatea recuperării informației, altele decât cele pe care a fost descărcată, revânzarea sub orice formă sau prin orice mijloc, fără consimțământul editorului, sunt interzise. Dreptul de folosință al lucrării nu este transferabil.

Drepturile de autor pentru versiunea electronică în formatele existente ale acestei lucrări aparțin persoanei juridice Editura Trei SRL.

Titlul original: *Into the Abyss:
A neuropsychiatrist's notes on Troubled
Minds*

Autor: Anthony David

Copyright © Anthony David 2020

This translation of *Into the Abyss:
A neuropsychiatrist's notes on
Troubled Minds* is published by Editura
Trei by arrangement with Oneworld
Publications.

Copyright © Editura Trei, 2020
pentru prezenta ediție

O.P. 16, Ghișeu 1, C.P. 0490, București
Tel.: +4 021 300 60 90;
Fax: +4 0372 25 20 20
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN (print): 978-606-40-0821-3
ISBN (EPUB): 978-606-40-1729-1

Numele și datele de identificare ale unor persoane descrise în această carte au fost schimbate. Din păcate, autorul nu poate corespunde cu cititorii pentru a le oferi opinia profesională în ce privește problemele lor psihiatrice sau de sănătate mentală.

Familiei mele

Introducere

Dacă deschidem un ziar, indiferent din care zi a săptămânii, vom găsi un articol despre sănătatea mentală sau, mai curând, despre lipsa sănătății. Citim că problemele de acest tip afectează tot mai mulți oameni: tineri, bătrâni, femei și bărbați. Unui comportament pe care îl luăm drept normal acum i se pune un diagnostic; noi și familiile noastre, cu toții, fie luăm pastile, fie suntem în terapie. Articolele de opinie fie deplâng supradiagnosticarea și medicalizarea vieții, fie pun toate acestea pe seama societății moderne. Problema adevărată, se spune, este social media, abuzul sexual, drogurile, sărăcia, bogăția, sistemul patriarhal, feminismul, religia, lipsa religiei... și lista merge mai departe.

Dacă fac un pas în spate, sustrăgându-mă din toată această cacofonie, ca om a cărui meserie este înțelegerea acestui fenomen, câteva lucruri mă surprind. În vreme ce multe dintre aceste argumente sunt plauzibile, toate tind să îmbrățișeze o perspectivă socială sau politică. Prin contrast, când oamenii vorbesc cu prietenii lor apropiați despre problemele lor de viață, tendința lor naturală este să se uite la experiențele personale, la problemele de familie și la relații. E mai puțin frecvent, cel puțin din ceea ce văd eu, ca oamenii să se gândească la boli fizice, procese biochimice, genetică sau creier.

Psihiatria modernă țese împreună toate aceste fire — biologice, psihologice și sociologice — pentru a crea un model biopsihosocial al tulburării mentale¹. Suntem mândri că putem face acest lucru. Dovedește deopotrivă nivelul nostru de competență și respingerea dogmelor. Dar aplicarea acestui model este problematică. Ori de câte ori vedem un pacient nou, trebuie să decidem care dintre cele trei paliere este mai important, dacă este vreunul; altfel, avem doar o teorie care explică totul și nimic.

O modalitate prin care putem separa contribuția genelor de influența mediului este studiul gemenilor care împart același ADN. La celălalt capăt al spectrului, ne uităm la grupuri de oameni și la efectele războiului, ale recesiunii economice, efectele legalizării drogurilor sau ale noilor tratamente. Apoi vine munca pe care o considerăm în mod tipic mai „științifică“, ce are loc în laboratoare:

experimente pe animale sau cercetări ce folosesc scanere cerebrale și alte noi tehnologii. Dar chiar și atunci când această muncă este de cea mai bună calitate, de obicei este aplicabilă la media unui grup. Când am în față un individ, un pacient, cu constelația sa unică de circumstanțe, chiar și cea mai redutabilă știință se luptă cu niște întrebări de bază: de ce se simte astfel? Ce l-a determinat să facă asta? De ce i s-a întâmplat acest eveniment? La extrem, acest vid de explicație îți poate da senzația că te afli într-un hău. În secolul XX, Karl Jaspers, psihiatrul filosof, a mers până acolo încât să-l descrie ca pe un abis².

În abis este astfel nu atât un ghid montan, deși aceasta este o metaforă bună pentru munca mea. Sugerează ceva ce poate fi văzut, dar este dincolo de atingere. Sugerează pericole, întuneric dedesubt. Așa cum spunea Jaspers, abisul este un tărâm impenetrabil ce ne separă pe „noi“ de înțelegerea minții celui „nebun“ sau „lunatic“. Pentru mine, cuvântul „abis“ implică un avertisment și o declarație de neputință. Dar este și o provocare.

Primul meu erou într-ale psihiatriei a fost R.D. Laing, un gânditor radical din Glasgow-ul anilor 1960 și 1970. Inițial, Laing l-a admirat pe Jaspers, dar ulterior a devenit convins că poate să se conecteze chiar și cu cei mai perturbați oameni, cei al căror contact cu realitatea era cel mai fragil³. Pentru Laing, impedimentul în a găsi o punte peste acest abis era obiectivitatea — chiar atitudinea ce definește metoda științifică. Obişnuiam să mă gândesc la mine însumi ca la un radical și aş fi putut să îmbrăţşez poziția lui Laing, dar nu aş fi fost realmente eu. Cred că sunt prea ataşat de baza fermă oferită de empirism și de inferența precaută. Acesta este rezultatul educației mele într-una dintre cele mai prestigioase instituții psihiatrice din Marea Britanie — deși nu m-a oprit de la a încerca măcar să îmi dau seama ce se întâmplă în mintea altcuiva.

Jaspers a făcut o distincție folositoare între „semnificativ“ și „cauzal“, în înțelegerea comportamentului uman. Înțelegerea semnificativă vine din simpatizare și empatizare, din povești, din parcurgerea retrospectivă a drumului, de la prezent către experiențele noastre formatoare, ca și cum ele s-ar afla pe un singur arc neîntrerupt. Dar această manieră puternică și uneori frumoasă de a ne privi viețile poate fi iluzorie. Viețile noastre sunt constant atinse de efectele cauzale ale ADN-ului, bolii și norocului, pur și simplu. Ca să mă exprim diferit, sunt multe lucruri care ni se întâmplă, chiar dacă noi credem în ele sau nu.

Psihiatria modernă are dreptate când caută în neuroștiință răspunsuri la întrebări despre natura umană și, în calitate de neuropsihiatru, aceasta a fost orientarea

mea. Dar anumite aspecte din neuroștiință — psihofarmacologia modernă, de exemplu — mai au de dat multe răspunsuri. Neurotransmițătorii, mesagerii biochimici din creier, sunt descriși adesea drept echivalenții moderni ai umorilor despre care vorbeau anticii. Așa cum grecii antici susțineau că sângele și bila guvernau temperamentele sangvin și melancolic, acum avem dopamina și serotonina; prima, ni se spune, este responsabilă de motivație, iar a doua, de dispoziție. Apoi sunt „doza“ de adrenalină și „injecția“ de endorfine și multe altele.

Când vine vorba despre dopamină, dacă e prea puțină, ai Parkinson; dacă e prea multă, ai schizofrenie. Deci ce facem cu pacienta descrisă în Capitolul 1, care le are pe ambele? Înțelegerea bolii ei este imposibilă fără înțelegerea rolului dopaminei, dar ceea ce ne va lărgi perspectiva asupra ei, mai degrabă decât să o îngusteze, este felul atât de nesigur în care ea experimentează lumea, modelat și distorsionat de acest dezechilibru chimic.

O realitate de neocolit este bucata de materie grasă ce stă liniștită în cutia sa protectoare cu care se continuă gâturile noastre. Solid și totodată delicat, creierul este extrem de vulnerabil, iar craniul îi oferă doar o modestă protecție. Nici nu se poate pune cu, să zicem, o mașină ce vine cu viteză mare către tine. Dacă ai supraviețuit unei leziuni cerebrale traumatice, vei începe, la fel ca omul descris în Capitolul 2, un drum de recuperare — și la fel va face și creierul tău. Poate că acest fel de a separa mintea de corp pare iremediabil dualist. Noi luăm de bune percepțiile și intuițiile noastre imediate; nu avem nicio clipă conștiința faptului că există un creier în spatele acestora, un creier care gândește. În vreme ce filosofii au analizat secole de-a rândul iluzia unității celor două, doar cu ocazia unei vătămări a creierului începem să observăm joncțiunea, să vedem cum partea biologică și partea psihologică se desprind una de alta. Presupunerea și așteptările pacientului nu prea se potrivesc cu lumea materială și socială, în timp ce creierul lor disfuncțional se luptă să dea un sens acestei disparități. Uneori, doar când privim anatomia creierului putem pricepe reacțiile idiosincratice ale persoanei respective la leziune. Poate că nici nu există așa un abis de înțelegere până la urmă.

Dacă scopul global al acestei colecții de povești este să construiască o punte de înțelegere între cei cu tulburări și cei fără, o temă implicită și foarte puternică traversează acest demers: tensiunea dintre perspectiva unui individ și cea a societății în ansamblul ei. De pildă, niște forțe sociale seismice, cum sunt rasismul și identitatea rasială, ce pot fi auzite foarte bine înăuntrul și în afara sălii

de consultații din spital, așa cum vom vedea în Capitolul 4. În fața prejudecăților, un individ poate să oscileze între extremele unei dispoziții până când găsește un centru de gravitație stabilizator, un ritm mai natural și un ton liniștitor și familiar în relația terapeutică. Dar oare această relație nu perpetuează aceleași asimetrii de putere? O altă forță considerabilă este impunerea așteptărilor societății asupra corpurilor femeilor și etica consumului, ce ies la suprafață în practica clinică drept „tulburări alimentare“. În Capitolul 5 vom vedea cum aceste așteptări, susținute de imperativele biologice ale foamei și reproducerii, pot fi internalizate de-a lungul vieții, alături de imaginea corporală pe care o avem în minte. Dar, dacă societatea ne poate inculca astfel de convingeri, atunci există șansa ca noi să putem renunța la ele.

Tensiunea dintre individ și societate în ansamblul ei este evidentă mai cu seamă când vorbim despre suicid. Până la urmă, sociologia, ca disciplină academică, a fost lansată pornind de la studiul suicidului în relație cu cultura și demografia, la finalul secolului al XIX-lea. Dacă ne întoarcem la ziare, vom găsi, cel mai probabil, un consens fals conform căruia suicidul, fiind de două ori mai frecvent în rândul bărbaților decât în rândul femeilor, se datorează unei „crize a masculinității“ și unei interdicții culturale adresate acestora de a vorbi despre sentimentele lor. Factori sociali mai amplii, precum șomajul, alcoolul sau drogurile, tind să fie ignorați, la fel cum se întâmplă și cu cel mai mare factor de risc în sine: prezența unei tulburări psihice. Suicidul are locul său în cele mai apreciate opere literare. El populează piesele lui Shakespeare — dacă ne gândim la Hamlet, Macbeth, Romeo și Julieta, Antoniu și Cleopatra. Dar, departe de a fi o problemă legată de introspecție, cea mai bună prevenție a suicidului tinde să funcționeze la nivelul populației: prin înlocuirea cărbunelui cu gazul natural, prin amplasarea de bariere în stațiile de metrou, chiar prin restricționarea vânzării de paracetamol în farmacii. Suicidul ne duce de la sublim la banal, de la marele orizont istoric la trivialitățile luptei însingurate a individului. Nu putem ști cu adevărat vreodată de ce își ia cineva zilele. Poate de aceea, așa cum vom vedea în Capitolul 3, suntem datori să spunem povești despre așa ceva.

Când explicațiile cauzale și cele legate de semnificație se întâlnesc, apare invariabil o tensiune, dar, dacă sunt puse față în față în același spațiu, poate apărea o coliziune în toată regula. Ar fi simplu să spunem că, atunci când acest lucru se întâmplă în sala de consultații, nefericitul psihiatru este doar un spectator inocent. Asta ar însemna să renunțăm prea repede și, totodată, să ne diminuăm contribuția. Alții au mers până la a spune că psihiatria este parte a problemei, un agent al statului, literalmente, o „poliție a gândirii“. Învinuirea

este excesivă, dar există pe undeva o dovadă circumstanțială în acest sens: suntem singurii reprezentanți ai profesiei medicale cu puterea de a încătușa și de a impune restricții. Noi putem impune tratamentul celor care îl refuză (capitolele 1, 4 și 6); putem separa individul de familie. În realitate, psihiatrul susține normele și valorile societății, dar el nu trebuie să fie un vector pasiv al acestora, cu atât mai puțin „agent de vânzări“. Nu ni se cere să fim anonimi și lipsiți de chip, precum psihanalistul caricaturizat. De asemenea, nu ne putem ascunde sexul, rasa, clasa socială sau puterea cu care am fost investiți. Dar, dacă ne ascundem în spatele acestor atribute, nici măcar nu vom mai putea vedea spațiul dintre noi, ca oameni, darămite să construim punți peste acesta. Să scrii despre tensiuni și coliziuni poate să pară negativ și nu toate finalurile sunt fericite, dar aceste cuvinte vorbesc despre o energie posibilă care poate transforma totul.

Capitolul final (Capitolul 7) sintetizează temele anunțate anterior în carte prin poveștile a doi oameni pe care i-am întâlnit aproape în același timp. Așa cum se va vedea, poveștile lor destul de diferite descriu o bună parte din drumul pe care cercetarea și practica în domeniul sănătății mentale l-au parcurs în secolul trecut (și chiar din Antichitate). La fel ca în cazul umorilor, grecii antici au avut niște idei destul de bizare în ceea ce privea rolul organelor, cum ar fi uterul și cum acesta ar fi putut să provoace femeilor o afecțiune numită „isterie“. Aceasta a fost afecțiunea ce l-a tentat pe Sigmund Freud să se îndepărteze de o carieră respectabilă și stabilă de neurolog și să se îndrepte spre tărâmul mai incert și uneori mai încărcat de sexualitate al tulburării psihice. Un secol mai târziu, încă ne luptăm cu aceleași dileme și incertitudini cu care se lupta și el.

Ultimele capitole ale acestei cărți sunt despre felul cum mintea și corpul interacționează și, într-un fel, rivalizează pentru câștigarea controlului. Acest lucru poate crea intime drame familiale — sau poate fi provocat de ele — ce se desfășoară pe scena biomedicinei. Și iată-ne în cele din urmă ajunși la cel mai puternic și mai controversat simbol al tratamentului psihiatric, cel care reprezintă conflictul dintre fizic și metafizic: terapia electroconvulsivantă (Capitolul 6), precum și la verișoara sa modernă, mai blândă, stimularea magnetică transcraniană (Capitolul 7).

Toate cazurile prezentate în această carte sunt despre felul cum credințele personale și cele colective pot fi distrugătoare, dar care, de asemenea, ne pot ajuta să ne schimbăm în bine; am putea spune chiar că sunt vindecătoare. Sunt conștient că punctul meu de vedere este unul parțial și distorsionat de părtinirile inevitabile ale memoriei și repovestirii, precum și de toate celelalte influențe ce

m-au surprins în acel moment și, fără îndoială, încă mă surprind. Toate aceste întâlniri pe care le-am ales au fost experiențe proverbiale de învățare și m-au ajutat să mă înțeleg un pic mai bine pe mine însumi (dacă nu să-i înțeleg și pe alții). Inițial, unii cititori vor fi uimiți de nivelul meu de ignoranță. Sunt pregătit să accept asta; nu este confortabil să mă pregătesc pentru astfel de judecăți, dar este necesar. De partea mea sau măcar în ajutorul meu se află un corp crescând de informații despre sănătatea și boala psihică. El se află în manualele și jurnalele academice, și își are rădăcinile în științele biologice și sociale, un corpus de lucrări atât de vast, încât nu mai poate fi conținut într-o bibliotecă obișnuită.

Scopul meu este să folosesc o parte din aceste date acumulate (prefer acest termen celui de înțelepciune), fără a împovăra cititorul cu prea multe citate. Multe dintre aceste date îmi fac semn și mă admonestează pentru că au fost lăsate necitite, în timp ce restul sunt o prezență reconfortantă — sunt acolo dacă este nevoie de ele. Spun asta pentru că aș dori, de asemenea, să demistific nițel psihiatria. Poate că este misterioasă, dar nu este mistică; deși, când se află în aceeași cameră doar doi oameni angajați într-o conversație, este uluitoare.

¹ [Bolton, D. și Gilett, G., The Biopsychosocial Model of Health and Disease \(Cham: Palgrave Pivot, 2019\), pp. 1–145 \(un studiu critic recent, publicat în apărarea modelului de către doi filosofi clinicieni\).](#)

² [Jaspers, K., General Psychopathology \(ed. a șaptea\), trad. J. Hoenig și M.W. Hamilton \(Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1913/1997\).](#)

³ [Laing, R.D., The Divided Self. Modern Classics. Londra: Penguin Books, 2010\) \[publicat inițial ca The Divided Self: A Study of Sanity and Madness \(Londra: Tavistock Publications, 1960\)\].](#)

Dopamina

Prima dată am întâlnit-o pe Jennifer într-o secție de urgență, stând pe pat nemișcată. Literalmente nemișcată. Stătea culcată pe spate, ușor ghemuită, capul atingându-i perna fără să se odihnească pe ea. Avea un tablou clinic de probleme complicate, chiar contradictorii, și nu își mai lua medicamentele. Pierdea în greutate și se deshidrata. Fusesse internată în spital drept caz de urgență.

Jennifer avea 30 și ceva de ani. Era departe de a proveni din banala familie de condiție medie. Părinții ei se separaseră în timpul copilăriei ei și a trăit cu mama până în anii adolescenței, punct în care mama ei a dezvoltat probleme psihice și a devenit tot mai paranoidă și mai religioasă, deși nu a consultat niciodată un psihiatru. Din acel moment, Jennifer a început să petreacă mai mult timp cu tatăl ei. A fost o elevă bună și a intrat la școala de arte. S-a apucat de fotografie și a testat expunerea lungă a obiectelor aflate în mișcare, de exemplu trenuri în mers, copii alergând sau păsări în zbor, toate acesta producând imagini blurate și neliniștitoare. Între timp, pe când avea cam 21 de ani, Jennifer a început să devină paranoidă, la fel ca mama ei, convinsă fiind că oamenii îi furau ideile și obiectele. A început să audă vocea unui star faimos de film care locuia în zona ei. Vocea îi spunea lucruri rele și disprețuitoare și îi cerea să înceteze cu pictura, căci de nu... Ea se simțea forțată să dea ascultare acestor comenzi. Vocea îi spunea că știe la ce se gândește ea. Mai era și o voce feminină pe care nu o recunoștea, iar cele două voci își vorbeau una alteia, comentând ceea ce făcea Jennifer: „Uită-te la ea acum, se ridică din pat. Cine crede ea că e?” Bizar, vocile păreau să se transforme, devenind materiale, și să îi invadeze corpul, trăgând-o de organele sexuale. Aceste experiențe stranii sunt simptome de diagnostic pentru cea mai emblematică dintre toate tulburările psihice, schizofrenia.

În acel moment a fost văzută de un psihiatru și, în ciuda unor încercări de a o sprijini cu medicație și ajutor în general, nu și-a putut termina cursul de artă. Fără acest punct central din viața ei, a devenit tot mai izolată, stând în pat și trăind dintr-o pensie socială. S-a lăsat ajutată cu destul scepticism de către echipa locală responsabilă de sănătatea mentală, tinzând să nu prea aibă încredere în ei, dar a acceptat medicația antipsihotică. Acest fapt a atenuat vocile, dar nu le-a

eliminat complet.

De fapt, nu avea încredere în nimeni. Credea că oamenii îi intrau în apartament și îi umblau prin lucruri, că îi schimbau locul mobilei și îi furau puținele bunuri de valoare pe care le avea. A început să umble peste tot cu un rucsac în spate, umplut cu tot ce avea ea, inclusiv scrisori, hârtii, CD-uri și schițe, ca să le păstreze în siguranță. Agățată de piept era camera ei foto, greoaie, scumpă, dar învechită. Se comporta ca un fotojurnalist fără subiect, apăsând pe buton ori de câte ori întâlnea ceva sau pe cineva nou. Explicația era că dorește să înregistreze ceea ce i se întâmplă, ca să poată, dacă vrea, să verifice cine a fost acolo, ce s-a întâmplat, unde erau obiectele și așa mai departe, ca să folosească toate acestea ca dovezi. Dovezi pentru ce? În apărarea ei? Pentru acuzare? Nu era clar.

Cu timpul, lucrurile s-au mai așezat. Jennifer avea grijă de ea însăși, se aventura la magazine să cumpere lucruri imediat necesare, mai făcea fotografii din când în când și picta autoportrete în pastel. Evita cu încăpățănare oamenii, dar, după câteva vizite, o asistentă medicală din comunitatea ei a stabilit cât de cât o relație cu ea. De-a lungul câtorva ani, s-a încercat controlul simptomelor cu diferite medicamente, dar echipa medicală a fost uimită de apariția unor efecte secundare majore. Se plângea că mișcările îi sunt înțepenite și că tremură excesiv. A dezvoltat tremor mai ales la mâna dreaptă, ceea ce interfera cu desenul. Era ca și cum, blocând receptorii esențiali de dopamină din creierul ei, medicația antipsihotică îi produsese simptome de boală Parkinson.

Antipsihoticele au fost descoperite la începutul anilor 1950 și promovate drept primele medicamente care pot calma un individ fără să îi dea somnolență. Una dintre zonele-cheie ale cercetării a fost neurotransmițătorul dopamină, care i-a atras atenția lui Arvid Carlsson, farmacolog suedez care lucra la Institutele Naționale de Sănătate ale SUA. El a arătat că reducerea chimică a dopaminei ducea la pierderea unor abilități de mișcare la animalele de laborator și a speculat că boala Parkinson, al cărei semn principal este o lentoare similară a mișcărilor, poate fi cauzată de lipsa dopaminei⁴.

Se știa deja destul de bine că pacienții cu Parkinson demonstau o degenerare a unui mic grup de celule în mezencefal, numite „substantia nigra“ din cauza culorii lor întunecate și care au o concentrație mare de neuromelanină, precursor al dopaminei. Acele celule trimit semnale nucleilor bazali, o zonă crucială în controlul mișcării, care conține o concentrație mare de dopamină. Nucleii bazali sunt un grup mic de neuroni aflați pe ambele părți, în profunzimea creierului (aria bazală). Studii experimentale și clinice de la începutul anilor '60 au dat doctorilor posibilitatea de a înlocui dopamina pierdută la pacienții cu Parkinson, iar tratamentul a demonstrat îmbunătățiri considerabile. Acesta a devenit tratamentul oficial pentru ceea ce fusese anterior o boală intratabilă și, pentru munca lui, Carlsson a obținut Premiul Nobel pentru Fiziologie și Medicină în 2000.

În aceeași perioadă, un medicament numit clorpromazină a început să fie utilizat ca „tranchilizant“ pentru persoanele cu schizofrenie. Pentru prima dată exista un tratament realmente eficient pentru reducerea simptomelor psihotice, dar medicii au observat că producea efecte secundare ce aminteau de boala Parkinson. Și astfel am început să vedem cele două boli ca fiind fiecare imaginea în oglindă a celeilalte: schizofrenia se datora unui exces de dopamină în arii-cheie ale creierului, în timp ce boala Parkinson se datora unui deficit. Acea teorie, versiunea originală a ipotezei dopaminei în schizofrenie, încă este luată în calcul în multe dintre realitățile legate de schizofrenie. De pildă, multe medicamente ce produc efecte asemănătoare schizofreniei s-au dovedit a acționa prin creșterea nivelului de dopamină și, invers, multe medicamente cu efecte antipsihotice fac opusul: blochează sau reduc nivelul de dopamină din creier.

Ne putem gândi la neurotransmițători ca la obiectul transmis între sportivi într-o ștafetă. Nervii conduc informația sub forma impulsurilor electrice. Ne putem gândi la un alergător care ia startul. Odată ajuns la finalul porțiunii pe care trebuie să o parcurgă, trebuie să predea ștafeta în mâna următorului alergător. Spațiul dintre cei doi alergători este analog sinapsei, mica fantă dintre cei doi nervi. Odată ce noul nerv a recepționat ștafeta, mesajul călătorește mai departe. Așa cum se întâmplă într-o ștafetă, aici este punctul în care fluxul poate fi crescut sau poate fi întrerupt. În boala Parkinson, pur și simplu nu există destui alergători care să ducă ștafeta dopaminei mai departe și nu există destule ștafete care să ajungă la destinație. Terapia de suplimentare a dopaminei este similară cu plasarea unui surplus de ștafete la punctul de întâlnire, crescând astfel șansele ca măcar unele dintre acestea să fie preluate. Alte terapii pentru creșterea nivelului de dopamină previn degradarea dopaminei la nivel de receptori — ca și cum ai

putea face ca ștafetele, chiar dacă au fost scăpate din mână, să „supraviețuiască” și să fie culese de pe jos de către alergători.

În schizofrenie, fiecare alergător duce prea multe ștafete, făcând preluarea acestora haotică. Multe „mesaje” trec mai departe, chiar dacă nu fac parte oficial din cursă. Omul percepe lucruri care nu sunt realmente acolo. Agenții antipsihotici lucrează prin blocarea receptorilor, ori dând ștafete false (care nu contează) primitivului, ori, conform altei versiuni a teoriei, slăbind legătura dopaminei cu receptorul — „ungând” cu grăsime mâna alergătorului care primește, ca să scape ștafeta.

Dacă este vorba numai de excesul sau de lipsa dopaminei, ar trebui să ne așteptăm ca medicamentele care tratează boala Parkinson să dea un risc crescut de simptome asemănătoare celor ale schizofreniei și ca cele antipsihotice să poată da parkinsonism, simptome ale bolii Parkinson. Dar, de-a lungul anilor, teoria a început să scârțâie sub greutatea dovezilor că nu prea se potrivește. De fapt, a fost destul de greu de demonstrat că majoritatea pacienților cu schizofrenie ar avea exces de dopamină și nu toți pacienții răspund la medicația de blocare a dopaminei⁵.

O provocare timpurie la adresa acestei teorii a fost cazul rar al unui pacient care avea și boala Parkinson, și schizofrenie. Sigur, nu poți avea în același timp și prea multă, și prea puțină dopamină. Tim Crow, cercetător renumit în domeniul psihiatriei, a publicat o serie de patru cazuri în 1976, în care pacienții dezvoltaseră toți boala Parkinson cu mulți ani înainte de a dezvolta psihoză⁶. Niciunul nu era tratat cu medicație de înlocuire sau de creștere a dopaminei în momentul când a apărut psihoza, așadar, conform teoriei, ceea ce se întâmpla trebuia să fie imposibil. Sau poate că schizofrenia și boala Parkinson nu erau două extreme ale unui singur spectru clar, ci ceva mult mai complex.

Jennifer a răspuns relativ bine la medicația antipsihotică, dar părea că dezvoltă un parkinsonism destul de sever, cu mâinile tremurându-i constant dincolo de controlul ei conștient. Echipa clinică ce se ocupa de ea era îngrijorată și a

început, încet și precaut, să îi reducă medicația. Jennifer era mulțumită, dat fiind că nu îi plăcuse deloc să ia pastilele și acum se simțea oribil. Echipa credea că se confruntă cu efecte secundare și că vor ajunge la o medie optimă cu o doză minimă de medicație eficace — doar cât să controleze simptomele halucinatorii și paranoice, fără a o face să fie vizibil mai lentă. Ce a urmat a fost o perioadă de câțiva ani destul de dificili. În mod previzibil, reducerea medicației a însemnat revenirea la convingerea ei că este urmărită și persecutată și, ca rezultat, s-a închis în ea însăși, evitând-o chiar și pe asistenta de psihiatrie din comunitate (APC) când aceasta a venit să o viziteze. Mai mult decât atât, reducerea medicației a dus doar la o îmbunătățire minimală a mișcărilor ei. A devenit tot mai dificil pentru echipă să mențină orice fel de contact cu Jennifer. Ieșind din orice schemă terapeutică, starea ei mentală s-a degradat, la fel și starea fizică. Mișcărilor erau ezitante și mergea gârbovită, ca o femeie de două ori mai în vârstă.

Prins timp de mai multe luni în această nefericită situație, psihiatrul ei mi-a cerut opinia și am fost de acord că e un caz neobișnuit și că, poate, ar fi bine să fie consultată de un neurolog. După multă muncă de convingere, Jennifer a fost de acord. Neurologul a examinat-o și a internat-o în spital pentru câteva analize. În final, după multe tergiversări, neurologul a fost obligat să ia în calcul ideea că ea ar putea suferi și de boala Parkinson, și de schizofrenie; până la urmă, ea întrerupsese orice medicație de mai bine de un an. Dacă ar fi fost doar ceva indus de pastile, ar fi trebuit să se vadă îmbunătățiri majore până în acel moment.

Analizele au inclus scanarea transportorului de dopamină. Aceasta presupune injectarea unei cantități mici de substanță de contrast în vena pacientului, ceea ce ne permite să vedem proteinele transportoare care adună moleculele împrăștiate de dopamină când facem scanarea. Într-un creier sănătos, ar trebui să existe o „zonă de activitate intensă” ce arată concentrația de transportor de dopamină în nucleii bazali. Ar trebui să arate normal la oamenii care au doar simptome de Parkinson induse de medicație, în timp ce aceia care au realmente Parkinson au o zonă de activitate mai slabă „mai rece”. În stadiile incipiente ale bolii, producția de transportori scade; până la urmă nu ai nevoie de așa de mulți transportori dacă nivelul de dopamină a scăzut drastic. Scanarea creierului lui Jennifer arăta o „răcire” semnificativă a zonei în mod normal de activitate intensă. Mai mult, imaginea era asimetrică, cu mai multe pierderi pe partea stângă a creierului (care controlează partea dreaptă a corpului), lucru ce se corela cu cele mai severe simptome ale ei. O imagine asimetrică la scanare este tipică pentru boala Parkinson, mai cu seamă în stadii incipiente, din cauza faptului că degenerarea

substanței negre începe într-o parte și exclude efectele induse de medicamente sau efectele toxice, pentru că acestea ar trebui să afecteze toate zonele în mod egal.

Neurologul a conchis că Jennifer trebuie să aibă o formă de boală Parkinson ce nu era pur și simplu indusă de medicamente, dar a cărei prezență e posibil să fi fost stimulată de medicamente; adică era vulnerabilă la a dezvolta Parkinson la un moment dat în viață, dar expunerea la medicația antipsihotică, ce i-a blocat receptorii de dopamină, probabil că a grăbit acel moment. (Aceasta este doar o ipoteză și nu există dovezi solide că se poate întâmpla realmente.) Majoritatea oamenilor dezvoltă boala Parkinson în decada a șasea sau a șaptea a vieții, dar, în cazuri rare, boala poate afecta și adulți tineri. În aceste cazuri de debut timpuriu este posibil să fi existat antecedente familiale ale acestei boli și adesea se găsesc genele predispozante. Dar niciuna dintre aceste circumstanțe nu i se aplica lui Jennifer.

Deloc surprinzător, Jennifer a devenit tot mai descurajată, apoi deprimată, având gânduri suicidare. Acum auzea voci încontinuu — care o hărțuiau, îi spuneau ce să facă, inclusiv să se sinucidă. Lucrând alături de neurolog, i-am prescris lui Jennifer niște medicamente ce îi reduceau câteva dintre simptomele de Parkinson, fără a afecta sistemul dopaminergic. Aceste medicamente, cunoscute drept anticolinergice, sunt mai eficiente în faza timpurie a bolii. Au ajutat-o în ceea ce privește tremurăturile, dar simptomele psihotice nu puteau fi ignorate. Jennifer era atât de tulburată de halucinații, încât a acceptat să ia niște medicamente antipsihotice noi. De data aceasta am folosit un medicament numit clozapină, folosit adesea pentru schizofrenia rezistentă la tratament, unul dintre puținele medicamente ce nu dau parkinsonism și nu agravează boala Parkinson⁷. Grație clozapinei, anticolinergicilor și sprijinului constant al echipei de psihiatri din comunitatea ei, care au încurajat-o să vină la un centru de zi din când în când, ea s-a bucurat de o perioadă de relativă stabilitate.

Au mai trecut câțiva ani și simptomele fizice ale lui Jennifer, mai cu seamă lentoarea motorie, s-au înrăutățit, așa cum era de așteptat pentru cineva care are boala Parkinson. Medicul ei neurolog i-a mai adăugat la tratament o doză foarte mică de levodopa (cunoscută drept L-DOPA): tratamentul standard pentru boala Parkinson, elementul chimic convertit în dopamină la nivel cerebral. Neurologul s-a temut că acesta îi va exacerba halucinațiile și celelalte simptome. A avut dreptate.

Jennifer credea, cumva pe bună dreptate, că este transformată în cobai uman. Creșteam puțin aici nivelul de clozapină, reduceam mai încolo nivelul de L-DOPA, reglam puțin celelalte medicamente, făceam ce puteam — dar nu eram siguri că puteam ameliora cu adevărat situația. Jennifer a început să ne evite. Uneori venea la centrul de zi cu rucsacul și camera foto, cu un aspect răvășit și emaciat, și dispărea înainte ca noi să putem face vreun plan adecvat nevoilor ei. Asistenta o vizita la domiciliu, dar ea de multe ori nu răspundea la ușă; când răspundea, se ridica din pat numai după mari încurajări. Mișcărilor ei erau dureros de lente, de parcă ar fi înotat în melasă. Răspundea la întrebări, dar vocea îi devenea progresiv mai slabă, până când se auzea doar un șoptit. După aproximativ două săptămâni în acest stadiu, abia mai mânca, ceea ce nu era deloc surprinzător, de vreme ce îi trebuia o grămadă de timp doar ca să ia o bucată de pâine și să o ducă la gură. Mâncarea stătea nemestecată, adunându-se în gura ei.

Într-o zi, asistenta s-a lovit de ușa închisă. Corespondența nu mai fusese ridicată de mult. Ne temeam că Jennifer nu lua nicio pastilă pentru Parkinson, ceea ce o putea face incapabilă să aibă grijă de ea însăși, nemaivorbind de gândurile ce i se puteau învârti ei prin minte. Unde era? Dormea cât de cât? S-au făcut încercări de a contacta rudele, dar acestea nu au putut fi de ajutor. Echipa de sănătate mentală era îngrijorată. Dacă Jennifer era în apartamentul ei, dar nu putea răspunde la ușă? Au decis că se ajunsese la nivelul la care era nevoie să intre cu forța, în acord cu un paragraf al Actului de Sănătate Mentală, pentru că era destul de probabil ca sănătatea ei să se fi deteriorat până la nivelul la care viața îi era pusă în pericol.

Echipa a găsit-o ghemuită pe podea, cu hainele murdare, conștientă și trează, dar fără să vorbească. Membrele îi erau flexate, dar menținute rigide. Pulsul îi era inegal; gura îi era uscată. Au chemat ambulanța și a fost internată de urgență. Echipa medicală i-a făcut un control fizic, a spălat-o și i-a dat haine curate. I s-au pus perfuzii și i s-au dat antibiotice pentru o infecție toracică. S-au făcut cereri de consult neurologic și psihiatric. Diagnosticul de lucru a fost formulat în acel fel medical unic, cu semn de întrebare la început: „?Catatonie“.

„Catatonie“ este un termen general ce adună sub aceeași umbrelă un grup de comportamente motorii ciudate, caracterizate de lipsa mișcării (sau vorbirii) sau de menținerea unei posturi anormale. Descrierea din cărțile mai vechi vorbește despre mișcarea brațelor bolnavului, ce sunt simțite ca și când ar fi ale unui manechin de croitorie („flexibilitate ceroasă“) — rămân în orice poziție ar fi fost așezate. Adesea persoana se uită înainte în gol, clipind infrecvent. Unii oameni folosesc termenul acesta pentru a descrie scurte episoade de astfel de comportament, dar eu prefer să îl folosesc în sens mai restrâns, când domină înfățișarea și comportamentul respectivului și durează mai mult de câteva minute, ore sau chiar zile. Alte forme de catatonie descriu episodul în care pacientul, altfel „mut“, repetă exact ce i s-a spus („ecolalie“) sau mișcarea echivalentă când, în ciuda faptului că este imobil, pare să imite acțiunile celui care îl examinează („ecopraxie“). Catatonie nu este un diagnostic în sine și poate fi constatată și la persoane cu schizofrenie, dar și cu tulburări afective severe, când dispoziția lor este extrem de scăzută (ca în stupor) sau extrem de ridicată (ca în manie). Poate, de asemenea, să apară ca reacție la stres extrem sau conflict interpersonal.

Când cineva își revine din catatonie, uneori îți poate spune cum a fost. Un pacient mi-a spus că a crezut că are o bombă nucleară în corp și că, dacă ar fi mișcat un mușchi, ar fi anihilat întreaga lume. Alt pacient spunea că se simțea în uniune cu Dumnezeu și că era într-o stare de extaz. Alți pacienți nu își amintesc deloc de starea de catatonie. Adevărat, este foarte probabil ca multe astfel de cazuri să nu fie de domeniul psihiatriei, ci să fie rezultatul unei stări anormale a creierului care — deși diferită de, să zicem, comă sau comă parțială (ce cauzează un model anormal de unde cerebrale, așa cum apar ele măsurate pe encefalograma standard și care, astfel, poate fi exclusă ușor) — este cauzată de o alterare subtilă a chimiei cerebrale și, poate, chiar de o formă rară de encefalită⁸. O cauză neurochimică este cunoscută sub numele, destul de sinistru, de „sindrom neuroleptic malign“. Acesta este cauzat de o reacție neprevăzută și idiosincronică la medicația neuroleptică (numele original pentru medicația antipsihotică). Cu vechile medicamente antipsihotice, poate apărea la 3 din 100 de pacienți, dar cu cele moderne, mai blânde, afectează doar 1 din 10 000. Se pare că se datorează unei extreme sensibilități la acțiunea de blocare a dopaminei, astfel că are loc o închidere aproape completă a activității dopaminergice, care poate fi fatală. Mai poate apărea când pacienții cu Parkinson încetează brusc să-și mai ia medicamentele.

Prima dată am văzut-o pe Jennifer față în față la spital, în secția medicală. Într-adevăr, era catatonică. Și părea înlemnită. Am tras perdelele de la patul ei și m-am așezat lângă ea pe un scaun. M-am prezentat cât am putut eu de blând și de liniștitor. Stăteam, priveam și așteptam. Era numai piele și os, destul de murdară. Fața ei avea puțină expresivitate și părea să fie acoperită de un strat subțire de grăsime. Avea expresia aceea de „mască“, așa cum spuneau manualele.

— Ce faci? am întrebat-o.

Nimic. Privea în sus, clipind rar.

— Pari speriată, i-am spus.

Și-a închis încet ochii. I se adunase puțină transpirație în pliul în formă de U din partea superioară a sternului. Am șters-o cu un șervețel și mi-am pus mâna cu blândețe pe încheietura ei.

— Ești în siguranță acum. Cred că ai ajuns astfel pentru că ai oprit medicamentele. Îndată ce le vei lua din nou, te vei simți mai bine. Îți promit.

În acel moment, buzele ei parcă s-au mișcat. Oare încerca să-mi spună ceva? M-am aplecat.

— Poftim?

Un murmur, ceva mai tare de data aceasta.

— Scuză-mă, tot nu te pot auzi. Te rog încearcă din nou, am cerut, apropiindu-mă.

Ochii i s-au deschis și părea că face toate eforturile să comunice.

— Încă puțin, ești aproape, i-am spus, aplecându-mă cu urechea mai aproape de buzele ei.

— Dă-mi... drumul... la... mână.

O șoaptă aproape inaudibilă. M-am retras.

— Scuză-mă, nu am intenționat...

Mi-am amintit că Jennifer nu era o persoană obișnuită care a căpătat o boală serioasă și așteaptă, pasivă și recunoscătoare, să primească tratament. Era cineva care-și urma propriile reguli. Era o persoană unică: suspicioasă, neîncrezătoare, preferând să fie independentă și să se bazeze pe propriile surse de informație ca să determine adevărul.

Suferise fizic dintr-o vulnerabilitate nefericită la medicamente și din cauza unei boli care afectează cel mai adesea bătrânii. Avusese o boală mentală pe care, cel mai probabil, o moștenise și care adusese cu ea vocile persecutoare ce o urmau peste tot, invadându-i corpul în cele mai intime colțișoare, invadându-i ființa, sufletul, gândurile.

Are voie un psihiatru bărbat să își atingă pacientul? Răspunsul ar fi „nu“, în cele mai multe cazuri, dar nu mereu. Consultația psihiatrică dă uneori ocazia unor violări flagrante ale relației medic-pacient. Cadrul este unul privat, contactul, prelungit, tonul emoțional este intens și asimetria de putere este, de obicei, evidentă. Eu nu cred în absența totală a personalității în timpul consultației, așa cum se poate vedea în ultraformalismul psihanalizei, unde analistul este mai mult sau mai puțin invizibil și, cu siguranță, de neatins. Adesea eu strâng mâna pacientului la prima întâlnire, dar numai dacă el vrea. O persoană paranoidă poate să se simtă încolțită sau atacată, iar cineva cu obsesii sau frici de contaminare va da înapoi, se va teme că a fost supus unui contact dăunător și va începe să rumineze asupra acestui lucru încă dinainte de a începe discuția. Dar, dacă persoana este vizibil tristă și înlăcrimată, dacă deplânge pierderea cuiva drag, de pildă, sau orice altă pierdere? E sigur că nu strică să întinzi mâna și să te conectezi cu ea sau să o îmbrățișezi scurt la plecare? Pare că asta ar trebui făcut. Nu scrie nicăieri să fii distant și rece; detașat, da, absent, nu. Adesea mă uit la colegii mai puțin experimentați ce au în față un pacient care începe să plângă și ei se agită, îi întind șervețele, încercând să-l liniștească, de teamă să nu pară

lipsiți de empatie, și apoi intră într-un duet stereotip cu pacientul care încearcă să-și recapete calmul, spunând: „Scuze, nu ar fi trebuit să...“, iar colegul îi dă răspunsul standard: „Nu vă faceți probleme“.

La fel ca nimănui altcuiva, nici mie nu îmi place să văd oameni dărâmați sau plângând. Doar că eu am învățat să-mi reprim nevoia — nevoia mea — de a pune zăgaz. De obicei mă aplec către el, mă uit cu luare aminte la omul respectiv și încerc pe cât pot eu de bine să găsesc ceva de folos să îi spun, ceva care să nu fie un clișeu. Uneori, o mână întinsă în acest moment îmi pare OK. Dar să nu ne păcălim: dacă ar fi nevoie doar de atât ca să scoatem un om din necaz, probabil că ar fi reușit să se liniștească cu mult timp în urmă — nu ar avea nevoie de un psihiatru. Când oameni sunt realmente deprimați, nu prea plâng. Au trecut de acel punct.

Episodul cu Jennifer m-a făcut să reflectez la acest fapt și să observ transformarea subtilă ce are loc când, ca neuropsihiatru, trec drumul de la spitalul de psihiatrie către spitalul general — teritoriu străin. În cel din urmă atingerea este la ordinea zilei. Ritualurile variate ale luării pulsului, ascultării inimii, ștergerii de transpirație a frunții și, în neurologie, al flexării membrelor și verificării reflexelor, toate acestea facilitează contactul uman. E nostim că alți medici denigrează uneori psihiatria spunând că e o chestie de „atingeri și emoție“.

În trecut puteai să recunoști după eticheta vestimentară medicii primari dintr-un spital. Invariabil, erau bărbați cu halate albe scurte, îmbrăcați în costume elegante și purtând papioane: medici adevărați. Psihiatrii, pe de altă parte, erau îmbrăcați din cap până-n picioare în velur și fonat sau purtau cămăși largi și încălțăminte comodă. Apoi, odată ce cuvântul de ordine a devenit controlul infecțiilor spitalicești, gata cu halatele albe, care au fost înlocuite cu bluze cu mâneci scurte, șorțuri de unică folosință și mănuși de plastic. Psihiatrii s-au conformat mai încet și, pentru o scurtă perioadă, cu sacourile și cravatele noastre, cu costumele noastre de stofă, eram cumva mai bine îmbrăcați decât medicii de alte specialități din clinici și spitale. Pedeapsa mi-am primit-o când o

asistentă-șefă dictatorială și-a mijit ochii, a arătat spre mine și a spus: „Acea e o armă letală“. M-am uitat în jos, crezând că am fermoarul de la pantaloni deschis. Se referea la cravata mea.

