

## CAPITOLUL V

### Procesul de vindecare

Cei patru subiecți ale căror cazuri le-am relatat în termeni nu foarte romanțați au o trăsătură comună. Problema lor inițială, despre care mi-au vorbit la prima consultație, a dispărut cumva de-a lungul drumului parcurs, unic și autonom, prin propriul proces de vindecare. Este vorba despre o ocluzie intestinală indusă de boala Crohn, un cancer de colon, o durere anorectală invalidantă, de natură complet necunoscută, și o durere abdominală severă cauzată de o colopatie funcțională. Însă ceea ce îi caracterizează pe acești pacienți, dincolo de „simpla“ vindecare, dacă ar fi să ne limităm la standardele clasice ale medicinei, este faptul că viața lor s-a transformat radical în urma suferinței care i-a adus la medic (și asta în cadrul unui proces amprentat de o remarcabilă autonomie). Un proces care depășește relația tradițională pacient-medic, marcat la modul profund de o dependență enormă, întreținută chiar de profesia medicală.

Boala nu este începutul morții, ci, dimpotrivă, începutul unei vindecări. Firește, și trupul trebuie să se vindece, dar și spiritul.

### *Violențele sexuale și suferința la nivel corporal*

Niciunul dintre bărbații și femeile respective nu suferise, de altfel, violențe sexuale. Consider important să subliniez acest lucru, deoarece în cărțile mele anterioare am vorbit mult (declanșând poate și unele neînțelegeri) despre consecințele medico-chirurgicale ale abuzurilor sexuale.

Multă vreme, nici societatea în general, și nici profesia medicală în particular nu au reușit să protejeze copiii de prădătorii sexuali, marcați de propriile lor conflicte identitare, fie incestuoși, fie nu. De subliniat totuși că societatea actuală este alcătuită din descendenții unei epoci în care, după toate probabilitățile, situația era și mai gravă.

Interdicția incestului reprezintă un tabu al civilizației. Iar această interdicție nu este decât o variantă a învățării relației cu celălalt. Michel Foucault a arătat că între etica greacă și etica creștină s-a produs o mutație majoră: obiectul dorinței sexuale și erotice – femeie, copil sau sclav, fără deosebire – a devenit un alt subiect, un egal. Această transformare a fost deosebit de dificil de instaurat atâta vreme cât comportamentele sexuale erau reglementate de clerici care pretindeau că vorbesc în numele divinității și susțineau puterea seculară.

Istoria vrăjitoriei din Evul Mediu arată cât de intens au fost persecutate „vrăjitoarele“ de către marii inchiizitori ai unei Biserici terorizate de sexualitate și, mai ales, de femei. Femei probabil isterice, dar mult mai apropiate de propriul corp și de natură. În acea epocă, tot Biserica administra o medicină încă neștiințifică, prin purgații, clisme și alte „instrumentări“ digestive – sau prin fier și foc. În multe privințe, istoria vrăjitoriei se suprapune peste istoria isteriei, a abuzurilor sexuale și a interdicțiilor lor, de-a lungul evoluției moravurilor.

Totuși, istoria abuzurilor sexuale și a tabuului incestului nu reprezintă probabil decât vârful unui aisberg existențial și inconștient mult mai profund. Să nu uităm că, în prezent, prevalența abuzurilor sexuale este de „doar“ 20%.

### *Suferințele corporale și tulburările de identitate sexuală*

În celelalte cărți ale mele am sugerat că problematica abuzurilor sexuale reprezintă, probabil, doar ceea ce se vede la suprafață – asemenea capacului ermetic al unei oale sub presiune. Nu oricine este abuzat, așa cum nu oricine abuzează.

Abuzator și abuzat, un fel de gemeni necorespunzător identificați, se aseamănă în nefericirea lor; unul își impune sexul celuilalt într-un raport de putere lipsit de dorință autentică, nu pentru a se bucura, ci pentru a încerca să existe, fără să ajungă însă la plăcere sau la fericire, în afara oricărei forme de bucurie.

