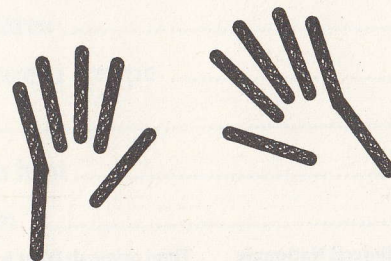




DARIAN LEADER

CE ESTE NEBUNIA?



TRADUCERE DIN ENGLEZĂ DE

Smaranda Nistor

PSIHOLOGIA
PENTRU
TOȚI
APT

3
TREI

EDITORI
Silviu Dragomir
Vasile Dem. Zamfirescu

DIRECTOR EDITORIAL
Magdalena Mărculescu

REDACTOR
Manuela Sofia Nicolae

DESIGN
Alexe Popescu

DIRECTOR PRODUCȚIE
Cristian Claudiu Coban

DTP
Răzvan Nasea

CORECTURĂ
Dușa Udrea
Sînziana Doman

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale
a României**

LEADER, DĂRIAN

Ce este nebunia? / Darian Leader ;
trad.: Smaranda Nistor. - București :
Editura Trei, 2016

Conține bibliografie
ISBN 978-606-719-649-8

I. Nistor, Smaranda (trad.)

616.89
159.972

ISBN 978-606-719-649-8

Titlul original: *What is Madness?*
Autor: Darian Leader

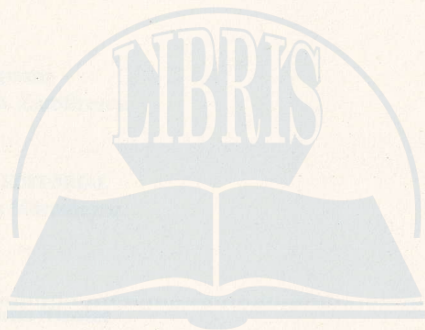
Copyright © 2011, Darian Leader
Toate drepturile rezervate

Copyright © Editura Trei, 2016
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

CUPRINS

Introducere	7
1. Nebunia tăcută	19
2. Noțiunile de bază	56
3. Psihoza	100
4. Limbajul și logica	139
5. Punerea unui diagnostic	167
6. Cauzele psihozei	199
7. Declanșarea	244
8. Stabilizare și creație	279
9. Aimée	322
10. Omul cu lupi	349
11. Shipman	387
12. Lucrul cu psihoza	418
Postfață	461
Note	473



INTRODUCERE

Acum mulți ani, când eram încă student, am început să fac muncă voluntară săptămânală pentru o comunitate terapeutică. Aveam capul plin de psihanaliză și voiam să aflu mai multe despre ciudatele fenomene ale psihozei: halucinații, manii și tulburări de limbaj, despre care citisem deja, dar nu le fusesem niciodată martor la prima mână. Cei mai mulți dintre cei pe care i-am întâlnit în comunitatea cu pricina erau mai degrabă calmi și nu prea dădeau semne că ar fi „nebuni”. Medicația de lungă durată îi epuizase și fiecare se instalase în propria rutină tăcută. Unul dintre ei totuși era dornic să vorbească și petreceam multe ceasuri lungi împreună, discutând filosofie, politică și problemele de la ordinea zilei. Pacientul avea o exprimare îngrijită, era lucid și extrem de inteligent, și am rămas cu gura căscată când am aflat că își petrecuse ultimii câțiva ani internat în spitale de psihiatrie. Stând de vorbă cu el, nu părea cu nimic mai mult sau mai puțin deranjat mental decât amicii mei studenți, cu care mă întâlneam după orele de muncă în comunitatea terapeutică.