Jennifer era în spital de câteva luni. A durat ceva până să poată măcar să înghită mâncarea, așa că a fost nevoie să fie hrănită printr-un tub. Nimerirea cantității corecte de medicamente a fost foarte dificilă, pentru că ea oscila între psihoză și mișcări excesive și, pe de altă parte, își scrâșnea dinții într-un spasm parkinsonian. Mă uitam la alți medici, inclusiv la colegii mei neurologi, testându-i mușchii pentru a aproxima rigiditatea parkinsoniană. Nu se ferea, dar se vedea că nu agreează contactul fizic.

Am început să o cunosc încetul cu încetul. Nu era simplu să vorbești cu ea. De multe ori se întorcea pe cealaltă parte. Uneori insistam, dar am realizat că nu era abordarea cea bună. Era mai bine să stau acolo pur și simplu; în cele din urmă, a început să spună câteva cuvinte. Recurgea la ironie („Iarăși tu! Nu mai ai pacienți de văzut?“). Uneori îmi povestea frânturi de bârfe auzite de la asistente în timp ce „îi făceau igiena“ — asistente care uitau că ea era pe deplin conștientă și atentă. Alteori însă era disperată, lacrimile curgându-i din ochii imobili.

„Vocile, iar?“ o întrebam. „Da“, spunea ea, fără să mai adauge altceva. Odată mi-a spus, după o liniște prelungită: „De ce mă chinuie?“ Sau așa cred eu că a spus. Sau poate că a spus: „De ce mă chinui tu?“

După procesul îndelungat al recuperării fizice, Jennifer a fost transferată în secția de neuropsihiatrie. Grație eforturilor combinate ale Serviciului Național de Sănătate, cu specialiștii săi în medicină generală, gastroenterologie și neurologie, cu atentă supraveghere din partea medicilor, asistenților, fizioterapeuților și multor alora, ea s-a întors de la întâlnirea cu moartea până la un punct la care era capabilă să participe într-un proces cuprinzător de reabilitare. Aceasta însemna inclusiv că și-a recăpătat puterile și a devenit mai mobilă, până când a putut să meargă aproape normal, rămânând doar cu un ușor șchiopătat. Ajustarea fină a dozelor de medicamente i-a permis să mănânce și să vorbească normal.

Era pradă fenomenelor de „on-off“, bine cunoscute în boala Parkinson. Acest fapt înseamnă că, în loc ca simptomele să se înmulțească treptat când ultima doză de medicament începe să dispară din corp, se face o tranziție bruscă de la punctul în care pacientul își simte membrele flexibile și moi la completa lor blocare.

Împărțirea medicamentelor în doze mici, dar frecvente, la fiecare trei ore, poate să amelioreze aceste simptome, deși pune asupra pacientului și celor care îl îngrijesc povara compliancei la un asemenea regim. Aceasta ar fi putut să fie o problemă pentru Jennifer după externare, și ea era aproape de acel moment. Nu mai era acel copil fragil de pripas aflat pe patul de spital, depinzând de alții ca să fie spălată și hrănită, infantilizată astfel, examinată de profesioniști din diverse specialități medicale. Acum era capabilă să își locuiască pe deplin corpul de femeie tânără, să-și exprime speranțele și aspirațiile, să caute companie sau solitudine când dorea.

Cât despre simptomele sale psihotice, erau suspendate, grație clozapinei. Vocile, chiar și cea a starului de cinema pe care credea că-l cunoaște, erau aproape și Jennifer îi simțea din când în când prezența malignă, dar se simțea suficient de puternică să-l înfrunte.

Ea mai descria și faptul că, deși mișcărilor îi erau mai armonioase, totuși avea senzația că nu sunt cu totul sub controlul ei. O descria ca și cum ea ar fi fost o cameră foto, manipulată de cineva aflat într-un studio exterior, făcând un zoom aici, orientând obiectivul la stânga, apoi la dreapta... Credea că „el“ era în spatele acestei manipulări, dar nu era sigură. Psihiatrții numesc aceste senzații „pasivitate“, un simptom clasic de schizofrenie, care înseamnă că persoana respectivă simte că și mintea, și corpul sunt victime ale influenței exterioare, asupra căreia nu au control și căreia nu îi pot rezista⁹.

Un lucru foarte important pentru Jennifer era exprimarea artistică. Unitățile de reabilitare psihiatrică, când sunt finanțate corespunzător, angajează terapeuți ocupaționali și uneori art-terapeuți. În secția unde lucram eu eram destul de norocoși să avem o mulțime de terapeuți bine pregătiți, plini de inițiativă și mereu în căutarea unor moduri de a coopta pacienții și de a colabora cu ei. Pentru o persoană a cărei capacitate de a se exprima era de multe ori blocată, Jennifer folosea bucuroasă facilitățile oferite, printre care se găsea și o sală de art-terapie bine utilată. Echipa a lucrat cu toți pacienții din secție, cu asociații locale și voluntari ca să organizeze o expoziție. Jennifer era în elementul ei. Pe

lângă realizarea unor lucrări noi — portrete ale pacienților și autoportrete — ea a scos la iveală unele dintre vechile ei desene și fotografii și le-a înrămat. Eram mândru de ea.

Vernisajul a avut loc într-o zi însorită de vară la departamentul de terapie ocupațională. Au venit mulți oameni — pacienți, prieteni, familii, angajați și membri ai publicului. Multe lucrări erau de vânzare. Un tablou mi-a atras atenția. Era una dintre fotografiile lui Jennifer ce folosea expunerea prelungită. Scena, deși greu de distins, reprezenta un bălci pozat pe timpul nopții. Tehnica a produs o imagine vibrant colorată, dar tremurată, a ceea ce ar fi putut să fie un montaigne russe sau mașinuțe electrice, cu linii de curent întinse amețitor dintr-o parte în alta. Aparatul foto tremurase. Boala Parkinson. Cât de potrivit! Am întrebat cât costă. Optzeci de lire. Cam scump, m-am gândit eu. Sigur că, după ce toate cele prin care trecuserăm împreună, după lunile de îngrijire scrupuloasă, timpul petrecut lângă patul ei, satisfacția împărtășită de a o vedea recuperându-se, îmi va face o reducere... M-a fixat cu privirea ei de nepătruns, rece.

I-am dat banii.

⁴ [Fahn, S., „The History of Dopamine and Levodopa in the Treatment of Parkinson’s Disease“, Movement Disorders, 23 \(Suppl 3\), 2008, pp. S497–508.](#)

⁵ [Howes, O.D., „What the New Evidence Tells Us About Dopamine’s Role in Schizophrenia“, în Schizophrenia: The Final Frontier — a Festschrift for Robin Murray. Eds A.S. David, S. Kapur și Paul McGuffin \(Hove East Sussex: Psychology Press, 2011\), pp. 365–72.](#)

⁶ [Crow, T.J., Johnstone, E.C. și McLelland, H.A., „The Coincidence of Schizophrenia and Parkinsonism: Some Neurochemical Implications“, Psychological Medicine, 6, 1976, pp. 227–33.](#)

⁷ [Eficacitatea clozapinei este o altă lovitură dată ipotezei despre legătura dintre dopamină și schizofrenie, deși nu una fatală. Într-adevăr, blochează receptorii de dopamină, dar destul de slab. De asemenea, se știe că afectează o arie largă de alte sisteme de neurotransmițători; de unde și efectul său secundar relativ benign la nivelul mișcărilor.](#)

⁸ [Rogers, J., Pollack, T., Blackman, G, și David A.S. \(2019\) „Catatonia and Immune Dysregulation: A Review“. \[Online\]. \(\[http://dx.doi.org.10.1016/S2215-0366\\(19\\)30190-7\]\(http://dx.doi.org.10.1016/S2215-0366\(19\)30190-7\)\). Lancet Psychiatry 6 \(7\). Accesat la 1 iulie 2019.](#)

⁹ [Există multe fenomene neurologice și psihiatrice care ar beneficia de pe urma unei analize bazate pe un model cibernetic \(vezi Spence, S.A., „Alien Motor Phenomena: A Window on to Agency“, Cognitive Neuropsychiatry, 7, 2002, pp 211–220\). Desigur, trebuie să începi cu comanda sau „voința“ de a te mișca. Un semnal de mișcare este apoi transmis descendent către centrul de control motor care, la rândul său, selectează și pornește mașinăria aferentă. Informațiile despre mișcare sunt apoi retransmise către un „comparator“, astfel încât să poată fi efectuate ajustări; de exemplu, în cazul în care brațul este pe cale de a se întinde prea puțin sau prea mult, mișcarea poate fi corectată. Cel care dă comanda trebuie, în mod ideal, să fie capabil să distingă între acțiunile sale proprii, intenționate, și cele care apar în altă parte; astfel încât, ori de câte ori este emisă o comandă, acesta trimite un mesaj către „comparator“, de așteptare a unei acțiuni, ca un fel de e-mail de confirmare când rezervi bilete online, cunoscut tehnic drept copie eferentă. Deci, dacă ceva preia comanda brațului tău și îl mută în toate felurile, nu există copie eferentă; „sistemul“ conchide, astfel, că mișcarea vine din exterior, chiar dacă tu nu vezi ce se întâmplă. La fel, dacă](#)

intenția (cu copie eferentă) de mișcare nu este urmată de senzația de mișcare (sau de feedback că mișcarea are loc), atunci, în mod clar, nu este o problemă legată de mesajul însuși, ci de faptul că mesajul nu ajunge. O persoană suferindă de boala Parkinson poate fi incapabilă de mișcare sau de a executa ceva asemănător cu mișcarea pe care o dorește. Intenția există; o simte grație copiei eferente și, prin asta, are o senzație de efort, dar pur și simplu nu se întâmplă. Invers, dacă persoana are un tremur (alt simptom al bolii), știe că nu este ea cea care face mișcarea în mod deliberat, ci mai degrabă că i se întâmplă ei („e Parkinsonul cel care îmi face asta“). Ceea ce ar putea fi o problemă în experiențele de pasivitate este că intenția de mișcare nu e urmată de o copie eferentă (e-mailul de confirmare nu este trimis sau nu ajunge), astfel că omul respectiv nu simte că îi aparține; în schimb, simte că altcineva e la butoane. De ce diferă asta de tremuratul din boala Parkinson? Poate pentru că la Parkinson mașinăria propriuzisă este cea care nu funcționează — boala a dus la defectarea ei —, dar în pasivitatea caracteristică schizofreniei problema are loc „mai sus“ în sistem, la nivel de intenție. Mișcarea are toate caracteristicile unei acțiuni intenționate, genul de lucru pe care aș vrea să-l fac sau l-am mai făcut, doar că de data asta îmi lipsește senzația că eu sunt cel care face gestul respectiv. Nu am primit mesajul de e-mail! Centrul problemei este porțiunea de copie eferentă a sistemului — aceea nu funcționează cum trebuie, mai degrabă decât execuția mișcării intenționate. Altă explicație ar fi că problema nu se află la nivelul mecanismelor de control, ci în atribuire. Aici este tendința noastră de a încerca să explicăm totul, mai ales ceea ce este neprevăzut. În funcție de cine suntem, de experiența noastră anterioară, tindem să alegem un tip de explicație sau altul. Corpul meu nu face ceea ce vreau eu să facă — poate pentru că am o boală neurologică — versus „poate că este o forță exterioară care face aceste lucruri în locul meu“.

Strawberry Fields Forever

10

Patrick era un iubitor al sportului și fanatic al unei forme fizice bune. Căsătorit de puțin timp și jurnalist de succes, viața lui a fost făcută țândări în momentul când a fost aruncat de pe bicicletă și lovit din spate de o camionetă ce mergea cu 80 de kilometri pe oră. Părea că el intenționase să facă dreapta. Poate că șoferul camionetei nu a văzut semnalul lui sau poate că a riscat și a vrut să-l depășească. Rezultatul a fost că Patrick s-a dat peste cap și s-a izbit de parbriz. A fost dus de urgență la spital și internat la terapie intensivă în stare de inconștiență. RMN-ul a arătat contuzii multiple la nivel cerebral. În plus, Patrick avea și un braț rupt. Oamenii spuneau că, în ciuda rănilor, a fost norocos că a supraviețuit.

După vreo săptămână a început să-și revină în simțiri. Nu își amintea deloc de accident. Deși era capabil să vorbească și să își miște mâinile și picioarele, era slăbit pe partea stângă și confuz — nu putea să-și amintească ce zi era, unde se afla și cum ajunsese acolo. După o lună a început să participe la propria reabilitare. Aparent, părea că își revine la normal destul de repede și în multe feluri se dovedea a fi pacientul perfect: vârsta de 32 de ani, formă fizică excelentă; sportiv, inteligent și, după toate aparențele, băiat de treabă; nu căuta senzații tari, nu consuma alcool sau droguri, fără antecedente psihiatrice. Muncea din greu și coopera cu fizioterapeuții.

Nu totul era roz însă. Memoria îl lăsa din când în când și întreba mereu unde se află. Îi era greu să țină minte instrucțiuni complicate („fă asta și, când ai terminat, fă și cealaltă“). Pierdea șirul, se frustra și devenea posac. Trecuseră câteva luni și fizic era capabil să facă aproape tot ce făcuse și înainte de accident: să meargă, să alerge și chiar să se plimbe cu bicicleta. Dar mental lucrurile nu erau chiar în regulă. Părea neobișnuit de perplex. Putea să-ți spună data și ziua, unde se află, numele secției spitalului, cine este el și cine sunt terapeuții lui. Dar din când în când se uita la ei întrebător și spunea lucruri precum: „Oare chiar se întâmplă? Nu pare adevărat“. Ei răspundeau încercând să-l liniștească. Până la urmă, se recupera după un accident serios. Ar fi putut să fie ucis. Asta te cam

zdruncină. Cine în locul lui Patrick nu și-ar pune întrebări despre realitate și chiar despre ce înseamnă viața?

După un timp s-a simțit destul de bine ca să se întoarcă acasă, revenind la centrul de reabilitare de două ori pe săptămână. Soția lui, Vicky, era cu totul alături de el. Toată lumea era de acord că formează un cuplu minunat. Ea lucra în televiziune. Avea o personalitate efervescentă și încerca din răputeri să fie veselă și optimistă, dar începuse să simtă și ea presiunea. Patrick se schimbuse. Era posac, nu avea motivație și își pierdea cumpătul rapid. Îi scăzuse pofta de mâncare și dormea prost. Devenise delăsător cu propria persoană, spălându-se când și când și nedând vreun interes față de felul cum arăta sau de noua lor casă. Vicky a încercat să îi ofere spațiu și au încetat să mai doarmă în același pat. Li s-a spus de la spital că era ceva de așteptat după un astfel de accident la cap. Dar mai era ceva și Vicky era decisă să afle totul.

Într-o zi ea a scos câteva dintre fotografiile lor de nuntă și le-a adus la centrul de reabilitare. Voia ca oamenii să știe că persoana cu care aveau de a face zi de zi nu era Patrick cel adevărat — pozele nu mințeau. În fotografii, Patrick era o mândrețe, activ, atrăgător și, judecând după expresiile de pe fețele celor din jur, isteț și haios. El era cel de care se îndrăgostise. Echipa se adunase în jurul ei și toți erau fascinați — nu-i așa că erau amândoi minunați? Totul părea în regulă, trebuia doar să aibă răbdare. Era un proces de vindecare, lua timp.

Nu doar că acel moment nu l-a înveselit pe Patrick, ci, din contră, l-a aruncat într-o disperare și mai mare. În acea seară a înfruntat-o pe Vicky. De ce a adus fotografiile alea tâmpite la centru? Ce încerca să demonstreze? Și apoi bomba: „Nici măcar nu ești soția mea. Nu ești adevărata Victoria“. Totul a dat pe dinafară. De la accident simțise că ceva nu era în regulă. Totul în jur părea straniu, diferit. Nici el nu mai era același. Nu doar că purta rănilor accidentului, era ceva mai profund. Nici măcar nu credea că mai e viu. Poate că murise în accident; până la urmă, câți oameni supraviețuiesc după ce sunt doborâți de pe bicicletă de o camionetă care merge cu 80 de kilometri pe oră? Putea la fel de bine să se afle în viața de apoi sau în purgatoriu. Cei pe care el îi știa fuseseră înlocuiți de impostori care le foloseau corpurile pe post de „cochilie“. Sigur că nu putea să se culce cu această femeie; asta ar fi însemnat să comită adulter. El o iubea pe Vicky cea adevărată — era ea pe undeva — și nu avea să o trădeze.

Vicky era șocată. Ce ironie să aducă pozele de nuntă ca să le arate oamenilor cine era „adevăratul Patrick“. Desigur, un om e mai mult decât ceea ce se vede

Într-un instantaneu, doar o imagine strălucitoare a unui moment din timp. Dar se dovedise că, din anumite motive, amândoi erau îngrijorați de ce i se întâmplase „adevăratului Patrick“. Într-un sens profund, Patrick chiar se schimbase. Nu erau doar rănilor de la accident: în mintea lui el era fundamental diferit și, mai ales, anulat. Devenise ireal și, odată cu el, toată lumea devenise ireală.

Următoarele câteva săptămâni au fost groaznice. Vicky încerca să îl facă să gândească rațional, dar nu ajungea nicăieri și totul se termina în ceartă. Din punctul de vedere al lui Patrick, orice nouă dovadă confirma că tot ceea ce el credea că știe și prețuiește se schimbase. Se simțea profund însingurat și realiza că ceea ce i se întâmplă era dincolo de zona experiențelor normale. Nu mai putea continua astfel. Într-o noapte s-a baricadat în camera liberă. Când Vicky a spart ușa, l-a găsit prăbușit pe un scaun. Își pusese spray de muște într-o ceașcă și încercase să-l bea. A chemat ambulanța.

Patrick a fost internat la spitalul psihiatric local. Diagnosticul a fost de depresie severă. Avea toate semnele, printre care proastă dispoziție mergând până la disperare, o tentativă de suicid, lipsă de motivație, insomnie și apetit scăzut. Tot meniul. Psihiatrii au numit episodul „depresie psihotică“, însemnând că prezenta inclusiv idei delirante și halucinații. Pierduse contactul cu realitatea.

Halucinațiile sunt definite simplu drept „percepții fără obiect“, percepții ce nu pot fi atribuite visului sau stărilor tranzitorii dintre somn și veghe, și care se consideră că nu sunt sub controlul persoanei respective. Ideile delirante pot fi și ele definite simplu, drept credințe false, dar imediat ce te gândești la ele — iar psihologii și filosofii s-au gândit sute de ani la ele — vezi că o astfel de definiție nu este deloc satisfăcătoare¹¹. În primul rând, dacă acea credință se dovedește a fi reală? Crezi că partenerul tău are o aventură și admiti că nu ai nicio dovadă în sprijinul acestei ipoteze, deci e o idee delirantă. Mai târziu se dovedește că avea într-adevăr o aventură, deci nu era o idee delirantă. Soluția pentru această situație este să spui că ideea delirantă este o convingere nefondată. Până aici e bine. Dar dacă eu cred că voi conduce echipa Angliei la Cupa Mondială? Poate e o reverie, o fantezie, gândire magică, dar idee delirantă? Pare exagerat. Dacă mă

Întrebați în ce măsură cred serios asta, voi spune că nu cred realmente — dar nu este logic imposibil¹². Dar ce părere aveți despre cei care își afirmă credința într-o ființă supranaturală care a creat universul? Sunt ei pradă unei idei delirante, pentru că nu există o dovadă concretă în acest sens? Să pui eticheta de idee delirantă unei astfel de convingeri nu ar fi o mișcare prea bună. Așa cum știe și biologul evoluționist Richard Dawkins, poate fi subiectul unei polemici antrenante, dar patologizează un grup de oameni altfel destul de sănătoși.

Nu, definiția ideilor delirante trebuie să includă clauza conform căreia o credință, deși menținută cu putere, nu este împărtășită de multă lume sau atribuibilă unor valori culturale comune. Dar, chiar și așa, ce este de spus despre convingerile neîmpărtășite și care, prin natura lor, nu pot fi nici dovedite, nici respinse definitiv? Dacă cineva spune că lumea este pe ducă, ce dovezi ar fi care să sprijine această idee? Știind vreo câteva lucruri despre planetă, am putea conchide că este adevărat sau, bazându-ne pe informații la fel de respectabile, că este fals, sau că nu se poate estima. Unele convingeri sunt judecați de valoare și astfel sunt subiective. Dacă cineva spune despre sine că e o persoană rea, ar putea fi aceasta o idee delirantă? În psihiatrie, o astfel de convingere poate fi simptom de depresie, autoevaluarea negativă fiind un reper, și, dacă ar fi de intensitate extremă, ai spune că este o idee delirantă. Aici ai lua în considerare alți factori, care, la drept vorbind, nu au nimic în comun cu epistemologia — adevărul propoziției înseși —, ci cu efectele secundare ce se adună în jurul convingerii. Dacă convingerea că ești o persoană rea este copleșitoare, de nezdruccinat, preocupantă, intruzivă, ducându-te până la ideea de a-ți lua zilele, atunci sigur e „anormală“ sau „patologică“.

Cum rămâne, atunci, cu definiția noastră? O idee delirantă este o convingere fixă și nefondată, care nu este împărtășită de mediul cultural al persoanei respective și care afectează individul (și poate și pe alții) în mod negativ. Poate sau nu să fie imposibilă din punct de vedere logic. Poate sau nu să fie o problemă de valori, mai curând decât una de fapte. Și asta e cea mai bună definiție pe care o putem oferi.

Uneori, o anumită idee delirantă capătă un statut special, de obicei pentru că tot continuă să apară. Dă-i ideii delirante un nume memorabil și posteritatea îi este asigurată. Lucrând la Paris, un psihiatru eminent al vremii sale, Joseph Capgras, și asistentul acestuia au publicat în 1923 un studiu de caz detaliat despre o femeie care avea convingeri elaborate că oamenii din jurul ei nu sunt cine spuneau că sunt, mai cu seamă soțul ei. Ei au numit fenomenul *l'illusion des*

sosies (delirul sosiilor), făcând referință la mitul grecesc în care Hermes ia înfățișarea sclavului Sosias, astfel încât Zeus, regele zeilor, să o seducă pe Alcmena. Această idee delirantă a dublului va deveni repede cunoscută drept delirul sau sindromul Capgras.

Au apărut și alte cazuri ulterior, fiecare mai spectaculos decât cel de dinainte. Poate că cel mai șocant a fost cel în care presupusul dublu a fost decapitat, în încercarea de a revela natura sa nonumană. Au apărut teme din câteva dintre aceste povești, cum ar fi relația strânsă dintre persoana aflată sub imperiul ideii delirante și presupusul impostor, dar și o varietate de lucruri ce se presupune că au fost înlocuite de o copie sau de un fals, de la animale de companie la ochelari. Un alt factor clinic a apărut, împărtășit în multe dintre aceste cazuri, deși nu de toate. Suferindul avea un anume tip de leziune cerebrală sau boală degenerativă. Patrick sigur corespundea profilului.

De parcă o obscură idee delirantă franțuzească nu era destul, ideea delirantă că ești mort are și ea un nume. Se numește *le délire des negations*, tradus inițial ca „delir nihilist“ sau sindrom Cotard, după Jules Cotard, alt medic parizian. Acesta era mai mult neurolog decât psihiatru și a descris primele cazuri de acest fel pe la 1880. Convingerea individului că este mort sau că duce un fel de existență între viață și moarte este principala temă a acestei idei delirante, dar mai sunt și altele, cum ar fi aceea că trupul este gol sau în putrefacție, iar lumea din jur este goală și pârjolită. Impulsul de a pune capăt acestei stări a fost observat de Cotard încă de la început și adesea individul simte nevoia de a fi nu doar ucis, ci și anihilat, jertfit. Angoasa pe care această stare o presupune trebuie să fie îngrozitoare și Patrick părea să fie pradă ei.

În acest punct, Patrick credea că a murit și că se află într-o stare intermediară între viață și moarte, o lume paralelă unde lucrurile reale au fost înlocuite de imitații. Există anumite rezonanțe culturale aici; gândiți-vă la zombi și la cei nemorți, la *doppelgängers*, *The Stepford Wives*¹³, *The Truman Show*¹⁴ sau *Synecdoche, New York*¹⁵. Dar acestea nu sunt convingeri împărtășite, în sensul în care sunt convingerile religioase. Nimeni din mediul cultural al lui Patrick nu

împărtășea credințele sale, în orice caz nu soția lui. Să spui că ai murit este un paradox strigător la cer, iar să acționezi în baza unui astfel de gând cu intenția de a te omorî este punerea în scenă a unei contradicții logice atât de flagrante, încât numai faptul de a lua în considerare îți subminează sănătatea mentală.

Patrick a primit îngrijiri excelente la clinica locală de sănătate mentală. Ore în șir au curs în încercarea de a înțelege ce temeri și preocupări avea. Pe lângă psihoterapie, i s-a oferit un tratament foarte puternic, de tip antidepresiv și antipsihotic. Starea i s-a ameliorat și gândurile suicidare i s-au diminuat. Echipa l-a ajutat cu succes să-și reia rutina de spălat, îmbrăcat, hrănire și chiar de muncă. El și Vicky au urmat consiliere de cuplu ca să găsească noi moduri de a funcționa împreună. Au fost ajutați să înțeleagă felul cum leziunea cerebrală poate să influențeze toate planurile vieții cuiva și starea sa de bine. După o internare lungă și apoi îngrijire în ambulatoriu, la finele unui an, situația era stabilă dar încă blocată. Patrick încercase să lucreze de acasă, să scrie, dar se concentra cu greutate. Vicky era obligată să facă ore suplimentare ca să plătească ipoteca. Să se vadă mai rar părea că îi ajută. Evitau să discute despre natura realității și toate celelalte, de vreme ce conversația se rotea în cerc. Vicky nu putea empatiza cu nimic din ceea ce Patrick îi spunea, ceea ce, la rândul-i, îl făcea să se simtă tot mai izolat.

Patrick a fost trimis la secția de neuropsihiatrie. I-am întâlnit pe el și pe Vicky și le-am explicat că nu cred că le putem oferi mare lucru, dar că vom face niște investigații și vom încerca să vedem problema dintr-un unghi nou. Am fost impresionat de afecțiunea lor reală unul pentru celălalt, în ciuda barierelor pe care boala lui Patrick le punea între ei. Am avut câteva conversații cu el ulterior și am simțit că e un pacient cu care pot lucra. Da, avea o grămadă de idei bizare, încâlcite, dar părea, de asemenea, deschis să facă un pas înapoi și să le pună sub semnul întrebării. Mi-a părut onest și încăpățânat, dar dispus să învețe. Cât anume era personalitatea lui de bază și cât fusese distorsionat de leziunea cerebrală era greu de determinat. Era fiul unui director de școală și era mândru că e metodic și că își „face temele“. Era o mină de informații ce păreau să fi supraviețuit altor arii de pierdere a memoriei. Datele și scorurile competițiilor sportive mari erau încă acolo, ceea ce nu era de mirare pentru un reporter sportiv. În plus, putea să descrie în detalii incredibile punctele tari și punctele slabe ale unei biciclete Shimano, versus o Campagnolo — oricui era destul de răbdător să-l asculte.

Una dintre întrebări era cât de afectat fusese creierul lui Patrick. L-am supus unei

scanări RMN care, în acest punct, ne putea arăta efectele permanente ale accidentului. (RMN-ul produce o imagine foarte detaliată a structurii creierului, inclusiv a substanței albe și a celei cenușii, cu o rezoluție de până la 1 sau 2 milimetri.) Semnele erau rele și la nivelul substanței albe, și la al celei cenușii. Materia albă din creier este un fascicul de fibre conectate, fiecare învelită într-un strat izolator de grăsime (mielină), ce accelerează transmiterea impulsurilor electrice. Materia cenușie îmbracă exteriorul creierului ca o pătură groasă și încrețită. Include mai mult corpurile celulare, „camera motoarelor“ unei celule, și este alimentată din plin cu sânge care aduce combustibil și elimină produsele reziduale. În realitate, e roz-gri. Fiecare celulă cerebrală are conexiuni care intră și ies, deci la microscop arată cam ca o caracatiță.

Erau leziuni destul de extinse (cicatrizate) la nivelul substanței albe, al lobilor frontali (din spatele frunții) și al lobilor temporali (aflați deasupra urechilor). Clar, imaginea arăta că unele conexiuni fuseseră afectate. Acest fapt putea să influențeze percepția și raționamentul. Mai erau dovezi de lovituri mai vechi — RMN-ul poate „vedea“ produsele sângelui, pentru că înregistrează conținutul de fier — în materia cenușie, din nou la nivelul lobilor temporali și frontali, mai mult pe partea dreaptă. (Acest fapt ar explica de ce, la început, Patrick prezenta o slăbiciune pe partea stângă.)

RMN-ul mai arăta cum șanțurile, pliurile interioare de pe suprafața substanței cenușii erau în general mai largi decât ar fi fost de așteptat pentru cineva de vârsta lui Patrick, dovedind distrugerea țesuturilor și moartea celulelor nervoase, ceea ce probabil se întâmplase la impact, când Patrick a căzut de pe bicicletă. Creierul se micșorează pe măsură ce îmbătrânim și în acest proces șanțurile devin mai largi, iar girusurile sau pliurile externe devin mai subțiri (atrofie), astfel că aspectul global de pliere devine mai evident. Creierul lui Patrick arăta precum creierul cuiva de două ori mai în vârstă decât el. RMN-ul a mai arătat că partea internă a lobului temporal, inclusiv hipocampusul, o structură curbată de materie cenușie dedesubtul fiecăreia dintre emisfere, era mai mic pe ambele părți, asta însemnând că te așteptai să aibă și memoria afectată.

Neuropsihologul secției l-a văzut și el pe Patrick. I-a aplicat o baterie de teste ce acopereau limbajul, percepția, memoria și raționamentul, concepute să arate problemele sau deficitul oricăreia dintre aceste funcții. Neuropsihologii folosesc uneori aceste teste pentru a infera unde anume în creier s-ar fi putut produce avarii ce dau un anumit tip de deficit. În cazul lui Patrick, testele au durat câteva ore și a fost nevoie să fie aplicate pe parcursul câtorva zile, pentru a-i da cele mai

bune șanse și pentru a nu-l obosi. Interpretarea testelor cere abilitate, antrenament și destulă artă. Felul cum pacientul efectuează testele — rezolvarea unui puzzle, amintirea unei liste etc. — poate fi la fel de revelator precum rezultatul testului în sine.

Testele au arătat că IQ-ul global al lui Patrick era destul de aproape de nivelul așteptat pentru cineva cu educația și ocupația lui. Era o recuperare remarcabilă, dat fiind cât de grav fusese accidentul. Percepția sa vizuală era intactă: putea să copieze forme, să numească obiecte și să distingă între modele similare. Dar erau și niște arii unde performanța lui era mai slabă decât ar fi trebuit. Memoria lui era OK, dar când era sub presiune făcea greșeli. I se dăduse o serie de imagini (scene) la care să se uite, una câte una, și apoi să arate care sunt scenele similare în perechi (dintre care una i se arătase înainte). Era întrebat pe care o recunoaște. Dacă ghiceai la întâmplare, nimerai cam 50% corecte. Mulți oameni sănătoși nimeresc în jur de 90% corect. Patrick avusese rezultate mult mai bune decât dacă ar fi ghicit la întâmplare, dar sub nivelul celor sănătoși.

A fost și un test la care a avut dificultăți: Testul Wisconsin de sortare a cardurilor. Acesta include un pachet de carduri, fiecare având trei atribute: formă (pătrat, cerc, cruce sau stea); număr (până la patru); culoare (roșu, verde, albastru, galben). Începi cu patru carduri așezate unul lângă altul, de exemplu un cerc roșu, două în formă de stea verde, trei pătrate galbene și patru cruci albastre. Treaba ta este să spui unde se potrivește următorul card în această secvență. Să zicem că ți se arată un card cu o cruce galbenă. Faci o presupunere și îl pui lângă pătratele galbene (mergi pe ideea de culoare). Dar nu — este greșit. Atunci presupui că e ceva legat de formă. Îl pui peste cel cu cruci albastre. De data aceasta este corect. Următorul rând de carduri este mai simplu de sortat; te concentrezi doar pe formă. Dar iată că regulile se schimbă brusc. După mai multe încercări și erori, realizezi că atributul după care se face sortarea este acum numărul. Deci poți ignora acum forma și culoarea, concentrându-te pe numărul de elemente. Și tot așa. Unii oameni greșesc pentru că le ia prea mult timp să infereze „regula de sortare“ și apoi uită care este aceasta. Dar altă problemă apare când, după ce găsești regula corectă, o urmezi chiar și când ți se spune că răspunsul este greșit. Mergi pe ideea de roșu chiar dacă ar trebui să treci la triumphiuri. Aceasta este o greșeală mai interesantă. Psihologii o numesc perseverență și e o dovadă a unei probleme mai mari de „comutare a setului mental“. Acest fapt este de obicei atribuit unor leziuni la nivelul lobilor frontali¹⁶. Eșecul de comutare a setului mental sau de a gândi flexibil este un handicap real în viața de zi cu zi, acolo unde nimeni nu îți spune care sunt

regulile, și, exact când credeai că le-ai descoperit, se schimbă din nou. Patrick avea dificultăți la acest test și era foarte iritat. Nu era corect!

Un alt domeniu unde abilitățile de gândire ale lui Patrick au fost testate a fost procesarea fețelor. În fapt, el recunoștea figuri celebre și putea să potrivească fotografiile fețelor aceleiași persoane, pozată din unghiuri diferite. A făcut câteva greșeli și a petrecut mult timp până să decidă care este răspunsul corect, în timp ce majoritatea oamenilor trec fluierând prin acest test. Studiind felul cum a răspuns și nu doar dacă a răspuns corect, puteam să inferăm prezența unei leziuni pe emisfera dreaptă a creierului. Alt test a fost cel al expresiilor faciale. Expresiile faciale ale emoțiilor pot fi grupate în șase categorii majore: fericit, trist, furios, dezgustat, surprins și temător, considerate cele de bază. Patrick s-a descurcat bine la acest test, mai puțin la expresia de frică. A greșit în mod constant și pur și simplu nu părea să înțeleagă expresia. Acest fapt indica leziuni pe amigdală, o structură mică de lângă hipocamp, un punct critic în procesarea emoțiilor.

Psihologul i-a dat lui Patrick și câteva chestionare cu întrebări despre comportamentul de zi cu zi, reacții și dificultăți obișnuite, cum ar fi dacă își pierde repede cumpătul, dacă devine frustrat cu ușurință sau dacă e absent. Patrick sigur bifa câteva dintre aceste probleme. Mai interesant a fost chestionarul completat de Vicky despre Patrick. A existat discrepanță la aproape toate răspunsurile. Patrick a spus că era „ocazional“ mai iritabil decât fusese înainte, în timp ce Vicky a spus că se întâmpla foarte frecvent. La alte întrebări a răspuns că nu era nimic rău, deși Vicky afirmase că erau în mod clar schimbări în rău. S-a dovedit astfel lipsa constantă de pătrundere psihologică de care dădea Patrick dovadă în gândire și comportament social, cum ar fi eșecul în a aprecia corect sentimentele celorlalți și comportamentul său impulsiv. Se revela și prăpastia de înțelegere dintre el și Vicky, cauzând o tensiune atât de intensă în relația lor. Această lipsă de pătrundere este adesea atribuită deficitelor în lobii frontali sau în funcționarea executivă (deși nu aș sfătui cuplurile cu lobii frontali intacti să facă acest exercițiu).

Odată terminate investigațiile, Patrick s-a mai calmat și s-a acomodat cu secția cea nouă. A început să vorbească mai deschis despre preocupările și temerile sale. Încă se simțea deprimat, dar nu lipsit speranță. Am început să abordez subiecte ce fuseră tabu pentru Vicky. Voiam să văd lumea prin ochii lui Patrick. Cum putea cineva cu experiența și educația lui să întrețină astfel de idei absurde?

Am început cu întrebări generice despre experiențele și dispoziția lui generală. Descria senzația pregnantă că e schimbat, mai puțin energic, mai puțin prezent și senzația că lumea în sine era schimbată: era plată, monotună, ca atunci când privești un film sau te miști în ceață. Aceste descrieri erau recognoscibile imediat ca depersonalizare (subiectul are senzația că nu aparține realității) și derealizare (lumea pare ireală). Mulți oameni sănătoși descriu senzații asemănătoare, mai ales când sunt foarte stresați sau oboseți (după o naștere, de exemplu). Acestea însă nu duc de obicei la idei delirante, pentru că oamenii își prefăteză descrierea cu „de parcă”: „de parcă aș fi un robot care se mișcă”; „de parcă aș fi într-un film”; „de parcă aș fi îndărătul unui geam de sticlă”. Depersonalizarea și derealizarea (cele două tind să apară împreună) au fost descrise drept consecutive unui pericol vital.

Psihiatrul american Russell Noyes și psihologul Roy Kletti au colecționat o seamă de povești la persoana întâi ale celor ce au supraviețuit experiențelor aproape mortale, cum ar fi pierderea echilibrului pe un traseu montan dificil, și au observat că oamenii adesea intrau într-o stare deconcertantă de calm. Adesea simțurile le erau ascuțite, dar se simțeau de parcă ar fi fost observatorii detașați ai propriilor drame. Poate că este un răspuns adaptativ, un mecanism de siguranță¹⁷, precum o valvă care se deschide ca să protejeze mintea de un val de anxietate. Dar în acele cazuri este tranzitoriu.

În psihiatrie, depersonalizarea și derealizarea însoțesc adesea alte simptome mai cunoscute, precum anxietatea sau depresia, dar pot apărea și separat, ca tulburări de sine stătătoare. Pot fi greu de recunoscut. Oamenii par bine din exterior și adesea nu vor să discute despre situația lor, de frică să nu fie etichetați. Dar suferă în sinea lor. Un suferind le descria așa:

Dacă îmi liniștesc mintea, aproape pot [caracterele cursive îmi aparțin] gusta culoarea și bogăția vieții așa cum o știam înainte... Cred că acesta este chiar „actul de a trăi” pe care îl văd la alții în fiecare zi, zi de zi. Încă îl înțeleg

intelectual, dar abia îmi amintesc cum se simte. În aceste zile sunt într-o stare constantă de tristețe; mă simt de parcă mi-aș plânge propria moarte, chiar dacă se pare că sunt aici ca să-i fiu martor¹⁸.

Unora pare că le place această stare, ce seamănă cu detașarea și o obțin din droguri obișnuite, precum canabisul. Drogurile psihedelice fac același lucru, pe lângă distorsionarea mai dramatică a percepției. Când John Lennon scria că „nimic nu e real“ în „Strawberry Fields“, la vârful mișcării Flower Power din 1967, poate că a fost inspirat de astfel de droguri (sau doar de amintiri încântătoare din copilărie).

Oricum ar fi, nu e dificil de imaginat că ceea ce poate fi o diversiune plăcută câteva ore poate deveni o fundătură neplăcută dacă devine permanent și incontrollabil — „Strawberry Fields forever“ — și această prelungire are loc, indiferent dacă oamenii au luat droguri sau nu fără vreun motiv aparent. Depersonalizarea și derealizarea pot apărea ca mecanism de siguranță, dar la o minoritate lipsită de noroc valva „se strică“ — poate că valul de anxietate a fost prea puternic sau a survenit vreo schimbare fizică în creier în urma unei traume, iar starea aceasta devine permanentă.

Multe dintre cele descrise de Patrick, și acum, și imediat după accident, păreau să fie depersonalizare și derealizare, minus acel „ca și cum“. L-am întrebat când a avut prima dată impresia că lumea se schimbă, că devenise falsă sau cumva ireală. Își amintea clar momentul în care se externase prima dată după accident. Evident că nu se simțea grozav: avea dureri de cap, gândirea îi era greoaie și era îngrozit. Stând pe bancheta din spate a taxiului, începuse să recunoască străzile și reperatele orașului său. Dar s-a oprit brusc. Acel rând de case de unde apăruse? Nu fusese acolo înainte. Ce se întâmpla? Părea orașul lui, dar nu se putea să fie; era o păcăleală, o farsă, un fals, și nu unul de calitate.

Am rămas tablou. Oare nu avuseserăm toți aceeași experiență? Să nu observăm un bloc nou de locuințe într-un loc pe care nu l-am vizitat o perioadă? Înregistrăm surpriza, dar apoi acceptăm că a intervenit o schimbare; odată ce constructorul își începe treaba, clădirile moderne se ridică destul de repede. Dar, în vreme ce este evident că lucrurile pot arăta diferit în multe feluri, însă rămân în esență aceleași, modul în care acest fenomen este înregistrat în creier nu este deloc simplu. De fapt, cercetătorii în domeniul inteligenței artificiale se luptă cu

această problemă de zeci de ani. Clar, memoria nu poate fi doar o înregistrare statică de arhivă pe care noile percepții se imprimă, astfel încât să putem spune, da, recunosc asta — e casa mea, strada mea; nu, asta e ceva nou, nu am mai văzut-o. Dacă ar fi fost așa, memoria ar da greș imediat ce lumina s-ar schimba sau ne-am apropia de un obiectiv dintr-un unghi diferit; aplicând la oameni, aceștia îmbătrânesc, își schimbă tunsoarea, își lasă barbă și așa mai departe. Ai avea nevoie de un număr infinit de versiuni pentru fiecare amintire înregistrată, iar asta ar fi inefficient și nepractic.

Desigur, uneori nu reușim să recunoaștem pe cineva dacă și-a schimbat înfățișarea, cel puțin inițial, și, mai ales, dacă revedem persoana în afara contextului obișnuit. La fel, uneori confundăm un străin cu cineva cunoscut. Asta se întâmplă pentru că un sistem de memorie eficient trebuie să „păcălească” într-o anumită măsură, prin construirea de așteptări bazate pe experiența anterioară. Un sistem de memorie eficient reține o schiță abstractă a obiectului, ce ia în calcul felurile cum acesta se poate schimba în timp și în diverse contexte. Esențial, un sistem eficient de memorie trebuie, de asemenea, să tolereze o marjă de eroare: poate că nu e chiar ce te așteptai, dar e destul de aproape. Abia recent au devenit computerele capabile să recunoască fețe și voci, în ciuda investițiilor masive, și asta s-a întâmplat pentru că inginerii au învățat să copieze felul cum lucrează mințile noastre.

Patrick avea zeci de exemple de amintiri stranii, despre oameni și locuri care păreau că sunt cum ar fi trebuit, dar de fapt erau altfel.

— De ce crezi că Vicky cea care vine la tine zi de zi nu este Vicky cea adevărată? l-am întrebat într-o doară.

A deschis ochii larg.

— Vicky a mea, Vicky cea veche, avea grijă de felul cum arată. Avea pielea frumoasă și bun-gust în vestimentație și machiaj. Îi plăcea să poarte haine de designer.

Părea ezitant și a început să roșească, dar a continuat.

— Îi plăcea lenjeria scumpă, știi, cu mătase și dantelă. Victoria's Secret, asta era gluma noastră. Dar cea de azi... sigur, aproape că arată ca ea, dar poartă nailon lăbărțat de la Marks and Spencer's, cu elasticul rupt și culorile spălăcite.

Era foarte serios. Am atins acest subiect cu delicatețe câteva zile mai târziu într-o ședință privată cu Vicky.

— Doamne! Oare nu realizează că lucrez ore în șir ca să păstrăm casa și să fac lucrurile să meargă când el e la spital sau în camera lui privind în tavan? Nu îmi mai permit să cumpăr lenjerie sexy, oricât mi-ar plăcea.

Aceasta este acțiunea echilibrantă a sistemului nostru de memorie: dacă marja mea de eroare este prea mare, atunci totul pare familiar, chiar dacă nu am mai văzut acele lucruri înainte, și voi avea constant o senzație de déjà vu. Dacă sunt prea strict, totul va părea nou, nimic nu pare familiar, nu îmi amintesc nimic din ceea ce văd și voi fi pierdut. Ce vedeam noi la Patrick nu era chiar așa. Lucrurile păreau familiare, dar numai până la un punct. Pare că e Vicky, dar ceva lipsește.

Recunoașterea produce o încărcătură emoțională. De fapt, noi experimentăm un răspuns fizic în momentul recunoașterii, mai ales când lucrul sau persoana sunt foarte apropiate sau rezonăm emoțional cu ele (așa cum se întâmplă cu o persoană iubită) și acest fapt poate fi detectat în laborator ca răspuns galvanic cutanat (RGC). Acesta este pur și simplu o mică secreție de transpirație ce crește conductivitatea electrică a pielii, lucrul care stă la baza testului cu detectorul de minciuni. Când făcea cercetare la Londra, psihiatrul columbian Mauricio Sierra a arătat că oamenii cu tulburare de depersonalizare nu demonstau răspunsul galvanic cutanat obișnuit la imaginile emoționante versus cele neutre¹⁹. El a afirmat că acest fapt ar putea să îi facă să dezvolte sentimentul că lucrurile nu sunt chiar reale și că emoțiile lor sunt amortite, simptome care merg în tandem. Dar cei care au tulburare de depersonalizare și care au astfel de senzații în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul nu cred că lumea este diferită. Ei știu că ei și lumea sunt reali, în ciuda a ceea ce simt. Și, de asemenea, nu arată schimbări vizibile la nivel cerebral, leziuni sau boli la scanarea cerebrală.

Neuropsihologii britanici Hadyn Ellis și Andy Young au sugerat că ceea ce se întâmplă în sindromul Capgras nu este o simplă problemă de recunoaștere a persoanelor, ci că pacientul nu are acea liniștitoare tresărire de recunoaștere de

fiecare dată când întâlnește o persoană dragă. Semințele acestei disfuncții sunt prezente în descrierea originală a lui Capgras:

Senzația de bizar este asociată cu recunoașterea cu care intră în conflict. Pacientul, în timp ce detectează o asemănare foarte bună între două imagini, nu le mai identifică, din cauza emoțiilor diferite pe care acestea le provoacă. Destul de firesc, le atribuie acestor ființe similare sau mai curând acestei personalități unice și necunoscute numele de „dublu“. Pentru el, delirul dublului nu este astfel o iluzie senzorială ca atare, ci, mai curând, concluzia unei judecăți emoționale²⁰.

Dar avem și aici o problemă. Dacă ai o senzație de depersonalizare sau derealizare (de exemplu, „e ciudat, pare nevastă-mea, dar ceva nu e în regulă“), de ce să sari la concluzia, mult mai departe de realitate, că a fost înlocuită de un dublu sau de un extraterestru? Trebuie să existe undeva și un eșec de raționament. Eroarea inițială este distorsionată de emoțiile și de fricile de moment — o dispoziție paranoidă — și apoi se înrădăcinează, în lipsa unei judecăți sănătoase.

Din cauza faptului că leziunile cerebrale i-au afectat lobii frontali și temporali, Patrick a fost nevoit să depună eforturi considerabile pentru a potrivi fețele, așa că era cumva mai puțin capabil să recunoască oamenii și lucrurile în orice circumstanțe. Aceste regiuni ale percepției erau probabil deconectate de ariile generatoare de emoții, precum amigdala, din cauza deteriorării substanței albe, astfel că, deși recunoștea înfățișarea soției sale, nu era ajutat de sentimentul reconfortant al familiarității. Nici memoria lui nu lucra perfect, din cauza lezării hipocampului. Poate că nu își actualiza automat amintirile, astfel încât să înregistreze schimbările naturale operate asupra locurilor (cum ar fi noile construcții) și oamenilor (care îmbătrânesc sau își modifică preferințele vestimentare); în schimb, ele rămâneau înghețate la momentul accidentului. Era capabil să învețe și să înglobeze informație nouă, dar îi lua mai mult decât era normal și nu se întâmpla natural. Apoi îi lipsea ușurința de a veni cu explicații convenabile pe care să le testeze rațional, din cauza lezării lobilor frontali. Odată ce se agăța de un răspuns, de orice răspuns, nu putea găsi argumente împotriva acestuia, nu putea face comutarea setului mental și nu vedea acest fapt ca pe o problemă personală, din cauza lipsei sale de insight în ceea ce privea boala sa.

Asta lasă însă neexplicat delirul nihilist al lui Cotard, sentimentul că ești deja mort. Sau nu... Andy Young și Kate Leafhead au remarcat coincidența dintre ideile delirante Capgras și ideile delirante Cotard și au venit cu o explicație interesantă, pe care i-au atribuit-o în mod generos lui Cotard și primei sale descrieri²¹. Pacientul începe prin a avea vulnerabilități diverse: poate că a suferit anumite leziuni cerebrale, boli sau tulburări mentale cronice, astfel încât îi vine foarte greu să proceseze informația și să gândească flexibil și coerent. Apoi este defectul crucial din circuitul de feedback fiziologic, ce duce la un sentiment anormal de lipsă de familiaritate. Persoana cu sindrom Cotard este, de asemenea, deprimată sever, cu tendința de a fi autocritică, de a se culpabiliza pentru orice; de aici, sentimentul că este schimbată și că îi lipsește vitalitatea duce la concluzia, evidentă pentru persoana în cauză, că trebuie să fi murit și că lumea este moartă. Este o idee atât de copleșitoare, încât îi vine greu să o infirme rațional. Dacă totuși nu se găsește în această stare negativă și autocritică, ci mai degrabă într-o dispoziție certărească, este vina altora; eu sunt victima aici — aceleași sentimente duc la concluzii diferite. Lumea este cea care s-a schimbat și oamenii nu sunt cei care afirmă că ar fi — sindromul Capgras. Acum nu este greu de văzut că aceeași persoană poate oscila între cele două stări și, în momente diferite, poate exprima ambele convingeri. Acolo se afla Patrick.

Cu ajutorul echipei clinice, cu munca academică a neuropsihiatriei cognitive contemporane și cu un pic de speculație creativă, Patrick și Vicky aveau acum un model explicativ ce putea să dea sens inexplicabilului. Măcar era un început. Modelul ne permitea să vorbim între noi despre experiențele lui Patrick într-un fel care le făcea mai ușor de controlat, astfel încât să putem descoase elementele unul câte unul. În timp ce decurgea acest proces, continuam să îi tratăm depresia cu metodele obișnuite și, așa cum preziseserăm, acel „ca și cum“ și-a făcut loc din nou. Au rămas problemele raționamentului și gândirii și problema deloc minoră a înclinației sale de a căuta explicații în termeni de forțe exterioare întunecate, când era frustrat. A încetat să se mai blameze pe sine, dar îi era încă greu să găsească o cale de mijloc.

Dar dacă lucrurile se întâmplă, pur și simplu? Nu e vina nimănui, nu există un

plan măreț, nu există nicio intrigă. Aici a intervenit abordarea terapeutică cognitiv comportamentală (TCC). TCC presupune decorticarea proceselor de gândire care duc la reacții emoționale care, în schimb, blochează gândirea echilibrată, ducând la și mai multă frustrare și tot așa, într-un cerc vicios. Încetul cu încetul, Patrick a fost învățat să facă un pas înapoi și să-și examineze ipotezele, să identifice concluziile generate de emoții, să se străduiască să rezolve problemele logic și, dacă era necesar, să facă mici experimente pentru a obține mai multe informații. De exemplu, există o altă explicație pentru schimbarea neobișnuită a preferințelor lui Vicky în materie de lenjerie intimă? Era corect ca ea să fie definită în primul rând din perspectiva acestei alegeri? Dar dacă ar fi și factorii economici implicați? Învățase să scrie într-un caiet ori de câte ori simțea vreo îndoială, vreo manifestare mai puțin obișnuită, ceva care nu părea chiar în regulă, ceva fals, și să se străduiască să genereze explicații alternative, inclusiv aceea că lumea este ireală sau falsă. Terapeutul stătea apoi alături de el și trecea prin aceste explicații metodic, sistematic și fără emoție, până când amândoi cădeau de acord asupra celei mai plauzibile. Vicky a început să își asume rolul de coterapeut. Chiar funcționa. Lui îi plăcea. Se potrivea cu stilul său de gândire, cu ușurința pe care o găsea în fapte și în coerența logică. Nu era nevoie să fie flexibil, trebuia doar să parcurgă procesul pas cu pas, în acord cu regulile acceptate de el anterior. O ședință anume pe care o avusesem cu Patrick fusese cu adevărat memorabilă. Adesea începea pe terenul cel mai sigur al unui jurnalist sportiv: fotbalul. Campionatul de Fotbal UEFA tocmai se terminase.

— Deci... a început el, dacă lumea este reală și așa cum trebuie, cum se face că Grecia, plevușca fotbalului, a câștigat Campionatul European? Asta nu se poate întâmpla. Aparent au bătut Portugalia, cu Luis Figo, Cristiano Ronaldo, Nuno Gomes... în Lisabona. Au bătut Olanda! Nu are sens!

Eram luat prin surprindere. Din nou.

— Păi, trebuie să bată niște echipe ca să ajungă în finală, am spus eu, cam jalnic.

— Da, Republica Cehă, a rânjit el.

Dar chiar și cele mai bune echipe pierd. Nici chiar Manchester United nu a câștigat liga în anul respectiv, în ciuda câștigării a trei din cinci sezoane anterioare și, așa cum s-a dovedit, trei din următoarele cinci. Din fericire, Patrick, la acel moment, căuta o explicație alternativă și aștepta ca eu să-l

ghidez. Am început să ne gândim la sport și la ceea ce îl făcea atât de captivant. Victoria unuia mai slab, un gol dat în prelungiri. Acesta era genul de exemple cu care puteam lucra. „Forma“ unei echipe nu făcea decât să creeze niște așteptări. Și, când așteptările sunt spulberate, cauți o explicație alternativă. Dar uneori nu există explicație, cel puțin nu una cu o poveste în spate, cu motive și cauze. Poate că cel mai comun motiv pentru faptul că ceva se întâmplă este și cel mai greu de acceptat. Este vorba numai despre șansă, nenoroc sau noroc, depinde... Nu era pe deplin convins. Din fericire, am găsit ceva dovezi în sprijinul poziției mele slab argumentate. Niște fizicieni americani publicaseră cu ceva timp înainte un articol despre, culmea, predictibilitatea sporturilor celor mai populare²². După câte se vedea, se plictisiseră să descopere secretele universului. Au luat tabelele Ligii Naționale de Fotbal American, ale celor de baschet, hochei, ale Ligii Mari de Baseball și, în final, ale Federației Engleze de Fotbal (FE). Analizând cantități mari de date de dinainte de 1900 și până astăzi, ei s-au uitat la toate meciurile jucate și au calculat probabilitatea ca echipa favorită (cea care era cel mai sus în ligă în acel moment) să câștige meciul. Cu ajutorul unor matematici destul de complicate, au arătat că aceste sporturi pot fi clasificate în funcție de impredictibilitatea lor (sau de competitivitate, așa cum preferau să o numească). Fotbalul american era cel mai puțin competitiv, pentru că, de obicei, favoritele câștigau. Fotbalul englezesc era guvernat aproape mereu de șansă, deși nu total; adică, pentru orice meci de ligă al FE, oricare dintre cele două echipe putea câștiga, deși, în general, favoritele tindeau să ia cupa.

Era demonstrat științific. Fotbalul este cel mai bun sport dintre toate. Este cel mai competitiv, cel mai impredictibil și, de aceea, cel mai incitant. Nu ține numai de noroc; în acest caz, nu ar avea sens să investești fidelitate într-o echipă sau alta. Pe de altă parte, dacă echipa ta ar câștiga mereu, ar putea deveni plictisitor și lipsit de noimă. Nu, sportul ideal este suficient de predictibil cât să nu fie capricios, dar suficient de imprezvizibil cât să te țină în priză, să nu știi niciodată cum are să se termine. Asta ne place de fapt la sport. Și asta ar trebui să învățăm să ne placă în ce privește viața.

Patrick și Vicky s-au întors acasă, în Midlands. Să treci peste o leziune cerebrală

traumatică gravă este un proces lent și poate că nu se va sfârși niciodată, dar ei simțeau că acum pot face față mai bine situației. Lucrurile se îmbunătățeau încetul cu încetul. Am pierdut legătura cu ei, dar m-am gândit deseori la Patrick și la felul cum făcea față, cu inevitabilele piedici și surprize pe care viața i le arunca în cale, mai ales în mai 2016. În acea lună, așa cum au arătat-o știrile, s-a produs unul dintre cele mai incredibile șocuri seismice din istoria sportului: cei de la Leicester City Football Club, aflată în pericol de a fi retrogradată și cu o șansă de 5 000 la 1, au ajuns campioni în Premier League.

[10 Titlul unei melodii a formației Beatles. \(N. red.\)](#)

[11 David, A.S., „On the Impossibility of Defining Delusions“, Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 6, 1999, pp. 17–20.](#)

[12 Dacă spun că am fost căpitanul echipei Angliei la Cupa Mondială din 1950 din Brazilia, aceasta ar fi o idee delirantă \(mai precis, o amintire delirantă\) care sfidează în mod clar logica, de vreme ce încă nu mă născusem în 1950. Și sunt gata să accept că e posibil să nu fi alcătuit eu echipa.](#)

[13 Roman scris în 1972 de Ira Levin, în care eroina principală, Joana Eberhart, suspectează că soțiile înspăimântător de submisive din cartierul unde tocmai se mutase erau roboți creați de soții lor. Cartea a fost ecranizată în 1975 și apoi în 2004 \(Neveste perfecte\). \(N. red.\)](#)

[14 Film american de comedie SF din 1998, regizat de Peter Wier, în care eroul principal, interpretat de Jim Carrey, a fost adoptat și crescut de o corporație în interiorul unui spectacol TV creat în jurul vieții sale, până când acesta află adevărul și decide să fugă. Filmul a avut numeroase nominalizări la premiile Oscar, la Globul de Aur și la premiile BAFTA. \(N. red.\)](#)

[15 Film american din 2008, dramă postmodernă, debut regizoral al lui Charlie Kaufman. Filmul prezintă un regizor de teatru lipsit de succes care încearcă să pună în scenă o piesă din ce în ce mai complicată, a cărei focalizare extremă asupra realismului începe să estompeze granițele dintre ficțiune și realitate. Titlul filmului este un joc de cuvinte între Schenectady, New York, unde au fost turnate cele mai multe scene, și termenul sinecdocă. \(N. red.\)](#)

[16 Neuropsihologia modernă se teme de strictetea alocării unei probleme unei arii cerebrale sau alteia și preferă să descrie deficitele în acord cu procesul în](#)

chestiune. Comutarea mentală sau rezolvarea de probleme în general este clasificată de obicei ca „funcție executivă“.

¹⁷ Noyes, R., Jr. și Kleti, R., „Depersonalization in the Face of Life Threatening Danger: An Interpretation“, OMEGA — Journal of Death and Dying, 7, 1976, pp. 103–114.

¹⁸ Ciaunica, A. și Charlton, J., (2018, 21 iunie). When the Self Slips [online] (<https://aeon.co/essays/what-can-depersonalization-disorder-say-about-the-self>). Aeon. (accesat 25 iunie 2018).

¹⁹ Sierra, M. Senior, C., Dalton, J., et al., „Autonomic Response in Depersonalization Disorder“, Archives of General Psychiatry, 59, 2002, pp. 833–8.

²⁰ Ellis, H.D., Whitley, J., și Luauté, J.P., „Delusional Misidentification: The Three Original Papers on the Capgras, Frégoli and Intermetamorphosis Delusions“, History of Psychiatry, 5, 1994, pp. 117–8.

²¹ Young, A. și Lefthead, K., Betwixt Life and Death: Case Studies in Cognitive Neuropsychiatry, coord. P.W. Halligan și J.C. Marshall. (Hove East Sussex: Psychology Press, 1996), pp. 147–171.

²² Ben-Naim, E., Vazques, F., și Redner, S., „What is the Most Competitive Sport?“ arXiv:physics, 0512143 v1, 15 decembrie 2005.

Pierderea credinței

Depresia este surprinzător de comună. Astăzi nu mai este nicio rușine să spui că ești unul dintre cei șase care au suferit de depresie sau ia antidepresive. În jur de 7,3 milioane de oameni din Regatul Unit au primit rețetă pentru antidepresive în 2017 și 2018 și mai mult de jumătate dintre aceștia au primit astfel de rețete în cei doi ani anteriori.

Thomas ducea o viață liniștită și lipsită de drame; era un creștin credincios în intimitate. Era căsătorit, avea doi copii pe care îi adora, o soție iubitoare și lucra ca șofer de tir. Drumurile îi ofereau o anumită liniște; solitudinea, monotonia erau plusuri în ceea ce îl privea pe el. Avusese un episod depresiv destul de sever cu trei ani înainte. Nu exista un motiv anume sau ceva care să precipite episodul; avusese ceea ce psihiatrții numesc depresie „endogenă“ (literalmente, produsă în interior). Din fericire, răspunsese la antidepresive și revenise la lucru. Însă nu își informase angajatorul (și Agenția de Autorizare a Șoferilor și Autovehiculelor) că i se recomandase să continue tratamentul. Aceasta fusese o omisiune serioasă. Nu era un pericol la volan — nu era impulsiv, nu avea gânduri suicidare și nu era amețit de medicație —, dar, dacă se întâmpla ceva și ei aflau, ar fi putut avea probleme mari. Nu doar asta, dar mințea, și acesta era un păcat în lumea lui.

După câțiva ani, „minciuna“ a început să îl sâcâie tot mai mult. Îi mergea bine, dar simțea că, dacă minte în continuare, își distruge starea de bine. Începuse să se gândească că așa fusese mereu, că nu tratase problema cum trebuie și că o luase pe scurtătură. Era chinuit de aceste gânduri care i se roteau în cap și de convingerea că era un păcătos în fața lui Dumnezeu. Oamenii încercau să-l liniștească, dar asta nu-l ajuta; de fapt, lucrurile păreau să se înrăutățească. Nu părea să găsească o scăpare din fața gândurilor lui sau a situației și ideea sinuciderii prindea tot mai mult contur. De ce nu? Oricum era damnat.

I-am sugerat să vină la spital, dar a refuzat, spunând că nu avea niciun sens și că nimic nu va funcționa. Nu eram de acord. Era genul de pacient care putea să își revină dacă beneficia de ajutorul potrivit.

Ce se întâmpla în mintea lui Thomas? Puteai să spui că analizează prea mult și că mereu vede „ce-i mai rău“. Nu doar atât, dar am fi putut pune sub semnul întrebării interpretarea pe care el o dădea evenimentelor. Nu era vorba că se ascunde, ci că este selectiv în ceea ce își amintește și, cumva, unilateral. Distorsiona, în terminologia psihologiei cognitive.

Teoriile cognitive asupra depresiei diferă de explicațiile psihologice mai ample, în sensul că sunt mai puțin preocupate de ceea ce gândești decât de felul cum gândești. Viziunea majorității oamenilor cu privire la depresie izvorăște din experiențele legate de pierdere. Sigmund Freud a adunat aceste idei într-un articol intitulat „Doliu și melancolie“, publicat în 1917²³, în care experiența doliului era comparată cu cea a depresiei și a atras atenția suprapunerii dintre cele două. Oamenii care au depresie, se zice, trebuie să fi avut parte de o porție mai mare de pierderi — inclusiv pierderea locului de muncă, a sănătății sau pierderi mai simbolice și mai abstracte, precum statutul și stima. Psihologii George Brown și Tirril Harris²⁴ au descoperit că depresia este corelată strâns cu numărul de neazuri care ți s-au întâmplat, mai ales dacă ai avut un doliu semnificativ devreme în viață, dar nu există o formulă simplă care să explice depresia și severitatea acesteia. Ne revine nouă să interpretăm sensul evenimentelor. De ce acest eveniment anume a fost atât de distrugător și de ce a avut un impact atât de îndelungat?

Aici intervine abordarea cognitivă. De pildă, memoria. Vorbește cu o persoană deprimată despre trecut și ceea ce va spune va fi dominat de întâmplări negative. Și tu, și persoana respectivă veți face ceva eforturi pentru a scoate la iveală o poveste pozitivă. Nu e alegerea lor să fie morocănoși și nici nu este efectul în sine al depresiei, deși devin greu de separat cauza și efectul când ne gândim la dispoziție și cogniție. Se pare că, în cercetarea psihologică, unde reamintirea este studiată în condiții controlate, cum ar fi răspunsul la un set particular de cuvinte sau replici, persoana depresivă este mult mai capabilă să-și amintească asocierile negative decât pe cele pozitive și o face mai rapid. Aici intervine distorsiunea cognitivă. Nu e vorba despre faptul că alte informații sunt uitate, ci că ele nu sunt la îndemână. Gândurile și amintirile care ies la suprafață automat sunt cele

negative. Imaginați-vă că vă adresez cea mai inocentă întrebare: ce ai făcut săptămâna trecută? Dacă ești deprimat, mintea îți va fi invadată de toate lucrurile plicticoase, neplăcute, rele, enervante care ți s-au întâmplat și care vor copleși toate lucrurile fericite, plăcute, chiar și pe cele banale sau neutre care ți s-au întâmplat. Dacă nu ai fost deprimat înainte, sigur vei fi după. Este simplu de înțeles de ce acesta devine un cerc vicios. Începând dintr-un punct de dispoziție negativă, următoarele gânduri negative par normale, starea obișnuită de lucruri, și astfel dispoziția proastă se autoîntreține.

Altă caracteristică pe care cercetători precum Mark William au descoperit-o drept trăsătură a gândirii depresive este suprageneralizarea, mai cu seamă a amintirilor autobiografice personale²⁵. Suprageneralizarea descrie dificultatea pe care oamenii o au când sunt deprimați, de a oferi exemple specifice de comportamente, conversații și succesiuni, precum și de a-și aminti evenimente unice ca răspuns la o întrebare. De exemplu: „Spune-mi cum au fost anii de școală“. Ar putea răspunde: „Groaznic, mă plictiseam, noi toți ne plictiseam“, mai degrabă decât: „Nu am avut cele mai bune note, dar m-am bucurat de colegi. În ultimul an am avut un grup de prieteni extraordinari“. Sau, ca răspuns la cuvântul-stimul „petrecere“: „Orice petrecere de ziua mea pe care am dat-o a fost o catastrofă!“ — în loc de, să zicem: „Mi-am făcut majoratul la cârciuma din cartier. A început bine, dar câțiva dintre cei care au venit s-au cam îmbătat și au început să se bată. Ce dezastru!“

Răspunsul suprageneralizant nu lasă loc reinterpretărilor sau altor amintiri care ar putea să pună evenimentul și amintirea sa în context. E ca atunci când dai clic pe un link și ești redirectionat. Îți este greu să ieși din această buclă, care acum nu mai declanșează decât alte gânduri similare global negative, fără perspectiva rezolvării. Cu alte cuvinte, începi să ruminezi.

În final l-am convins pe Thomas să vină la spital, cu argumentul că avea nevoie de o pauză, că nu va trebui să stea mult, că îi vom putea schimba medicația mai repede și, mai ales, că va fi în siguranță. Cu greu, a fost de acord.

Se simțea mizerabil. Detesta observația constantă, lipsa intimității, dezordinea și haosul generale ce domnesc chiar și în cele mai bune secții de psihiatrie. Pe Thomas era greu să ajungi să-l cunoști. Își descria copilăria drept „plictisitoare, monotonă, nimic se întâmpla... Mama și tata ne tratau bine, deși nu prea erau afectuoși cu noi. Biserica era ceva foarte important. Aceea chiar era «buna vestire», dar uneori aș vrea să se fi întâmplat vreun fel de dezastru; măcar aș avea despre ce să vorbesc“.

La câteva săptămâni după ce am introdus un antidepresiv puternic, dispoziția lui Thomas a început să se mai lumineze și el a devenit ceva mai optimist. Soția lui, Jan, îl vizita și se bucura să vadă îmbunătățirile. Mă implora să-l las să plece acasă. Din nou, asta presupunea negociere și am fost de acord amândoi să stabilim câteva plecări mai îndelungate acasă, pe care să le implementăm gradual. Urma să lucrăm cu el și cu soția lui pentru măsurarea progreselor și să ajustăm ieșirile în consecință. Nu voiam să îl transformăm în rezident permanent al spitalului, dar nici nu puteam să-i retragem tot sprijinul dintr-odată.

Prima ieșire de câteva ore a decurs bine. Apoi am fost de acord cu o zi întreagă acasă. A revenit optimist și plin de viață. La vizitele zilnice, unde Thomas vorbea cu alți membri ai echipei, cu asistenți și cu psihologul secției, părea mult mai bine. Era destul de împăcat cu continuarea tratamentului. Nu era tulburat de efecte secundare și avea încredere că tratamentul va funcționa de data aceasta, așa cum se întâmplase și înainte. Am vorbit despre necesitatea de a discuta cu angajatorul lui când va fi externat. Eu urma să scriu rapoartele necesare în care să spun că tratamentul este esențial și că nu exista niciun motiv pentru care să nu-și continue munca. Era ușurat. Și-ar fi luat o piatră de pe inimă. Se simțea în continuare vinovat? Deloc. Era ridicol; acela fusese numai glasul depresiei. Oricum, gata cu tot nonsensul acela religios. Jan a spus că era bucuroasă să-l vadă din nou acasă, chiar dacă nu era chiar el, cel normal. Am fost de acord cu ieșirea din spital peste weekend. Dacă lucrurile mergeau bine, externarea urma să aibă loc săptămâna următoare.

Acela a fost momentul când l-am văzut ultima dată pe Thomas. Marți, Jan a venit la spital ca să-mi spună ce se întâmplase. Tom venise acasă. Părea calm. Luaseră cina și s-au dus la culcare. Au făcut dragoste; a fost frumos. În următoarea dimineață i-a dus pe copii la școală. După ce i-a lăsat la școală, probabil că s-a dus direct către prima stradă principală, a parcat și a ieșit din mașină. După spusele unui martor, părea agitat și brusc, a fugit în fața unui camion și a fost ucis pe loc.

Au făcut dragoste... camion... ucis pe loc...

Simțeam că nu mai am aer.

Jan era ciudat de calmă. Mi-a explicat că trebuia „să-și țină firea“ de dragul copiilor. Nu voia să se gândească prea mult. Asistenții încercaseră să o aline, dar în final, ea a fost cea care i-a alinat pe ei. Nu învinovățea pe nimeni și era recunoscătoare pentru ajutorul nostru. Cazul urma să fie trimis către medicul legist și se îngrijora din cauza efectelor pe care verdictul l-ar fi putut avea asupra familiei, pentru care sinuciderea era un păcat grav. Între timp, urma să-i ducă pe copii la mama ei.

Câteva săptămâni mai târziu, Jan a sunat la spital. Verdictul legistului fusese moarte accidentală. Știa că Thomas fusese pacient psihiatric eliberat temporar și că avea depresie, dar nu lăsase niciun bilet de adio și era evident că se recupera, de vreme ce fusese trimis acasă peste weekend. Thomas nu vorbise despre sinucidere cu nimeni în ziua respectivă. Raportul spunea că era probabil preocupat de ceva și nu era atent pe unde merge. Era un drum plin de mașini, oamenii sunt călcați deseori în locul acela.

Jan știa celelalte verdicte posibile: sinucidere și verdict deschis. M-am gândit că cel din urmă era cel mai probabil. Cercetătorii fenomenului privesc în general verdictul deschis ca pe o sinucidere reală, dar detalii precum absența unui bilet de adio sunt esențiale. Moartea accidentală era puțin forțată, dar nu aveam de gând să mă cert cu ei. Din punctul de vedere al familiei, acesta era probabil tot ce puteau spera mai bine în mijlocul unei atare tragedii. Măcar era evitat stigmatul.

Sinuciderea a fost legalizată în Anglia și Țara Galilor în 1961, dar este încă pătată de trecutul său infracțional²⁶. Decriminalizarea sa a venit foarte târziu prin comparație cu restul Europei, dar s-a produs înaintea Irlandei, unde tentativa de sinucidere a devenit legală în 1993. Mulți oameni vorbesc încă, fără a-și da seama, despre a comite sinuciderea, deși „a-și lua viața“ este termenul preferat.

Verdicturile legiștilor obișnuiau să adopte standardul penal al probelor „în afara oricărei îndoieli rezonabile“, dar, după reglementarea Înaltei Curți din 2018, acum pot judeca după standardul civil al „cântăririi probabilităților“.

Aproape 1 800 de oameni sunt uciși pe străzile din Regatul Unit în fiecare an. Numărul a scăzut dramatic de la al Doilea Război Mondial, dar probabil că a ajuns la un platou. Din cifrele recente, cam un sfert sunt pietoni. Aceasta, în comparație cu cele 6 000 de sinucideri din Regatul Unit în fiecare an. Aceste cifre au tins, de asemenea, să scadă în cursul aceleași perioade. În 2015, rata de suicid pentru Regatul Unit era de 16 la 100 000 de bărbați și de 5 la 100 000 de femei. Sunt puține date verificate despre numărul de accidente cu pietoni sau vehicule care sunt de fapt sinucideri.

Este o provocare enormă pentru noi să înțelegem sinuciderea, darămite să o prevenim. O abordare ar fi să încerci să intri în mintea celui care și-a luat zilele și, dacă ești un scriitor bun, precum Shakespeare sau Tolstoi, să faci din asta centrul dramei; ori, dacă ești psiholog, să faci o autopsie psihologică. Altă abordare ar fi să o privești de deasupra, prin intermediul unor grupuri mari de oameni sau tendințe în timp. Unul dintre cei despre care se spune că au inventat această abordare este Émile Durkheim²⁷.

Durkheim s-a născut în Lorena, provincie franceză, în ceea ce ar fi fost a noua generație de rabini, dacă el nu s-ar fi hotărât să urmeze o altă cale. A publicat monografia „Sinuciderea“ în 1897. Revoluția Industrială era în plină desfășurare și societățile europene erau mai ordonate și mai monitorizate. Din statistici naționale detaliate și voluminoase, Durkheim a putut observa ratele suicidului în baza unei arii largi de variabile: naționalitate, etnie, criterii economice, demografie, nivel educațional și ceea ce el numea factor „cosmic“ (lucruri precum temperatura și lungimea zilei). A făcut-o cu o atenție la detaliu de-a dreptul talmudică. A analizat inclusiv ratele de boală mentală și alcoolism, dar, cu toate acestea, el credea că perspectiva sociologică este cheia.

Religia a fost factorul care i-a reținut atenția, de vreme ce, toate celelalte elemente fiind egale, datele despre populațiile din cantoanele franțuzești și orașele germane, din Prusia și Austria până în Bavaria, înregistrau diferențe notabile ale ratei de sinucidere între romano-catolici și protestanți. A găsit rate excesive ale sinuciderii în rândul protestanților; în anumite regiuni, erau trei astfel de morți ale protestanților pentru fiecare catolic. Durkheim a demonstrat că numărul mai mare al sinucigașilor protestanți se menținea, în ciuda ratei de

bază a sinuciderilor, în oricare din aceste regiuni, și nu putea fi explicat prin accesul diferit la educație, de exemplu. A argumentat că ritualurile minuțioase și doctrina nu aveau nici ele prea mare greutate. În realitate, era măsura în care religia, prin credințele și practicile sale, produce „o intensă viață colectivă“, lucru foarte important în prevenirea suicidului. Protestantismul, prin natura sa, era mai individualist și nu exercita „aceeași influență moderatoare asupra sinuciderii“. El a mai discutat și relația cu ceea ce el numea „sinucidere egotistică“.

Dar ce se poate spune despre necredincioși? El scrie:

... în măsura în care credinciosul se îndoiește, adică se simte mai puțin solidar față de confesiunea religioasă din care face parte și se rupe de ea, în măsura în care familia sau orașul devin înstrăinate față de om, el devine un străin pentru el însuși și nu mai poate evita enervanta și îngrijorătoare întrebare: la ce bun?²⁸

Acest sens colectiv este vital, explică el, „nu pentru că am vrea să întreținem iluzia unei nemuriri imposibile; ci pentru că acest lucru face parte din constituția noastră morală și nu putem renunța la el“. Dacă se pierde sau se prăbușește, „cele mai mici motive de descurajare pot da naștere cu ușurință hotărârilor disperate“. Mai departe:

Oricât de individualizat ar fi, rămâne în el ceva colectiv... în privința incidentelor existenței particulare, ce par să determine sinuciderea și care sunt considerate apoi drept condiții determinante, ele nu sunt de fapt decât condițiile ocazionale. Dacă individul cedează în fața primului șoc al circumstanțelor, înseamnă că starea în care se găsește societatea l-a transformat într-o pradă ușoară pentru sinucidere. (pp. 168–169)

La un secol după Durkheim, încă oscilăm între individual și colectiv în încercarea de a înțelege cauzele sinuciderii. Aceiași factori sociali (de exemplu, șomajul, divorțul sau recesiunea) rămân legați de ratele mai înalte ale sinuciderii

în rândul unei populații. În mod curios, războiul nu face sinuciderea mai probabilă. Cu toate suferințele pe care le aduce, războiul induce un scop comun puternic, care lucrează împotriva tendinței indivizilor de a-și lua zilele. Alți factori de risc sunt faptul de a fi de sex masculin, o tentativă anterioară, prezența unei boli mentale, lipsa de speranță, precum și abuzul de droguri și alcool. Studii clinice moderne care încearcă să integreze aceste abordări au demonstrat că prezența unei afiliere religioase poate să atenueze impulsurile sinucigașe la oamenii care suferă de depresie²⁹.

Este sinuciderea ceva comun? E relativ. Prin comparație cu accidentele din trafic, răspunsul este da. Pentru un bărbat de aproape 40 de ani, ca Thomas, este cea mai comună cauză a morții. Dar, comparată cu depresia, răspunsul este nu; raportat la depresie, suicidul este extrem de rar. De aici dificultatea de a-l prezice. Când te uiți în urmă la cazurile de sinucidere, vasta majoritate aparține grupurilor de risc mic spre mediu. Acesta pare a fi un paradox, dar este o capcană cunoscută în prezicerea riscului. Pentru că factorii de risc individuali nu sunt deosebit de puternici și pentru că unii dintre factorii de risc înșiși, precum depresia, sunt comuni, este statistic inevitabil ca mulți dintre cei care mor prin sinucidere să vină dintr-un grup destul de mare de oameni cu risc scăzut. O proporție mai mare, dar încă minoră de oameni dintr-un grup cu risc mare (să zicem bărbați de o anumită vârstă cu depresie severă, dependență de alcool, bolnavi cronic, văduvi sau șomeri) își vor lua viața, dar acel subgrup va fi numeric mai mic în schema mai mare a lucrurilor. Cealaltă problemă este că factorii de risc cei mai fideli nu se schimbă, cum ar fi, de exemplu, apartenența la sexul masculin. Dacă ești bărbat, riscul tău astăzi este același ca anul trecut și va fi la fel și mâine.

Prima dată a trebuit să mă împac cu comportamentul sinucigaș când eram medic rezident și lucram la un spital general de mărime medie. Timp de șase luni am fost primul medic care prelua internările de urgență. Spitalul avea o abordare foarte inovatoare pentru urgențele medicale. Se organizaseră câteva echipe care gestionau anumite urgențe, astfel încât experiența și competența să se poată împărtăși și acumula rapid. Există o echipă pentru „dureri în piept“, una pentru

„sângerări gastrice“ și una pentru pacienții de peste 65 de ani. Era uluitor cât de mulți oameni aduși cu ambulanța sau care veneau la camera de gardă puteau fi direcționați spre una dintre cele câteva echipe. Te-ai fi gândit că un medic rezident lăsat să se ocupe de „alte“ categorii de urgențe avea prea puține de făcut — cel mult o pneumonie ocazională sau o comă diabetică. Acest lucru era adevărat, cu excepția unei categorii care, în anii '80, creștea masiv: autootrăvirea prin supradoză. Nu era neobișnuit pentru mine să fiu nevoit să examinez și să internez la secția medicală zece astfel de cazuri pe parcursul unei nopți.

Ca student, văzusem cum sunt tratați mulți dintre acești pacienți. O supradoză de paracetamol poate avea consecințe mortale prin toxicitatea la nivelul ficatului, iar antidepressivul de generație mai veche pot induce stop cardiac, dar multe supradoze erau mai puțin agresivele benzodiazepine, precum Valium și Librium, sau orice altceva aveau oamenii prin dulapurile lor de medicamente: antibiotice, pastile pentru indigestie și așa mai departe. Din cauza acestei lipse relative de pericol și a numărului mare ce ajungea după căderea nopții și la sfârșit de săptămână, „supradozele“ erau privite drept o bătaie de cap sau, mai rău, ca un grup de oameni ce meritau, pentru boala pe care aparent și-o cauzau singuri, pedepse. Unii membri ai echipelor medicale aveau o satisfacție deosebită în a face lavaj gastric, o procedură extrem de neplăcută și inutilă în multe cazuri; alții insistau ca persoana să poarte cateter urinar — altă procedură neplăcută, adesea dureroasă și rareori cerută, doar dacă era esențială monitorizarea funcției renale a cuiva care e prea amețit sau căruia drogurile i-au blocat tractul urinar. Mulți membri ai echipelor medicale erau lipsiți de empatie și duri. Concepția aceasta era răspândită, dacă nu universală. Mă cutremur când îmi amintesc aceste comportamente și îmi este rușine că nu am făcut nimic să le opresc. Mă gândeam, probabil, că poate fi un mijloc eficient de descurajare — deși unii erau internați iar și iar pentru aceleași gesturi — și, oricum, ce știam eu?

În timpul acestor șase luni de încercare, am învățat că empatia și atitudinea noncritică erau cea mai bună strategie. Subliniez asta nu pentru că eram eu extraordinar de bun la suflet și de înțeleghător. Era, la vremea respectivă, o chestiune de pragmatism. Erau mulți pacienți de care trebuia să am grijă. Unii aveau nevoie de resuscitare intensivă și trebuia să fie identificați devreme; alții puteau stârni haos prin comportamentul lor agresiv și necooperant. Ultimul lucru cu care voiai să te confrunți în timpul unei gărzi aglomerate de noapte era o persoană care voia să plece din spital în pofida sfatului medicilor și care trebuia să fie închisă ca să nu fugă din secție sau cu rudele agresive, în stare de ebrietate, care îți cereau să-l internezi pe pacient la terapie intensivă, la psihiatrie ori să-i

dai drumul.

Pacienții cu supradoză pe care i-am văzut erau uneori intoxicați, alteori furioși, alteori indiferenți. De cele mai multe ori, erau oameni tineri care aveau senzația că sunt captivi și simțeau că nu mai au opțiuni. Un simplu și cald „spune-mi ce s-a întâmplat“ dădea invariabil frâu unei povești despre respingere, abuz sau disperare, durerea de a fi fost părăsit de un iubit sau de o iubită, de a fi fost dat afară din casă de părinți. Uneori, circumstanțele păreau realmente irezolvabile și persoana era profund tulburată. Ar fi fost poate justificat să rămân dur („Nu e nevoie de toată această dramă, vei fi acasă mâine dimineață“) sau didactic („Nu ți-ai dat seama cât de periculos poate fi paracetamolul?“), dar nu ducea decât la ostilitate și suferință suplimentară.

Una dintre responsabilitățile pe care le are un medic rezident sau un asistent medical specialist este să aprecieze riscul sau intenția de sinucidere. Intuitiv, gradul de planificare, pașii făcuți pentru a nu fi descoperit sau oprit, gradul de letalitate a metodei (săritul în fața unui tren versus înghițirea unor pastile), toate acestea erau importante, deși nu exista formulă simplă pentru a le aprecia efectul cumulativ. Merita să întrebăm pur și simplu omul de ce a făcut-o, dar rareori obțineai un răspuns util. O întrebare negrăbită și plină de înțelegere era recompensată poate cu un răspuns mai cugetat, oferit poate cu bună-credință, dar care nu putea fi luat întotdeauna de bun. Oamenii arareori spun că au făcut-o pentru a-și determina partenerul să se simtă vinovat sau ca proprietarul să nu-i dea afară, deși astfel de explicații se potrivesc destul de bine circumstanțelor ce duc la acel gest. Deși mulți spuneau „vreau doar să mor“ sau „mi-a ajuns, nu mai am pentru ce trăi“, impresia mea era că, după ce se stabilea un anumit grad de încredere, majoritatea simțeau ceva mai ambivalent: „nu prea știu de ce am făcut-o“; „eram derutat, copleșit“; „voiam doar să se termine starea aceea“. Aceste explicații îmi păreau sincere.

Psihiatrii au încercat să distingă autovătămarea de comportamentul suicidal. Termenul de „parasuicid“ a fost propus pentru a sublinia această distincție, dar nu prea a rezistat testului timpului. Epidemiologia celor două arată că ele tind să afecteze grupuri diferite. Autovătămarea este mult mai comună: cam 400–500 din 100 000 de oameni în fiecare an. Tinde să apară la cei tineri și scade cu vârsta. Sinuciderea nu arată un astfel de declin. Parasuicidul este mai comun printre femei; sinuciderea, la bărbați. Dar există suprapuneri mari. Louis Appleby este director al Centrului Național de Sondare Confidențială a Suicidului și Omicidului Comise de persoane Bolnave Mental (NCISH) și a

propus „regula de 50“, o mnemotehnică utilă și salutară; 50% dintre cei care mor prin sinucidere au antecedente de autovătămare; riscul de suicid poate crește cu 50% în anul ce urmează gestului de autovătămare; și una din 50 de persoane care apar la Camera de Gardă după autovătămare va fi moartă anul următor. Autovătămarea aprinde un fitil care, în decursul zilelor, se va stinge de cele mai multe ori; dar, din când în când, nu poate fi stins și finalul este fatal. NCISH a subliniat și faptul că perioada imediat ulterioară externării este cu deosebire riscantă în ceea ce privește suicidul, mai ales prima săptămână și chiar prima zi, așa cum se dovedise a fi pentru Thomas — în cazul lui, fatală.

Încercarea mea de a trece peste moartea lui Thomas și sentimentul că i-am dezamăgit pe el și familia lui m-au făcut, cred, să plonjez în literatura de cercetare în căutarea unei alinări și probabil în dorința de a scăpa de durerea crudă a experienței. Acolo am descoperit câteva informații fascinante despre sinucidere la nivelul populației. Tabloul mai larg sau perspectiva epidemiologică ar putea, pentru anumiți cercetători, să pară impersonală, rece și aridă, așa cum reiese din arhiva de certificate de deces ce o susțin. Ar putea fi însă înregistrată o diferență, dacă ne uităm la schimbările ce au avut loc la nivelul populației.

Unele dintre aceste schimbări ar putea fi întâmplătoare. Când gazul de cărbune care conține monoxid de carbon a început a fi înlocuit de gazul natural în anii '50, un val în creștere de morți a fost oprit și inversat, mai cu seamă în rândul femeilor, pentru care sinuciderea prin gazare era o metodă comună (gândiți-vă la poeta Sylvia Plath, care a murit în apartamentul ei din Londra băgându-și capul în cuptorul cu gaz, în 1963). Această schimbare simplă a combustibilului a dus la scăderi dramatice ale ratelor generale de sinucidere. Ceea ce epidemiologii au observat, spre surprinderea lor, a fost lipsa unei „metode de substituție“: când această metodă a fost sistată, oamenii nu au căutat în mod deliberat o alternativă.