Cum conversațiile noastre continuau, i-am întrebat pe câțiva membri ai personalului medical de ce personajul în cauză trăia într-o comunitate terapeutică și de ce era sub medicație. Zâmbetele amuzate pe care le-am primit drept răspuns sugerau că trebuie să fie ceva perfect evident, dar care mie îmi scăpase — o realitate bătătoare la ochi, dar pe care radarul meu de novice nu știa s-o înregistreze. Și, într-adevăr, chiar așa și era. Câteva luni mai târziu, în timp ce stăteam la taifas ca de obicei, a pomenit de o țară despre care eu n-aurisem niciodată. Surpriza lui în fața ignoranței mele a fost urmată de iluminare: mi-a explicat că el nu trăia în Anglia, ci în Xamara, un loc populat cu animale sălbatice și o sumedenie de zei exotici. Mi-a descris geografia, istoria și infrastructura aceluia loc. Toate primiseră o denumire și erau cu grijă clasificate, aidoma regatelor Angria și Gondal inventate de surorile Brontë în copilărie.

El nu vedea nicio incompatibilitate între rolul de protagonist al sagăi din Xamara și viața cotidiană, cu îndatoririle ei, din comunitatea terapeutică. Descriind-o, vocea lui nu avea niciun suflu de entuziasm, niciun accent de emoție, nicio schimbare de ton, ca și cum ar fi fost încă un simplu fapt incontestabil din existența lui. Continuitatea din vocea lui a fost, de fapt, cea care m-a izbit — niciun semn, nimic care să indice că părăseam teritoriul unei realități comune, pentru a intra într-o lume privată. Era ca și cum totul ar fi rămas neschimbat, iar în conversațiile noastre ulterioare nu se simțea nici urmă de inițiere secretă sau includere în spațiul lui intim și confidențial. Viața continua pur și simplu la fel ca înainte.

Cum e posibil, m-am întrebat atunci, ca halucinația și existența cotidiană să fie atât de perfect întrețesute? Cum poate cineva să locuiască în două locuri clar diferite, în același timp, ca și cum n-ar exista nicio

barieră între ele? Și, chiar dacă părea o nebunie să trăiești în Xamara, de ce să fie nevoie de un tratament medical sau de spitalizare? Individul în cauză nu făcea rău nimănui și nici viața lui nu era dată peste cap. Sunt întrebări pe care eu continui să le pun, iar în această carte am încercat să explorez câteva dintre verigile care leagă nebunia de viața normală. Chiar trebuie să facem o separație rigidă între delir și sănătatea mentală sau, dimpotrivă, cea din urmă ar putea fi nu doar compatibilă, ci chiar condiționată de cel dintâi?

Nu sunt întrebări abstracte și intelectualizante, pentru că au o reală înrâurire asupra modului în care psihoza este tratată în societatea contemporană. Atitudinile noastre față de nebunie sunt cele de care depinde felul cum reacționăm la ea, atât din punctul de vedere al interacțiunilor noastre de zi cu zi, cât și în privința alegerii pe care o facem între terapiile disponibile. Și totuși situația se caracterizează prin lipsă de dialog între tradiții: există teorii și terapii ale nebuniei care au luat naștere și au evoluat de cel puțin o jumătate de secol în toată lumea, dar care rămân mai mult sau mai puțin necunoscute în afara unui domeniu foarte îngust de specializare. Ele oferă instrumente fascinante și remarcabil de eficiente pentru a înțelege experiența nebuniei și a explica de ce și cum poate ajunge cineva s-o trăiască. Totodată, ele oferă un ansamblu variat de posibilități terapeutice și de teoretizare a modului în care o psihoză se poate stabiliza. Oricât ne-ar plăcea să credem că informațiile și cunoașterea sunt cumulative și unificate, mai ales în era internetului, lucrurile sunt departe de a sta așa. Există o siguranță de sine superficială și îngrijorătoare în ceea ce se recomandă singură a fi „cercetarea la zi“, ca și cum un articol apărut în 2010 în cine știe ce publicație vremelnic la modă ar trebui neapărat să fie mai valoros decât unul scris acum o sută de

ani, văzut ca recenzie de mult uitată și la care nu putem avea acces decât cotrobăind în arhive pline de colb.