Dacă ne uităm la tendințe de-a lungul timpului, se poate vedea că, mai târziu, sinuciderea prin inhalarea gazului de eșapament a început să crească, mai ales în rândul bărbaților, dar și această metodă a fost stopată de legislație, prin introducerea convertorilor catalitici în 1993³⁰. O intervenție mai planificată și

mai deliberată de „restrângere a mijloacelor“ a fost reducerea numărului de tablete de paracetamol și alte analgezice ce puteau fi cumpărate în același timp. Din nou, a fost nevoie de o schimbare a legii în 1998 pentru a ajunge la acest rezultat, dar a dus la o scădere a mortalității cu slabe dovezi de substituție a metodei. Toate strategiile de succes în prevenirea sinuciderii au fost simple și abile, aproape jenant de simple. Îmi amintesc că priveam un comic de stand-up al cărui text spunea ceva de genul:

Guvernului îi pasă de tine, da. Uite, odată, un amic de-al meu era destul de deprimat și ce s-a gândit el — hai să-mi pun capăt zilelor. Așa că se duce la farmacie să cumpere niște paracetamol și, ce să vezi, paracetamolul se vinde doar în pachete de 16! Pe bune, ei chiar cred că opresc așa pe cineva care vrea să se sinucidă? Adică tot ce trebuie să faci este să vii a doua zi? Poate de asta se spune „a comite sinuciderea“, pentru că trebuie să fii realmente dedicat.

Dar gândirea de bun-simț se oprește aici. Când psihiatrul Keith Hawton și colegii săi și-au scris raportul, a reieșit că, în decurs de aproape 11 ani, au murit cu 765 mai puține persoane grație legislației de vindere a tabletelor doar în Anglia și Țara Galilor³¹. Supradozele de paracetamol rămân destul de răspândite, dar sunt mai puțin fatale, grație acestei schimbări mici. Dacă mai adăugăm și alte schimbări simple, precum înlăturarea tuturor obiectelor ce ar putea fi folosite de un pacient psihiatric pentru a se spânzura în secțiile de psihiatrie; instalarea de bariere în jurul peroanelor stațiilor de tren și metrou și al pasarelelor aflate la înălțime. În Asia de Sud, autoritățile ar trebui să facă accesul la pesticide cu organofosfați ceva mai puțin facil, iar în SUA, dacă s-ar restrânge accesul la deținerea de arme, ratele de suicid s-ar reduce în mod considerabil. Se pare că, în ciuda greutății istoriei, a presiunilor sociale și a ravagiilor bolii mentale, după toată deliberarea hamletiană și inevitabilul ce marchează povestea Annei Karenina, actul final poate fi un impuls mortal deși pasager, suficient de slab ca să cedeze în fața unei distracții de moment sau a unei simple bariere.

Și totuși unii dintre cei cu care am vorbit s-au dovedit extrem de decizi să-și ia zilele. Aveau antecedente multiple și o lungă istorie de boală mentală. Îmi amintesc de un bărbat care luase o supradoză de paracetamol, gest planificat și executat cu meticulozitate — nimic impulsiv — ducând aproape la blocaj

hepatic, din care, în final, și-a revenit. Mi-a spus despre fantezia lui ca după sinucid să poată cumva să observe scena, oarecum de deasupra, scena familiei adunate să-l jelească în jurul mormântului lui; soția lui reproșându-și lipsa de afecțiune; copiii adolescenți plângând inconsolabil, dorindu-și să fi avut mai mult timp cu tatăl lor; șeful, înainte atât de batjocoritor, acum distrus, implorând iertare; restul lumii aducând omagiu unui minunat binefăcător, din păcate neapreciat în timpul vieții și care le va lipsi tuturor. Era o confesiune plină de curaj. Îmi amintesc și de femeia înnebunită de durere al cărei tată își luase viața. Era disperată să-și elibereze mintea de gândurile de a o lua pe același drum, spunând că ea nu le-ar putea face așa ceva copiilor săi și lăsându-mă astfel mai liniștit. Am scris în caietul meu că, deși avea risc suicidar, avea și factori protectori. Cu toate acestea, și-a luat viața. Astfel de povești nu pot fi rezolvate. Există ideea, chiar în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății mentale, că actul suicidar este ceva egoist. Dar este greu de imaginat cum o fi să crezi că ești o ființă atât de îngrozitoare, de toxică, încât și copiii tăi aflați în suferință să simtă că le este mai bine fără tine.

Oare la ce se gândea Thomas când, așa cum se pare, își plănuia ultimele 24 de ore? Omul care „gândea prea mult“ se pare că trăia sub puterea impulsului. Nu te poți abține să speculezi că, hotărându-se să-și ia viața, a trăit un profund sentiment de calm. Abandonarea „tuturor prostiilor religioase“ nu l-a lăsat doritor de a avea vreo altă sursă de consolare; și nici nu era o soluție satisfăcătoare să se îndoiască de supranatural. Evident, nu își revenise, așa cum mi-am permis eu, în bula mea raționalistă, să cred la momentul acela. Fusesse, așa bănuiesc, o transformare radicală a lumii lui, a „ființei lui morale“, cum i-ar fi spus Durkheim. În acel moment probabil că el, ca ființă socială, încetase să existe.

În retrospectivă, pierderea credinței ar fi trebuit să fie un semnal de alarmă. Dar de ce nu putuse să vadă o ieșire, o alternativă? Poate că se explică prin stilul de reamintire hipergeneralizant pe care el, ca mulți oameni cu depresie, l-a manifestat încă de la început. Psihologii au arătat că gândirea asupra trecutului în acest fel nonspecific și generic ne face să ne fie mai greu să reevaluăm acel

trecut și semnificația sa personală³². Și asta ne duce, în mod fatal, la a nu fi capabili să învățăm lecții noi din el. Limitează gândirea creativă. Așa că, atunci când lumea ta se prăbușește și nu mai vezi vreo posibilitate de a inventa alta, realmente nu mai există viitor, nici speranță și nimic pentru care să trăiești. Dar a ne uita la trecutul nostru și a vedea câți oameni diferiți am fost deja — aceasta este cheia imaginării unui viitor în care să vrem să trăim: ce ar putea să se întâmple, unde aș vrea să fiu, cum ar putea să fie viața mea diferită³³.

²³ [Freud, S., „Doliu și melancolie“, în Psihologia inconștientului — Opere esențiale, vol. 3, București, Trei, 2017.](#)

²⁴ [Brown, G., W și Harris, T., Social Origins of Depression \(Londra, Tavistock, 1978\).](#)

²⁵ [Aceasta este o analiză foarte cuprinzătoare, dar destul de tehnică a subiectului, făcută de Mark Williams și colegii săi, din care eu am extras. Vezi Williams, J.M.G., Barnhofer, T., Crane, C., et al., „Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder“, Psychological Bulletin, 133, 2007, pp. 122–148.](#)

²⁶ [Neeleman, J., „Suicide as a Crime in the UK: Legal History, International Comparisons and Present Implications“, Acta Psychiatrica Scandinavica, 94, 1996, pp. 252–257.](#)

²⁷ [Durkeim, E., On Suicide, ed. R. Sennett, Trans, R. Buss, 1879 \(Londra: Penguin Classics, 2006\).](#)

²⁸ [E. Durkheim, Despre sinucidere, traducere de Mihaela Calcan, Iași, Institutul European, 1993, p. 167 \(N. red.\).](#)

²⁹ [Dervic, K., Oquendo, M.A., Grunebaum, M.F. et al., „Religious Affiliation and Suicide Attempt“, American Journal of Psychiatry, 161, 2004, pp. 2303–2308.](#)

³⁰ [Thomas, K. și Gunnell, D., „Suicide in England and Wales 1861–2007: A Time-Trends Analysis“, International Journal of Epidemiology, 39, 2010, pp. 1464–1475.](#)

³¹ [Hawton, K., Bergen, H., Simkin, S., et al., „Long Term Effect of Reduced Pack Sizes of Paracetamol on Poisoning Deaths and Liver Transplant Activity in England and Wales: Interrupted Time Series Analyses“, British Medical Journal,](#)

[2013, 346:f403.](#)

[³² Rubin, D.C., \(coord.\) Remembering Our Past: Studies in Autobiographical Memory \(Cambridge University Press, 1999\), pp. 244–267.](#)

[³³ Acesta este un articol care descrie dezvoltarea unor abordări de tratament psihologic noi ce apar din lucrările asupra memoriei autobiografice: Dalglish, T. și Werner-Seidler, A., „Disruptions in Autobiographical Memory Processing in Depression and the Emergence of Memory Therapeutics“, Trends in Cognitive Sciences, 18, 2014, pp. 596–604.](#)

Doar noi doi

Semnalul acustic a injectat o doză de agitație calmului acelei seri. O urgență. Eram medicul de gardă, acoperind apelurile de urgență. „Incident violent în secția de închiși.“ Era secția mea. Am știut imediat cine era în centrul problemei. Sigur era Junior.

Când am ajuns, cam fără suflu și cu cheile zăngănind, scorul era egal. Junior ceruse în mod repetat să fie lăsat să plece — dorea puțin spațiu departe de toată lumea, un loc unde să cânte la chitară — și nu i s-a permis. Era considerat prea instabil și impredictibil.

Era o prezență intimidantă: peste un metru optzeci, ras în cap și probabil peste 100 de kilograme de mușchi. S-a iscat o încăierare. El își flutura chitara către echipa medicală, care se aliniase în semicerc în fața ușii, blocând-i drumul. Asistentul de serviciu, un om pe la vreo 50 de ani, încerca să dezamorseze situația; îi vorbea cu blândețe, încerca să-l placheze. Avea o relație bună cu Junior. Amândoi aveau familie în Jamaica și le plăcea să vorbească despre casă.

— Haide, Junior, pune chitara jos. Nu merge așa. Știi că ești la secția de închiși și poți ieși doar însoțit. Poate ieșim amândoi în curte puțin mai târziu. Hai să mergem la tine în cameră.

Restul echipei dădea din cap aprobator.

— Hai să vorbim despre asta, am adăugat și eu. Urmează să reevaluăm situația, dar trebuie să te calmezi.

— Unchiul Tom și oamenii lui, rânjește el, fixându-l pe asistent cu o privire intensă. Cum o fi să fii urmaș al sclavilor și să te faci stăpân de sclavi?

Apoi, întorcându-se spre mine, râse fără nicio veselie.

— Lasă-mi oamenii să plece!

Ridică chitara ținând-o de gât, tremurând de mânie. Noi toți ne dăm înapoi.

— Pune-o jos, spune asistentul cu fermitate.

— Bine, bine, o pun jos. Nu e cazul să faceți pe voi, spune el, batjocoritor.

Lăsă chitara cu grijă pe podea. Era un instrument splendid, o chitară acustică spaniolă foarte fin realizată, cu inserții perlate.

— Să ne retragem în salon. Băiete, adu-mi un pahar din cel mai bun Chateau Haloperidol pe care îl ai!

Tensiunea scăzu. Răsuflarăm ușurați. Stătea lângă chitară privind-o melancolic. Apoi, dintr-odată, își săltă un picior și călcă tare peste ea, zdrobindu-i cutia de rezonanță. Apoi se întoarse spre perete cu brațele ridicate, într-o poză de renunțare prefăcută. Doi asistenți îl apucară de ambele brațe și îl escortară spre zona de „liniștire“.

Fusese un moment de șoc. Îmi amintea de o scenă dintr-un film de Robert Altman din 1973, Marea despărțire, o reinterpretare a unui roman clasic de Raymond Chandler. Detectivul particular Philip Marlowe se întâlnește cu gangsterul Marty Augustine care, într-o întorsătură ciudată, e descris ca evreu, și nu ca italo-american. Cineva îi datorează bani. Nu este mulțumit. Se întoarce către prietena lui și o mângâie, preaslăvindu-i frumusețea. Dintr-odată o izbește în față cu o sticlă de Coca-Cola, într-un act de brutalitate care îi întoarce mațele pe dos. Se întoarce către Marlowe și spune: „Pe ea o iubesc. Pe tine nici măcar nu te plac“.

Junior avea un diagnostic de depresie maniacoală sau tulburare bipolară, așa cum i se spune azi. Se apropia de 30 de ani. Era fiul unui muzician profesionist binecunoscut în Jamaica și avea la rândul său talent în acest domeniu, fiind un chitarist de primă mână și compozitor. Crescut în Regatul Unit, fusese un student eminent și studiasse Dreptul la o universitate prestigioasă înainte să fie lovit de primele simptome. Era și expert în arte marțiale (sau așa afirma).

Mulți oameni suferă de tulburări afective sau de dispoziție, cum le spun psihiatrii. Cei care suferă de depresie pot avea episoade distincte, recurente, dar cu perioade dispoziție normală (eutimie) între ele. Ocazional au episoade de euforie. Când este la extrem, acest episod se numește manie, ceea ce implică o ruptură de realitate, când dispoziția determină idei delirante și halucinații — de pildă credința persoanei respective că este fabulos de bogată, că are puteri excepționale, că e geniu sau supererou; ori aude corul Raiului, muzica sferelor ori vocea lui Dumnezeu. Persoana cu manie are o energie debordantă și poate să petreacă zile în șir fără să doarmă, prăbușindu-se la un moment dat din cauza epuizării. Și vorbirea poate fi mai rapidă, până la a deveni de neînțeles.

De cele mai multe ori, episoadele sunt blânde și scurte: „hipomania“, un termen posibil derutant, ce înseamnă pur și simplu dispoziție euforică, la limita maniei. Hipomania este uneori rezultatul unui tratament antidepresiv ce acționează pe un sistem biologic de control al dispoziției hipersensibil. O persoană cu hipomanie este plină de energie. Inițial este ceva molipsitor, dar devine repede obositor. Vorbirea poate să devină rapidă și intensă, dar poate fi urmărită (cât de cât). Omul este optimist fără a fi irațional, dar judecata și prioritățile sunt distorsionate, iar relațiile tind să devină tensionate din cauza concentrării doar pe sine și a lipsei de considerație pentru ceilalți.

Ciudat, persoana cu manie și chiar cu hipomanie este arareori fericită. Tristețea și fericirea sunt în mod normal polii dispoziției unei persoane. Așa cum depresia duce individul dincolo de peisajul familiar al tristeții într-un loc mai cețos și mai întunecat, mania și hipomania ies din hotarele normale ale fericirii și merg spre un loc unde nimic nu este constant și unde schimbarea este rapidă. Este o lume lipsită de răbdare, unde nimeni nu suportă proștii. Vreau totul și vreau acum, pare să spună mania. Seamănă mai puțin cu fericirea și mai mult cu iritabilitatea, o stare emoțională destul de puțin înțeleasă, în inima multor dificultăți interpersonale și psihiatrice³⁴. Persoana cu hipomanie poate să înceapă prin a fi optimistă și generoasă — își poate dona banii și posesiunile, împarte afecțiune în jurul ei —, dar devine repede nemulțumită când lumea din jur nu face la fel. E prea lent totul; oamenii sunt niște idioți! Generozitatea poate duce la penurie și noile scheme se întorc împotriva sa. Toate acestea sunt frustrante pentru persoana suferindă de hipomanie, iar o astfel de frustrare poate duce la agresivitate și chiar la violență.

Așa cum poate că există un sistem biologic de control al dispoziției care simte dezechilibrul chimic — venit de la antidepresive, alcool sau stimulente —, pare

natural să presupunem existența unui regulator psihologic ce încearcă mereu să ne mențină dispoziția între niște limite rezonabile. Îndată ce dispoziția trece de un anumit prag, devine instabilă, labilă sau nestatornică. Persoana cu manie poate să intre imediat într-o stare de disperare plângăreată și apoi iar într-o stare de extaz, lăsându-i pe cei din jur derutați și epuizați. Un psihiatru abil poate să se folosească de acest fenomen pentru a impune anumite măsuri de control asupra persoanei cu manie, introducând un strop de melancolie. Dintr-odată, pacientul se oprește și devine reflexiv. Nu durează mult, dar durează de-ajuns de mult pentru a permite strecurarea unei discuții importante despre dezordinea în care se află.

Oamenii se întrebă deseori cum ar fi să ridice volumul ceva mai sus decât în mod obișnuit. Oare nu am avut cu toții momente când eram pe cai mari și totul părea să fie un flux? Orice voiam să spunem ieșea la fix; eram isteți, deștepți, erudiți. Mișcările ne erau fluide și grațioase, simțurile ne erau ascuțite. Oamenii descriu uneori perioade de intensă creativitate și energie, posibil echilibrate de perioade de acalmie, când se reinstalează contemplarea liniștită. Termenul psihiatric este „ciclotimie“. Dacă vechea metaforă despre nebunie și creativitate are vreo bază, mai mult ca sigur se referă la această bipolaritate controlată. Și probabil că nu poți experimenta veselia fără a fi trecut prin disperare.

De unde vine bipolaritatea, această ciclicitate sus–jos? Este natural să le privești pe fiecare ca pe o consecință a celeilalte. De aici apare noțiunea de „refugiu în manie“, ca și cum, după ce ai suferit atât de mult de depresie, este posibil să te catapultezi în afara ei, dincolo de ea, mai sus. Mai credibilă și mai interesantă este noțiunea conform căreia, după o perioadă de manie sau de hipomanie, când individul este înconjurat de distrugerea adusă de boala lui, depresia este inevitabilă. Este încă incert dacă asta e explicația corectă. În orice caz, este un tipar recognoscibil.

Psihiatrul elvețian cu numele bine ales de Jules Angst³⁵ și colaboratorii săi au urmărit un număr mare de persoane cu tulburare bipolară, de-a lungul mai multor decenii. Au descoperit că cei a căror tulburare este atât de severă încât să necesite spitalizare ajung să petreacă o cincime din viață într-un episod, cu schimbări regulate și repetate de dispoziție. În medie, fiecare episod durează cam trei luni și survine cam de 0,4 ori pe an³⁶. De obicei există o perioadă de eutimie între episoade, dar ea poate fi fragilă, uneori doar de câteva ore de calm înainte de un tip sau altul de furtună. Mulți experți cred că acest tipar este unul moștenit, determinat de un defect genetic, dar nu este încă demonstrat.

Uneori regularitatea e neobișnuită. O astfel de ritmicitate este vizibilă la nivelul sistemelor biologice peste tot în natură. Multe mamifere au perioade fixe de hibernare și destul de multe, inclusiv primatele, au cicluri de estru când sunt „în călduri“. Ciclurile reproductive sunt, desigur, parte a fiziologiei feminine umane, dar este greu de intuit un astfel de ciclu comportamental. Cazuri de cicluri maniaco-depresive la un interval de 28 de zile au fost observate, deși merită spus că unul dintre aceste cazuri notabile, publicat în British Medical Journal în 1959 de către psihiatrul și biologul John Crammer, descria un bărbat de 48 de ani³⁷.

Multe dintre ciclurile noastre sunt circadiene, însemnând că dormim și ne trezim odată cu soarele. Aceste cicluri sunt susținute de un sistem complex de control hormonal și neurofiziologic. Tulburarea acestor cicluri, așa cum se întâmplă cu munca în schimburi sau efectele schimbării de fus orar, poate influența profund dispoziția și starea noastră de bine. Astfel de schimbări sunt cunoscute pentru efectul lor de a da naștere episoadelor de bipolaritate în cei vulnerabili. De exemplu, zborul din Statele Unite către Regatul Unit este cunoscut pentru efectul său de inducere a unui episod hipomaniacal, dar zborul în sens invers nu produce un astfel de efect³⁸.

Nu puteam să vorbesc cu Junior în noaptea respectivă. Atmosfera din secție era tensionată. A acceptat, după unele ezitări, o doză suplimentară de Haloperidol, care este un sedativ puternic și antipsihotic; până la urmă, fusese ideea lui.

În dimineața următoare am revenit în respectiva secție pentru îndatoriri de rutină. Echipa raportase că pe la 3 dimineața Junior căzuse într-un somn superficial. Acum era treaz, agitat și, evident, iritabil, făcând remarci caustice și jocuri de cuvinte despre atingerea notelor celor mai înalte, despre cum „pârnaia a sărit în sus astă-noapte“ și așa mai departe. Mai cauza și probleme provocând alți pacienți, mulți dintre ei mai tulburați și mai haotici decât el, și, cu siguranță, mult mai puțin capabili să se exprime verbal. „Nu ai nimic de pierdut în afară de lanțuri“, le spunea el. „Să ne eliberăm din colivii în seara asta, păsărelelor!“ „Unul zboară la est, altul la vest, altul peste cuibul de cuci. Ha!“

Mi-am băgat capul prin ușă.

— Pot intra?

— Nu te pot opri. Nu am drepturi. Eu sunt colonia, comuna, teritoriul ocupat, spune el mormăind, schimbând accentele între cel indian, sud-african și arab.

Observ chitara, sprijinită de pat, oropsită. Nu părea prea stricată, dată fiind împrejurarea.

— Păcat de...

— Da, sunt un idiot... „Pe când chitara mea plânge încet³⁹...” a murmurat el, începând să cânte fără tragere de inimă.

Am discutat ce înseamnă să fii la „Închiși” și cum episodul de noaptea trecută poate fi privit drept un recul. Îi înțelegeam frustrarea. El chiar făcea progrese. Am decis să nu îi suspendăm permisia cu însoțitor (un membru al echipei), doar că trebuia să aștepte până când se eliberează cineva pentru a putea să iasă aproximativ jumătate de oră. Trebuia să aibă răbdare. Aceasta era o secție de închiși, dar nu era o unitate de securitate și, nu, nu era o închisoare. Un anumit grad de cooperare era necesar. Trebuia să lucrăm împreună. Era din nou tratat cu litiu, primul medicament stabilizator de dispoziție, eficace, fără nicio îndoială. Părea că-l ajută. Fusesse bine mai mult de un an, cea mai lungă perioadă de când se îmbolnăvisese, până când a încetat să-l mai ia.

Era internat în spital de cel puțin două luni. Fusesse adus de poliție, după ce a fost văzut învârtindu-se pe Podul Westminster. Nu era clar dacă se gândea să se arunce în Tamisa sau să se ducă spre Parlament. Când a fost abordat de polițiști, vorbea fără sens despre începerea unei alte revolte (fuseseră revolte în Brixton nu cu mult timp înainte). Au preferat să-l aducă la spital, în loc să-l aresteze.

Era de acord să respecte regulile? Părea plictisit deja și începuse să devină agitat. Un lucru caracteristic celor cu hipomanie este că observă totul la tine și vor exploata orice fisură, orice alegere nefericită de cuvinte.

— Îți place, nu-i așa? a spus, acuzator.

M-am uitat la el fără expresie.

— Controlul, puterea, regimul de oprimare.

— Nu. În realitate îmi displace teribil.

Junior era disprețuitor.

— De ce e secția plină de negri, atunci?

Avea dreptate. Este adevărat că numărul de pacienți de culoare în spitalele psihiatrice era mai mare decât te-ai fi așteptat, chiar și în zone ale Londrei cu mulți negri și alte grupuri minoritare. Era un subiect de îngrijorare și de cercetare⁴⁰. Oare avea de-a face cu susceptibilitatea la infecții în perioada copilăriei și chiar a perioadei intrauterine la imigranții din Caraibe și Africa — care nu mai fuseseră expuși anterior și deci nu aveau imunitate la viruurile comune —, ceva ce afecta dezvoltarea sau funcționarea creierului? (Dificil de dovedit, pentru că ar putea fi modificări prea subtile încât să apară pe rezultatele tomografiilor cerebrale.) Era genetic? (Improbabil, pentru că nu existau prea multe cazuri de boală în familie.) Se datora migrației? (Era posibil, deși mulți pacienți erau a doua sau a treia generație.) Se datora canabisului și altor droguri? (Posibil, deși folosirea canabisului era cam la fel de frecventă în rândul tinerilor albi și al celor de culoare.) Se datora oare etichetării, adică tinerii cu atitudini culturale diferite erau diagnosticați psihiatric din lipsă de înțelegere și, da, poate și dintr-un efort de a-i controla? (Improbabil, de vreme ce psihiatrii jamaicani care lucrau în Londra puneau aceleași diagnostice.) Sau poate că era o reacție la rasismul endemic în societate? Eram pregătit să accept că societatea era una rasistă, dar susțineam că eu și profesia mea nu eram. Mulți dintre cei cu care lucram susțineau valori liberale. Celebream diversitatea. Noi doar adunam cioburile.

Cât despre etichetare, eu și colegii mei cercetaserăm această problemă oficial, folosindu-ne de viniete de caz. Ceruserăm unui număr de aproximativ 200 de psihiatri britanici practicieni să comenteze legat de diagnosticul prezumtiv și de posibilitatea de a apărea probleme de genul violenței, dacă ipoteza se confirma⁴¹. În secret, modificaserăm proveniența etnică a pacientului discutat, ca să vedem dacă asta influența răspunsurile. Am aflat că etichetarea diagnostică era subtil influențată de apartenența pacientului la grupul afro-caraibian sau alb, dar, și mai uluitor, dacă pacientul era bărbat negru, riscul de violență era perceput ca fiind mai ridicat. Am discutat acest fapt drept „gândire rasială“, concept sociologic ce vede stereotipizarea drept ceva pervaziv și, de obicei (dar nu mereu), negativ.

Din fericire, dacă este adusă în atenția oamenilor, poate fi contracarată, ceea ce nu se poate spune în cazul rasismului ideologic. Ne-am gândit că poate fi necesar să semnalăm „rasismul“ profesioniștilor, dar, de cele mai multe ori, acest fapt a dus numai la negare defensivă și contraacuzății. Asta se întâmpla cu câțiva ani înainte de raportul McPherson cu privire la gestionarea cazului lui Stephen Lawrence de către poliție și de apariția conceptului de rasism instituțional⁴².

În orice caz, în acel moment, stând în camera lui Junior, am mușcat momeala. Sigur că nu eram rasist. Observasem că mereu revenea la asta, făcând presupuneri nedrepte. Pur și simplu nu își asuma responsabilitatea pentru acțiunile lui, asta era concluzia mea.

— Asta ai spune, nu? Omul alb nici nu își dă seama că e rasist când vorbește cu omul negru. La fel cum negrul nu-și dă seama că nu poate fi el însuși în interiorul culturii albului.

Acum se încălzea atmosfera:

— Nu știi nimic. Un bărbat e bărbat pentru toate acelea⁴³, Rabbie Burns, Rabbi⁴⁴ Sigmund... Sunt un psihiatru mai bun decât ai să fii tu vreodată!

Începu să țipe:

— Du-te și citește-l pe Frantz Fanon și apoi să vii să vorbești cu mine!

Frantz Fanon, așa cum aflasem, se născuse în 1925 în Martinica, pe atunci colonie franceză în Caraibe. Era fiul unui negru de condiție medie și al unei mame metise. A luptat alături de Forțele de Eliberare Franceze în al Doilea Război Mondial în Africa de Nord și Franța, unde a fost rănit și a primit Croix de Guerre. După război a studiat medicina în Lyon, specializându-se în psihiatrie. Ca parte a diplomelor sale, el a elaborat un tratat ce avea să devină prima sa carte, *Black Skin, White Masks*⁴⁵ pe care am găsit-o la bibliotecă. După câte se pare, Universitatea îi respinsese teza ca „nepermis de subiectivă“ și, în 1952, el a propus un studiu de caz pe un subiect mai clasic al neuropsihiatriei⁴⁶.

Prima sa funcție importantă a fost ocupată în 1953, ca director al echipei Spitalului psihiatric Blida-Joinville, în Algeria, unde opt psihiatri se ocupau de 2 500 de paturi. A instituit multe reforme, a introdus terapia ocupațională și a încurajat pacienții să ia parte la deciziile legate de spital. A încercat să integreze pacienții europeni și pe cei africani, dar a observat că, deși mișcarea era benefică primilor, cei din urmă deveneau „apatiți și ostili“. A atribuit acest fapt unei greșit percepute adopții a „politicii coloniale de asimilare“, pe care a corectat-o introducând și practici indigene de vindecare.⁴⁷

În *Black Skin, White Masks*, Fanon se inspiră din literatură, antropologie și psihanalizi precum Freud, Adler și Jung, dar și din filosofi precum Jean-Paul Sartre și Hegel. Vorbește despre frica omului alb de cel negru (ceea ce el numește „negrofobie“, deși acest termen este azi desuet) bazată pe invidie sexuală și descrie cum experiența sa personală și a înaintașilor săi legată de rasism a fost internalizată, ducând la un conflict irezolvabil. „Antilezul este sclavul propriei sale poveri culturale. După ce a fost sclav al omului alb, se face singur sclav.“⁴⁸ În 1956 se alătură Frontului de Eliberare Națională din Algeria (FEN), luând o poziție revoluționară mai activă în fața neocolonialismului francez. A murit de leucemie în 1961, în timp ce servea ca emisar al Algeriei în Ghana.

Ar fi trebuit să știu despre Fanon și înțelegeam de ce era un model pentru pacienții psihiatrici de sorginte caraibiană. Conceptul de gândire rasială poate că rezona cu Frantz Fanon în fazele mai timpurii ale construcției teoriei sale din *Black Skin, White Masks*, dar nu când devenise mai radical.

Iritabilitatea și grandiozitatea lui Junior se diminuau. Devenea posibil să avem conversații mai lungi, fără a trece de la un subiect la altul (ceea ce se cheamă uneori numit „fugă de idei“) și fără să avem schimburi ostile. Erau lucruri importante de vorbit: salvarea unei cariere, repararea unor relații de familie și de prietenie fracturate, evitarea spitalului de psihiatrie pe viitor. Tonul era sobru, pe alocuri melancolic. Mă întrebam dacă devine depresiv sau dacă, așa cum credeau cei care îl știau mai bine, acesta era el, cel adevărat: un tânăr gânditor,

contemplativ și atent. Mai apăreau înțepăturile ocazionale legate de privilegiul meu de alb. „Ție îți vine ușor să spui asta“ și „Pariez că nu a fost nevoie vreodată să lupti pentru ceva“. Am avut și ceva conversații nonclinice despre muzică. I-am spus că am cântat puțin la pian. Amândoi iubeam jazzul.

Permisia cu însoțitor, parte a prevederilor Actului de Sănătate Mentală în baza căroră era internat în spital, era încă o sursă de frustrare și conflict. Junior a înțeles principiul conform căruia, dacă pleca pe cont propriu în timp ce nu era stabil, putea să dea de bucluc și că restricțiile erau ridicate gradual. Dar, pentru el, ritmul acesta era prea lent. Eu eram psihiatru în formare la acel moment, deci deciziile care se luau în secție nu erau ale mele, ci aparțineau medicului specialist. Am avut o idee despre cum să combată plictiseala și cum să adâncim relația noastră ce devenea tot mai bună: i-am spus că îl iau cu mine la următoarea plimbare cu însoțitor și că ar trebui să ia cu el și chitara.

Și am plecat spre sala de sport a spitalului. La un capăt se afla o scenă nefolosită, acoperită de praf, plină de echipament sportiv stricat, o masă de ping-pong, dulapuri vechi și alte lucruri nefolosite. Dar tot acolo se afla, sub o husă verde, un pian de concert Blüthner, asemănător cu cel folosit de Paul McCartney în „Let It Be“. Știam că e acordat, pentru că îl folosisem pentru sceneta de Crăciun a spitalului. Junior era fermecat și a spus doar „Wow!“. Acesta era pianul pe care maestrul John Ogdon cântase când fusese și el pacient, cu câțiva ani mai înainte⁴⁹. Boala lui mentală, o variantă de sindrom maniaco-depresiv, fusese mult mediatizată și, în timpul unui episod, a folosit spitalul ca bază în vreme ce mergea să cânte la concertele din centrul Londrei.

— Hai să improvizăm, mi-a spus Junior, trăgând un scaun și acordându-și instrumentul crăpat, dar funcțional.

Muzicienii amatori cunosc situația când cei din jur încep să rostească nume de artiști și cântece, în speranța de a găsi un teren comun. Poate să fie dezamăgitor. Hai să alegem ceva clasic, am sugerat. Ce zici de „Summertime“, a lui Gershwin?⁵⁰ Cu asta nu dai greș niciodată.

După câteva repetiții, eram încălziți bine. Junior știa cuvintele. Muzica curgea armonios și eram amândoi relaxați. Mediul era foarte diferit de cel cu care eram obișnuiți și aveam sentimentul complicității.

— George Gershwin — Porgy și Bess — cum de tinerelul acesta evreu din

Brooklyn poate pricepe una dintre cele mai profunde și mai întunecate experiențe ale unui negru? mă întrebă el.

— Nu e un semn de geniu faptul că muzica lui e universală?

— Armonii bune, de acord, dar vorbim despre apropierea culturală. Voi, evreii, aveți propria istorie întunecată, de ce o preluați pe a noastră?

Nu voiam să stric ambianța, dar unde voia el să ajungă? Dintr-odată am înțeles. Toată tirada aceea despre „lasă-mi oamenii să plece“, teritorii ocupate, Rabbie Burns, Rabbi Sigmund... Nu numai că era o ironie la adresa evreilor, din victime făcându-i agresori (la care se adăuga aluzia la accentul meu scoțian), era țintită către mine, personal. Era încercarea lui de a găsi o zonă vulnerabilă pe care să o exploateze, poate ca să refacă echilibrul de putere dintre noi, așa cum îl percepea el. Decisese că trebuie ca eu să fi fost evreu. Nu aveam de gând să încep o discuție despre originile mele sau viața mea privată. Astfel de limite trebuie menținute, pentru a păstra distanța profesională. Poți să fii prietenos, dar în final nu poți rămâne prieten. Am încercat să schimb subiectul.

— Ce zici de blues în 12 măsuri⁵¹?

Am atacat câteva acorduri și apoi am continuat împreună.

„Poate cel trist să le cânte albilor sau sunt ei prea ipocriți să cânte blues“⁵², fredonează el cu chef când încheiem într-o septimă majoră flamboiantă.

— Hai să încercăm ceva mai potolit. Ce zici de un jazz lent? îi sugerez.

Propunem niște nume. Eu propun hitul lui Grover Washington Jr., „Doar noi doi“. Are un început puțin mai dificil, dar după aceea urmează o frază muzicală simplă, în jurul căreia se poate improviza.

— Tare, spune Junior. E una dintre melodiile mele de agățat, merge cu femeile mai mature.

Am chicotit amândoi, ambianța era restaurată.

Doar noi doi

Construim castele în nori

Doar noi doi

*Tu și cu mine*⁵³

Am privit ceasul. Eram în afara secției de mai bine de o oră. Mă gândeam cât de puternică este muzica în a-i apropia pe oameni și în a ajunge la acele zone unde nici drogurile, nici cuvintele nu ajung. Dar era timpul să ne întoarcem. Am închis capacul pianului, Junior și-a luat chitara. Plimbându-și mâna peste cutia de rezonanță, l-a luat un fior.

— Cred că se poate repara — sper.

Am aprobat din cap, liniștitor.

— Mulțumesc pentru chestia asta, a spus încet și sincer. A fost nostim.

— A fost, da.

Se oprește dintr-odată în drum spre ieșire.

— Deci ești evreu?

Ezit.

— Da.

Mă privește în ochi.

— Apropo, eu sunt negru.

³⁴ [Vezi Snaith, R.P. și Taylor, C.M., „Irritability: Definition, Assessment and Associated Factors“, British Journal of Psychiatry, 147, 1985, pp. 127–136.](#)

³⁵ [angst, frică, anxietate, în limba germană \(N. red.\)](#)

³⁶ [Angst J., și Sellaroa, R., „Historical Perspectives and Natural History of Bipolar Disorder“, Biological Psychiatry, 48, 2000, pag. 445–7.](#)

³⁷ [Cramer, J.L., „Periodic Psychoses“, British Medical Journal, I, \(5121\), 1959, pag. 545–549.](#)

³⁸ Multi dintre noi ne simțim destul de constrânși de un ciclu rigid de 24 de ore. Unii preferă să se trezească devreme (ciocârliile) și li se pare că rezolvă mai multe treburi în acele ore timpurii ale dimineții, în vreme ce alții preferă să lucreze la ore târzii ale serii (bufnițele). Astfel de cronotipuri au fost studiate în relație cu tulburarea bipolară, dar fără să reiasă o asociere clară. Dar pare clar că tulburarea bipolară include și scăparea de sub control a unora dintre sistemele noastre biologice fundamentale.

³⁹ While my guitar gently weeps, melodie a formației Beatles, compusă de George Harrison și lansată în 1968. (N. red.)

⁴⁰ Pentru o colecție utilă de articole pe acest subiect: Morgan, C., McKenzie, K., și Fearon P. (coord.), Society and Psychosis (Cambridge, Cambridge University Press, 2008)

⁴¹ Lewis, G., Croft-Jeffreys, C. și David A., „Are Psychiatrists racist?“, British Journal of Psychiatry, 157, 1990, pp. 410–415.

⁴² MacPherson, W., The Stephen Lawrence Inquiry. Report on an Inquiry. (online) (<http://archive.nationalarchives.gov.uk/2013081414cm42/4262/4262/htm>.) United Kingdom: The Stationary Office. (Accesat la 1 iulie 2019).

⁴³ A Man is a Man for A' That, cântec compus în 1795 de scoțianul Robert (Rabbie) Burns, scris în galica scoțiană și în engleză, faimos pentru exprimarea ideilor de egalitarism social. (N. red.)

⁴⁴ Joc de cuvinte [Rabbie Burns — Rabbi (rabinul) Sigmund], cu referire la Sigmund Freud, a cărui origine era iudaică. (N. red.)

⁴⁵ Fanon F., Black Skin, White Masks, Paris: Éditions du Seuil, trad. R. Phicox, 1952 (New York: Grove, 2008).

⁴⁶ „Altérations mentales, modifications caractérielles, troubles psychiques et déficit intellectuel dans Thérédo-dégénération spino-cérébeleuse: à propos d'un cas de maladie de Friedreich avec délire de possession“ (disertație medicală, 1952, Universitatea din Lyon). „Ataxia Friedreich este o boală neurodegenerativă determinată genetic, ce duce la neliniște graduală, care se agravează treptat, lipsă de coordonare și demență.“ Citat de Keller R.C., „Clinician and Revolutionary: Frantz Fanon, Biography, and the History of Colonial Medicine“,

Bulletin of the History of Medicine, 81, 2007, pp. 823–841.

⁴⁷ Keller, R.,C., Clinician and Revolutionary: „Frantz Fanon, Biography and the History of Colonial Medicine“, pp. 823–841; Nulhan, H.A., „Frantz Fanon: the Revolutionary Psychiatrist“, Race and Class, 21, 1980, pp. 251–271.

⁴⁸ Fanon F., Black Skin, White Masks, p. 168.

⁴⁹ Beauclerk, C., Piano Man: A life of John Odgon (Londra: Simon&Schuster, 2014).

⁵⁰ Există o legătură între Gershwin și neuropsihiatrie. La 38 de ani a început să aibă izbucniri de comportament imprevizibil, să se plângă de miros de cauciuc ars și uita muzica proprie în timpul concertelor. Deși inițial fusese externat sub eticheta de „isteric“ (era în psihanaliză la acel moment), curând a devenit clar că un lucru anormal îi afecta lobul temporal: halucinațiile olfactive sunt un semn clasic. A murit câteva săptămâni mai târziu, când s-a descoperit că avea o tumoare malignă (glioblastom multiform, în lobul temporal drept).

⁵¹ Cea mai comună formă de blues (cântec nostalgic al negrilor din America) este structurată pe 12 măsuri. (N. red.)

⁵² Joc de cuvinte creat de la cuvântul blues (tristețe), blue (albastru), the blue man sing the whites putând astfel, la fel de bine, să fie „omul albastru cântându-le albilor“. De asemenea, Can the blue man sing the Whites? este titlul unei melodii lansate în 1968 de trupa de rock Bonzo Dog Doo-Dah Band. (N. red.)

⁵³ „Just the Two of Us“, 1981, de Bill Withers, William Salter și Ralph MacDonald, înregistrat de Grover Washington Jr și Bill Withers.

Ești ceea ce mănânci

Există ceva mai lipsit de sens și mai captivant decât sloganul „ești ceea ce mănânci”? Prin contrast, „mănâncă pentru a trăi, nu trăi pentru a mânca“ e mai de bun-simț, dar nu prea prinde. Foamea și dorința de a mânca reprezintă unele dintre cele mai puternice impulsuri biologice ale noastre. Oricum, așa cum se întâmplă și cu impulsul sexual, țesătura vastă a culturii — construită din ritualuri, moravuri, comercializare și etică — este cea care guvernează azi comportamentul nostru alimentar, și nu imperativele simple date de evoluție.

Cina de Ziua Recunoștinței, cu curcan și toate garniturile. Temple ale gurmandului modern mănâcând spumă, flori comestibile și diverse cărnuri gelatinoase pe o bucată de ardezie rectangulară. Pește crud tăiat la fel de precis precum bijuteriile. Cheag de lapte fermentat transformat în tot soiul de brânzeturi. Mâncarea asiatică din insecte, iute ca naiba, pe care o poți cumpăra de pe stradă. Tofu modificat genetic. Cod și cartofi prăjiți în mult ulei, serviți într-un cornet făcut din ziarul de ieri, într-un orășel demodat de la malul mării. Un trilion de hamburgeri identici. Curry de luat acasă vineri seara. Ultima masă a condamnatului. Trupul și sângele. Posturi și festinuri. Supă de pui cu proprietăți magice de vindecare.

Controlul apetitului este gestionat de un program neurologic și umoral complex, dar frumos echilibrat. Este parte a ceea ce fiziologii numesc homeostază — abilitatea corpului de a controla mediul intern, astfel încât să aibă mereu suficientă energie. Lipsa alimentației generează eliberarea unor hormoni („umori“) cum sunt colecistochinina și grelina⁵⁴, care sunt orexigenice („orexis“ este termenul grecesc pentru „apetit“) — ni se face foame și căutăm mâncare. Când mâncarea ajunge în stomac, ea duce la eliberarea de hormoni precum insulina și leptina, mesageri chimici care transmit „camerei motoarelor“ din creier, hipotalamusul, să se oprească din mâncat — și ne simțim sătui.

Nu doar că există mulți alți hormoni care străbat fluxul sangvin, mai există și mesaje electrice ce trebuie transmise prin rețeaua sistemului nervos. Cablul electric principal ce conectează sistemul digestiv cu creierul este nervul vag.

Stomacul transmite semnale electrice la creier ca să ne facă să ne simțim înfometaji sau sătui și contribuie la generarea de comportamente reflexe de la cele mai simple (salivația) la cele mai complexe (rezervarea unei mese la Escoffier⁵⁵). Un grup de celule din hipotalamus, numite „neuroni care exprimă peptida corelată cu agouti“, par să fie cheia procesului. Experimentele făcute pe șobolani în anii '50 au arătat că leziunile în partea laterală a hipotalamusului pot opri comportamentul de hrănire, în timp ce stimularea electrică îl poate genera la nesfârșit. Este prea simplu să spui că este întrerupătorul de „închis-deschis“, dar rolul hipotalamusului este incontestabil⁵⁶.

Activitatea cerebrală se răspândește în evantai din hipotalamus — care stă la capătul trunchiului cerebral, sub talamus, stația de releu senzorial — în sus, către regiuni din mezencefal, care gestionează motivația și recompensa, dându-ne senzația de plăcere și dorința. De acolo, activitatea continuă către regiunile mai înalte ale controlului executiv din cortex, unde putem să cugetăm asupra unor astfel de senzații (de exemplu, să plănuim să le repetăm sau să ne simțim vinovați și să ne gândim să începem o dietă). E de observat, când vine vorba despre mâncare, cât de repede homeostaza și echilibrul fiziologic alunecă spre noțiuni de echilibru moral. Ia acest proces, aruncă-l în lumea reală și poți ajunge într-un impas: mâncat homeostatic versus mâncat hedonic (de plăcere). Chiar și unii dintre cei mai rigizi savanți ai neuroștiinței nu pot rezista acestei analogii conflictuale⁵⁷.

Anorexia nervoasă, literalmente, înseamnă pierderea apetitului din cauza unei probleme psihice sau de natură nervoasă, prin contrast cu o boală fizică precum cancerul sau infecția cronică. Termenul a fost creat în 1873 de Sir William Gull, acesta sugerând că afecta „mai mult femeile tinere“, dar simptomele au fost observate încă din Antichitate⁵⁸. Mulți pacienți și clinicieni nu privesc pierderea apetitului drept centrală în această tulburare, care este, în schimb, caracterizată de o frică intensă de a lua în greutate și de a fi gras, precum și de dorința corespunzătoare de a fi slab. Asta duce fie la restricție alimentară, fie la mâncat compulsiv și apoi la purgație. Unii pacienți, de obicei privind retrospectiv, vor spune că nu și-au pierdut apetitul — departe de asta, sufereau o foame continuă —, dar, la fel ca personajul din povestirea scurtă a lui Kafka „Artistul foamei“, erau constrânși de hotărârea și de măiestria lor în a-și controla acele senzații. Unii observă că, după un timp, dorința de a mânca descrește, poate mascată de greața vagă ce însoțește înfometarea. Aceasta este dată de faptul că organismul începe să consume propriile rezerve de grăsime, generând substanțe chimice adiacente, ketonele, care circulă în sânge suprimând apetitul și dând

respirației mirosul caracteristic, dulceag-lipicios.

În Londra lui Gull, tuberculoza era endemică și ar fi fost prima boală ce ar fi venit în mintea unui medic dacă i se cerea să vadă un pacient tânăr care pierdea în greutate. Anorexia nervoasă era ceva de tipul unei curiozități medicale și parte a „diagnosticului diferențial“ în tuberculoză. Doar prin 1950 boala a devenit mai vizibilă și, probabil, mai prevalentă. De data aceasta a venit însoțită de un bagaj emoțional greu. Psihanaliști precum Hilde Bruch au explicat elementele psihologice principale, precum dificultatea unei fete de a naviga spre statutul de femeie, de a deveni o ființă sexuală separată, de a se situa în afara familiei sale și tulburarea imaginii corporale, subiacentă⁵⁹. În 1970, gânditoare feministe precum Susie Orbach au venit cu perspectiva proprie și au început să critice aspecte legate de mâncare, dietă și ideea de a fi gras în viața contemporană⁶⁰.

Această imagine a anorexiei nervoase este foarte familiară⁶¹. Toți am citit în reviste sau am văzut la televizor relatările sfâșietoare ale fetelor adolescente terificate să devină grase. Și știm unde duce: autoînfometare, angoasa familiei și, uneori, moartea prematură. Imaginea corpului este adesea ilustrată inteligent printr-o tânără slabă ce se privește în oglindă, unde vede reflectat dublul său obez.

Caitlín era diferită. Îmi fusese trimisă cu eticheta de „?tulburare alimentară atipică“. De exemplu, abia împlinise 40 de ani și nu credea că este grasă. Dimpotrivă, a fost de acord că e mai degrabă slabă, deși tindea să subaprecieze sau să glumească pe seama felului în care arăta, palidă și costelivă. Nu mai avusese menstruație de ani întregi. Problema ei era că își pierduse pofta de mâncare. Cei care o trimiseseră la mine suspectaseră o problemă organică sau la creier — poate o tumoră pe glanda pituitară, ce putea să explice amenoreea (absența menstruii), sau pe hipotalamus, ce ar fi putut cauza o scădere a apetitului⁶². Dar un RMN care a ieșit normal a scos din discuție această posibilitate. Am fost intrigat și am decis să aflu mai multe despre simptomele ei, mai cu seamă despre „pierderea apetitului“. Nu părea prea interesată de discuție.

— Oamenii fac atâta caz de mâncare. «Ce vrei să mănânci?» «Mergem undeva să mâncăm?» «Nu-i așa că e delicios?» «E grozav!» Și tot așa. Eu nu am astfel de preocupări.

Dieta ei includea pâine uscată cu lăptuci, ceai negru și, uneori, câte un măr. Nu era doar faptul că nu-i plăcea mâncarea; nu credea că trebuie să îi placă și nici că ar trebui să-i placă vreunui om.

— Este doar o funcție biologică. Nu suport când oamenii, mai ales femeile, vorbesc întruna despre „relația lor complicată cu mâncarea“. Cum poți avea o relație cu o... gogoasă? Sunt mult mai multe lucruri importante pe lume care să te preocupe.

Caitlín vorbea în salturi, urmate de pauze lungi. Adesea părea preocupată sau cu mintea în altă parte.

— Ce lucruri? o întreb eu, după o pauză.

— Ce? Scuze, eram departe.

— Ai spus că sunt lucruri mai importante pe lume care să ne preocupe. Care?

— Ei, știi tu...

Acea conversație părea că spune totul despre Caitlín. Nimic substanțial nu intra în gura ei și nimic substanțial nu ieșea din ea. Filosofia ei era că mâncarea există doar pentru a ne menține vii, de ce ar trebui să fie plăcută? Și avea acea atitudine despre orice.

Caitlín fusese crescută la o fermă mică din Irlanda. Era mezina din cei patru copii, singura fată. Tatăl ei a murit subit de un atac de cord pe când ea era adolescentă. Mama a muncit la fermă și a crescut copiii. Cei doi frați mai mari gestionau ferma. Cel mai tânăr a început o formare de preot, dar și-a schimbat direcția și s-a făcut asistent social.

Caitlín s-a descurcat bine la școală și a plecat la o universitate din Regatul Unit ca să studieze istoria. Îi părea rău că-și părăsește mama pe care o iubea mult. Mama ei era o bucătăreasă minunată, caldă și generoasă, dar în acea vreme părea să fie într-o stare de amorțeală constantă dată de pierderea soțului. Începuse să se „agațe“ de ea, într-un fel pe care ea îl percepea ca sufocant și simțise nevoia să

plece de acasă. Viața fusese grea la fermă fără prea mulți bani. Caitlín se potrivea cu mediul universitar și luase cu ea o seriozitate mult peste anii ei, la fel cu frugalitatea și independența.

Era deprimată? Nu este greu de înțeles că o dispoziție tristă tocește toate emoțiile plăcute; de aceea un simptom central al depresiei este anhedonia (literal, lipsa plăcerii). Deși este mai puțin comun, mulți oameni spun că dispoziția proastă duce la „mâncatul de alinare“, în care scopul este să găsești ocazii de senzații plăcute. Cu toate acestea, deseori se ajunge la o creștere a disperării și a disprețului de sine.

Am pus întrebările standard despre dispoziție:

Cum vede ea viitorul? „Viitorul se va întâmpla, indiferent de ceea ce gândesc eu.“

Simțea că viața ei merită trăită? „În acest moment, da. Am de făcut niște lucruri.“

Se simțea vinovată pentru ceva? „Da, pentru destule.“

Credea că e o persoană bună? „Depinde ce numești bună.“

Credea că e deprimată? „Mmm, nu sunt sigură. Posibil.“

Toate răspunsurile îmi fuseseră servite cu o minimă elaborare. Nu că ar fi fost în mod deliberat evazivă, dar am avut senzația că e un om care încearcă să se țină departe, să lase cât mai puține urme. Nu avea semnele convenționale ale depresiei, dar urma să fie greu de diagnosticat (ca majoritatea pacienților mei).

Am continuat:

— Atunci nu ai spune că ești fericită?

— Nu, cu siguranță nu. Nu pentru că aș fi deprimată, orice ar însemna asta. Eu nu mă aștept să fiu fericită, spre deosebire de majoritatea celor de azi. Istoric, nu

avem dreptul acesta. Fericirea este aproape de... vid. Trăiește-ți viața, încearcă să faci bine sau măcar să nu faci rău. Asta e destul pentru mine.

Am menționat medicamentele antidepresive, nu pentru că aș fi fost convins că îi folosesc pe moment, ci ca să văd care-i atitudinea ei referitoare la acest subiect. Pastile de fericire? Nici pomeneală. După câteva minute de tăcere, am schimbat cursul.

— Cum te vezi pe tine, în propriul corp?

— Ce vrei să zici?

— Te placi pe tine, îți place felul cum arăți?

După o pauză lungă și gânditoare, răspunde:

— Nu sunt sigură că e același lucru.

Avea dreptate, dar asta era o discuție nouă și nu mai aveam timp.

Urma să mai dureze ceva vreme până să ajung să o cunosc pe Caitlín. După prima mea întrevvedere cu ea, o evaluare ce luase cam o oră și jumătate, am sugerat să revină peste o lună. Nu îi ofeream psihoterapie, cu un număr prestabilit de ședințe, săptămânale sau la două săptămâni, ori psihanaliză, care ar fi putut fi mai frecventă și fără scop declarat (și pentru care nu aveam pregătire). Noi eram la o clinică obișnuită a Sistemului Național de Sănătate dintr-un spital general. Dar tot simțeam că trebuie să îi ofer ceva.

I-am sugerat să pună puțină cremă de brânză pe pâinea prăjită. A spus că va încerca.

Ce este imaginea corpului? Sigmund Freud a spus vorbele rămase celebre:

Eul este înainte de toate o entitate corporală, nu doar una situată la suprafață, ci însăși proiecția unei suprafețe. Pentru a ne servi de o analogie anatomică, el poate fi comparat cu „manechinul cerebral“ al anomiștilor, situat în scoarța cerebrală: cu capul în jos și picioarele în sus, cu ochii întorși spre înăuntru și având zona limbajului în stânga.⁶³

Scriind în 1920, Freud se inspira din cercetările contemporane în neurologie, unde conceptul de schemă a corpului, un fel de hartă miniaturală a corpului ce se afla în creier, căpăta teren. Faptul că harta era o reprezentare, și nu o copie la scară, a fost descoperit la începutul secolului XX și a fost dezvoltat prin introducerea „imaginii corporale“, un termen atribuit lui Paul Schilder, psihiatru și fost elev al lui Freud, în 1935.

Neurologii observaseră că lezarea lobului parietal drept⁶⁴ poate da sindroame foarte bizare, ce afectează senzațiile corporale, mai cu seamă în partea stângă a corpului. În anumite cazuri, persoana părea tăiată în două jumătăți, ignorând sau renegându-și partea stângă cu totul. Acest sindrom, numit de neglijare sau semineglijare, este un fenomen bine cunoscut astăzi, dar numai parțial înțeles. Totuși ceea ce iese în evidență este lateralizarea: semnul caracteristic al tulburărilor de imagine corporală este că sunt invariabil asimetrice, de obicei afectând membrele de pe partea stângă.

Dar mai există un aspect al schemei corporale care nu este reprezentat la scară. Termenul de „homunculus“ („omuleț“) a fost popularizat de neurochirurgul Wilder Penfield, din Montreal. În anii '40 și '50 el a efectuat experimente de stimulare electrică pe cortexul somatosenzorial al pacienților aflați în stare de veghe, înainte de a fi supuși unei proceduri chirurgicale în vederea reducerii simptomelor de epilepsie.

El a demonstrat convingător unde și cum senzațiile corporale se produc în creier. Partea dreaptă a corpului este cartografiată pe partea stângă a creierului, dar la o scară distorsionată. Sunt atâtea terminații nervoase ce vin de la vârful degetului arătător, mai cu seamă la dreapta dacă ești dreptaci, încât ele cer mai mult spațiu în creier. Același adevăr se aplică limbii, buzelor și organelor genitale externe, deși reprezentarea acestora este împărțită în două pe verticală. Spinarea și picioarele, prin contrast, abia dacă au ceva spațiu. Dar mai există și un homunculus motor care controlează mișcărilor, dar nu în lobul parietal, ci mai

departe, în zona motorie a lobului frontal. Aici degetele (și degetul mare) au un spațiu generos, iar picioarele și brațele au parte de ceva mai multă lumină la rampă, proporțional cu rolurile lor⁶⁵.

Deci imaginea corpului în creier este influențată de corpul real, dar este distinctă de acesta. Și asta e doar începutul. Pornind de la corp, așa cum este el controlat direct și perceput, către corp ca „senzație“ mai vagă și în corp ca imaginat, ne mișcăm de la lumea fizică și tangibilă, prin psihologie, către realitățile schimbătoare și adesea aspre ale lumii sociale. Fiecare hartă sau imagine devine tot mai puțin concretă pe măsură ce trece de la cortexul somatosenzorial către zone ale creierului precum lobii frontali și temporali, acolo unde informația dinspre și către corp nu este doar retransmisă pur și simplu, ci și manipulată și abstractizată.

În timp ce tulburările neurologice ale schemei corporale tind să fie lateralizate și asimetrice, tipul de tulburări care ajung la neuropsihiatru sau psihiatru și cele care îi trimit pe oameni la chirurgii plasticieni se concentrează, prin contrast, surprinzător de simetric, pe linia mijlocie a corpului: nas, sâni, burtă, penis sau mărimea generală.

Următoarele două întâlniri au decurs mai mult sau mai puțin în același stil. Caitlín venea la timp, în ciuda faptului că evita transportul în comun, adesea purtând aceleași haine. Am încercat să mă concentrez pe greutatea ei și pe sănătate. Nu putea să spună ce greutate are (nu se cântărise niciodată), dar ghiceam că are cam 45 de kilograme. Nu îi păsa de felul cum arată și evita să se uite în oglindă. I-a scăpat că nici nu făcea baie, decât atunci când devenea absolut necesar. Dar nu pierdea în greutate, măcar din ceea ce se putea vedea. Nu avea menstruație; greutatea ei era încă sub nivelul critic la care evoluția decisese că e sigur să te reproduci, generându-se o cascadă homeostatică ce pornea din hipotalamus și aprindea ovarele. „La ce îmi trebuie menstruație?“

Viața ei urma o rutină rigidă de muncă și somn și spunea că are nevoie doar de două mese pe zi. Eram departe de a pricepe cum reușea să funcționeze. Minte

mea era plină de metafore neinvitate despre mâncare. Ședințele noastre erau seci. Uneori îmi mai arunca vreo firimitură, dar unde era friptura? După ultima noastră întrevvedere, mi s-a făcut o foame reală — deloc metaforică — și tânjeam după un sendviș cu șuncă, așa că m-am dus la bodega din apropiere. Oare vorbitul despre mâncare îmi stârnise apetitul sau era vreo proiecție inconștientă? Caitlín părea imună la senzațiile normale de foame, dar, cumva, mi le transferase mie. Trebuia să o cunosc mai bine, ca să nu rămână doar un transportor de senzații brute, ci o persoană reală, tridimensională. Trebuia să pun carne pe oase.

Înainte de următoarea mea întâlnire cu Caitlín, am dezgropat câteva scrisori și note vechi din dosarul ei. Avusese câteva ședințe de consiliere pe la 25 de ani și apoi urmase sporadic o terapie mai profundă. Evident, era ceva de explorat.

Următoarea ședință a început mai mult sau mai puțin ca toate celelalte, cu excepția faptului că adusese un ghiozdan umplut cu hârtii — parte a cercetării ei. Purta aceleași haine decolorate, fără formă, și era tot sfrijită. Am reluat povestea ei de unde o lăsaserăm. Se avântase în anii de studii la universitate și era atrasă de istoria modernă, mai ales de al Doilea Război Mondial. Acesta reprezenta încă aria ei de interes. Obținuse note bune, rămăsese în facultate pe post de asistent cercetător și apoi se înscrișese la doctorat. Îi luase o grămadă de timp să-l termine, dar în final reușise, iar acum era lector. Lucra la o carte. Subiectul ei era felul cum instituțiile europene, cum ar fi Biserica și Crucea Roșie, reacționaseră la ascensiunea fascismului.

Mi-am afirmat ignoranța și am rugat-o să îmi spună câte ceva despre asta. A ciulit urechile. Evident că îi era mai comod să vorbească despre un subiect unde ea era expertul și nu trebuia să se concentreze pe sentimentele ei. Mi-a explicat că cercetătorii din domeniul ei erau atrași adesea de nișe obscure ale istoriei și geografiei, de incidente care ar putea lumina tabloul mai larg. Ea începuse să exploreze Balcanii și călătorise mult în acele zone pentru teza ei de doctorat.

Mi-a explicat felul cum diverse grupuri croate s-au alăturat naziștilor și cum atrocitățile s-au abătut asupra sârbilor și romilor. Am auzit de mișcarea ustașă? Nu auzisem, iar ea a clătinat din cap, dezamăgită. Aceasta fusese o mișcare naționalistă violentă ce crescuse în anii dintre cele două războaie mondiale, venind la putere sub auspiciile Germaniei naziste, dar care se dovedise prea fanatică și însetată de sânge chiar și pentru ei. Milițiile acesteia erau faimoase pentru tortura și grotesca mutilare a victimelor. Mi-a descris felul cum obținuseră sprijinul Bisericii Catolice pentru vederile lor antiortodoxe, lucru nerecunoscut

nici până în clipa de față pe deplin — ceva de care se simțea personal rușinată, ea fiind crescută în religia catolică.

Fusese o lecție de istorie fascinantă, deși tulburătoare. Oare încerca să îmi spună ceva simbolic prin aceste istorisiri? Erau mai multe posibilități. Ceea ce înțelesesem era că această femeie era foarte inteligentă și avea o sensibilitate acută la ipocrizie și nedreptate. Nu trebuia să o subestimez. Timpul trecuse, jumătatea noastră de oră se scursese. Mi-am amintit de scopul nostru principal. Cum mânca? Luase ceva în greutate? Nu era sigură de compoziția cremei de brânză — se cam orientase către veganism, așa cum spunea, dar urma să persiste. Pusese cam un kilogram. Era irelevant. Am lăudat-o și i-am recomandat să îmblânzească regula celor două mese pe zi. De exemplu, să mănânce niște nuci între mese, iată ceva sănătos și vegan. A spus că urma să încerce, și-a luat hârtiile și a plecat.

Următoarea întrevvedere a fost o lună mai târziu și i-am rezervat o oră. Nu știam dacă e imaginația mea la mijloc, dar părea ceva mai bine, tot foarte slabă, dar cu ceva culoare în obraji. Spunea că e obosită, dar munca mergea bine. Aflase mai multe despre Crucea Roșie. Știam oare că înainte de război nemții preluaseră Crucea Roșie Germană și o transformaseră într-un alt mecanism al mașinării lor? Comitetul Internațional al Crucii Roșii, între timp, încerca să se descurce și să ajute cumva prizonierii de război și pe cei din lagărele de concentrare cu faimoasele lor pachete cu mâncare. I-am spus că, deși sunt realmente interesat de munca ei și am putea ușor să umplem timpul cu seminarele pe care mi le preda mie, aceasta ar fi fost o distragere. S-a oprit din vorbit și părea dezamăgită. Apoi s-a ridicat, și-a încrucișat brațele și mi s-a adresat de parcă eram unul dintre studenții ei mai slabi.

— Despre ce vrei să vorbim?

— Am vrut să te întreb... în dosarul tău era o mențiune despre niște ședințe de consiliere în trecut.

— Ah, asta era. Am fost o perioadă la un psiholog. Era o psihoterapeută, m-a ajutat. Pare să fi fost cu mult timp în urmă. Trebuie să o luăm de la capăt?

— Nu este necesar, dar mă întrebam de ce ai făcut terapie.

— Ei, nu mă plăceam pe mine și nu-mi plăcea lumea.

A făcut o pauză lungă.

— Era pe vremea când călătoream în fosta Iugoslavie. Am întâlnit un englez. Se lăsase de universitate și hălăduia prin Europa. L-am plăcut. Am crezut că suntem amici. Într-o seară s-a îmbătat și m-a forțat... m-a atacat sexual. Nu a fost viol propriu-zis, cel puțin așa mi s-a spus. Dar a fost... dezgustător. Trădarea încrederii... m-a dezgustat de sex... de bărbați... de oameni, ca să fiu sinceră.

Caitlín era calmă, aproape prozaică.

— Sună groaznic. Ai făcut plângere atunci? Ai cerut ajutor?

— Nu, nu avea sens. Am depășit momentul, oricum.

O astfel de revelație este adesea greu de digerat. În ciuda încercării ei de a minimaliza evenimentul, era evident că este important. Dar m-am abținut să cred că asta rezolvă totul, că era răspunsul definitiv, misterul ascuns, că nicio altă explicație nu mai era necesară. Trebuia să fie ceva mai complicat de atât. Am reluat firul, cu ezitare.

— Chiar ai trecut peste?

— Da, a spus, cu fermitate. Pentru o perioadă m-am automutilat, mă tăiam.

A arătat înspre piept.

— A fost destul de rău. Dar acum realizez că nu a fost vina mea. Nu trebuie să mă simt vinovată. Și nu am renunțat la bărbați sau, mă rog, nu complet. Dar mi-a pus viața în perspectivă. Ce mi s-a întâmplat mie este nimic prin comparație cu ceea ce alții, mai ales femeile, au îndurat în timpul războiului. Lucrurile pe care oamenii le iau de bune, mâncarea, acoperișul de deasupra capului, iubirea... nu poți, nu ar trebui.

Am formulat cu grijă un răspuns.

— Dacă tu îți refuzi aceste lucruri, atunci nimeni altcineva nu ți le poate refuza.

— Nu înțelegi. Nu sunt ca toți ceilalți. Eu chiar nu am nevoie de ele.

Oare era adevărat? Caitlín era constantă în comportamentul ei. Nu avea nevoie

să se bucure de mâncare și nu se aștepta să fie fericită, iar asta îi dădea senzația că e diferită de alți oameni, posibil chiar superioară.

Expirase timpul din nou. Înainte să terminăm, am întrebat-o iar despre felul cum mânca. Mi-a spus că nucile erau OK.

— Ce zici de un măr înmuiat în puțină miere?

S-a strâmbat:

— O să încerc.

Emoția dezgustului se bazează pe evitarea contaminării⁶⁶. Cuvântul vine din franceză (*dégoût*) și latină (*gustare*) și sensul este similar cu *distaste* (a nu-ți plăcea) din engleză. Experiența dezgustătoare prin definiție este consumarea de deșeuri umane sau animale. Doar pomenirea acestora generează o reacție de „câh”, cu expresia facială caracteristică a închiderii ferme a buzelor sau scosul limbii și strânsul din nări în fața miasmelor sau, la extremă, reflex de vomă. Privitul la fețele care afișează această expresie activează arii cerebrale implicate în procesarea gustului. Dar ceea ce este interesant la dezgust este felul cum a căpătat generatori din sfere diferite. Mai simplu, orice fluid sau substanță corporală poate să genereze un răspuns de dezgust. Nu trebuie să fie dusă la gură, orice fel de contact poate declanșa dezgust. Mai mult, ideea de încorporare se extinde către comportamentul sexual, care, de asemenea, poate declanșa un răspuns puternic, erotic și pozitiv sau negativ și respingător. De fapt, dezgustul este probabil unic în felul cum generează atâtea tabuuri și ritualuri ce impregnează cultura (de exemplu, restricții alimentare în religie, ritualuri de spălare, reguli despre sex și menstruație și așa mai departe). Ceea ce a început ca un mecanism de limitare a contagiunii a evoluat în ceva ce definește limitele dintre noi — cunoscuții noștri, rudele și cei pe care îi iubim, ale căror secreții suntem înclinați să le tolerăm, și chiar grupul social mai mare, ale cărui idei și valori (dacă nu și fluide corporale) suntem fericiți să le împărtășim. În mod curent, exprimăm indignarea morală spunând că suntem dezgustați.

Experimentele psihologice au arătat că oamenii vor exprima silă dacă li se cere să bea un suc de fructe dintr-o oală de noapte, chiar dacă nouă și nefolosită, și au același răspuns fizic aversiv automat la, să zicem, uniforma nazistă⁶⁷.

Anumite sindroame psihiatrice pot fi văzute ca având la bază dezgustul: teama de contaminare este la baza tulburării obsesiv-compulsive, ducând la spălat compulsiv și evitarea „mizeriei“. Tulburările alimentare au aceeași caracteristică⁶⁸. În vreme ce evitarea caloriilor poate să fie motivul central, mulți oameni s-ar strâmba la gândul unei fripturi în sânge mustind de grăsime. Mulți dintre noi suntem tot mai preocupați de dietă, deopotrivă din dorința de a evita luarea în greutate, cât și din grija pentru mediu. Este tot mai neclar unde anume preocuparea sănătoasă se transformă într-o fixație nesănătoasă cu privire la ceea ce băgăm în gură: proveniența, puritatea, proprietățile de conferire a sănătății, potențialul său alergen. Câteva instituții au inventat cuvântul „ortorexie“ („mâncat corect“) pentru a descrie acest nou fenomen⁶⁹.

Următoarele două ședințe au continuat ca mai înainte. În timpul pe care îl aveam, Caitlín mă informa cu privire la cercetările ei și la carte; terminam, de obicei, cu o recapitulare a ceea ce mâncase zi de zi. Se vedea că ia în greutate și a observat că, paradoxal, cu cât se îngrășa mai mult, cu atât era mai puțin preocupată de mâncatul corect. Începuse să poarte haine colorate și mai lăsase obișnuitele haine negre și kaki și, în loc să meargă pe jos cei patru kilometri și ceva până la clinică, începuse să ia autobuzul. Aerul ei era în continuare detașat și își menținuse distanțarea emoțională. Oare am fi putut găsi un diagnostic mai elocvent decât cel de „tulburare alimentară atipică“? În mod clar, când am văzut-o prima dată, mânca extrem de puțin, și această dietă avea efecte fiziologice adverse. Hainele și atitudinea ei indicau ceva probleme de imagine corporală, în sensul că se proiectase drept lipsită de formă și se simțea inconfortabil în propria piele. Acum părea să fie mai bine în propria piele. Cât despre depresie, avea anhedonie, dar era mai mult de atât. Nu vedea niciun motiv în a se bucura de mâncare, pentru că scopul ei ultim nu era să fie fericită. Se simțea împovărată de ororile pe care le descoperise în cercetarea ei despre Europa din vremea războiului și simțea că trebuie să le comemoreze cumva. Am început să o privesc

nu atât ca pe un pacient suferind de o tulburare alimentară, ci ca pe un ascet ce duce în cârcă păcatele lumii, căutând să trăiască o viață simplă și bună și necerând nimic în schimb. Merita respect pentru asta.

Unii savanți spun că manifestările cele mai timpurii ale anorexiei nervoase au fost atestate în Evul Mediu în viețile sfinților, la femei ale căror negare de sine și chiar autoflagelări au dus la termenul de „anorexie sacră”.⁷⁰ Dar nu era nimic histrionic în negarea de sine a lui Caitlín. Era o alegere morală ce izvorâse din analiza istoriei recente și a vieții contemporane: un prezent amoral și un trecut imoral.

Psihiatrii trebuie să se abțină de la a face judecăți morale, dar este o sarcină aproape imposibilă. Cei supraponderali și obezi reprezintă unul dintre grupurile cele mai detestate de pe pământ, chiar dacă vor deveni curând majoritari. Unii dintre cei cu anorexie nervoasă, dacă sunt sinceri cu adevărat, vor admite că îi disprețuiesc pe cei grași și le atribuie acestora cele mai rele caracteristici (de exemplu, că sunt leneși, că miros, că sunt înceți, ineficienți și lacomi). Ar fi chiar condamabil, dacă nu am lua în considerare faptul că tot ei rezervă cea mai mare desconsiderare pentru ei înșiși. Folosirea de modele cu măsura zero⁷¹ în modă a atras critici pentru faptul că aceste practici distorsionează percepția tinerilor despre felul cum ar trebui să arate. Cu toate acestea, la un nivel mai ascuns, bătălia hedonic-homeostatic a alimentației este exploatată de reclamele la mâncare, cu limbajul lor ce trimite către tentații și slogane despre „mici păcate”⁷².

Încă mai căutam imaginea de ansamblu. Oare tulburarea lui Caitlín era doar o alegere de stil de viață sau se identifica cu victimele feminine ale ustașilor? Ce era cu atacul sexual la care fusese supusă? Dacă „nu era un viol propriu-zis”, ce fel de abuz a îndurat? Și să nu uităm viața ei de familie: pierderea tatălui la o vârstă critică și efectele serioase asupra mamei, pe care probabil că a simțit că a abandonat-o. În plus, erau teme constante din cercetarea ei, referitoare la instituții ce ar trebui să fie dincolo de orice reproș, hrănitoare și protectoare: sanctuarul Bisericii și Crucea Roșie, fiecare dintre acestea o sursă de rară bunătațe între toate ororile războiului — ceea ce un psihanalist ar numi „sânul bun” prin definiție —, ambele dovedindu-se oribil de pătate. Oare era posibil să le pun pe toate cap la cap?

Îmi doream să vorbesc cu ea și să învăț de la ea, dar m-am gândit, totodată, că ar putea fi momentul să o las să plece. Era de acord (se gândise și ea la asta).

— Deci ce concluzie să tragem? a spus ea, în stil profesoral.

Am început prin a spune că datorită educației sale și unor experiențe dificile nu credea că merită să experimenteze plăcerea în felurile în care alții o experimentau în chip natural, cum ar fi să se bucure de mâncare, pentru că întotdeauna asta ieșise prost. I-am expus interpretarea mea psihodinamică asupra tezei ei și cercetării istorice și am încheiat spunând că ținea de ea dacă alegea să fie un prizonier al istoriei sau dorea să o scrie pe a ei.

După o pauză, a spus că era „interesant“ și că „poate că am dreptate“. De fapt, avea niște vești. Era în primele etape ale primei ei relații „adevărate“. El era mult mai în vârstă, divorțat — șeful departamentului ei. Probabil colegii ei ar fi strâmbat din nas.

— Încă un exemplu de ceva bun care e pătat, cum ai spune tu. Oricum, mulțumesc pentru ajutor.

Și cu asta și-a luat rămas-bun.

M-am simțit ciudat de golit. Nimeni nu se așteaptă ca o interpretare, indiferent cât de bine formulată, să fie întâmpinată cu: Da, desigur! Totul este clar! De ce nu am văzut asta înainte?! Aș crede mai degrabă că o bună interpretare produce o perturbare a gândirii. Nu e vorba despre a dovedi că ceva e corect, ci mai curând de a aduce în lumină un nou mod de a vedea o problemă, de obicei pentru că este aproape corect. Dar să fii salutat cu o ușoară indiferență...

Pacienta s-a ameliorat, ceea ce era bine, dar eu mă aventurasem dincolo de nivelul meu de competență. Nu trebuia să pretind că sunt psihanalist. Sunt neuropsihiatru. Sau dietetician, la rigoare.

După vreun an, Caitlín a sunat din senin, cerând să mă vadă. Sigur că am fost de acord, temându-mă de ce e mai rău. A dat buzna, arătând neglijent, dar strălucitor. A spus: „Vreau să-l cunoști pe Francis, partenerul meu“. Francis a pășit ezitant în față. Chelea, era puțin cam gras și purta un costum șifonat.

Transmitea calm și generozitate. Mi-a strâns mâna, spunând: „Am auzit multe despre dumneata“. Ce jenant!

— Da, da, a continuat Caitlín, împingând un cărucior. Și acesta este Matthew, fiul nostru.

⁵⁴ [Grelina este prescurtarea de la „growth hormone releasing peptide“ și a fost descoperită mult după ce am terminat eu Medicina. Îmi place numele, pentru că îmi aduce în minte imaginea unor gremlini, niște spiriduși ce devin iritați dacă nu au mâncat.](#)

⁵⁵ [Escoffier Room, salon într-un restaurant de lux din Londra, numit astfel după Auguste Escoffier, bucătarul care a revoluționat gastronomia franceză. \(N. red.\)](#)

⁵⁶ [Tumorile cerebrale ce apasă pe hipotalamus pot duce ori la anorexie marcată ori la supraalimentare. Teoretic fascinant, dar tragicul sindrom genetic Prader–Willi este cauzat de ștergerea cromozomului 15. Copiii cu această boală mănâncă enorm, fără să se sature. Ipoteza inițială că boala ar putea fi doar o consecință a nivelului crescut de hormon gastrointestinal grelină nu a fost confirmată. Vezi Cassidy, S.B., Schwartz, S., Miller, J.L. et al., „Prader–Willi syndrome“, *Genetics in Medicine*, 14, 2012, pp. 10–26.](#)

⁵⁷ [Pentru cei interesați să consulte detaliile tehnice, recomand următoarele articole: Andreman, M.L. și Lowell, B.B., „Toward a Wiring Diagram Understanding Appetite Control“, *Neuron*, 95, 2017, pp. 757–758; Ferrario, C.R., Labouebe, G., Liu, S. et al., „Homeostasis Meets Motivation on the Battle to Control Food Intake“, *Journal of Neuroscience*, 36, 2016, pp. 11469–11481.](#)

⁵⁸ [Gull a fost un medic victorian eminent, unul dintre medicii personali \(onorifici\) ai Reginei Victoria. Spre lauda sa, s-a exprimat în favoarea intrării femeilor în profesia medicală.](#)

⁵⁹ [Bruch, H., „Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa“, *Psychosomatic Medicine*, 24, 1962, pp. 187–194.](#)

⁶⁰ [Orbach, S., *Fat is a Feminist Issue: The Anti-Diet Guide to Permanent Weight Loss*. New York: Paddington Press, 1978.](#)

⁶¹ [Zipfel, S., Giel, K.E., Bulik, C.M. et al., „Anorexia Nervosa: Aetiology,](#)

Assessment and Treatment“, Lancet Psychiatry, 2, 2015, pp. 1099–1111.

⁶² Tumorile pe creier și, mai rar, accidentele vasculare, rănile sau malformațiile pot ocazional să dea simptome de anorexie nervoasă sau forme atipice ale tulburării. Hipotalamusul este cel mai comun loc al acestora, dar cazuri aproape identice cu anorexia nervoasă „clasică“ au fost descrise pentru cei cu tumori în lobii frontali sau temporali, mai des pe partea dreaptă, oferind dovezi împotriva unei simple explicații de genul „probleme de apetit“. Vezi Uher, R. și Treasure, J., „Brain Lesions and Eating Disorders“, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 76, 2005, pp. 852–857.

⁶³ Freud, S., „Eul și Se-ul“, în Psihologia inconștientului — Opere esențiale, vol. 3, București, Trei, 2017.

⁶⁴ Așa-zisa sferă nedominantă, de vreme ce vorbirea și limbajul, așa cum ne amintește Freud, sunt controlate de sfera stângă, cea „dominantă“ (vezi și cap. 7).

⁶⁵ Catani, M.A., „Little Man of Some Importance“, Brain, 140, 2017, pp. 3055–3061 (o ilustrație frumoasă și o actualizare a ideii de homunculus a lui Penfield).

⁶⁶ Rozin, P. și Fallon, A.E., „A Perspective on Disgust“, Psychological Review, 94, 1987, pp. 23–41.

⁶⁷ Rozin, P., Haidt, J., McCauley, C. et al., „Individual Differences in Disgust Sensitivity: Comparisons and Evaluations of Paper and Pencil Versus Behavioral Measures“, Journal of Research in Personality, 33, 1999, pp. 330–351.

⁶⁸ Philips, M.L., Senior, C., Fahy, T. et al., „Disgust: The Forgotten Emotion in Psychiatry“, British Journal of Psychiatry, 172, 1998, pp. 373–375.

⁶⁹ Dell’Osso, L., Abelli, M., Carpita, B. et al., „Historical Evolution of the Concept of Anorexia Nervosa and Relationships with Orthorexia Nervosa, Autism and Obsessive-Compulsive Spectrum“, Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12, 2016, pp. 1651–1660.

⁷⁰ Bell, R.M., „Holy Anorexia“ (Chicago; University of Chicago Press, 1985).

⁷¹ Măsura 32, conform standardelor europene. (N. red.)

⁷² [Griffin, J. și Berry, E.M., „A Modern Day Holy Anorexia? Religious Language in Advertising and Anorexia Nervosa in the West“, European Journal of Clinical Nutrition, 57, 2003, pp. 43–51.](#)

Muzică tăcută

Era un loc care îți dădea fiori. O secție mică și izolată, cu jumătate de duzină de paturi, albită de lumina artificială. Ecrane verzi cu LED-uri arătau unde oscilante, emițând sunete ritmice de avertizare. Medici în uniforme scrobite, cu caiete în mâini și scriind câte ceva, vorbeau în șoaptă. Jucării moi și fotografii mari pe pereți: tineri care se strâmbau pentru câte un selfie; sărituri cu coarda elastică; torturi de aniversare cu 21 de lumânări.

Aceasta era unitatea pentru pacienți în stare vegetativă persistentă (SVP) sau SCM (stare de conștiință minimală). Toți suferiseră „leziuni cerebrale catastrofale“. (Măcar o dată, termenul tehnic nu este un eufemism, ci spune lucrurilor pe nume.) Pentru cei tineri, catastrofa este de cele mai multe ori una traumatică, un accident de mașină, adesea descris în prescurtarea din dosarul medical „mașină vs bicicletă“ sau „camion vs om“. Ocazional este de vină encefalita, o infecție virală a creierului. La diverse vârste, hemoragia cerebrală sau tumorile — ori chiar chirurgia prea zelooasă — pot avea același rezultat. Altă cauză majoră este anoxia (lipsa oxigenului) în creier, ce urmează unui stop cardiac, strangulării (posibil în urma unei tentative de sinucidere prin spânzurare), înecului sau unei perturbări metabolice majore, precum hipoglicemia prelungită (nivel scăzut de zahăr în sângele unui diabetic, din cauza unui exces de insulină). Mai sunt și cauze rare, individualizate, cum ar fi tulburările moștenite care afectează procesele biochimice fundamentale sau cele care conduc la degenerarea țesutului cerebral.

Consultam un pacient de 42 de ani cu schizofrenie, Malik. Căzuse recent sau sărise de pe o clădire cu trei etaje și avea o traumă majoră la cap. Se trezea treptat din comă și țipa din când în când smulgându-și tubul de hrănire și părând

supărat. Îi fusese administrată medicație antipsihotică de menținere, dar echipa care îl supraveghea nu era sigură dacă ar trebui să îi fie administrată din nou. Este genul de întrebare adresată adesea unui neuropsihiatru, dar pentru care nu există proceduri disponibile pe baza testelor clinice. Era el oare chiar „supărat“ ori corpul lui reacționa în mod reflex la aparatura intruzivă de menținere a funcțiilor vitale? Oare schizofrenia lui sau impulsurile sale suicidare, dacă le avea, se manifestau din nou, acum, că își recăpăta conștiința? Era imposibil să spui cu siguranță. Mama pacientului, o femeie mai vârstnică, se învârtea pe lângă ușă și mi-a reținut privirea.

— O să fie bine, domnule doctor?

Vorbea corect, doar cu o urmă de accent sud-asiatic. Părea educată; politicoasă, dar directă. I-am spus că nu fac parte din echipa lui medicală, deci nu sunt cel mai în măsură să vorbesc cu ea, realizând că par evaziv.

— Sunteți neuropsihiatru, nu-i așa?

— Da, dar...

— Să știți că Malik a avut probleme mentale ani de-a rândul, de când era tânăr... Ia pastile și i se fac injecții de foarte mult timp.

— Așa este și cred că ar trebui să îi fie administrate din nou... deși e greu de spus dacă îl vor ajuta și este posibil chiar să interfereze cu recuperarea lui. Din păcate, nu știm care e cel mai bun lucru de făcut pentru cei în situația fiului dumneavoastră.

— Înțeleg, mă întrebam doar dacă este vreo șansă să... poate veți spune că sunt proastă, dar credeți că e posibil să fie mai bine acum? În trecut se făceau operații pe creier pentru schizofrenie, lobotomii, deci poate că accidentul acesta i-a afectat părțile bolnave, cele care îi dădeau nebunia, și acum poate că e mai bine. E ca atunci când ți se spune să închizi și să repornești calculatorul. Uneori, asta ajută.

Nu mă așteptasem la asta. Era atât de disperată această mamă, încât voia să creadă că totuși o traumă cerebrală poate avea și o parte pozitivă.

Ducându-mă spre ieșire, atenția mi-a fost atrasă de altceva. O tânără cam pe la vârsta adolescenței sau poate în jur de 20 de ani, în ultimul pat, întinsă pe spate,

cu brațele așezate peste cuvertură și cu pleoapele mișcându-se. O pungă cu lichid alb se afla lângă ea, conectată printr-un tub subțire de abdomenul ei. Un medic rezident era aplecat spre ea.

— Emma, Emma, ești OK?

Niciun răspuns. Mișcarea pleoapelor s-a oprit câteva secunde, apoi a reînceput.

— Emma... ești acolo?

Nimic. Cu delicatețe, medicul deschide ochii pacientei, folosindu-se de police și arătător. Globii oculari se rotesc în sus expunând sclera albă. Acesta se numește „fenomenul Bell“ și este un răspuns reflex normal ce are loc atunci când o persoană închide ochii. Aici arăta că persoana respectivă rezista în mod activ la actul de a i se deschide forțat ochii și sugerează clar că e trează și în stare de alertă, în ciuda aparențelor. Medicul a ridicat din umeri, i-a închis ochii din nou și s-a întors să plece. L-am chemat spre mine.

— Care e treaba cu ea? i-am șoptit.

Medicul a dat din cap.

— Nimeni nu știe.

Mai târziu am sunat-o pe doctorița specialistă. Am vorbit despre Malik și medicația lui și ne-am pus de acord asupra unui plan. Dar, înainte să las telefonul din mână, nu am putut rezista și am întrebat-o despre Emma. Specialistă era expertă în medicina de reabilitare, dar nu era nici neurolog, nici psihiatru și a admis că e nedumerită de starea Emmei.

— Am vrut tare mult să o vezi tu sau un coleg de-al tău, mi-a spus ea, dar Emma este subiectul unui proces juridic. Tatăl ei nu mai vrea să i se facă investigații. El crede că îi vor face mai rău, dar autoritățile locale nu sunt de acord, deci judecătorul este cel care va decide.

Accidentele majore sau vătămarea creierului, punând viața în pericol, pot duce la comă. Aceasta este definită drept lipsa capacității de reacție la stimuli. În ciuda eforturilor considerabile din partea medicilor, victima nu deschide ochii și nu dă niciun semn că ar fi conștientă de mediul în care se află⁷³. Există o scală ierarhică a termenilor, care se întind de la comă la stare de conștiință lucidă. Cel mai jos pe această scală este starea vegetativă, unde așa-zisele funcții vegetative — circulația, respirația, digestia — sunt îndeplinite normal. În această stare, persoana deschide ochii și uneori pare că trece printr-un ciclu complet de somn-veghe. Cu toate acestea, te poți întreba cât anume din personalitatea respectivului mai este acolo. Nu demonstrează niciun comportament reproductibil sau orientat către scop. Nu răspunde la stimularea senzorială, cum ar fi zgomotele puternice, lumina intermitentă, cuvintele adresate, ciupituri și lovituri ușoare (în afară de spasme ce țin de reflexe). Nu apare dovada înțelegerii limbajului sau vreo expresie și, din nou, fraza fatală: nicio dovadă de conștiință a sinelui sau a mediului. În Regatul Unit, această stare începe să fie numită persistentă, dacă durează mai bine de o lună, și permanentă, dacă durează mai mult de șase luni (sau mai bine de un an, după un accident cerebral sever). Ieșirea din această stare, așa cum li se întâmplă unora, duce la următoarea treaptă, stare de conștiință minimală, definită drept comportament minimal orientat spre scop — chiar dacă rar și inconsecvent. Acesta poate însemna un răspuns la stimularea senzorială, un semn de conștiință sau o comunicare rudimentară cu două senzori. Nivelul următor este cel în care vedem un comportament mai coerent, deși încă sever limitat, cum ar fi apucarea unui obiect când este oferit, ducerea la îndeplinire a unei comenzi sau dovada de recunoaștere, plăcere sau durere în prezența unei fețe familiare sau a unui sunet, eventual rostirea câtorva cuvinte sau fraze. Avem de-a face, în cazul acesta, cu o dizabilitate severă. Acest diagnostic trebuie pus numai după examinări repetate și minuțioase, realizate de-a lungul câtorva zile și săptămâni, și completate cu informații despre cauzele care au dus la acea situație.

Deși nu există teste simple de stabilire a SVP (stare vegetativă permanentă) sau SCM (stare de conștiință minimală), pentru că este necesară explorarea tuturor modalităților de stimulare senzorială în mod repetat, de obicei acești indivizi sunt analizați amănunțit, supuși procedurilor de imagistică și radiografice, adesea simultan cu încercările eroice de a-i resuscita⁷⁴.