Lucrările asupra cărora urmează să-mi concentrez atenția provin din tradiția europeană a psihiatriei. Deși psihiatrii de secol nouăsprezece târziu și început de secol douăzeci au fost îndelung ostracizați pentru felul în care au abordat chestiuni cum ar fi ereditatea, constituția și degenerescența mentală, mulți dintre ei și-au găsit timpul și răbdarea pentru a-și asculta pacienții și a elabora teorii ale nebuniei fidele lucrurilor descoperite în consultațiile clinice. Lipsa unui tratament medicamentos pe termen lung dădea posibilitatea de a studia cum poate cineva care și-a văzut viața sfâșiată de psihoză să-și regăsească un nou echilibru, în timp. Explorarea a ceea ce psihiatrii numeau „mecanismele de restituție“, căile de revenire la viață, constituia un element central al acestui tip de cercetare, din care noi, cei de azi, avem multe de învățat.

Când tânărul student la medicină Jacques Lacan își începea stagiul de psihiatrie, în Parisul anilor 1920, aceasta era cultura în care ideile lui au început să se dezvolte. Astăzi, metoda lacaniană de lucru clinic cu psihoza este utilizată peste tot în lume, îndeosebi în Franța, Belgia, Spania, Italia și țările Americii Latine, dar tot mai mult și în Marea Britanie. Există o piață înfloritoare a revistelor de specialitate, cărților, buletinelor de informare, conferințelor, cursurilor și seminariilor dedicate explorării diferitelor aspecte ale nebuniei. Până la ora actuală, câteva mii de cazuistici ale lucrului cu subiecți psihotici au fost publicate de clinicienii lacanieni. Și totuși, din păcate, în exteriorul domeniului de specializare în sine majoritatea psihiatrilor, a psihologilor și a personalului calificat pentru lucrul cu suferinzii de boli mentale nu vor fi ajuns nicicând să ia contact cu vreoa parte din această cercetare.

Motive sunt multe. Se presupune adeseori că lucrul psihanalitic cu nebunia se rezumă la analiza clasică: pacientul se întinde pe canapea și face asocieri libere, iar psihanalistul vine cu interpretări despre copilăria pacientului. Pe lângă faptul că psihanaliza oricum nu e așa, în cea mai mare parte, adevărata confuzie se face la nivelul diferenței dintre teorii și tehnici. Faptul că există o teorie psihanalitică a psihozei nu înseamnă neapărat că psihanaliza va avea loc și nici măcar că ar trebui să aibă loc. Mai degrabă, înseamnă că ideile analitice pot fi folosite pentru a inspira alte genuri de intervenție, alte tratamente care să fie croite pe măsura singularității fiecărui pacient individual. Acest fapt le-a fost limpede clinicienilor din ultima sută de ani, dar, cu toate acestea, continuă să dea naștere la neînțelegere și confuzie, probabil din cauza prejudecăților adânc înrădăcinate împotriva psihanalizei și în sânul psihanalizei înseși.

Atenția dată unicității fiecărui pacient, pe care o presupune abordarea psihanalitică, este cu atât mai importantă acum, dat fiind faptul că trăim într-o societate care are tot mai puțin spațiu pentru detaliul și valoarea vieții individuale. În ciuda atotprezenței proslăvirii a necesității de a respecta diferențele și diversitatea, oamenii din ziua de azi sunt constrânși, mai mult ca oricând altădată, să gândească în moduri uniforme — începând de la grădiniță și până pe coridoarele vieții profesionale. Vedem acest lucru oglindit în domeniul sănătății mentale, unde tratamentul este adeseori considerat o simplă metodă cvasimecanizată de aplicat asupra unui pacient pasiv, și nu un efort comun de colaborare în care ambele părți își au propriile responsabilități. Există azi o presiune spre a vedea serviciile de sănătate mentală ca pe un soi de atelier auto, în care oamenii-mașini sunt „reparați“ și trimiși înapoi la slujbele lor — eventual și la familii — cât mai curând posibil.