Astfel de scanări și investigații arată perturbări serioase ale creierului. În examenul ultim, cel post-mortem, adesea la ani distanță de oribilul accident, acestea sunt foarte evidente. Pe lângă sângerări, loviri sau blocaje la nivel

cerebral, un element comun consecutiv unei astfel de traume este „leziunea axonală difuză“, rețezarea extensivă a fibrelor nervoase în toată materia albă. Aproape de fiecare dată se constată și avarierea talamusului, stația critică de transmisie aflată în mijlocul creierului. Absența oricărei minime conștiințe poate fi atribuită acestui fapt. Mergând mai jos pe trunchiul cerebral, care este responsabil de acele funcții vegetative „mecanice“ de bază, se văd mai puține semne de avariere (altfel, individul nu ar fi supraviețuit).⁷⁵

O imitație crudă a SVP și SCM este sindromul „locked-in“, închis în sine însuși. Persoana atinsă de acest sindrom nu poate vorbi și nu se poate mișca, cu excepția capacității de a clipi, de a deschide ochii și, clasic, de a-i mișca în sus și în jos după voință. În această închisoare, pacienții sunt perfect conștienți și lucizi și pot să-și folosească ochii pentru a comunica, deși cu greu, cu lumea din jur. Astfel de comunicare a dus la relatări autobiografice impresionante, între care poate faimoasă este Scafandru și fluturele, a fostului jurnalist francez Jean Dominique Bauby.⁷⁶ Sindromul este cauzat de afectarea punții lui Varolio, prima zonă a părții superioare a trunchiului cerebral, acolo unde mănunchiul de fibre nervoase ce transmit instrucțiuni de la părțile superioare ale creierului către restul corpului a fost întrerupt, de obicei de un cheag de sânge sau de o hemoragie. Fibrele ce duc la musculatura care mișcă ochii în sus și în jos se desprind de trunchi chiar deasupra aceluși punct și, astfel, sunt intacte, dar tot ce este mai jos este deconectat. Informația care vine în creier de la restul corpului și de la simțuri (văz, auz, miros și gust) o ia pe altă cale, deci nu este afectată.

Gândul că ai putea să confunzi „sindromul locked-in“ cu SVP este terifiant, ca, de altfel, și cel că ai putea confunda SVP cu SCM. Și totuși rata de diagnostic greșit pentru SVP pare să fie de 40%⁷⁷. Adesea, se întâmplă din cauză că deficitul senzorial major, precum orbirea, complică diagnosticul sau pentru că dovezile de conștiință sunt slabe, aproape imperceptibile. E trist, dar și opusul este adevărat, pentru că li se atribuie semnificație de comportament vigilenț unor grimase sau gemete. Cine ar putea să îi învinovățească pe cei din familie, pe cei ocupați cu îngrijirea și, adesea, pe profesioniștii foarte bine pregătiți pentru inferarea unei intenții conștiente la cel mai mic semn? Adrian Owen, un neuropsiholog care lucrează în Canada, alături de colegii săi, a făcut cercetări extraordinare folosind scanări fRMN ce arată creierul în acțiune, surprinzând mici schimbări ale fluxului sanguin către acele părți din creier implicate într-o anumită sarcină. Ei au studiat o femeie de 23 de ani, despre care se credea că este în stare vegetativă în urma unui accident de mașină.

După cinci luni în această stare, cercetătorii au identificat activitate în aria motorie suplimentară (o regiune din creierul frontal unde se formează planurile motorii) ori de câte ori femeii i se cerea să se imagineze jucând tenis și activitate într-o regiune foarte diferită, girusul parahipocampal (regiunea despre care se crede că formează și păstrează hărți mentale ale mediului familiar), ori de câte ori i se cerea să se imagineze plimbându-se în jurul casei⁷⁸. Acest fapt a oferit o bază solidă pentru a i se cere să răspundă cu da și nu la o serie de întrebări, dovedind că era suficient de conștientă pentru a comunica ceva cu sens. Noi folosim instinctiv conversația, fluxul și refluxul de întrebări și răspunsuri pentru a infera ce gândește sau crede o persoană. Noi considerăm de la sine înțeles că pentru aceasta e nevoie de conștiință, dar acest fapt a fost îndelung dezbătut de filosofi și specialiști în inteligență artificială, fapt revelat și de vestitul test Turing⁷⁹. Folosirea scannerului RMN pentru a produce imagini ale unui creier activ este dificilă și cere echipamente și programe foarte complexe. Specialiștii încearcă în prezent să transpună aceste descoperiri într-un test clinic simplu.

Desigur că Emma nu ajunsese în acest punct dintr-odată. Fusese un parcurs lung. Era copil unic, născută după ce mama ei, Miranda, suferise mai multe avorturi spontane, așa că Emma era cu atât mai prețioasă. Fusese un bebeluș prematur și fragil, care își petrecuse primele săptămâni într-o unitate specială de îngrijire, circumstanțe care iarăși e posibil să fi antrenat un tipar de interacțiuni părinte-copil ce a accentuat sentimentul părinților că este vulnerabilă și are nevoie de protecție suplimentară. Cu toate acestea, se dezvoltase normal și era la o școală obișnuită. Era ceva mai sus decât media din punct de vedere academic, avea un cerc restrâns de prieteni, dar era destul de neîndemânică și stângace la tot ce înseamnă sporturi competitive. Avansând în anii de școală, părinții au fost adesea în situația de a se lupta cu autoritățile. Prima luptă de acest gen a fost când au diagnosticat-o cu „apraxie“, care înlocuia în diagnostic neîndemânarea și o califica pentru primirea de ajutor și ceva mai mult timp la examene, din cauza scrisului ei de mână care îi pune probleme.

Tranziția de la școala gimnazială la liceu a fost destul de dificilă pentru Emma. „Școala cea mare“ era un mediu intimidant pentru ea și adesea ajungea la

cabinetul asistentei medicale cu stări de rău și dureri de cap și, mai târziu, cu stări de oboseală. Nici acasă lucrurile nu stăteau mai bine. Mama ei, artistă, decisese să plece de acasă și să intre într-un ashram. Ambii părinți ajunseseră la concluzia că nu se potrivesc. Charles, tatăl Emmei, era funcționar superior de stat, lucra la Guvern și așteptase de la soția lui ca aceasta să joace un rol ceva mai convențional de soție casnică, dar s-a trezit că el este cel care o duce pe Emma la școală, merge la ședințele cu părinții și o ajută la teme. Miranda îi reproșa că e tot mai rigid și credea că copiii sunt supuși unor presiuni prea mari la școală, ceea ce le reducea creativitatea. Colac peste pupăză, Charles avea probleme de sănătate grave, fiind diagnosticat cu o formă agresivă de limfom. Suferise o intervenție chirurgicală și chimioterapie, dar i s-a spus că prognosticul nu era foarte bun, de vreme ce cancerul se întinsese la măduva osoasă și, posibil, la plămâni. Calculase opțiunile și decisese că alt tratament cu chimioterapie în stadiul în care se afla nu avea mari șanse de succes și a refuzat tratamentul, spre consternarea oncologului. După zece ani, încă era în viață și se simțea bine. Își schimbase dieta și, în ciuda instinctelor sale hiperrationale obișnuite, devenise interesat de remedii naturiste. Nu avea de gând să afirme că acestea făcuseră minuni, dar îi subminaseră încrederea în autoritatea medicală și în tratamentele ortodoxe. Părea că doctorii, până la urmă, nu știau mare lucru.

În tot acest timp, problemele de sănătate ale Emmei s-au înrăutățit. Adesea refuza cu încăpățânare să meargă la școală, spunând că se simțea pe punctul de a leșina și că era epuizată. Era deja scutită de educație fizică și Charles se întreba dacă nu cumva era o problemă mai mare la școală, poate bullying, dar nu găsisese dovezi în acest sens. Lucrurile se degradaseră. O dusesse de câteva ori la o doctoriță generalistă care nu găsisese nimic în neregulă. Doctorița acesta era o persoană pe care o cunoșteau încă de când se născuse Emma. Era dedicată profesiei și aveau încredere în ea. Chiar ceruse câteva întrevederi personale cu Emma, pentru a se asigura că nu se întâmplă acasă ceva rău. Ea spunea că Emma crește și se dezvoltă normal. Îi făcuse câteva analize, inclusiv pentru febră glandulară. Ultima se dovedise pozitivă, dar dovedea numai că luase la un moment dat virusul (la fel ca 90% dintre colegii ei). Doctorița credea că va depăși momentul, dar îi era milă de Emma. Nu era simplu să treci prin pubertate fără mama ta alături și întrebându-te dacă tata va fi și el în continuare prin preajmă.

Charles nu voia să accepte astfel de explicații — era clar o problemă de ordin fizic — și se simțea culpabilizat pentru starea Emmei. El părea să petreacă la fel de mult timp cu asistenta medicală școlară și cu profesorii ei. Asistenta spunea

că vede formându-se un tipar: dacă reușeau să o aducă pe Emma la școală, era bine până la începutul după amiezii, când părea că pălește și adesea trebuia trimisă acasă. Asistenta sugerase drept diagnostic sindromul oboselii cronice (SOC) sau encefalomielite mialgică (EM). Charles a căutat bolile pe internet. A fost surprins, chiar șocat de cantitatea de informație. Unele lucruri sunau bizar — diete la modă, alergii, „experți“ din America ce ofereau tratamente radicale —, dar multe păreau reale. Sfatul din partea grupurilor de autoajutor pentru cei suferinzi era clar: nu te forța să lupti cu tine și cu boala — nu vei face decât să-ți înrăutățești starea. Trebuie să o iei ușor. Pentru copii, dacă școlarizarea de acasă este o opțiune posibilă, e bine să se profite de ea. Mulți medici nu au idei mai bune; sunt în mare măsură ignoranți sau cred că totul ține de psihic și că nu este o boală adevărată; că e doar ceva „psihiatric“. Și mai îngrijorător, erau destule articole despre oameni ce ajunseseră la pat, hrăniți artificial.

Charles a decis să se implice. Cunoștea multă lume: îi știa pe vreo câțiva membri ai Parlamentului; știa cum merge birocrăția. A început o campanie pentru sprijin și mai multă flexibilitate din partea școlii, în favoarea unor tratamente holistice din partea Sistemului Național de Sănătate, în favoarea unui sistem de beneficii mai înțelegător. Vedea că starea Emmei se degradează și părea să fie adevărat: cu cât insistau cei de la școală ca ea să se implice alături de ceilalți copii sănătoși, cu atât mai mult se degrada starea ei. Începuse să fie tot mai singură, petrecea tot mai mult timp în camera ei, cu perdelele trase și căști antifonice, ridicându-se din pat doar pentru a merge la toaletă. Dacă încerca să facă altceva, se simțea amețită și stoarsă de energie. El a încercat să-i vorbească. Nu părea deprimată; voia să fie „normală“, dar avea EM. Când medicul ei generalist a indicat un consult psihiatric, a refuzat. În schimb, Charles a obținut pentru ea internarea la un spital privat specializat în sindromul oboselii cronice. Va folosi toate economiile familiei, dar avea să merite. Ei au luat-o în serios și i-au făcut și mai multe analize de sânge care au indicat o problemă de imunitate, dar nu era foarte clar și nu indica spre niciun tratament. I-au permis Emmei să își stabilească singură scopurile. O lăsa să folosească un scaun cu roțile dacă venea la ședințele de terapie și nu o forțau să li se alăture dacă nu voia.

Au trecut 12 luni. Emma a trebuit să se obișnuiască fără notele bune. Abia se mai ridica din pat și spunea doar câteva cuvinte înainte să fie prea obosită și să adoarmă iar. Charles rămăsese fără bani. Spitalul îi dădea mesaje contradictorii. Poate că Emma era unul dintre cele 25% cazuri care nu se ameliorau. Sau poate că nu voia să se amelioreze. Poate că era o problemă psihiatrică, până la urmă?

Charles era scandalizat, dar se abținea. Decisese să o ia acasă. Avea de gând să lupte ca ea să obțină ajutorul necesar: asistent la domiciliu și îngrijire permanentă, pat special și elevator. Dacă era nevoie, urma să lucreze cu jumătate de normă și să aibă chiar el grijă de ea. Până în acest moment, liniile de luptă erau deja trasate. Doctorița generalistă nu era de acord cu această abordare și sugerase că amețeala era mai mult consecința statului în pat decât cauza. Ea a făcut referire la lipsa ei de masă musculară: nu era de mirare că se simte slăbită. Trebuia să reconstruiască acea masă musculară gradual și să i se dea asigurări că, în timp, își va reveni, chiar dacă activitatea o obosea pe termen scurt. Doctorița a refuzat să aprobe asistența la domiciliu și voia să facă o încercare cu antidepressive. Cei de la școală se îngrijorau cu privire la multele materii la care rămăsese în urmă. Autoritatea locală fusese anunțată. Se vorbea de „măsurile de protecție“. Nu era cam ciudat ca un tată și fiica lui să fie atât de apropiați?

Charles transformase încăperea de zi de la parter în dormitor pentru Emma, cu toate cele necesare pentru o persoană cu dizabilități. Plătea servicii de îngrijire la domiciliu. Unele dintre prietenele Emmei o vizitau, dar se simțeau prost să povestească despre aventuri nocturne, iubiți și planuri de mers la universitate și curând și-au oprit vizitele. Adesea ea își petrecea seara suspinând în pernă. Grupul local de sprijin pentru pacienți erau singurii oameni din exterior pe care Charles se putea baza. Erau mereu acolo pentru el.

Câteva săptămâni mai târziu, în mijlocul nopții, Charles s-a trezit și a găsit-o pe Emma căzută din pat. Părea să aibă un fel de criză. A chemat ambulanța și au dus-o la Urgențe.

După o noapte grea la camera de gardă a spitalului, au diagnosticat-o cu atacuri nonepileptice. A fost internată și i s-au făcut examene medicale complete — puls, tensiune arterială, inimă și abdomen, totul normal. Examinarea neurologică, așa cum se desfășura cu un pacient necooperant, a avut rezultate normale. Reflexele erau normale, o electroencefalogramă de rutină (EEG) și o tomografie computerizată făcute a doua zi au ieșit normale. La fel a ieșit și electrocardiograma. Analizele de sânge au fost repetate și în ambele rânduri au venit în parametri firești, cu excepția unor semne de deshidratare. Cu toate acestea, Emma nu arăta deloc normal. Era în continuare inertă și incontinentă. Stând moale în pat, părea acum o păpușă de cârpă. Ochii îi erau închiși, pleoapele i se mișcau ocazional și nu mai vorbea, nici măcar cu tatăl ei. Era hidratată și hrănită printr-un tub nasogastric. Echipa medicală încercase tot ce-i stătea în puteri pentru a o încuraja să se ridice și să comunice, dar degeaba.

Au mai trecut două săptămâni. Echipa psihiatrică a fost convocată. A spus că, date fiind istoricul personal și deteriorarea stării de sănătate, Emma ar trebui internată la o unitate psihiatrică pentru adolescenți. Charles nu era prea fericit cu această indicație. El ar fi preferat ca medicii să admită că Emma suferea de oboseală cronică și că avea nevoie de timp ca să se recupereze.

Cu toate acestea, după câteva zile, a venit psihiatrul de copii și adolescenți. A petrecut ceva timp cu Emma și cu Charles, separat, dar a vorbit și cu medicul generalist și cu echipa de asistenți. A sugerat analize suplimentare pentru anormalități metabolice și toxine rare (și care au fost negative). A scris în notițele sale că nu a mai văzut un astfel de caz, dar că îi amintea de sindromul de refuz pervaziv (SRP)⁸⁰.

Sindromul, descris cel mai recent în 1991 de pedopsihiatrul britanic Bryan Las⁸¹, începe la fel cum a început boala Emmei, dar ajunge la un punct la care copilul refuză în mod fățiș să vorbească sau să se miște (deși poate vorbi cu anumiți oameni, mai ales când nu sunt de față membrii familiei sau cei care îl îngrijesc). Copilul refuză să mănânce regulat și uneori să folosească toaleta. Spre deosebire de cazul Emmei, refuzul copilului este unul activ și ocazional furios, chiar agresiv. Copilul se întoarce cu spatele dacă se apropie cineva de el sau se ghemuiește. Dacă se încearcă să fie ridicat sau să fie întors într-o direcție anume, copilul respectiv se trage în partea cealaltă și poate să plângă sau să urle. Sindromul afectează mai mult fetele decât băieții. Copiii sunt descriși ca provenind din clasa medie, conștiincioși sau chiar perfecționiști și „prinși în plasa emoțională” a unuia dintre părinți sau a amândurora. SRP poate fi declanșat de stres sau de boală fizică. Tratamentul implică adesea spitalizare, mai ales dacă pacientul pierde în greutate, dar și pentru a crea un pic de distanță între părinte și copil. Încurajarea și explorarea graduală a fricilor și grijilor copilului, pe lângă reabilitarea fizică, par a fi eficace, dar pot dura mai multe luni. SRP este controversat ca sindrom distinct, fiind considerat mai curând o manifestare a depresiei severe, anxietății sociale, anorexiei nervoase sau psihozei ori o reacție de înțeles la circumstanțe sociale precum abuzul fizic sau sexual.

Din păcate pentru Emma, ea avea aproape 18 ani în acel moment și secția pentru adolescenți nu voia să preia pe cineva de această vârstă, care nu mai mergea la școală. Sfatul era să fie trimisă la o secție psihiatrică pentru adulți. Charles nici nu voia să audă. Psihiatrul de copii a admis că o secție psihiatrică de adulți nu era locul potrivit pentru cineva cu problemele Emmei. Între timp, managerii spitalului spuneau că „blochează un pat”. Charles a decis să pună piciorul în

prag. Stresul acestui episod și lipsa unui tratament eficace fuseseră cumplite pentru Emma și, în mod evident, i-au înrăutățit starea. Nu mai avea să fie supusă niciunei analize. Nu mai avea să piardă timpul cu psihiatrii. O lua acasă.

Echipa spitalului, echipa de psihiatri, echipa de asistenți sociali și de juriști s-au alarmat. Nu putea merge acasă în această situație, cu un tub nasogastric, dependentă pentru satisfacerea tuturor nevoilor ei de îngrijire, fără niciun plan de acțiune. Ne aflam în impas. Avocații se contraziceau pe marginea drepturilor copilului, a capacității ei de a lua o decizie, a intereselor sale, a drepturilor tatălui, a Actului de Sănătate Mentală și Actului de Capacitate Mentală, asupra dreptului ei de a refuza tratamentul și dreptului ei de a primi tratament. După săptămâni de certuri, s-a găsit un pat la Unitatea pentru Traumă Cerebrală cu Dependență Ridicată, ca măsură provizorie până la găsirea uneia pe termen lung — și aici am apărut eu în peisaj.

Mai multe luni au trecut înainte ca Înalta Curte să decidă că Emma trebuie admisă la un spital de neurologie pentru un timp limitat, în vederea unor investigații care să determine natura bolii ei și ca să i se recomande un tratament. A durat trei săptămâni. Fiecare fluid corporal la care te poți gândi — sânge, urină, fluid cerebrospinal — a fost testat pentru a se elimina problemele metabolice, infecțiile sau anomaliile imunitare. Biopsia musculară a ieșit normal. RMN-ul a arătat creierul și coloana vertebrală normale.

I s-a făcut electroencefalografie. Aceasta este măsurarea activității electrice slabe generate de creier. Zeci de fire micuțe sunt lipite pe scalp și detectează voltajele, care sunt combinate pentru a crea o hartă sau un „montaj“ al activității cerebrale. EEG-ul este o metodă clară de a vedea o criză epileptică, ce produce o explozie de vârfuri nesincronizate pe înregistrarea EEG. Este, de asemenea, foarte utilă în a arăta starea de conștiență și starea de inconștiență. EEG-ul în repaus, o sumă de mângăleli indescifrabile pentru observatorul obișnuit, poate fi descompus electronic în lungimi de bandă recognoscibile cu frecvențe caracteristice. Banda alfa are o frecvență de 8–13 hertzi și este ritmul stării vigile. Este cel mai bine detectat de conductori atașați pe partea din spate a scalpului și este cel mai clar

când persoana are ochii închiși și este relaxată. Theta are o frecvență de 4 până la 8 hertzi, și undele delta, frecvențe de până la 4 hertzi. Aceste frecvențe mai lente se ondulează în fundal, dar ies în relief în cazuri de conștiință alterată. EEG-ul din timpul somnului are setul propriu de stadii și frecvențe, dar somnul adânc se reflectă în undele din spectrul de frecvență redusă, fără unde alfa caracteristice stării de conștiință. Frecvențele care depășesc undele alfa sunt de obicei patologice și apar de obicei din cauza efectelor drogurilor, inclusiv ale intoxicării. Nu există un tipar al EEG-ului caracteristic pentru SRP sau EM, deoarece de obicei apar variații individuale în funcție de ce parte a creierului este afectată și în ce măsură, deși, de obicei, se observă dezordinea excesivă. Ceea ce știm este că prezența unui ritm alfa normal este incompatibilă cu coma sau SRP⁸². Spitalul a monitorizat-o pe Emma prin EEG pe parcursul mai multor zile, pentru a surprinde episoadele când pleoapele i se mișcau, precum și alte mișcări ocazionale pe care Emma le făcea (pentru că ar fi putut să fie crize epileptice), precum și somnul. EEG-ul arăta un ritm alfa bun și, la fel ca oricare analiză care i se făcuse, arăta perfect normal de la cap la coadă. Conform acestor rezultate, creierul ei era sănătos fizic și conștient.

Mai aveam un test în mână. Principiile care stau la baza EEG-ului pot fi folosite și pentru a măsura potențialele evocate sau legate de un eveniment. Acestea sunt unde ce urmează la câteva zeci de milisecunde după un stimul. Stimulul poate fi un flash luminos, un sunet sau orice eveniment senzorial; sau o succesiune mai complexă de stimuli, cum ar fi o serie de tonuri de un anumit nivel, alternând cu un alt ton aleatoriu, până la imagini cu oameni și locuri, cunoscute sau nu, cuvinte sau propoziții scrise sau vorbite. Stimulii sunt repetați de câteva ori, astfel încât să se poată face o medie grafică a undelor evocate, comparativ cu activitatea de fundal. Undele constante sau potențialele ce apar până la 150 de milisecunde (msec) după stimul atestă percepție senzorială rudimentară și nu implică vreo conștientizare, în vreme ce acelea care apar dincolo de 250 msec (un sfert de secundă) implică un grad mare de procesare. Deci, dacă am fi stimulat cu o secvență de tonuri de același nivel, urmate de unul care era în afara secvenței, ne așteptam să vedem o undă pozitivă cam la 300 msec după tonul-surpriză⁸³, însemnând că am păcălit așteptările subiectului; sau, dacă i-am fi citit subiectului o propoziție cu sens aparent ce se termina cu un cuvânt nepotrivit, ar fi trebuit să vedem o deviere electrică la 400 msec sau mai mult, din momentul când începe cuvântul, însemnând, din nou, procesare mai profundă și mai „reflexivă“. Nu există un moment anume în timp când ai putea spune că mintea conștientă emerge din acțiunile extraordinarului procesor neural ce acționează sub pragul conștiinței, dar acele din urmă reacții par să depindă de

starea de conștiință vigیلă⁸⁴.

Emma a fost supusă unor flash-uri puternice de lumină, care generează răspuns chiar dacă persoana are ochii închiși. Aceste răspunsuri ne-au dovedit că măcar creierul ei înregistra stimuli vizuali și am primit același răspuns pentru stimuli echivalenți în domeniul auditiv. Un flux de cuvinte englezești vorbite au evocat un răspuns foarte diferit față de fluxul acustic nonverbal. Experți din toate specialitățile veneau la ea, o examinau ca niște magi itineranți și emiteau opinii. Verdictul niciunuia dintre experți și a niciunuia dintre teste nu a indicat către o leziune cerebrală. Nu părea să aibă vreo formă de boală sau de leziune a cărei natură sau cauză nu era cunoscută; nu, totul arăta că are un corp sănătos și un sistem nervos sănătos. Deci trebuia să fie o tulburare psihiatrică. Există o falsă dihotomie între problemele medicale „reale” și cele psihiatrice, „închippuite”, dar acesta este un tip de prejudecată ce apare frecvent. Un psihiatru care lucra cu echipa de neurologi a fost solicitat și el să vină cu o opinie. După ce au pus cap la cap toate investigațiile voluminoase și opiniile, s-a ajuns la concluzia că Emma nu avea o afecțiune medicală nediagnosticată, ci o tulburare psihiatrică. Probabil că era SRP (având în vedere precedentele); poate o formă neobișnuită de depresie cunoscută ca „stupoare depresivă”, posibil catatonie⁸⁵. Dat fiind că nu răspunsese la îngrijirile intensive din timpul ultimelor trei luni, singura intervenție ce putea să fie eficace și care era indicată atât în catatonie, cât și în stupor depresiv era terapia prin electroșocuri (TEC).

Majoritatea oamenilor își imaginează că TEC este ca în filme precum Zbor deasupra unui cuib de cuci (1975) cu Jack Nicholson sau Schimbul (2008) cu Angelina Jolie. În primul film, TEC este administrat „fără modificări” (adică fără anestezie generală), o practică ce a fost oprită încă de la începutul anilor '50 și încă una care este înfiorător de privit. În Schimbul, o poveste reală ce datează din 1928, recreată cu minuțiozitate de Clint Eastwood (cu excepția faptului că TEC nu s-a inventat decât în 1938), TEC fără modificări îi este administrată unei mame (interpretată de Jolie) al cărei copil a fost răpit, infracțiune acoperită de stat. În cartea ei, Cinema's Sinister Psychiatrists: From Cagliari to Hannibal⁸⁶, doctorița Sharon Packer oferă o explicație posibilă și necontroversată pentru

fascinația cineaștilor pentru TEC. „Aparenta flagelare, aparatul complicat cu lumini puternice și butoane misterioase... scenele de TEC spun publicului că are loc pe ecran ceva special“. Comparați asta cu o asistentă ce oferă protagonistului niște pastile și un pahar cu apă. Nu e același lucru.

Un studiu publicat în *British Journal of Psychiatry* în 1980 spune că 82% dintre cei 166 de pacienți cărora li s-a administrat TEC au declarat că experiența a fost cam la fel, sau chiar mai puțin dureroasă decât o ședință la dentist⁸⁷. Cu toate acestea, în 2003, cercetătoarea Diana Rose a publicat o metaanaliză în *British Medical Journal*⁸⁸ ce analiza sondaje similare, comparându-le pe cele concepute sau inițiate de utilizatorii serviciului (pacienții) cu cele concepute sau inițiate de către medici. Ea și colegii ei au descoperit că primii tindeau să declare niveluri de satisfacție mai mici de 50%. Ori ambele atitudini s-au schimbat în deceniile ce au urmat, ori chiar contează cine pune întrebările (probabil ambele).

Dintre toate tratamentele controversate din psihiatrie, TEC este poate cel mai contestat și cel mai ciudat⁸⁹. Este administrat, așa cum spuneam, sub anestezie generală (AG) cu un miorelaxant, de obicei într-un spațiu al spitalului conceput în acest scop. Imediat ce pacientul este anesteziat, i se aplică de către psihiatru electrozii, ori unul pe fiecare tâmplă ori ambii pe aceeași parte a capului. Curentul este deschis câteva secunde, până când i se induce pacientului o criză epileptică. Contractia musculară este redusă la minimum, dar nu este oprită, deci manifestările fizice ale crizei sunt observate prin zvâcnirea pleoapelor, tensionarea maxilarului și tremurăturile vizibile sau nu foarte violente ale mâinilor și picioarelor. Acest episod durează între 10 și 40 de secunde, apoi scade. Un minut sau două mai târziu, pacientul se trezește și poate fi puțin amețit, dar după odihnă și o cană de ceai este gata să revină în salon sau chiar să fie luat acasă, dacă este în regim ambulatoriu. TEC se prescrie în mod convențional în reprize de câte șase și de obicei este administrat de două sau trei ori pe săptămână, timp de două, până la patru săptămâni.

Din pricina controverselor care înconjoară TEC, precum și din cauza necesității anesteziei generale, cu riscurile de sănătate implicate și tot ce mai derivă de aici, tinde să fie administrată ca o ultimă soluție, acolo unde terapia psihologică și medicamentoasă a eșuat. Alte cazuri sunt cele în care este pusă în pericol viața — prin deshidratare sau impulsuri suicidare continue. TEC mai este indicat și în genul de diagnostice propuse în cazul Emmei, cu prudență în cazuri de schizofrenie (adesea acolo unde există o componentă afectivă majoră și medicamentele nu funcționează) sau foarte, foarte rar, în manie.

Dar funcționează? Încercările de a pune laolaltă toate rezultatele din toate testele clinice controlate mai vechi duc, în general, la un „da“ plin de siguranță, astfel că, în Regatul Unit, mereu extrem de prudentul Institut Național al Sănătății și Excelenței în Îngrijire încă recomandă TEC în procedurile sale pentru câteva afecțiuni și probleme atent alese⁹⁰. Cu toate acestea, există un deficit de studii foarte bune, la scară largă, cu urmărire pe termen lung (pentru a vedea dacă beneficiile inițiale se mențin). Există multe motive pentru acest fapt, unul important fiind dificultățile logistice formidabile în implementarea unui test randomizat controlat când toți pacienții relevanți au o boală severă și potențial fatală⁹¹.

Altă problemă mare cu TEC este lipsa unui motiv clar pentru folosirea ei. Justificarea originală era că spasmul epileptic și psihoza sunt reciproc incompatibile, dar acea teorie a fost abandonată. Când vine vorba despre descoperirea acțiunii terapeutice a unui mecanism biologic, problema nu este că TEC nu ar produce efecte măsurabile la nivel de neurotransmițători, hormoni cerebrali, factori de creștere neuronală, gene care reglează metabolismul cerebral și așa mai departe; problema este că face toate aceste lucruri mai mult sau mai puțin de-a valma. Oricare ar fi teoria neurobiologică actuală cu privire la, să zicem, tratamentul antidepresiv, poți paria că TEC o bifează și pe aceea.

În final, ca în orice tratament eficace, trebuie atins un echilibru între beneficii și dezavantaje. TEC este în mod clar invazivă și, inducând o criză epileptică, chiar și în condiții perfect controlate, nu este considerată în mod normal dezirabilă. Cel mai important efect secundar este pierderea memoriei. În timp ce studiile mai vechi arată că în majoritatea cazurilor pierderea aceasta este temporară și lipsită de consecințe, lucrarea Dianei Rose și a colegilor săi sugerează că problema este mult mai comună și uneori persistentă. O explicație pentru aceste perspective atât de contradictorii ar fi că, atunci când pacienții înșiși sunt întrebați, aceștia observă adesea dificultăți de memorie, dar nu disting — și nici nu se poate aștepta asta de la ei — dacă aceste probleme se datorează bine cunoscutei deteriorări a memoriei ce însoțește depresia severă sau se datorează TEC. Tot ce poate fi spus despre TEC este că produce o golire suplimentară a unui sistem de memorie care deja se află sub presiune din cauza efectelor depresiei, dar că această golire ar putea fi numai tranzitorie.

Rezultatele tuturor investigațiilor în cazul Emmei și concluziile neurologilor și ale colegilor lor au fost retrimise către judecător. După deliberarea de rigoare, judecătorul a dispus ca planul de tratament propus de psihiatru să fie dus la

capăt, inclusiv seria de TEC, care să fie aplicată într-un spital psihiatric bun, imediat ce se va găsi unul care să poată gestiona nevoile considerabile ale Emmei.

Mereu vesela noastră infirmieră de origine ghaneză Christiana era de bază în secția noastră. Corpul ei mare și unduitor, alături de căruciorul plin de sticle cu apă, cârpe, detergenți și prosoape, se rostogolea de-a lungul coridoarelor, din rezervă în rezervă. Eșarfa înflorată, colorată într-un galben-oranj viu, care-i înconjură capul, intra în contrast cu mănușile albastru-intens, de unică folosință, pe care le purta când îi făcea toaleta Emmei, toaletă ce includea baia, periajul dentar și golirea pungii cateterului urinar. Ea și asistenta medicală care o însoțea treceau apoi la rutina măsurării temperaturii, a tensiunii și a pulsului. Am intrat într-o dimineață să privesc. Rutina lor căpătase ritmul cântecelor ce ieșeau din radioul de la fereastră și totul devenise un fel de dans vesel. Emma stătea pasivă, cu ochii deschiși, privind drept în sus. Am observat că părea să coopereze când i se făcea baie și era ștearsă, întorcându-se încet pe o parte în timp ce un cearșaf era strecurat sub ea și apoi, din nou, înapoi; ridica imperceptibil brațele, anticipând spălătul subsuorilor.

— Haide, Frumoasă Adormită, vei fi regina balului, glumeau ele, pieptănându-i părul.

Christiana a dat radioul mai tare, căci se auzeau tonurile unui cântec cunoscut. „Dancing Queen, spală-ți fața cu niște Windolene, da, da.“

Puteam să jur că Emma zâmbise, cu un fel de rânjet larg.

— Deschide larg, Lady Gaga, îi spuse Christiana.

Aproape imperceptibil, buzele Emmei s-au desfăcut, permițându-i Christianei să îi perieze dinții. Ce diferență față de examinarea din momentul când Emma a fost internată! Nu deschidea nici nu închidea gura la cerere, nici ochii și nici pumnii. Uneori gura îi rămânea deschisă. Dacă i se picurau câteva picături de

apă pe limbă, acestea rămâneau acolo câteva secunde, înainte să alunece din gură. Și totuși nu i se scurgea saliva din gură (care continua să fie secretată pe tot parcursul zilei). Acest fapt indica ceva diferit față de cazul pacienților cu traumă cerebrală catastrofală și care riscă să se înece, pierzând reflexul protector de vomă și de înghițire, și ale căror bărbii trebuie șterse constant.

Charles își vizita fata cu regularitate. Interacțiunea cu echipa medicală era încordată. Contesta tot ce se făcea, iar ei se simțeau supravegheați. Era convins că eforturile echipei terapeutice — terapeutul ocupațional, fizioterapeutul, psihologul secției — erau îndreptate greșit. Ei urmau abordarea recomandată pentru copiii cu sindrom de refuz, care presupunea folosirea unei serii de încurajări și laude, fără a cere ceva, de vreme ce se credea că asta nu face decât să provoace rezistență. Urmându-și propriile surse, Charles, la rândul său, era convins că până și acestea puteau „supraîncărca“ trupul Emmei și îi prelungeau boala, care ar fi trebuit lăsată să-și urmeze destinul cronic ce îi era scris. În timpul vizitelor sale de seară stătea pe marginea patului ei și îi mângâia mâna. Făcea lumina mai mică și stingea televizorul. Nu încerca să vorbească cu ea; de fapt chiar îi spunea să nu încerce să vorbească. Prima întâlnire pe care am stabilit-o pentru a discuta planul de tratament nu a mers bine.

— Mulțumesc pentru că ați acceptat să ne vedem, a spus Charles, de o politețe formală.

Venise direct de la muncă și purta un costum gri cu dungă, cămașă albă și cravată. Am recapitulat situația. Judecătorul îl convinsese pe Charles, în numele Emmei, să îi lase soarta în mâinile noastre. I-am explicat că Emma nu putea fi considerată în măsură de a lua decizii cu privire la tratamentul ei, din simplul motiv că, pe moment, nu era capabilă să comunice. Dar, în loc să se continue cu tratamentul necesar, așa cum permitea Actul de Capacitate Mentală, opinia mea era că acesta trebuia urmat sub prevederile Actului de Sănătate Mentală. I-am explicat că TEC are statut special în interiorul Actului de Sănătate Mentală, cerând niveluri suplimentare de examinare independentă, care ar ajuta la protejarea intereselor ei.

— Cum vi se pare că se mai prezintă? l-am întrebat, neutru.

— Pe cât de bine ne putem aștepta, date fiind circumstanțele.

M-a întrebat care era diagnosticul nostru operațional. Am parcurs lista, aceeași listă care îl făcuse pe psihiatrul anterior să recomande TEC. I-am explicat că încercaserăm totul, inclusiv injecții intramusculare cu benzodiazepină, celălalt tratament recomandat pentru catatonie, antidepresive și o grămadă de fizioterapie, că am încercat să o facem pe Emma să aibă încredere în noi, dar degeaba.

Am spus că sunt mulțumit că nu ne-a scăpat vreo problemă neurologică ascunsă. Emma era conștientă de ceea ce era în jurul ei și era capabilă să acționeze voluntar, dar se străduia să ascundă acest fapt. De ce? Numai ea știa.

— Deci credeți că joacă teatru?

— Nu, nu asta spuneam. Cred că suferă de o problemă psihiatrică serioasă și din această cauză este cum este, dar nu cred că este incapabilă fizic să vorbească. Și, oricum, nu e de ajutor să ne gândim la corp și la minte într-un mod dihotomic, dual. Corpul și mintea sunt unul și același lucru.

— Deci vă propuneți să o scuturați până cedează.

Las remarca să treacă.

— Cu toată experiența și cunoașterea dumneavoastră filosofică, ați mai avut de a face cu cineva cu aceeași boală?

— Chiar la fel ca ea, nu.

— Cu toate acestea, păreți remarcabil de relaxat la ideea de a o folosi drept cobai uman.

Fața i se înroșea.

— Cum știți că nu îi va face mai rău?

— Mai rău? Cum ar putea fi mai rău? E în aceeași secție cu niște oameni în stare vegetativă permanentă, oameni care au avut traume majore la creier, ar putea fi

luată drept unul dintre aceștia. Ei sunt cei care nu au opțiuni. Și, da, am văzut oameni în stupor depresiv sau catatonie „treziți“ după TEC și recuperându-se complet. Nu ar fi cazul să îi dăm și Emmei această șansă?

— Credeți că nu vreau ce este mai bun pentru fiica mea, după toate cele prin care am trecut noi? Cum îndrăzniți?

Și-a lărgit gulerul cămășii. Am observat cicatricea de pe gât de unde îi fusese îndepărtat nodulul când avusese limfom. Era ca un reproș.

Se calmase.

— Dintre toți, dumneavoastră ar trebui să știți cel mai bine că stresul face foarte rău și poate avea efecte fizice asupra corpului.

Am dat din cap afirmativ, mulțumit că avem măcar un punct asupra căruia suntem de acord.

— Sigur știți că virusurile pot rămâne adormite în sistemul nervos până când sunt reactivate de stres, cum ar fi virusul de herpes simplex, care cauzează herpes, sau virusul zoster, care dă varicelă la copii și poate reveni dacă sistemul imunitar este compromis și poate cauza zona zoster.

— Da, am spus, dar nu văd ce legătură are...

— Emma a avut febră glandulară, care e cauzată de virusul Epstein-Barr... care e tot un virus herpetic, nu? Deci de unde știți că boala ei nu e cauzată de așa ceva?

Deci asta era teoria lui.

— Văd că v-ați informat de pe internet. Dați-mi voie să vă asigur că orice fel de infecție virală a fost exclusă de analizele complete.

— Sau poate credeți că cei din profesia dumneavoastră știu totul despre infecții virale și creier?

— Sigur că nu, dar...

— Vă rog nu mă luați de sus.

— Vă asigur că dacă era vorba de vreo infecție sau tulburare imunitară, ar fi fost descoperită. Vreau să spun că, dacă era ceva ce poate fi găsit pe Google, nu credeți că ne dădeam seama până acum? Nu doar eu, ci și alți medici deștepți și grijulii au încercat. Dar, oricum, dacă ar fi fost vreun tip de encefalită pe care medicii nu o înțeleg, care, cumva, nu apare pe nicio scanare sau în analizele de lichid cerebrospinal și care nu se vede pe EEG, cum se explică faptul că uneori ea arată că e conștientă, mai ales când nu i se cere în mod expres să o arate? Sigur că ați văzut și dumneavoastră. Toate acestea indică alt tip de tulburare, una care este...

— Doar în mintea ei? Dați-mi voie să vă spun ce am văzut cu ochii mei, în noaptea în care Emma a avut acea criză epileptică și a ajuns la Urgențe. Au dus-o imediat în zona de resuscitare. Eram înspăimântat. Am crezut... am crezut că o pierd. Emma se zvârcolea de pe o parte pe alta. Adesea mișcările ei deveneau mai rapide și mâinile îi erau tensionate, pumnii i se izbeau de saltea, la dreapta și la stânga, sus și jos. Mișcările se potoleau un minut sau două și reîncepeau. I se dăduse oxigen ca să respire. Medicul de urgență se apropiase de ea cu o seringă deja pregătită. I-a pus un bandaj de compresie pe mâna stângă, l-a strâns și a încercat să găsească o venă. În mijlocul tremurărilor, ea a apucat de bandaj cu mâna dreaptă, l-a rupt și apoi a început să se agite și mai tare. Știți ce a spus doctorul atunci? „Aha, deci așa vrei să joci.“ Ca și cum ar fi fost un joc. S-a dat înapoi și s-a holbat la ea. Apoi i-a scos masca de oxigen. Ochii ei clipeau des și își sucea capul de la stânga la dreapta. Doctorul a apucat-o de bărbie ca să-i oprească mișcările. Ea a deschis ochii și s-a uitat la el. Cineva i-a dat o lanternă și el i-a pus-o în ochi, apropiindu-și fața. Ea a îndepărtat lanterna. Și el i-a spus: „Haide, Emma, nu ai o criză epileptică. Știu că mă auzi. Vreau să te controlezi... acum!“ Mișcările ei se potoleau; picioarele se mișcau într-un fel de ritm de pedalare, dar mâinile îi erau țepene. „Cam așa“, rânjea el. Au trecut niște minute. Știam că nu e bine încă; apoi a scos un țipăt strident și a început să se bată din nou, izbindu-se de saltea. Doctorul și-a ridicat mâinile și a lătrat „OK, chemați psihiatrul!“, a întors spatele și a plecat. Toată noaptea a continuat așa.

— Sună groaznic, i-am spus, observând cum descrierea lui cuprindea toate trăsăturile principale ale unui atac nonepileptic sau „atac disociativ“.

— Nimeni nu mi-a spus nimic și nu mi-a explicat nimic. Unele asistente au fost amabile; au reușit s-o facă să ia câteva înghițituri de apă și i-au spus că o să fie bine. După asta a pierdut capacitatea de înghițire și de vorbire. Am așteptat ore în șir. L-am întrebat pe asistentul-șef ce se întâmpla și mi-a spus că o vor interna

pe Emma peste noapte, dar că va trebui să aștept. „Am o grămadă de oameni cu adevărat bolnavi noaptea asta“, zicea. Și când au internat-o, i-au făcut niște ciocolată caldă, dar eu le-am zis că nu poate bea singură și mi-au spus că, dacă îi este cu adevărat sete, va bea. Atunci am decis să o iau acasă.

Îmi părea cu adevărat rău pentru Charles și începeam să văd lucrurile din perspectiva lui.

— Îmi pare tare rău că ați fost tratați astfel, i-am zis. Este inacceptabil. Mă tem că există un stigmat al bolii mentale care e destul de profund și care îi afectează și pe medici. Nu știm de ce este Emma în această stare — e cu siguranță reală și gravă, probabil chiar îi amenință viața —, dar poate că ar trebui să ne gândim la boala ei mai mult ca la o problemă de soft decât de hard.

Nu era convins.

— Urmează să-mi spuneți că TEC e ca și cum ai da restart.

S-a ridicat, și-a aranjat cravata, mi-a strâns mâna și a plecat.

A luat ceva timp ca să adunăm toți experții să o vadă pe Emma și să ofere o a doua opinie. Toți erau uluiți; unii au cerut să se repete analizele „doar ca să nu fi omis ceva“, alții erau mai încrezători în opiniile lor, dar părerea unanimă era că se recomanda TEC, că avea o șansă rezonabilă de succes și că putea fi administrată în condiții de siguranță. În niciun moment Emma nu a răspuns la întrebări și nu a pus nicio întrebare. Unul dintre experții care o vizitaseră i-a spus direct: dacă obiecta la ideea de a i se face TEC, ar trebui să spună chiar atunci și asta ar fi fost probabil destul ca să se oprească. Am lăsat un pix și niște hârtie la capul patului în caz că voia să scrie ceva când nu era nimeni în preajmă. Eu am avut „conversații“ lungi cu ea, stând pe marginea patului ei și spunându-i ce gândeam: că orice i-ar fi trecut prin minte, probabil că era cu adevărat disperată; că era greu să comunice cu oamenii, acum, că era mută de mai bine de un an; și că, probabil, simțea un conflict în plus, dorindu-și să nu își dezamăgească tatăl,

să-și fie fidelă sieși și să ia decizii pentru ea însăși. Cu o zi înainte de prima ședință planificată de TEC i-am spus că probabil se simțea înspăimântată de așa ceva, dar că eu credeam că o va ajuta să iasă din această... capcană. După o pauză, pleoapele au început să-i fluture și corpul să îi tremure. I-am spus că interpretez asta ca pe un semn de confirmare că era neliniștită și am rugat-o să încerce să spună ceva, orice, ca să își facă astfel cunoscute sentimentele. Tremurăturile au crescut în intensitate. Mi-am pus mâna pe brațul ei; s-a potolit. I-am spus că pariez că și-ar fi dorit să fie mama ei acolo să vorbească cu ea. Am văzut o lacrimă în ochii ei sau mi-am imaginat? Am stat lângă ea o oră, în caz că voia să vorbească. Nu a vrut.

Am urmat-o pe Emma în spațiul pentru TEC. A fost dusă și atașată de un scaun înclinat spre spate, ca să nu alunece. Procedura a decurs lin. Anestezistul a confirmat că a avut o convulsie „bună“. Unii pacienți, mai ales cei catatonici, răspund de la primul tratament. Uneori nici nu au nevoie de mai mult. În astfel de circumstanțe, e greu să-ți dai seama dacă este un răspuns fiziologic la anestezie, la TEC sau un răspuns psihologic la toată drama.

În zona de recuperare, echipa TEC i-a verificat semnele vitale și a încercat să o trezească încetitor. I-am avertizat că, de obicei, nu spune nimic. Stătea nemișcată pe măsură ce i se regulariza respirația. Pleoapele i s-au zbatut și ochii i s-au deschis privind drept înainte.

— Emma, ești bine? a întrebat-o asistenta, plimbându-și mâna prin fața ochilor ei.

Apoi a făcut un gest de parcă voia să o lovească peste ochi.

Emma a clipit, dar nu și-a schimbat direcția privirii.

— Gata, te-ai descurcat minunat. Tatăl tău este afară; îi spun că te poate vedea în salon peste câteva minute.

Emma nu a avut nicio reacție; nici următoarea dată, nici următoarea, nici

următoarea. Stabiliserăm că protocolul era de șase ședințe TEC și, dacă nu era nicio ameliorare, ne opream acolo.

Cel de-al cincilea tratament a fost dus la capăt la fel ca celelalte. În depresia majoră, de obicei se văd efecte după primele patru sau cinci ședințe. Mă aflu în zona de recuperare. Emma se trezea din anestezie; tușea ca să elimine secreții din plămâni. Asistenta C îi ridicase căpătâiul patului, ca să poată sta în șezut. Emma a deschis ochii și, pentru prima dată, m-a privit în ochi. Era ca și cum șocul electric trecuse de la ea la mine.

— Emma, ești cu noi? am întrebat-o, uluit.

— Unde sunt? Ce zi este? a întrebat ea răgușit, apoi a început să tușească iar.

Asistenta i-a dat un pahar cu apă, pe care l-a ținut cu ambele mâini și l-a dus la gură. L-a înghițit în întregime, apoi s-a aplecat în față, alertă. Asistenta s-a uitat la mine și eu înapoi la ea. Ochii ni se lărgiseră; inima îmi bătea cu putere.

— Tocmai ai avut TEC, este miercuri și... iată-te aici. Cum te simți?

Emma s-a uitat în jur.

— Apropo, mă numesc...

— Știu cine ești. Sper că știi că nu durează.

— De ce nu?

— Este doar o reacție de luptă sau fugi din cauza stresului la care m-ai supus. Asta va reactiva virusul din corpul meu și o să fie mai rău.

Îmi suna familiar.

— Dar vorbești, te miști, poți să înghiți. Nu e minunat?

— Da, dar nu mă simt ca și cum aș fi cu adevărat eu și, oricum, o să plătesc pentru asta mai târziu.

Și-a arcuit spatele și și-a pus mâna pe coapsă, strâmbându-se de durere.

— E bine să vorbești totuși, mă aventurez eu.

— Probabil.

— Sigur că te vei simți puțin slăbită și înțepenită. Ai stat culcată pe spate un an întreg! Înțeleg că ești îngrijorată că ai un virus care îți afectează sistemul nervos și că, dacă folosești prea multă energie acum, e posibil să cauzeze daune mai mari. Dar ce ar fi să încercăm o idee alternativă: dacă virusul a fost scos din corpul tău cu ceva timp în urmă și acum tu nu trebuie decât să începi, încetul cu încetul, să te miști și să te reconectezi cu corpul tău?

— Prostii.

— Gândește-te la asta.

Asistenta a intervenit.

— Hai să te ducem în salon și veți continua conversația acolo. Emma, ne vedem vineri.

Emma a zâmbit salutând cu un gest regal.

Nu prea era capabilă să stea în picioare —îi erau slăbite —, dar a reușit să se așeze într-un scaun normal cu rotile. Prima persoană care a întâmpinat-o în secție a fost Christiana, aflată în plin avânt de igienizare. A avut o reacție întârziată: Dum...ne...zeu...le... Aruncându-și mănușile și șorțul, a tras-o pe Emma către pieptul ei generos, aproape înăbușind-o. Christiana vărsa lacrimi de bucurie. Apoi, luându-i Emmei fața în mâini, i-a spus: „Doamne, ce frumoasă ești. Mulțumesc lui Dumnezeu“.

Echipa i-a telefonat lui Charles, care era la serviciu. Nu simțise nevoia să treacă pe acolo de la prima ședință de TEC. „Veniți repede“, i s-a spus, „nu e nimic rău, doar veniți repede.“ După ce mi-am terminat consultațiile, m-am întors în secție și mi-am băgat capul pe ușa laterală a rezervei Emmei. Stătea în șezut pe pat, cu tatăl ei alături și se uitau pe un album de fotografii, vorbind încetisor și ronțând ciocolată. Charles mi-a spus că dăduseră și de Miranda, care tocmai telefonase, dar nu putea să vină. Totul era emoționant (o ținea de mână). Vorbind pentru amândoi, a spus că erau obosiți și că Emma avea nevoie de odihnă.

Raportul zilei următoare spunea că Emma dormise bine. Dimineața stătuse în pat și mâncase niște iaurt la micul dejun. Tatăl ei îi făcuse o vizită scurtă. Emma a vorbit cu personalul din tura de zi și cu echipa de terapeuți, care erau pur și

simplu uimiți și au conceput rapid un nou program de rehabilitare bazat pe creșterea graduală a activităților, dar cu suficient timp pentru a discuta temerile de recădere și pentru a evita ciclul de creștere–recesiune. Ea a cerut apoi să fie lăsată singură și, pe măsură ce ziua scădea, părea că se cufundă în starea ei de dinainte. M-am întors la cabinet puțin dezumflat, dar știind că mă aflu pe drumul cel bun. Mi-am verificat poșta electronică. Un mesaj era de la Charles. Nu îmi mai scrisese înainte. Mesajul era clar: Emma îi spusese în seara anterioară că nu mai vrea TEC și că acel tratament trebuie să înceteze.

După ce mi-am consultat colegii, i-am răspuns lui Charles că Emma nu obiectase către mine sau către vreunul dintre membrii echipei și că azi nu poate comunica. I-am spus că tratamentul este aprobat legal și că vom continua. M-am oferit să-l întâlnesc din nou să discutăm problema în acea seară.

Era vineri, altă ședință de TEC; ședința cu numărul șase. A mers ca înainte. Din nou, miraculos, Emma s-a trezit privindu-mă în ochi imediat ce și-a venit în simțiri și era gata să pună întrebări. De data aceasta aveam lângă mine o parte din echipa terapeutică, pentru a vedea și ei transformarea și să-i adreseze propriile întrebări.

— Iată-ne din nou, a început Emma.

— Într-adevăr. În primul rând, e adevărat că i-ai spus tatălui tău că nu mai vrei TEC?

— I-am spus că nu va funcționa. Că era doar un răspuns la stres.

— Nu este același lucru.

— Puteți face ce vreți. Nu ține de mine. Nu am niciun control.

Unul dintre terapeuți a preluat discuția.

— Emma, ascultă: dacă vrei cu adevărat să încetăm TEC, spune-ne acum, dar dă-ne măcar un motiv.

— Nu are sens să discutăm. Nu ați auzit că nu există liber-arbitru? Suntem doar niște mașinării. Lăsați-mă să stau întinsă.

A zâmbit, și-a întors capul și a închis ochii.

Ceva mai târziu, fizioterapeutul, terapeutul ocupațional și cu mine ne-am dus împreună să o vedem. Reușise să facă câțiva pași cu ajutorul a două persoane care o susțineau — alt moment istoric. Terapeuții sperau că pot să stabilească niște scopuri, cum ar fi ridicatul din pat, spălatul, hrănirea, toaleta și așa mai departe. Avuseseră o discuție lungă, dar miezul acesteia era atitudinea Emmei, care afirma că nu poate face aceste activități, recitând posibilele efecte nocive ale acestora asupra sănătății sale. Totuși au reușit să scoată de la ea câteva preferințe: ceaiul fără lapte; nu voia să fie plantată în fața televizorului pe timpul zilei; terapeuții urmau să vină să o vadă la anumite ore și să nu apară când vor ei; să îi ceară tatălui să aducă anumite haine și peria ei de păr; dacă cineva insista să aibă radioul deschis, ea prefera să fie Radio 4 (știri), și nu Radio 2 (chestii ușurele). Am întrebat dacă să continuăm să îi vorbim când nu părea că poate vorbi. A spus, neconvinsă, că nu o deranjează. Dar muzica? Dacă nu îi place Radio 2, ce fel de muzică preferă?

„Muzica tăcută.“

După ce Charles a terminat vizita la Emma, a venit în camera de consultații. Părea epuizat și palid.

— Cum e? îl întreb.

— Bine. Mi-a spus că a avut o grămadă de întrevederi astăzi, deci nu am vrut să o stresez.

— Dar ați fi preferat să nu fi avut TEC și să nu poată nimeni vorbi cu ea...

— Nu e ceea ce prefer eu, ci ceea ce vrea ea.

Am încercat să mă stăpânesc.

— Aș vrea să vă spun că am fost uluit de Christiana, una dintre infirmierele noastre, care o știe pe Emma de vreo trei luni. A izbucnit în plâns când a văzut-o miercuri. În vreme ce dumneavoastră, tatăl ei, îmi trimiteți un e-mail tăios în

care spuneți că nu mai e cazul să i se facă TEC, singurul tratament care i-a redat glasul, după un an. Nu credeți că este cam... ciudat?

— Îmi cer scuze dacă a fost tăios. Vă apreciez pe dumneavoastră și pe cei de aici care încearcă să facă tot ceea ce cred că este mai bine pentru Emma. Credeți-mă, prețuiesc fiecare minut cu ea, de teamă că nu va dăinui.

Ne-am uitat unul la altul.

— Apropo, o perioadă nu mai pot veni. Trebuie să petrec ceva timp în spital, pentru niște analize, sper că nu e ceva serios.

I-am spus că regret să aud acel lucru și l-am condus la ușă.

Am solicitat și ni s-a acordat permisiunea de a aplica o altă tranșă de șase TEC. A apărut un tipar. La începutul fiecărei ședințe, Emma era la fel: tremura, era tăcută și lipsită de reacție. Și efectul a fost același: imediat ce se trezea din anestezie, Emma mă privea în ochi și începea conversația — deși uneori într-un mod eliptic și enigmatic —, dar durata și efectele au devenit din ce în ce mai scurte.

Tratamentul cu numărul opt a fost neobișnuit. Anestezistul a fost înlocuit. După ce i s-a administrat intravenos anestezicul, pulsul Emmei a devenit mai rapid, obrajii i s-au înroșit, deci nu i s-a mai administrat TEC. Era clar o reacție alergică și a reieșit că i se dăduse un alt anestezic. Emma nu a vorbit deloc și nu a dovedit niciun fel de stare de conștiință după ceea ce fusese un fel de „fals TEC“. După tratamentul cu numărul nouă, a vorbit din nou, a spus câteva cuvinte, apoi a alunecat într-o stare de somn. S-a trezit ulterior, dar a privit drept înaintea și nu a făcut niciun efort să comunice. După ședința a zecea a spus doar „Bună“; după tratamentul unsprezece, nimic; tratamentul doisprezece, din nou, nimic. O schimbare ce s-a menținut deopotrivă înainte și după tratament a fost abilitatea de a tolera să stea în șezut și chiar să stea în picioare.

Nu am propus mai departe TEC. Fizioterapeuții erau mulțumiți cu mobilitatea ei

crescută, ceea ce însemna că nu risca escare sau pneumonie. Și eu, și alții am petrecut mult timp vorbind cu ea, preluând lucruri pe care le spusese, încercând să le clarificăm. Ce însemna că nu există liber-arbitru? Era ceva din experiența ei sau vreo filosofie prinsă din zbor de la Radio 4? Era o dovadă de psihoză? I-am dat mesaje pozitive despre sănătate, infecții virale și imunitate, dar și despre importanța activității fizice pentru mușchi și articulații. Nu au avut niciun impact vizibil.

Nimeni nu îi ducea lipsa lui Charles, dar într-o seară, la mai bine de două luni de la ultima noastră conversație, a apărut din senin. După spusele celor din tura de noapte, arăta groaznic. Pierduse cam 12 kilograme. Îi căzuse părul și tenul îi era palid. Le-a spus că a venit să-și ia adio de la Emma. Cancerul revenise și urma să meargă la un cămin. Mai avea doar câteva săptămâni de viață.

Transportarea Emmei la înmormântare a fost o provocare logistică, implicând ambulanțe, rampe, scaune cu roțile și o grămadă de oameni care să o asiste. Nu ne dădeam seama dacă vrea să meargă, dar am hotărât că ar trebui să presupunem că vrea. Au venit și câțiva prieteni vechi. Au vorbit despre spiritul civic al lui Charles, despre simțul datoriei pe care acesta îl avea și despre stresul insuportabil pe care îl îndurase (fără îndoială, acesta îi provocase revenirea cancerului) din cauza bolii fiicei sale și a tratamentului de nedescris pe care aceasta îl îndurase din partea psihiatrilor. Emma, aflată în spatele încăperii, nu a dat niciun semn că e conștientă de ceea ce avea loc împrejurul ei.

Mai târziu, șeful secției și-a amintit că, în cazurile anterioare în care exista o relație foarte complicată între un părinte și un copil adult cu o tulburare mentală gravă, moartea părintelui fusese uneori un semn al unui nou avânt în viața fiicei sau a fiului. „Unde este moarte, este speranță“, a glumit el, încercând să însenineze atmosfera.

Câțiva ani mai târziu, Emma se găsește în aceeași stare. De ce? Poate că tânjește după mama ei; poate că a fost spălată pe creier de către tatăl ei, pe care îl iubește sau îl detestă; are o formă rară de catatonie sau depresie care răspunde la TEC; are o infecție virală cronică a creierului pe care biomedicina nu o recunoaște; are o boală cerebrală invizibilă pentru scannerile actuale; acționează în acord cu niște credințe despre boală la care ține morțiș, dar care sunt greșite; protestează; e furioasă...

O idee posibilă, ce nu poate ține totuși loc de explicație, vine dintr-un articol de revistă despre un caz de refuz persistent care a fost întâlnit în Suedia sau, cum e numit, un caz de „resemnare“, descris de jurnalista Rachel Aviv de la New Yorker⁹². Acesta spune povestea lui Georgi, venit din Rusia la vârsta de cinci ani alături de familia sa care a cerut azil împotriva persecuției religioase. Au luptat șase ani ca să rămână. Când a fost evident că cererea lor a fost refuzată, Georgi a dezvoltat această problemă, căzând într-o stare de inerție și pasivitate care a durat aproape un an. În final, familia a câștigat apelul și, încetul cu încetul, după câteva săptămâni, Georgi a început să se recupereze, inițial doar deschizând ochii, apoi începând să mănânce, să bea, să vorbească și să se miște normal. Când a fost întrebat despre experiența lui, retrospectiv, a spus că totul a început ca o formă de protest: de ce să mai mergă la școală dacă nu urma să trăiască și să muncească în acea țară? Protestul păruse apoi a căpăta „o energie proprie“, în vreme ce voința lui se împuțina.

De ce este Emma în această stare? Adevărul este că nimeni nu știe.

⁷³ [Monti, M.M., Laureys, S. și Owen, A.M., „The Vegetative State“, British Medical Journal, 2010, 341:c3765.](#)

⁷⁴ [Bateman, D.E., „Neurological Assessment of Coma“, Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, 71, \(Suppl I\), 2001, pp. 113–17.](#)

⁷⁵ [Hume Adams, J., Graham, D.I. și Jennet, B., „The Neuropathology of the Vegetative State After and Acute Brain Insult“, Brain, 123, 2000, pp. 1327–1338 \(studiu care stă la baza Scalei de comă Glasgow\).](#)

⁷⁶ [Jean-Dominique Bauby, Scafandru și fluturele, traducere de Lidia Bodea, București, Humanitas, 2008. \(N. red.\)](#)

[77 Monti, et al., „The Vegetative State“, 341:c3765.](#)

[78 Owen, A.M., Coleman, M.R., Boly, M. et al., „Detecting Awareness in The Vegetative State“, Science, 313, 2006 pp. 1402.](#)

[79 Testul eponim a fost conceput de Alan Turing \(Turing, A.M., „Computing Machinery and Intelligence“, Mind, LIX \(236\), 1950, pp. 433–460, doi.org/10.1093/mind/LIX.236433\). El a spus că, dacă o mașină sau dispozitiv de calcul \(sau martor\) e capabil să răspundă la întrebări într-un fel care nu diferă de un interogatoriu făcut de o ființă umană, atunci mașina respectivă poate fi considerată conștientă. În vreme ce Turing a expus slăbiciunile și punctele tari ale afirmației sale în lucrare și, deși aceasta a fost analizată și în mare parte modificată de atunci, merită amintit un schimb imaginar pe care el l-a folosit ca ilustrare:](#)

Interogator: În primul vers al sonetului care spune: „Cu o zi a verii poate să te aseamăn“, oare „o zi a primăverii“ nu ar fi un termen la fel de potrivit sau chiar mai bun?

Martor: Prea multe silabe.

Interogator: Dar „o zi a iernii“? Numărul de silabe corespunde.

Martor: Da, dar nimănui nu îi place să fie comparat cu o zi de iarnă.

Interogator: Ai spune că domnul Pickwick îți amintește de Crăciun?

Martor: Într-un fel.

Interogator: Totuși Crăciunul e o zi de iarnă și nu cred că domnul Pickwick ar fi deranjat de comparație.

Martor: Nu cred că vorbești serios. Spunând „o zi de iarnă“, spui o zi obișnuită, nu una specială, cum e Crăciunul.

Majoritatea oamenilor ar spune că Martorul din acest caz e o ființă umană, pe baza poate falsă a faptului că împărtășește modul de înțelegere a unor referințe culturale și literare, a unui stil discursiv retoric și, nu în ultimul rând, a simțului umorului.

⁸⁰ [Jaspers, T., Hanssen., G.M.J., van der Valk, J.A. et al., „Pervasive Refusal Syndrome as Part of the Refusal-Withdrawal-Regression Spectrum: critical review of the Literature Illustrated by a Case Report“, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 2009, pp. 645–51. Există o serie de variante ale sindromului, ce apar în contexte culturale diferite. De pildă, a existat un val de cazuri consemnate în Suedia, cunoscute sub numele de Uppgivenessyndrom sau sindromul renunțării \(Sallin., K., Lagercrantz, H., Evers., K., et al., „Resignation Syndrome: Catatonia? Culture Bound?“, *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 2016, 10:7, doi:10.3389/fnbeh.2016.00007\), în contextul prelungirii perioadei de cerere de azil, când familiile așteaptă să afle dacă au dreptul să rămână. Acest fapt a provocat un răspuns politic polarizat, unii spunând că mamele își manipulează copiii să se comporte în acest fel, ca mijloc de șantaj emoțional pentru stat, în vreme ce alții l-au văzut ca pe un răspuns disperat al unor copii traumatizați \(a se vedea Bodegård, G., ‘Comment on the Paper „Pervasive Refusal Syndrome \(PRS\) 21 Years On: A Reconceptualization and Renaming“’, de Ken Nunn, Bryan Lask și Isabel Owen. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 2014, pp. 179–1781\). Altă variantă posibilă este Hikikomori, descris prima dată în Japonia la câțiva ani după SRP, ca afectând mai mult tineri băieți care se retrag total din interacțiunea socială și care ies ocazional doar la presiunea altora, mai ales a părinților. Din nou, în explicarea fenomenului au apărut vederi polarizate — totul de la lene la jocuri video și internet până la abuz mascat \(Koyama, A., Miyake, Y., Kawakami, N., et al. „Lifetime Prevalence, Psychiatric Comorbidity and Demographic Correlates of Hikikomori în a Community Population in Japan“, *Psychiatry Research*, 176, 2010, pp. 69–74\).](#)

⁸¹ [Lask, B., Britten, C., Kroll, L., et al., „Children With Pervasive Refusal“. *Archives of Diseases of Childhood*, 66, 1991, pp. 866–869.](#)

⁸² [Medicina este plină de „excepții care confirmă regula“. O astfel de excepție este „coma alfa“, care descrie prezența undelor alfa la un pacient comatos — dar ritmul tinde să vină dintr-o arie cerebrală diferită, dintr-o zonă mai anterioară, și nu dispăre când ochii sunt deschiși.](#)

⁸³ [Neurofiziologii numesc acest fenomen „paradigma stimulului discordant“ \(oddball paradigm\).](#)

⁸⁴ [Balconi, M., „State of Consciousness and ERP \(Event-Related Potential\) Measures. Diagnostic and Prognostic Value of Electrophysiology for Disorders](#)

of Consciousness“, Neuropsychological Trends, 10, 2011, pp. 43–54.

⁸⁵ Vezi notița referitoare la catatonie („Catatonie este un termen larg ce definește un grup de comportamente motorii bizare...“)

⁸⁶ McFarland and Company, Jefferson, North Carolina, 2012

⁸⁷ Freeman, C.P. și Kendell, R.E., „ECT: Patient’s Experiences and Attitudes“, *British Journal of Psychiatry*, 137, 1980, pp. 8–16.

⁸⁸ Rose, D., Wykes, T., Leese, M. et al., „Patients’ Perspectives on Electroconvulsive Therapy: Systematic Review“, *British Medical Journal*, 326, 2003, p. 1363.

⁸⁹ Luty, J., „Controversial Treatments in Psychiatry“, *British Journal of Psychiatry: Advances*, 23, 2017, pp. 169–178.

⁹⁰ „Electroconvulsive Therapy (ETC): The Clinical Effectiveness and Cost Effectiveness of Electroconvulsive Therapy (ETC) for Depressive Illness, Schizophrenia, Catatonia and Mania“, (Anglia: National Institute for Health and Care Excellence, 2003, TA59; modificat 2009)

⁹¹ Singurul studiu credibil este cel de tip randomizat controlat dublu-orb, în care nici participantul și nici cercetătorul nu știu cine primește tratamentul adevărat și cine primește placebo și unde placebo în situația de față este un „fals TEC“, adică pacientul este anesteziat total, dar nu primește șocul — și asta în mod repetat, pentru 6 sau 12 sau oricât de multe ședințe. În plus, nicio companie farmaceutică bogată nu-și va spori veniturile după dovedirea eficacității TEC, deci costul unui studiu ideal (câteva milioane de lire) ar fi suportat în întregime de un serviciu de sănătate finanțat din fonduri publice sau de un grup de cercetare.

⁹² Aviv, R. (27 martie 2017). Letter from Sweden: the Trauma of Facing Deportation (online) (www.thenewyorker.com/magazine/2017/04/03/the-trauma-of-facing-deportation).

Suntem o familie

O ieșire în familie la Pizza Express trebuia planificată ca o operațiune militară.

Pasul 1: telefon pentru rezervarea mesei de patru persoane (lângă ieșire) la ora 18:00 fix (când nu e prea multă lume).

Pasul 2: mama este lăsată la restaurant la 17:59; face comanda, care include o pizza pepperoni, o Coca-Cola mare (fără gheață), o prăjitură de ciocolată.

Pasul 3: tata dă o raită în jurul clădirii cu Leo (11 ani) și Christopher (15 ani) pe bancheta din spate, până când telefonul semnalează că a sosit comanda.

Pasul 4: întoarcerea la restaurant, parcare, așezarea la masă, mâncat rapid, lăsat bani lichizi (inclusiv un bacșiș generos), ieșire împreună.

Familia învățase destul de rapid, în urma unor experiențe amare, că era singura variantă prin care pot avea o seară împreună fără a da naștere unei scene de proporții. Leo pur și simplu nu putea să aștepte liniștit la masă până la venirea mâncării, ori nu era ce trebuie, ori erau prea mulți oameni care făceau tărăboi. Începea să se agite, țipa „pepperoni cola fără gheață“ iar și iar. Situația escalada până când se pocnea singur în cap cu ambii pumni și se smiorcăia. Oamenii priveau, clătinau din cap, unii cu înțelegere, iar alții mormăind: „penibil“.

Leo avea autism; nu tulburare de spectru autist, ci autism propriu-zis. Este o

tulburare de dezvoltare neurologică persistentă și severă, care afectează și structura, și funcția creierului, mai cu seamă comportamentul social și comunicarea. Probabil că are o origine genetică, dar nu știm exact. Mersul la cinema nici nu merita luat în calcul. Nimeni dintre prieteni nu îi invita nicăieri și pizza părea să fie singurul lucru care îi plăcea lui Leo. Sistemul funcționa și reușea să îi scoată din casă, ceea ce era bine și pentru Christopher.

Contrastul cu Christopher făcea boala lui Leo și mai dezolantă, mai ales când erau luate în calcul jaloanele obișnuite de dezvoltare. Primul zâmbet, primii pași, primele cuvinte — Leo fusese mult în urma lui Christopher. Fusese diagnosticat în jurul vârstei de trei sau patru ani și mergea la o școală specială. Sfârșitul de săptămână și serile erau cu deosebire dificile. Tatăl băiatului era profesor la gimnaziu și șef de catedră; mama era asistentă medicală și lucra adesea în schimburi. Christopher avea o relație bună cu Leo. Era foarte răbdător, relaxat și știa rutina lui Leo. Se jucau pe computer sau se uitau la clipuri video, nu neapărat împreună, dar în aceeași cameră.

Christopher nu se plângea niciodată, dar erau momente când părea retras. Deși avea note mult peste medie și era bun la sport — era destul de dezvoltat pentru vârsta lui și era portar al echipei de fotbal — uneori chiulea și rătăcea pe terenul din vecinătate. Niște băieți îl convinseseră să cumpere țigări și unii dintre cei mai mari îl făcuseră să cumpere alcool cu un act de identitate fals. Începuse să fumeze, ceea ce era o prostie, pentru că avea crize ocazionale de astm. Cel mai rău dintre toate, începuse să fure bani din geanta mamei ca să cumpere țigări.

Într-o vineri își aranjase să meargă la cinema cu câțiva prieteni de la școală. Tatăl lor era plecat câteva zile în nord, într-o vizită la fratele lui. Mama spusese că va reveni devreme din schimbul de zi, deci nu ar fi fost nicio problemă să aibă el grijă de Leo. Cu toate acestea, sunase în jurul orei 5 după-amiază ca să anunțe că mai rămâne, pentru că nu era destul personal la spital.

— Dar am stabilit că ies și eu, măcar o dată!

— Îmi pare rău, e unul dintre acele lucruri inevitabile. O să fiu acasă la nouă. Și nu mai fi egoist, i-a spus mama lui, pierzându-și răbdarea.

Nici ea nu avea o zi prea bună.

Christopher s-a îmbufnat și a intrat în dormitor trântind ușa, ignorându-l pe Leo, care cerea ceva de mâncare. Mama celor doi băieți ajunse acasă puțin după ora

nouă, așa cum promisese, și îl găsi pe Leo scâncind la intrare. Christopher, care așteptase în hol îmbrăcat în hanorac, o ștersese înainte ca ea să aibă șansa de a se scuza.

Regula casei prevedea ca băiatul să se întoarcă înainte de ora 10 seara. Trecuse de 11 și mama lor începuse să se îngrijoreze. Apoi miezul nopții. Nu răspundea la telefon. Nu știa ce să facă. O parte din ea voia să cheme poliția, dar probabil că băiatul rățacea prin împrejurimi.

Abia după 1 noaptea, băiatul a intrat în casă împiedicându-se și a luat-o în sus pe scări. Hainele atârnav pe el, avea încălțăminte murdară și puteai să miroși de la distanță duhoarea de alcool ce venea dinspre el. Se îndreptă direct către baie, fără să răspundă la întrebările mamei, și vomită în closet. Duminică seara, ambii părinți erau acasă și îl luară la întrebări. Era clar că pierde busola și ei nu aveau de gând să stea cu mâinile în sân. De ce chiulise? Uita că are examene anul următor? Furase bani? Christopher devenise negru de supărare, plângând și țipând în apărarea lui, și începu să tremure incontrolabil. Leo, între timp, se ghemui într-un colț. Sancțiunile erau dure, urma să fie pedepsit. Nici vorbă să i se permită să meargă la Amsterdam în turul de fotbal regional al școlilor de la mijlocul trimestrului.

În dimineața următoare, Christopher nu voia să se pregătească de școală. Tușea și respirația îi era șuierătoare. Încă tremura. Mamei i se făcu milă de el. Poate că făcuse o bronșită stând toată noaptea în frig. Dădu telefon la școală să anunțe că băiatul va lipsi. De fapt, nu mai ajunse la școală toată săptămâna.

Mama lui Christopher îl duse la medic, care crezu că băiatul are o bronșită și îi prescrise antibiotice. Respira cu greutate, dar nu părea să fie astm. Tremuratul era ceva ciudat și era de natură să-i sperie. Mâna dreaptă a lui Christopher se mișca dintr-o parte în alta imprevizibil și de o manieră neregulată. Era o mișcare foarte variabilă. Uneori se oprea, mai cu seamă când băiatul avea atenția distrasă, și chiar când era activ nu părea să interfereze cu activități precum mâncatul sau îmbrăcatul. Medicul se întreba dacă flăcăul nu folosea inhalatorul pentru astm

cam prea des, acest fapt putând să ducă la tremur, deși părea mai degrabă că era hiperventilat.

După o săptămână, termină tratamentul cu antibiotice. Respira mai bine, dar încă tremura. De fapt, Christopher începu să se plângă că mâna lui dreaptă era slăbită și la fel și piciorul drept. Doctorul îl examinează și nu găsi nimic anormal. Brațele păreau egal de puternice când i se ceruse să le țină încordate în fața sa, în vreme ce medicul încerca să i le apese în jos, dar brațul drept dintr-odată cedă și făcu o mișcare laterală. Reflexele erau normale și la fel pe ambele părți, sugerând că nervii care veneau din creier pe coloana vertebrală erau intacti. Familia oscila între grijă și enervare. Oare fuseseră prea duri cu Christopher? Sau poate doar juca teatru? Totul fusese foarte supărător, iar el nu avusese ocazia să se explice. Credeau că va trece totul și dacă mai făceau tapaj doar s-ar fi exacerbât problema; cu toate acestea, lucrurile nu mergeau mai bine. În final, a fost trimis la un pediatru la spitalul local. Doctorița era deopotrivă îngrijorată și uluită. Simptomele lui neurologice păreau să se agraveze — acum mergea cu un șchiopătat pronunțat —, dar, în timp ce tremuratul nu semăna cu nimic din ceea ce știa ea, putea să fie o tulburare motorie rară, precum coreea copilăriei (din verbul grecesc care înseamnă „a dansa“). Deja lipsise mult de la școală. Doctorița a hotărât să-l interneze în spital pentru investigații suplimentare. Acestea includeau teste de sânge, scanare cerebrală și radiografiile ale coloanei vertebrale, precum și o puncție lombară (PL), ca să obțină lichid cerebrospinal (LCS), care putea fi examinat pentru a căuta în primul rând o inflamație la nivelul sistemului nervos.

În momentul când a fost internat, Christopher mergea deja cu un cadru și avea nevoie de ajutor la spălat și îmbrăcat. Mama și tatăl lui îi oferiseră îngrijirea suplimentară, chinuți de vinovăția de a fi reacționat prea dur la comportamentul obraznic, dar nicidecum scandalos al fiului lor. Se simțeau rușinați și, în calitate de salariați ai sistemului public, erau deciși ca „prostia lor“ să nu împovăreze sistemul. Aveau de gând să-și asume consecințele propriilor acțiuni. Scanarea cerebrală și radiografiile erau normale, ceea ce era foarte liniștitor; asta însemna că nu era vorba de nicio tumoare și nimic nu apăsa pe coloana vertebrală. Apoi urma puncția lombară, o procedură de rutină, dar care cauzează disconfort pacientului și cere ceva îndemânare din partea medicului. Pacientul, dezbrăcat până la chiloți, stă pe patul de examinare pe partea stângă, ghemuit ca o minge. Pielea este curățată cu un antiseptic. Asistenta înfășoară partea inferioară a spatelui cu o foaie sterilă, cu o gaură pătrată în mijloc, care este poziționată peste coloana lombară. Doctorul stă pe un scaunel în spatele pacientului și palpează

coloana vertebrală, ca să găsească șanțul mic dintre ultimele două vertebre ale coloanei, exact deasupra pelvisului. O zonă mică este injectată cu anestezic local; uneori pacientul tresare puțin, dar durerea este minimă. Apoi medicului i se înmânează acul pentru PL. El verifică din nou zona-țintă și spune ceva de genul: „Acum vei simți un pic de presiune...” Acul ar trebui să alunece ușor, ocolind obstacolul osos. Se trage pistonul și, dacă toate merg bine, după câteva secunde, primele picături de LCS, având culoarea și consistența vinului alb, ar trebui să iasă de la capătul acului și să curgă încet în recipientele de dedesubt, ca să fie trimise la laborator.

Psihiatrii nu aplică astfel de proceduri. Când eram medic rezident și lucram la neurologie, îmi plăcea să fac PL și mă consideram expert. O dată mi s-a cerut de către medicul specialist să fac o puncție lombară unui bărbat de vreo 40 de ani care fusese internat cu dureri de cap bruște și severe și care era în acel moment amețit și cu gâtul înțepenit. CT-ul nu arătase prea multe și uzanța în acele vremuri era să faci o puncție lombară, ca să vezi dacă are vreun anevrism sau meningită. Înconjurat de studenții la asistență medicală, încercam să-mi atrag admirația publicului. Injectasem anestezicul local, am luat acul de puncție lombară și, spre beneficiul publicului meu, am spus ce urma să fac. În acel moment, pacientul dădu drumul unui vânt prelungit și bubuitor. „Scuze!!!“, am răspuns eu, cu indignare evidentă. Asistentele chicoteau. Mi-a luat câteva secunde ca să-mi dau seama că pacientul tocmai dăduse drumul ultimului său sunet. Anevrismul era probabil să cedeze din moment în moment și, cum pacientul probabil se încordase pentru procedură, se rupsese. Nu cred că eu am fost cel care i-a cauzat moartea, dar nu pot trece peste rușinea atitudinii mele deșarte și idioate. Am încetat să mai fac PL după acest eveniment.

Pentru puncția lombară a lui, Christopher era agitat și greu stătea locului. Mâna îi tremura. Era musculos și puțin supraponderal, deci era greu să găsești locul exact între vertebre unde să înfigi acul. Când acul cu anestezic local (nu mai mare decât un bold) a intrat, corpul lui s-a torsionat înainte, aproape căzând din pat. Medicul rezident nu se simțea prea stăpân pe sine însuși. A împins cu ezitare acul de puncție lombară — uitând să-l avertizeze pe Christopher. Christopher s-a

îndreptat ca din reflex, făcând mult mai dificilă inserția acului între vertebre. Cu acul pe jumătate inserat, doctorul și asistenta au încercat să-l pună pe Christopher înapoi în poziția corectă, cerându-i să încerce să stea nemișcat.

Medicul a introdus acul mai adânc, dar a dat de os. Christopher a gemut. Acul a fost retras. Un fir de sânge a ieșit din locul puncției. Asistenta a încercat să-l liniștească pe Christopher și i-a spus că se descurca foarte bine; nu prea reușiseră de prima dată, dar aveau să mai încerce o dată, peste un minut. Și au încercat. A fost și mai rău. Christopher se zvârcolea încă de dinainte ca medicul să insereze acul. I s-a injectat mai mult anestezic local. Acul de puncție lombară părea să fi intrat. Doctorul a tras de piston și a așteptat. Niciun fluid. Au abandonat procedura. Doctorul a chemat apoi medicul de gardă, colegul său mai experimentat, care a fost de acord să treacă mai târziu și să repete procedura. Chiar și medicul de gardă, care probabil că făcuse sute de astfel de proceduri, tot a încercat de vreo două ori înainte să reușească. Fusesse o „puncție traumatică“, însemnând că fluidul a fost contaminat de sângele din țesuturile penetrate de ac pe traseu, ceea ce este aproape acceptabil, dar nu ideal, pentru analize. Toată lumea era ușurată, mai puțin Christopher. Medicul i-a spus că se descurcase extraordinar și că ceea ce era mai greu trecuse, dar el era o epavă tremurătoare.

Tot corpul îi tremura. Cu intervale mai intense și mai scăzute, a continuat astfel timp de câteva ore. Începuse să se plângă de dureri atroce în spate și spunea că nu își poate mișca picioarele. Medicul rezident a fost chemat să-l vadă, neliniștit că ar fi putut fi o complicație a puncției lombare. Singura explicație pentru așa ceva era o tumoare pe creier. Ea ar fi putut crea presiune în interiorul craniului și, când presiunea a fost relaxată cu puncția, creierul s-ar fi mișcat în jos în interiorul craniului, cauzând daune ireparabile. Dar nu era posibil, pentru că tomografia cerebrală, care fusesse făcută înainte de puncția lombară tocmai pentru a evita asemenea complicație, era în regulă.

O electroencefalogramă de urgență a fost cerută, doar spre a verifica dacă tremuratul nu vine de la vreo formă de criză epileptică. Analiza arăta activitate cerebrală normală, dar acest rezultat era estompat de starea de agitație a lui Christopher („artefact al contracției musculare“). Medicul specialist a fost și el chemat și l-a examinat pe Christopher în persoană, îngrijorat și el că a greșit cu ceva. Nu putea să-și explice reacția lui Christopher decât ca pe o consecință psihică a fricii de puncția lombară, crescută de repetarea procedurii și de durere. Dar aceasta nu era o explicație bună pentru faptul că băiatul pierduse dintr-odată capacitatea de a-și folosi picioarele. Încă se mai putea discerne o mișcare și

Christopher putea să stea în picioare și să se răsucescă în pat, ceea ce nu ar fi putut face dacă picioarele i-ar fi fost total paralizate.

Medicul specialist s-a întors la Christopher în ziua următoare și i-a făcut o examinare completă. Nu-și putea explica deteriorarea stării sale prin niciun mecanism fizic. Analiza lichidului cerebrospinal arăta normal. Un psiholog clinician a fost chemat și a discutat cu băiatul pe parcursul a câteva ședințe, individual și împreună cu familia. A dat telefon la școală și a vorbit cu medicul de familie. După câteva săptămâni, psihologul a venit cu un dosar detaliat, ce avea la bază un diagnostic prezumtiv de „tulburare de conversie“. El explica apariția acesteia ca pe un rezultat, cel puțin parțial, al unui conflict psihologic manifestat ca dizabilitate neurologică. Raportul specula că simptomele reflectau de fapt dificultatea lui Christopher de a se adapta situației sale: resentiment pentru atenția sporită pe care o primea Leo; dificultatea de a se ridica la înălțimea așteptărilor părinților; neîmplinire la școală; griji legate de sănătate (astm și kilograme în plus). Toate acestea culminaseră în acea seară nefastă de vineri, când Christopher a „învățat“, probabil inconștient, că poate să evite presiunile familiei, ale școlii și ale colegilor agresivi, devenind bolnav. Și apoi fusese puncția lombară. În timp ce niciunul dintre acești factori nu sunt în sine ieșiți din comun, se adună, în viziunea psihologului, pentru a constitui o cauză suficientă a dizabilității curente a lui Christopher; ba mai mult, se adună dacă pui la socoteală temperamentul lui Christopher, pe care el îl considera anxios, și cu puncția lombară, care fusese înspăimântătoare și „traumatică“ (în sens psihologic și fizic). Acestea duseseră la „decompensare“ și „regresie“ către un stadiu infantil de dependență. Recomandarea era o serie completă de psihoterapie individuală, combinată cu fizioterapie și reabilitare treptată. Prognosticul pentru tulburare de conversie la o persoană tânără, diagnosticată și tratată din timp, era considerat bun⁹³. Christopher a rămas 18 luni în secția de neuroreabilitare, fără să se vadă vreo ameliorare; de fapt, starea sa s-a deteriorat până la punctul în care și-a pierdut capacitatea de utilizare a mâinilor și picioarelor. Stătea în pat, efectiv paralizat de la gât în jos. Deși își păstrase senzația de urinare și pe cea de defecație, trebuia dus la toaletă. Adoptase o metodă de folosire a computerului ținând un băț subțire de plastic în gură și apăsând tastele cu el. Tatăl lui a încercat să-l mențină în legătură cu școala, aducându-i manualele și temele, dar situația părea fără speranță. Nu și-a luat examenele.

Christopher nu arăta vreun semn de depresie. Manifesta frustrare din cauza situației neplăcute, dar coopera cu fizioterapeuții care nu mai făceau altceva decât să-i maseze membrele și să le miște în mod pasiv, pentru a preveni

înțepenirea tendoanelor și articulațiilor. În acel moment, Christopher a fost trimis la secția de neuropsihiatrie.

Începuserăm să primim tot mai mulți pacienți cu tulburare de conversie sau alte tulburări neuronale funcționale, așa cum li se spunea. Termenul de „conversie“ datează din secolul al XIX-lea, când se credea că un conflict emoțional care nu putea fi rostit era „convertit“ într-un simptom fizic. Sigmund Freud și Joseph Breuer l-au așezat pe harta intelectuală odată cu lucrarea lor Studii asupra isteriei, publicată în 1895, folosind terminologie chiar mai veche, trimițând la vechii greci și la noțiunea lor de uter (hystera) care rătăcea prin corp și tulbura funcționarea altor organe. A devenit clar destul de repede că nu era o boală specifică femeilor și nici că este vindecată rapid prin aducerea la suprafață a conflictelor inconștiente prin psihanaliză sau hipnoză. Cu toate acestea, poveștile din spatele acelor cazuri erau captivante și convingătoare. Legătura dintre conversie și sex sau abuz sexual, care a scandalizat în așa măsură Viena de fin de siècle, este acceptată acum drept un factor-cheie în multe cazuri, deși nu în toate⁹⁴. La fel, noțiunea că mintea — idei, frici, fantasme, credințe, conflicte și acel cuvânt care le cuprinde pe toate, „stresul“ — ar putea să se manifeste prin intermediul corpului, dincolo de intențiile conștiente, rezistă cu încăpățânare contrazicerii. Ipoteza legată de conversie, mai ales când este sprijinită de ordinea temporală a cauzei și efectului, așa cum se întâmpla în cazul lui Christopher, poate fi realmente convingătoare⁹⁵, deși — aici urmează un avertisment legat de sănătate —, doar pentru că un caz sună convingător, închide satisfăcător un arc narativ și dă sens la ceva ce altfel nu poate fi explicat, nu înseamnă că e și adevărat.

Noțiunea noastră cu privire la ceea ce este boala „adevărată“, la rolul și responsabilitățile avute de persoana bolnavă sau de la care aceasta este scuzată de către societate au dat naștere constructelor de „rol al bolnavului“ și „comportament de boală“⁹⁶.