Subiectul psihotic nu mai este o persoană pe care s-o ascuți ce spune, ci un obiect pe care să-l tratezi.¹ Specificitatea și povestea de viață a pacientului sunt, adeseori, pur și simplu expediate în categoria detaliilor irelevante. Acolo unde vechile cărți de psihiatrie erau pline odinioară cu relatarea spuselor pacienților, azi nu mai vezi decât statistici și diagrame pseudomatematice. Studiile abia dacă mai menționează ce se petrece în fiecare caz unic relatat, dar nu uită să prezinte cifre despre totalul agregat al cazurilor. Nu aflăm niciodată, spre exemplu, de ce un anume individ a răspuns la un anume tratament și care a fost, foarte exact, modul cum a răspuns; în loc de aceasta, primim statistici despre procentajul pacienților care au răspuns și care nu au răspuns. Individualul s-a evaporat.

Toate acestea sunt realități ale discursului contemporan, și nu doar ale psihiatriei, deși am fi putut spera ca măcar psihiatria, având în vedere specificul ei, să ne ofere ceva diferit. În ciuda avertismentelor pe care psihiatrii progresiști le-au emis de-a lungul anilor și în ciuda curentelor antipsihiatrie din anii 1960 și 1970, psihoza continuă să fie prea des pusă în ecuație cu felul în care unii oameni nu se conformează normelor societății. Cum bine spunea Marguerite Sechehaye cu mulți ani în urmă: „Când încercăm să construim o punte de legătură între schizofrenic și noi înșine, o facem, în multe cazuri, în ideea de a-l readuce la realitate — la realitatea noastră — și la propriile noastre norme. El o simte și, firește, întoarce spatele unei asemenea intruziuni”.² Azi se pune mare preț pe conformare la normele sociale, chiar dacă aceasta înseamnă ca lucrurile să nu meargă bine pe termen lung pentru individul în cauză.

Putem vedea acest lucru la cel mai elementar nivel al culturii noastre, în educația de ciclu primar și secundar, unde formula grilei cu mai multe răspunsuri a început

să ia locul răspunsului original al copilului. Mai degrabă decât să-i încurajeze pe copii să gândească singuri, cu capul lor, și să elaboreze un răspuns, grila de opțiuni propune pur și simplu două sau trei răspunsuri dintre care copilul trebuie să aleagă unul singur. Ceea ce înseamnă, bineînțeles, să îi înveți pe copii că există „un răspuns corect”, pe care altcineva îl știe, și înseamnă că propriile lor construcții mentale sunt descurajate. Cheia succesului constă în a ghici ce anume dorește altcineva să audă mai degrabă decât să caute singuri o soluție autentică. Nici nu-i de mirare că unii sociologi descriu vremurile în care trăim drept o eră a „falsului sine”.

În ultimii cincizeci sau șaiszeci de ani ne-am îndepărtat atât de mult de o cultură a interogației, a deschiderii minții și a toleranței, încât o comparație între textele clinicienilor care lucrau cu psihoza în anii 1950 și 1960 și cele de azi te lasă cu gura căscată. Mulți autori contemporani scriu ca și cum problema nebuniei tocmai ce a fost rezolvată prin cercetare genetică sau neurologică: psihoza este o afecțiune a creierului, și medicamentele pot s-o vindece. Există, firește, excepții notabile — și, în particular, activitatea multor psihiatri și profesioniști în îngrijirea sănătății mentale din țările scandinave —, dar situația generală rămâne cu totul deplorabilă. Un accent pseudoștiințific pus pe rezultatele măsurabile și „vizibile” a înlocuit efortul atent și de lungă durată care respectă demnitatea fiecărui pacient individual.

Doi psihologi americani care au continuat vechea tradiție a psihoterapiei psihozei își compară demersul cu eforturile elefantului Horton, personajul din cărțile scrise de dr. Seuss. Acest elefanțel grijuliu poate să-i audă pe locuitorii unei lumi microscopice conținute într-un fir de praf, dar nimeni din junglă nu vrea să-l creadă. El știe de situația lor grea și de dezastrul