Pe deasupra, avansul în diagnoza medicală înseamnă că practicienii se pot mulțumi cu a spune că pacientul pare să aibă o tulburare neurologică fără

dovezile fizice care s-o susțină, deși există, pentru unii, îndoiala sâcâitoare că e doar o chestiune de timp până când, cu ajutorul noilor tehnologii, se vor descoperi și acele dovezi.

În mlaștina aceasta de incertitudine vine neuropsihiatrul, ancorat în temelia solidă a abordării „biopsihosociale“. Fiecare trăsătură, fiecare perspectivă (biologică, psihologică și socială) ar trebui examinate cu mintea deschisă și luate în calcul dovezile. Într-o boală anume, o perspectivă sau alta poate cântări mai greu, dar arareori nu există contribuții relevante sau clarificatoare dinspre oricare dintre domeniile biologic, psihologic sau social. Psihiatrul trebuie să rămână lipsit de dogmatism și deschis către fiecare dintre aceste tradiții intelectuale diferite, bazate pe dovezi, dar să lase spațiu și incertitudinii.

În cazul lui Christopher, exista o complicație: autoritatea districtuală de sănătate nu a aprobat internarea. Neînțelegând nevoia de tratament specializat, se întrebau de ce echipele lor clinice nu ar fi putut să ducă la îndeplinire tratamentul. De ce să iasă resurse prețioase din comunitate pentru a finanța un centru terțiar, echivalent, în mintea lor, cu un fel de elită metropolitană? Mai exista și demarcația complet artificială dintre serviciile pentru minori și cele pentru adulți. Nu, mai curând vor institui un „pachet multilateral de îngrijire“ și vor îngriji pacientul la el acasă. Toate acestea păreau să submineze principiile unui Serviciu Național de Sănătate, dar așa lucra sistemul pe atunci și, într-o anumită măsură, așa lucrează și acum, cu un clivaj între administratori și furnizorii aduși să mărească „eficiența“.

Christopher a fost trimis acasă. Casa modestă în care locuia avea nevoie de modificări substanțiale, un pat de spital adecvat, un trolie, duș și toaletă adaptate, rampă de acces pentru scaun cu roțile, o mulțime de lucruri. Cât despre Leo? Probabil că avea și el nevoie de și mai multă grijă. Părinții lui erau într-o stare de disperare tăcută. Erau nevoiți, probabil, să renunțe la muncă sau să-și reducă normele. Tragedia era că boala lui Christopher era tratabilă, posibil chiar vindecabilă. Nu puteam să mă dau bătut.

Am scris o scrisoare lungă către directorul și administratorul Serviciilor de Sănătate Mentală, expunând motivele pentru care serviciile locale pur și simplu nu aveau competența sau facilitățile necesare pentru a prelua un astfel de caz: Christopher avea nevoie urgentă de reabilitare neuropsihiatrică spitalicească. Am pus acolo toată furia mea justificată, explicând efectele de domino posibile asupra restului familiei și cum acestea ar putea să fie extrem de costisitoare: îngrijirea de zi pentru Leo, vizitele de cel puțin patru ori pe zi din partea unui număr mare de îngrijitori, posibil pierderea unei asistente valoroase pentru Sistemul Național de Sănătate, renunțarea la beneficii și alocații. Am adăugat că boala ar fi fost mult mai probabil să răspundă la tratament dacă acesta era administrat cât mai repede. Scriind toate aceste argumente, bănuiam că vor fi inutile. În primul rând, toate aceste costuri noi ar fi grevat bugetul altcuiva. Mi s-a spus că nu voi fi perceput drept un medic clinician imparțial al Sistemului Național de Sănătate, care încearcă să dirijeze un pacient complicat către terapia de care are nevoie, ci ca un furnizor de servicii cu un „conflict de interese“.

Nu am primit niciun răspuns. Am încercat o tactică diferită: dacă nu mă ascultau pe mine, sigur ar fi ascultat de unul de-al lor, un medic generalist confruntat cu coordonarea întregului pachet de îngrijire și care știa cât de inadecvat ar fi. Medicul generalist nu a avut nevoie de nicio muncă de convingere și a început să facă lobby în numele lui Christopher și al familiei sale. Mi-a spus că, în timp ce mama și tatăl lui erau în favoarea ajutorului specializat, erau destul de pasivi și au refuzat să se implice în ceea ce începea să semene a campanie. Părea că se învinovățesc pe ei înșiși și simțeau că era soarta lor să accepte tot ceea ce viața le arunca în față. Nu erau, așa cum spuneau adesea, genul de oameni care să facă scandal.

Inevitabil, a trebuit să merg mai departe și atenția mi s-a îndreptat către alt pacient, Amy. Nu își amintea aproape deloc cum ajunsese la Urgențe; soțul ei, Mark, îi spusese că avusese o criză. Se simțise dezorientată în ziua respectivă și avusese o durere pulsatilă de cap. Jade, fiica ei de șapte ani, venise de la școală cu o prietenă și cu mama prietenei și au găsit-o pe Amy căzută pe podeaua bucătăriei. S-au repezit către ea. Se trezise, dar era amețită. Un firicel de sânge îi

atârna de la colțul buzelor, își mușcase limba. Au chemat ambulanța și l-au sunat pe Mark, care a plecat imediat de la serviciu ca să vină la spital. În ambulanță a avut altă convulsie. Paramedicii erau siguri că e o criză epileptică. Avea toate semnele, începuse cu un tremurat pe partea dreaptă a corpului, capul i se sucise către stânga, ochii îi erau larg deschiși și a urmat o tensionare puternică a tuturor mușchilor din corp, încleștarea maxilarului și tremurat ritmic timp de 30 sau 40 de secunde, oprindu-se cu o singură smucitură și lăsând-o moale și adormită, un minut sau două, înainte de a-și veni în fire.

Nu avusese epilepsie în copilărie și, la vârsta de 42 de ani, era foarte probabil să existe o cauză subiacentă. Din anamneză a reieșit că, timp de câteva luni, avusese dureri de cap mult mai dese decât de obicei. Nu avusese alte simptome, cu excepția faptului că uneori nu găsea cuvântul potrivit pentru ceva, dar nu ni se întâmplă așa ceva tuturor din când în când? Tomografia cerebrală făcută în acea seară a revelat o masă informă, o tumoră cerebrală de mărimea unei mingi de golf în lobul ei frontal stâng. Părea un astrocitom⁹⁷ destul de bine individualizat, însemnând că avea să se extindă și să invadeze țesutul cerebral înconjurător în lunile ce urmau.

Medicul specialist i-a întâlnit câteva zile mai târziu pe Mark și pe Amy la secția de neurologie. Vestea nu era bună, dar existau destule tratamente disponibile. Mai întâi i se vor administra steroizi, pentru a reduce inflamația din jurul tumorii, ceea ce avea să oprească durerile de cap, apoi vor începe medicația anticonvulsivantă. I se va prescrie radioterapie și posibil chimioterapie, dar acest fapt urma să fie discutat cu echipa oncologică. În rest, părea bine. Analizele veniseră de la laborator și nu erau semne de cancer în restul corpului. Ar fi preferat să facă o biopsie a tumorii pentru a afla mai multe despre tipul de țesut conținut, dar, din cauza poziției acesteia lângă aria vorbirii, acea posibilitate nu putea fi luată în calcul.

Totul era destul de grav, dar erau recunoscători pentru felul calmant și reconfortant în care le vorbise chirurgul și pentru că părea destul de optimist. Încercase să parzeze întrebarea lui Mark „Cât mai avem?“, spunând că este prea devreme pentru astfel de predicții și, pe lângă asta, unii oameni supraviețuiesc mulți, mulți ani. Ei au interpretat acest mesaj ca fiind „câteva luni“. I-au explicat lui Jade că mama era bolnavă, dar că va fi bine. Că trebuia să aibă grijă unii de alții. Erau o familie puternică și se iubeau mult. Că vor trece prin asta. Au fost multe lacrimi și îmbrățișări.

Aproximativ trei luni mai târziu, Amy era din nou la secția de neurologie. Tratamentul mersese bine, dar începuse să aibă din nou crize epileptice, multe de mică anvergură, în care brațul ei drept tremura și se simțea dezorientată. Creșterea cantității de anticonvulsive ar fi ajutat probabil, dar avusese o convulsie puternică și încă una, apoi încă una, fără pauză. Deloc surprinzător, se simțea tristă.

Când am văzut-o eu în salon, stătea pe pat cu fața pătată de lacrimi și umflată din cauza steroizilor. Se bucura să vorbească cu cineva. Era destul de plictisitor în spital, așteptând analize și opinii specializate. Era inteligentă, avea simțul umorului și curaj. I-am vorbit cu căldură. Ea mi-a povestit despre Mark și Jade, ale căror poze îi înconjurau patul, și cum sperau să meargă toți în curând la Disneyland. Nu mi s-a părut că ar fi deprimată sau că ar avea nevoie de mai mult tratament, ci că înfruntă viitorul și încearcă să-l gestioneze. Eram pe punctul de a pleca când a început să plângă. Nu era un plâns normal; își încleșta dinții și gemea, scoțând un sunet jos și gutural.

— Amy, ești bine? Ce se întâmplă?

Nu mi-a răspuns, dar se uita în față strângându-și genunchii la piept, legănându-se înainte și înapoi. Una dintre asistente s-a oprit să vadă ce se întâmpla.

— Iar are o criză, a spus asistenta, trăgând perdeaua în jurul ei.

Acum gemetele deveniră mai sonore și se transformară într-un bocet prelungit. Legănatul deveni mai intens, dar nu mai tremura. I-am făcut semn asistentei să rămână. A continuat timp de aproximativ trei minute și apoi legănatul a devenit mai lent, iar bocetul mai moale. Amy părea să spună „nu, nu“, în timp ce se legăna, iar lacrimile îi curgeau pe față. Am ținut-o de mână.

— Amy, e în regulă. Mă auzi? Nu ai convulsii, ești supărată și probabil că îți este teamă. Lasă să treacă, s-a terminat acum...

Amy a deschis ochii și a dat din cap că înțelege, apoi s-a lăsat pe pernă.

Asistenta a intervenit, ștergându-i fața cu un șervet moale și consolându-o. Întregul episod a durat aproximativ zece minute.

— Ce s-a întâmplat? a întrebat Amy, perplexă. Am avut o convulsie?

Le-am explicat și lui Amy, și asistentei că acestea erau „convulsii funcționale“. Uneori oamenii se simt copleșiți de emoții — tristețe, frică, poate fi orice — și, ca un fel de valvă de siguranță, mintea pur și simplu se închide și corpul se manifestă autonom. Numim acest fapt disociere. Este mai probabil să apară când te simți dezorientat din cauza medicamentelor sau a oboselii și nu e deloc neobișnuit nici la cei care au crize epileptice⁹⁸. Am mai stat cu Amy în timp ce ea își revenea și am vorbit mai mult despre ceea ce se întâmplase.

— E adevărat că mă simt copleșită. Multe s-au întâmplat recent. Nici n-o să crezi. Și știi care e cea mai mare frică a mea? Că nu voi mai fi aici să o protejez pe Jade.

A început să plângă din nou.

Am dat din cap că înțeleg și mă gândeam la ceva bun de spus. Dintr-odată, mi-am dat seama ce spusese.

— De ce anume să o protejezi pe Jade?

Pauză lungă. Amy s-a uitat la perdele, dând de înțeles că avem nevoie de intimitate.

— Nu am mai spus nimănui aceste lucruri, nici măcar lui Mark. Când aveam șapte ani, vârsta lui Jade de acum, am fost... abuzată sexual.

Din nou lacrimi.

— Era vacanța de vară, vărul meu Bob a venit într-o dimineață, el avea 12 ani pe atunci. Eu promisem un casetofon nou de ziua mea. Bob avea niște casete și mama a zis: „De ce nu mergeți voi în camera lui Jade ca să ascultați muzică, ei i-ar plăcea“. Ne-am așezat pe pat, stăteam înținși, ascultam melodii pop, apoi el și-a băgat mâna sub rochia mea. Eu nu știam ce mi se întâmplă. S-a întâmplat iar și iar în timpul vacanței. Mama și tatăl lui Bob, unchiul Harry, erau apropiați și locuiam aproape. Mereu veneau pe la noi. A continuat ani în șir. Bob mă amenința. Mi-a spus că dacă spun cuiva nu mă vor crede și că mă vor duce la

nebuni. Așa a fost an după an, până când el a făcut 15 ani și eu probabil că aveam vreo 11. Într-o zi m-a luat de la școală, m-a dus în pădure și m-a violat. Am alergat acasă și i-am spus mamei. Ea mi-a spus că sunt o proastă, că era doar un băiat și că probabil eu l-am provocat. Nu am mai vorbit despre asta. Nu știu ce le-a spus unchiului Harry și lui Bob, dar nu au mai apărut pe la noi.

Era o poveste îngrozitoare, dar, din nefericire, auzisem destule astfel de povești înainte⁹⁹. Amy părea oarecum ușurată că vorbise în sfârșit despre asta. Știa că nu fusese vina ei, chiar dacă încă mai lupta să înțeleagă. Faptul că în acele momente nu fusese consolată încă o durea. Unchiul Harry trecuse printr-un divorț, deci probabil că fusese dificil pentru Bob. Erau doar niște copii, dar, pe de altă parte, diferența de vârstă era semnificativă. Era și un dezechilibru mare de putere, și pe la vârsta de 15 ani probabil că știa că ceea ce face e rău. Cât despre mama ei, pur și simplu așa fusese generația ei. Felul în care crescuse fusese unul dur: era unul dintr-o fratrie de șapte copii, erau săraci și nu prea avusesse parte de afecțiune.

Am aranjat ca Amy să beneficieze de câteva ședințe de terapie la clinică, după plecarea ei acasă. Eram convins că o vom putea ajuta să gestioneze crizele funcționale și am spus că va trebui să lucrăm în strânsă legătură cu neurochirurgul în ceea ce privește anticonvulsivele pe care le lua și tratamentul pentru tumoare. I-am sugerat că poate ar fi fost mai bine să îi spună lui Mark.

Înainte să ne despărțim, mi-am amintit de un alt comentariu pe care îl făcuse, despre faptul că se petrec multe lucruri. Ce voise să spună? Mi-a explicat că, după ani de evitare a unchiului Harry, din senin, primiseră o invitație — la nunta lui Bob. Mark credea că ar fi fost o ocazie minunată de petrecut în afara casei. Mama lui Amy credea că ar fi bine să meargă toți. Nunta fusese weekendul anterior. Avusesse două crize epileptice, așa că nu au mai ajuns¹⁰⁰.

Între timp, la secția noastră de neuropsihiatrie, așteptam o nouă internare. Incredibil, le luase un an întreg să accepte că Christopher (acum în vârstă de 18 ani) poate fi internat pentru o „perioadă de încercare“. Odată adus, membrii echipei multidisciplinare au început examinările încrucișate¹⁰¹. Christopher era

unul dintre oamenii cei mai afectați pe care ni se ceruse să îi tratăm. Toți îl considerau un tânăr politicos, prietenos și respectuos. Mama și tatăl lui erau la fel: delicați și atenți. Părea să fie la fel de uluit ca noi cu privire la boala lui. A acceptat că rezultatele tuturor tehnicilor imagistice și analizelor erau normale, dar, cumva, asta nu îl ajuta deloc. Înfațișarea lui, un tânăr cu aspect puternic, de peste un metru optzeci, tastând greoi pe computer cu unealta dintre dinți pentru a trimite mesaje electronice și a căuta pe internet — ca o persoană cu paraplegie cauzată de ruperea gâtului —, era șocantă. Și, după o întârziere atât de lungă, oare mai era tratabil?

După discuția cu Christopher și trecerea în revistă a multelor probleme ridicate de raportul psihologului clinician, mi s-a părut instructiv să îl examinez fizic chiar eu. Stătea pe spate în patul lui, sprijinit de perne. I-am cerut să ridice piciorul drept: a fost aproape ca o vibrație scurtă. Apoi i-am cerut să apese cu călcâiul piciorului drept în salteaua patului, în timp ce eu îi susțineam călcâiul: nu avea deloc putere. Apoi i-am cerut să ridice piciorul stâng: de data aceasta, cu ceva efort, piciorul lui Christopher s-a ridicat încet din pat, a șovăit puțin, apoi a căzut la loc. I-am cerut să facă din nou aceeași mișcare, punându-mi mâna stângă peste tibia lui stângă, și i-am cerut să-mi opună rezistență. În același timp, mi-am strecurat mâna dreaptă pe furiș sub călcâiul lui drept, ca înainte: piciorul stâng s-a ridicat.

— Bun, ține-l acolo.

În timp ce el stătea așa, am simțit ceva tensiune în piciorul lui drept, care părise paralizat. În timp ce încercam să îl ridic din călcâi, exista o contracție evidentă în mușchii care îmi opuneau rezistență. Împinsul a încetat și el a respirat ușurat.

— Ai văzut ce s-a întâmplat? Când te concentrai pe ridicarea piciorului stâng, piciorul tău drept părea să capete ceva putere.

Christopher era uluit.

— Vezi, e un reflex natural. Când ridici un picior, celălalt automat apasă în jos pentru a menține echilibrul. Dar, când încerci să faci asta conștient, nu se întâmplă nimic.

— Dar eu chiar încercam!

— Știu. Îți arăt că ceea ce ai tu este paralizie funcțională. Asta înseamnă că

mesajele nu ajung de la creierul tău la mușchi. Nu știu de ce. E important că legăturile sunt încă acolo și că funcționează, dar, cumva, trebuie să o faci indirect. Sunt vești bune. Structura, nervii — cablajele naturale ale corpului — sunt intacte și nu există o vătămare fizică permanentă.¹⁰² Am văzut că era captivat și că înțelesese implicațiile. Era posibil să progreseze, dar erau destul de multe de luat în calcul dintr-odată.

— Știi ce pătesc sportivii uneori, chiar și cei mai buni. Se blochează. Ai fost portar, știi ce poate să se întâmple când e o lovitură de pedeapsă. Jucătorul vine la minge și tot ce are de făcut este să o lovească de la 11 metri cu singura țintă...

— Da, uneori ratează complet. E o nebunie.

— Când suntem foarte stresați și conștienți de noi înșine și poate când încercăm prea din greu, acțiunile care de obicei se întâmplă singure, cum e mersul, lovitul unei mingi, dintr-odată par... foarte complicate. Dar, dacă suntem calmi, nu ne gândim la ele și le lăsăm să se întâmple, de obicei se întâmplă.

Cei care au doar o parte a corpului slăbită sau se luptă să meargă normal pot adesea să înceapă vindecarea din acest punct. Fizioterapeuți abili precum Glenn Nielsen, care lucrează la Londra, au venit cu un număr impresionant de tehnici ingenioase pentru a ajuta pacienții să depășească tulburările neurologice funcționale.¹⁰³ De pildă, îi pun să meargă cu spatelul, astfel încât efortul intens și inutil pe care aceștia îl depun în acest demers, pas greoi după pas greoi, este subminat și astfel ei află că mersul cu spatelul „fără să se gândească“ este mai simplu decât mersul înainte¹⁰⁴. Se pare că, în cazul tulburărilor neurologice funcționale, cu cât încerci mai puțin, cu atât e mai ușor. Dar Christopher era destul de profund afectat. Trebuia ca picioarele lui să se miște puțin mai mult, ca să avem pe ce să construim.

Parte din testul diagnostic pentru tulburări neuromusculare este stimularea magnetică transcraniană (SMT). Aceasta implică folosirea unui dispozitiv metalic, modelat sub forma unei palete care seamănă cu o paletă mică de ping-pong, prin care trece un curent electric. Se creează un câmp magnetic pentru o fracțiune de secundă. Dacă paleta este plasată peste partea corectă a cortexului cerebral motor, unde își au originea semnalele de mișcare a membrelor, sau mai jos, pe șira spinării, sau pe rădăcinile nervoase ce ies din șira spinării, aceasta poate induce un curent nepericulos care, când traversează nervii, produce o zvâcnire în grupul de mușchi conectați. Neurofiziologul clinician poate înregistra

chiar și cele mai mici contracții, inserând un ac fin în mușchiul conectat la un amplificator și la un dispozitiv de înregistrare. Prin aceasta, poate spune dacă tiparul de activare este normal și dacă mușchiul propriu-zis este sănătos. El poate să măsoare timpul în milisecunde între stimularea care vine de la dispozitivul magnetic și contracție, ca să determine dacă viteza nervoasă este normală sau încetinită. Este exact ca felul cum un electrician testează un circuit.

Christopher a fost dus cu scaunul cu roțile în laboratorul de testare neurofiziologică. După câteva manevre preliminare de calibrare a pragurilor dispozitivului, neurofiziologul a trecut la treabă. Plasând padela în jurul gâtului și înregistrând la nivelul coapselor lui Christopher, au început să se audă dinspre echipament clicuri, cârâituri și semnale de toate felurile. Citind numerele de pe un ecran cu LED-uri, a spus că timpul de conducere era în limite normale și că mușchii se contractau când li se inducea contracția. Toate acestea erau liniștitoare și am repetat mesajul că toate conexiunile erau intacte, dar că „trebuie să pornim din nou curentul“. Christopher nu era impresionat. Atunci ne-am gândit să încercăm ceva ușor diferit. În loc să folosim stimulul minim necesar pentru a produce o contracție, de ce să nu-l facem ceva mai puternic? Am apăsat manivela mașinii, am plasat padela peste cortexul motor și am apăsat butonul roșu. S-a auzit clicul obișnuit, dar de data asta a produs o tremură vizibilă.

— Uau... ce a fost asta? a întrebat Christopher.

Alt impuls. De data aceasta, piciorul paralizat s-a mișcat brusc.

— Cum ați făcut?

Același lucru și a doua oară.

Lui Christopher nu-i venea să creadă:

— Uimitor!

Ne-am uitat apoi la înregistrarea mișcărilor musculare. Aceasta era conectată la un difuzor care emitea o serie de clicuri ce corespundeau contracției fiecărei fibre musculare. Se putea da volumul mai tare. Neurofiziologul îndeobște taciturn îi vorbea direct lui Christopher și spunea că, acum, că am văzut că mușchii coapselor lucrează, am vrea să-l vedem făcând asta singur. Ochii tuturor s-au orientat către firul subțire și verde ce ieșea din acul aflat în piciorul lui Christopher. Clic. Clic. Clic, se auzea sunetul.

— Hai că poți mai mult.

Clic. Clic. Clic. Zgomotul a crescut, ritmul a devenit mai sacadat. Era ca sunetul unui detector de metale care se oprește asupra unei grămezi de monede îngropate. Buzzzzzzzzzz, a făcut mașina la un moment dat.

— Grozav! am spus la unison.

Adevărat, piciorul abia se mișcase, exista o doză de teatralitate adăugată prin volumul maxim al sunetului, dar făcusem impresie. Dintr-odată, Christopher primea un feedback pozitiv pentru eforturile sale, și cu asta venea la pachet și speranța. Nu se putea opri din răs. Cât despre mine, departe de a mai vedea în el pacientul irecuperabil care ar fi putut să fie, am fost convins că va fi un succes terapeutic.

Următoarele ședințe au avut loc în sala de gimnastică, cu fizioterapeuții. Christopher era atârnat de un troliu, între două bare paralele. Picioarele lui abia atingeau solul, dar mâinile se răsuceau în jurul barelor la nivelul taliei. A fost lăsat mai jos cu câțiva milimetri. În mod reflex, picioarele i s-au îndreptat și o parte din greutatea lui s-a lăsat pe ele. Un val de încurajări a venit de la fizioterapeuți când a încercat să-și ridice piciorul stâng, mai bun, ca să încerce să facă un prim pas.

Au trecut câteva săptămâni și cu fiecare zi abilitățile lui Christopher creșteau. Terapeutul ocupațional a abordat problema bățului cu care Christopher lucra la computer. I-a spus că ar trebui renunțat la el, cu titlu de experiment, ca să vedem dacă cu încheieturile plasate pe un suport confortabil nu ar putea să transforme chiar și cel mai slab impuls din degete într-o apăsare pe tastatură. Și, da, putea; fiecare mică victorie se construia pe cea de dinainte. Atmosfera se schimbuse. Psihologa clinicii a început și ea să lucreze cu el, iar ședințele dădeau roade. Christopher era un pacient bun. Îi plăceau explicațiile mecaniciste despre creier și neuroștiințe. Simțea că este tratat pentru prima oară ca un adult. Au început să discute despre viața de acasă și despre planurile lui. Voia să-și ia diplomele, dar simțea că e nevoie, în acest scop, să plece de acasă. Își iubea părinții și îl iubea pe Leo, dar ei nu păreau să îl vadă ca pe un adult. Avea nevoie să fie independent.

După aproximativ patru luni, Christopher se mișca aproape normal, cu ajutorul unui baston modern, și încă făcea progrese. Era capabil să se hrănească, să se

îmbrăce singur și să utilizeze calculatorul. Obosea deseori, dar toată lumea știa că va fi bine. Părinții lui erau, evident, încântați. Era o transformare uluitoare.

Simțeam nevoia să mai scriu o scrisoare. Mă gândeam să îi scriu din nou persoanei responsabile cu aprobarea trimerilor la tratament specializat, să-i arăt cât de scandaloasă fusese decizia sa de a-i refuza unui tânăr șansa de a se elibera de o paralizie dizabilitantă, culmea, timp de patru ani. Voiam să mă plâng la Comisia de Calitate a Îngrijirii, la Consiliul Medical General și la presă până când vor cere scuze lui Christopher și familiei acestuia. Am expus această idee familiei, dar ei au fost mai puțin îndârjiți. De ce să ne gândim la trecut? Băiatul e bine, deci de ce să ne stricăm bucuria? Echipa locală nu a făcut decât ce a știut mai bine. Uitându-ne în urmă, poate că toți ne-am fi comportat diferit și, nu, nu voiau să facă tărăboi.

Am întâlnit-o pe Amy la clinică pentru un bilanț. Era cu soțul ei, Mark. Trecuse aproximativ un an după diagnosticul de tumoare pe creier. Starea i se înrăutățise și acest lucru era evident. Mergea împingând un cadru, pentru stabilitate. Vorbirea i se întrerupea, nu mai conecta bine cuvintele. Tumoarea îi distrusese părți din cortexul frontal stâng, responsabile de vorbire expresivă și controlul părții drepte a corpului (vătămarea mai severă poate reduce vorbirea la câteva cuvinte uzuale sau chiar părți ale cuvintelor).

— Încerc... mers încet... vorbit... efort... fără convulsii... ura!

A făcut un semn de victorie.

Mark a încercat blând și cu tact să intervină.

— A fost greu, dar se putea să fie și mai rău. Am avut parte de sprijin de la spital și de la echipa Macmillan și am petrecut timp de calitate împreună, ca o familie. E greu pentru Jade, dar face față cu bine. Mama lui Amy s-a implicat mult, e uimitoare. Nu am fi putut face față fără ea.

Amy mi-a aruncat o privire. Am înțeles din asta că nu îi spusese. Ce crud era că,

nu mult după momentul când putuse să dea glas amintirilor din perioada abuzului, după ani de tăcere și de dileme ireconciliabile, acum pierduse abilitatea de a găsi cuvintele potrivite¹⁰⁵.

Am vorbit un timp și asta a obosit-o. Nu mai puteam face prea multe. Le-am urat de bine și ne-am despărțit. Mark m-a sunat a doua zi. Parcaseră mașina în apropiere de spital. Vizita durase mai mult decât anticipaseră și, din cauza problemelor de mobilitate ale lui Amy, s-au ales cu o amendă. Mă întreba dacă îi pot ajuta, poate pot scrie cuiva. Evident că puteam. Am pus mâna pe reportofon și am înregistrat o litanie plină de furie controlată.

Nu am mai auzit nimic despre incident și am uitat de el vreo șase luni, când am primit o scrisoare scrisă de mână de la Mark. S-a gândit să-mi spună că, în ciuda așteptărilor, primiseră confirmarea de la primărie, care spunea că au luat în calcul contestația noastră și că vor primi înapoi integral banii. Mesajul meu îi convinsese. Mi-a mulțumit pentru tot ceea ce făcusem. Scrisoarea continua: „Amy a murit acum două săptămâni. Am fost toți acasă, așa cum își dorea ea, și a fost foarte împăcată la sfârșit“.

Pe Christopher l-am revăzut ultima dată la clinică. A venit singur cu autobuzul. M-am bucurat enorm să-l văd. Era impresionant fizic și destul de arătos. Zâmbea larg dându-mi veștile. Era la colegiu și avea numai note foarte bune, încă locuia cu părinții, dar căuta să închirieze ceva. Erau și momente mai proaste, când încerca să facă pace cu ideea anilor pierduți, cu faptul că prietenii lui de la școală erau deja la universitate sau își căutau de lucru și cu teama că totul ar putea să se prăbușească, dar, în mare, se descurca.

L-am întrebat dacă, privind înapoi, înțelegea ce i se întâmplase, cum fusese să nu îți poți mișca deloc corpul. Dar, vai, nicio revelație. Christopher spunea că se simțea detașat, „de parcă nu era corpul meu“. Totul a fost ciudat și derutant. Își amintea de punctia lombară. Fusese speriat de moarte. I se părea că medicii înfig un pumnal în coloana lui vertebrală, până când, dintr-odată, orice senzație a dispărut. Când a fost întrebat ce i se păruse mai util, a fost categoric: atitudinea

pozitivă și deschisă a întregii echipe; și o explicație pentru ceea ce i se întâmplase care a avut cât de cât sens. Dar stimularea magnetică transcraniană? Cu siguranță fusese un punct de cotitură; îi dăduse un semnal concret că se putea recupera¹⁰⁶.

Mă gândesc deseori la Amy și la Christopher. Erau atât de diferiți și totuși aveau atâtea în comun. Amândoi avuseseră tulburări neurologice funcționale și orice încercare de a separa elementele bolii lor între fizic și mental ar fi fost o greșeală. Fiecare dintre ei este o dovadă exemplară împotriva dualismului rigid minte–corp, care bântuie o bună parte din domeniul clinic al neuropsihiatriei, și în favoarea unui holism mai bogat. Nu cred că există vreun spirit sau vreo forță vitală în afara creierului nostru cât se poate de material, ceea ce mă face vulnerabil la acuzația de reduționism. Dacă anii mei de practică mi-au confirmat ceva, acel ceva este că totul în viața noastră mentală ajunge, se poate reduce la operațiunile creierului. Dar creierul nostru există într-o lume interconectată de experiențe și influențe modelatoare. Așadar, principala provocare este găsirea unui nivel corect al explicațiilor pe un continuum biologic, psihologic și social.

Gândiți-vă la un roman foarte bun. Cum să-l înțelegeți mai bine? De la distanță, toate cărțile sunt la fel. La microscop, tot ceea ce vedem sunt puncte și pigmenți de celuloză. Dar undeva, între extreme, găsim o țesătură de înțelesuri întrețesute în limbaj și cultură. Pentru anumiți oameni, viața poate depinde de o singură moleculă care perturbă codul genetic sau de un grup de neuroni care se activează greșit; pentru alții, înțelegerea sau rezolvarea dilemelor vieții nu se poate face fără a lua în considerare și, poate, fără a decoda istoria noastră comună.

Știința nu a putut face nimic pentru a opri creșterea tumorii în creierul lui Amy și nici nu a putut oferi un raport util despre ceea ce se întâmpla în mintea lui Christopher. Nu a corectat trecutul și nu a oferit o viață de familie alternativă niciunui dintre ei. Pentru anumite provocări științifice poate fi doar o chestiune de timp. Dar, acoperind toate aceste domenii, a existat mereu un fel de remediu care poate traversa abisul pentru a găsi un anumit grad de înțelegere, care poate

restaura credința și care, din când în când, poate transforma viețile oamenilor cu totul.

⁹³ [Gelauff, J., Stone, J., Edwards, M. et al., „The Prognosis of Functional \(Psychogenic\) Motor Symptoms: A Systematic Review“, Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, 85, 2014, pp. 220–226.](#)

⁹⁴ [Estimările despre abuzul sexual în copilărie sunt marcate de dificultăți. Rareori există dovezi și rapoartele se bazează pe poveștile personale. Într-un studiu recent, care a comparat oamenii cu tulburări neuronale funcționale cu alți pacienți psihiatrici, am găsit rate similare în ambele grupuri, așa cum reies din rapoartele spitalicești: în jur de 20% \(vezi O’Connell, N., Nicholson, T., Wessely, S. et al., „Characteristics of Patients with Motor Functional Neurological Disorder in a Large UK Mental Health Service: A Case-Control Study“, Psychological Medicine, 2019, pp. 1–10, doi: 10.1017 / S0033291719000266\). Cei mai mulți cercetători din domeniu ar privi aceste date ca fiind subestimări ale prevalenței reale a abuzului.](#)

⁹⁵ [Acesta este un studiu care a folosit cercetări extinse și definiții riguroase ale evenimentelor de viață stresante și a arătat că erau realmente mai frecvente la cei cu tulburare de conversie, mai ales la scurt timp înainte ca aceștia să dezvolte boala \(vezi Nicholson, T.R., Aybek, S., Craing, T. et al., „Life Events and Escape in Conversion Disorder“, Psychological Medicine, 46, 2016, pp. 2617–2626\). O analiză foarte riguroasă a tuturor acestor studii în domeniu confirmă această ipoteză \(vezi Ludwig, L., Pasmán, J.A., Nicholson, T. et al., „Stressful Life Events and Maltreatment in Conversion \(Functional Neurological\) Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis of Case Control Studies“, Lancet Psychiatry, 5, 2018, pp. 307–320.](#)

⁹⁶ [Acești termeni împrumutați din științele sociale pot fi polarizanti și sunt ușor de interpretat greșit, dar pot avea o contribuție utilă în abordarea biopsihosocială. Când Talcott Parsons a creat termenul de „rol al bolnavului“, el vorbea în calitate de sociolog \[vezi Parsons, T., The Social System. \(Londra: The Free Press of Glencoe, Collier Macmillan, 1951, pp. 428–473\)\]. Societatea, în viziunea lui, funcționează prin acordarea de roluri membrilor săi, în diverse situații. Nu dorea să spună prin aceasta că oamenii intră într-un rol precum un actor pe scenă. El argumenta că boala aduce cu sine anumite drepturi, dar că bolnavului i se cere să încerce să se vindece și să facă ceea ce i s-a spus de către medic, deși ultima](#)

afirmație sună destul de paternalist pentru urechile moderne. Alt sociolog american, David Mechanic, a dezvoltat ideile lui Parsons adăugând conceptul de „comportament de boală“ în 1961 și ulterior. El scria: „Comportamentul de boală implică maniera prin care oamenii își monitorizează corpurile, își definesc și își interpretează simptomele, iau măsuri de remediere și folosesc diverse surse de ajutor, precum și sistemul oficial de sănătate“ [vezi Mechanic, D., „Illness Behaviour: An Overview“, în *Illness Behaviour*, coord. S. McHugh și T.M. Vallis (Boston: Springer, 1986) pp. 101–109]. Psihiatrul Issy Pilowsky a argumentat mai târziu că anumite boli „psihosomatice“ pot fi înțelese în lumina „comportamentului anormal de boală“ (vezi Pilowsky, I., „Abnormal Illness Behaviour, *British Journal of Medical Psychology*, 42, 1969, pp. 347–351), când un astfel de comportament de monitorizare și acțiuni de remediere devine prea costisitor sau când boala evidentă este negată. Putem vedea originile acestor comportamente în viața de zi cu zi la cei care se așază în pat la primul strănut, în timp ce alții se luptă mai departe și așteaptă să le fie recunoscută tăria de caracter, răspândind viroza printre colegi în tot acest timp. În fine, conceptul de comportament medical anormal a fost și el strecurat mai recent în conversație. La un pol se referă la supramedicalizarea și suprainvestigarea oricărui simptom fizic și mental cu analize după analize, iar la celălalt pol, fiecare posibil pacient este privit drept un farsor sau bolnav prefăcut.

⁹⁷ Acest tip de tumoare începe în celulele cerebrale numite astrocite, literalmente „celule stea“, numite după forma lor.

⁹⁸ Kutlubaev, M.A., XU, Y., Hatchett, M.L. et al., „Dual Diagnosis of Epilepsy and Psychogenic Nonepileptic Seizures: Systematic Review and Meta-analysis of Frequency, Correlates and Outcomes.“ *Epilepsy&Behaviors*, 89, 2018, pp. 70–78. (În această trecere în revistă a câtorva zeci de studii, autorii au descoperit că 22% dintre oamenii care au început prin a avea un diagnostic de convulsii psihogene nonepileptice sau funcționale aveau, de asemenea, epilepsie, dacă fenomenul era privit din altă perspectivă; la fel ca la Amy, convulsiile funcționale erau prezente la circa 12% dintre pacienții cu epilepsie.)

⁹⁹ Înțelegerea noastră actuală cu privire la legătura dintre abuzul sexual sau trauma din copilărie și convulsiile funcționale este prin „disociere“, mai degrabă decât prin teoriile secolului al XIX-lea despre refulare și conversie. Acesta este procesul mental de separare de sine, de distragere a atenției de la circumstanțele imediate (detașare) sau de împărțire a atenției astfel încât anumite gânduri să fie separate de altele (compartimentalizare). (Pentru o explicație completă, vezi

[Holmes, E.A., Brown, R.J., Mansell, W. et al., „Are There Two Qualitatively Distinct Forms of Dissociation? A Review and Some Clinical Implications“, *Clinical Psychology Review*, 25, 20015, pp. 1–23.\)](#) Mulți oameni descriu că acest fenomen li se întâmplă în momentele când se află în mijlocul unei experiențe traumatice și spun că era un mod de a face față acestuia — închiderea, chiar un fel de separare de corp, până la punctul la care situația putea fi privită din exterior. Acesta poate fi un mod de a face față fricii și durerii momentului, dar devine un tipar ce poate fi reactualizat mai târziu în viață, când evenimentele traumatice sunt reactualizate. Acest fenomen ar putea avea loc și când oamenii suferă de depersonalizare — o stare persistentă de detașare (vezi Capitolul 2). Această stare de disociere cu compartimentalizare duce la lipsa de control a persoanei asupra actelor sale. Convulsia funcțională poate urma modelul convulsiei epileptice, cea experimentată personal ori una la care persoana a fost martoră, așa cum se întâmplă cu urmele pe zăpadă. Ceea ce a fost la un moment dat un mecanism de scăpare util devine lipsit de control și o problemă în sine.

¹⁰⁰ [Acesta este un exemplu bun de tulburare funcțională ce apare în contextul unei dileme imposibile pentru care boala oferă un mijloc de scăpare \(vezi Nicholson, T.R., Aybek, S., Craig, T. et al., „Life Events and Escape in Conversion Disorder“, *Psychological Medicine*, 46, 2016, pp. 2617–2626.](#)

¹⁰¹ [Genul de abordare multidisciplinară a pacienților de genul lui Christopher este descris în lucrarea aceasta: McCormack, R., Moriarty, J., Mellers, J.D. et al., „Specialist Inpatient Treatment for Severe Motor Conversion Disorder: A Retrospective Comparative Study“, *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 85, 2014, pp. 895–900.](#)

¹⁰² [Acesta se numește „semnul lui Hoover“, inventat de Charles Franklin Hoover \(1865–1927\) și publicat în 1908. Hoover a fost un medic american care a lucrat în Cleveland și era faimos pentru perspicacitatea diagnosticelor sale.](#)

¹⁰³ [Nielsen, G., Stone, J., Matthews, A. et al., „Physiotherapy for Functional Motor Disorders: A Consensus Recommendation“, *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 86, 2015, pp. 1113–1119.](#)

¹⁰⁴ [Și la fel este și cu alergatul, care e mai simplu decât mersul. Vezi <http://neurosymptoms.org/> realizat de dr. Jon Stone, neurolog din Edinburgh. Acest site este plin de explicații folositoare, de sfaturi și exemple de intervenții terapeutice eficiente.](#)

¹⁰⁵ Tulburarea de limbaj care o afecta pe Amy a fost descrisă prima dată în 1860 de chirurgul francez Paul Broca. El era convins că era partea stângă a creierului, nu dreapta, cea responsabilă de producerea limbajului, și că limbajul expresiv (vorbirea) poate fi afectat fără ca înțelegerea să fie diminuată, fapt care, așa cum a devenit clar mai târziu, depinde în mod clar de regiuni ceva mai îndepărtate din lobii temporali și parietali, aflate, de asemenea, pe stânga. Pacientul lui Broca avusese o tumoare care creștea lent și care l-a făcut să nu poată pronunța decât o silabă, „tan“, care a devenit porecla lui. Scanări detaliate ale mostrei de creier păstrate de la el au fost publicate (vezi Dronkers, N.F., Plaisant, O., Iba-Zizen, M.T., et al., „Paul Broca’s Historic Cases: High Resolution MR Imaging of the Brains of Leborgne and Lelong“, *Brain*, 130, 2007, pp. 1432–41). Acea arie specifică afectată de tumoare este cunoscută astăzi ca „aria lui Broca“. Sigmund Freud a studiat tulburările de limbaj cauzate de afectări ale creierului („afaziile“) în epoca lui, înainte să-și îndrepte atenția către isterie. Lui Freud, neurologul, nu îi convenea ideea că ceva atât de complex și de subtil cum este limbajul poate fi localizat într-o singură proeminență de materie cenușie; el afirma că este vorba mai degrabă despre o rețea de regiuni interconectate (vezi Wallesch, C.-W., „History of Aphasia: Freud as an Aphasiologist“, *Aphasiology*, 18, 2004, pp. 389–99). Poate că nu e o simplă coincidență că miezul teoriei sale asupra isteriei era afirmația că oamenii afectați nu reușeau să articuleze în cuvinte ceea ce îi tulbura.

¹⁰⁶ Dacă a fost doar un efect placebo sau poate un fel de resetare neurofiziologică, nu e în întregime clar. Cercetările conduse de neuropsihiatru Tim Nicholson, pentru a examina SMT în slăbiciunea funcțională într-un studiu controlat ce compară SMT simulat cu procedura reală, încă sunt în desfășurare. Ipoteza sa actuală este că ingredientul-cheie ar fi demonstrarea posibilității mișcării (și nu doar sugestia puternică dată de echipamentul sofisticat și de cercetătorii în halate albe) (vezi Pollack, T.A., Nicholson, T.R., Edwards; M. J. et al., „A Systematic Review of Transcranial Magnetic Stimulation in the Treatment of Functional (Conversion) Neurological Symptoms“. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 85, 2014, pp. 191–197).

Cuvânt de recunoștință

Aș dori să le mulțumesc tuturor colegilor, profesorilor, mentorilor, studenților și, desigur, pacienților cărora le datorez totul. Le sunt cu deosebire recunoscător lui Louis Appleby, Charles Geekie, Michael David, Andrew Hodgkiss, Eduardo Iacoponi, Sameer Jauhar, Nick Medford, Tim Nicholson și lui Ulrike Schmidt pentru comentariile lor asupra schițelor capitolului și lui „Patrick“, „Victoria“, „Jennifer“ și „Christopher“ pentru permisiunea de a comenta pe marginea experiențelor lor.

Aș dori, de asemenea, să-i ofer recunoștința mea redactorului meu, Alex Christofi, al cărui ochi ager pentru detalii și ureche atentă la rezonanțe au făcut dintr-o serie de rapoarte de cazuri ceva ce seamănă cu o carte adevărată.

În povestirea cazurilor din acest volum am făcut tot ce am putut ca să protejez anonimitatea celor implicați. În toate cazurile numele, vârstele și uneori genul, precum și alte caracteristici care puteau fi identificate au fost schimbate, la fel și câteva informații-cheie, ca să mă asigur că oamenii reali sunt deghizați până la a nu mai fi recunoscutibili. Multe povești sunt, de fapt, amalgamări a mai mulți oameni și evenimente. Cu toate acestea, sper că am reținut „adevărul“ esențial subiacent acestor povești și am redat nepărtinitor viețile și realitățile care stau la baza lor. Sper că va fi un demers util și lămuritor pentru cei cu probleme sau boli similare, iar acest fapt justifică folosirea unor cazuri extrase din viața reală.