„Intru în erecție, deci exist“, mi-a spus la un moment dat un filosof argentinian, exilat la Paris, departe de militarii frustrați din țara sa de origine, căsătorit cu o rusoaică, cât mai departe de rădăcinile lui, alergând din femeie în femeie într-o încercare disperată și zadarnică de a fi. O formulă care voia să-l depășească pe Descartes și al său „Gândesc, deci exist“, dar rămânea departe de un Cuvânt făcut Trup. După același tipar, artista Annette Messenger a dat un răspuns realmente provocator: „Sug, deci exist.“

În spatele problemei abuzurilor sexuale se află, așadar, o problemă de identitate. Sunt pe deplin de acord cu ideea lui Joyce McDougall, potrivit căreia toți oamenii au de făcut un travaliu de doliu între bisexualitatea psihică, moștenită de la părinți și strămoși, și monosexualitatea corporală.

Când o femeie însărcinată face o amniocenteză, ca să încerce să detecteze cât mai din timp eventualele malformații congenitale, lichidul prelevat prin acul introdus în abdomen, respectiv în uter, conține fragmente celulare provenite din pielea fătului. Indiferent dacă la ecografie se observă sau nu prezența unui falus, simpla analiză cromozomială a acestor celule ne permite să vedem dacă urmează să se nască un băiat sau o fată. Adesea, mass-media vehiculează o idee

vag freudiană potrivit căreia, până la apariția organelor genitale – penis și scrot la băiat, respectiv vagin și uter la fată – fătul ar fi de sex nediferențiat. Această idee este falsă și absurdă; practic, neagă realitatea. Într-adevăr, totul este decis încă din momentul conceperii primei celule: până să vină pe lume, fătul va fi băiat sau fată.

Alegând în mod deliberat să vorbesc în cartea de față despre subiecți care nu au fost niciodată abuzați sexual, am dorit ca paradigma mea referitoare la procesul de vindecare să fie legată de un nivel anterior oricărei forme de traumă genitală, oricât de oribilă ar fi aceasta și chiar dacă poate funcționa ca amintire-ecran pentru o traumă și mai primitivă. Reluând titlul unei cărți de Anny Duperey, am putea vorbi despre un „văl negru“ aruncat peste aspecte și mai dureroase decât oroarea unui abuz sexual.

În prezent, consider că trauma cea mai arhaică și cea mai primitivă rezultă dintr-o concepție lipsită de iubire. Și mă refer aici la această viață, fără să luăm în calcul niciun fel de traumă transgenerațională.

### *Întoarcerea la origini*

Știm să determinăm cu precizie momentul în care se naște un copil viu. Știm, cu ceva mai puțină precizie, să constatăm un deces. Dar vindecarea? Când poate fi proclamată „vindecare“ remisia unei boli fizice „cronice“, precum boala Crohn sau cancerul de colon? Câți ani trebuie să așteptăm înainte de a fi autorizați să o spunem? Nu suntem oare cu toții niște „morți în așteptare“? În acest sens, nu ar trebui să fim animați mai degrabă de un instinct al morții decât de instinctul vieții?

Din ce moment o ființă umană, în general sănătoasă, nu mai are nevoie să fie integrată într-un sistem medicalizat, la care este abonată așa cum s-a abonat la o firmă de distribuție de gaze, și poate „să-și

ia sănătatea în propriile mâini“ (așa cum, de altfel, se și numește un Comitet de Sănătate din Canada), pe scurt, să devină autonomă?

Doi dintre pacienții ale căror cazuri le-am descris pe parcursul cărții suferau de o boală organică, fizică, cât se poate de reală – nicidecum imaginară și nici măcar funcțională –, puternic medicalizată în societatea occidentală, aproape exclusiv orientată către dimensiunea științifică. A existat o vreme când pacienții cu boala Crohn erau trimiși la psihiatru. Or, ar fi o crimă să nu operezi o femeie la care boala a creat un obstacol mecanic de netrecut, chiar dacă știm foarte bine, din cauza ratei ridicate a recidivelor postoperatorii, că ar fi deopotrivă iluzoriu și necinstit să promiți vindecarea printr-o simplă intervenție chirurgicală unei paciente care suferă de boala Crohn.

De asemenea, ar fi criminal să tratezi un pacient cu cancer de colon prin orice formă de medicină alternativă – pe care mulți o confundă cu terapii complementare precum hipnoza, biofeedback-ul, meditația sau masajul. Știința psiho-neuroimunologiei, care abia începe să se dezvolte, e proaspăt ieșită din botezul obscurantismului. Modelul bio-psiho-sociospiritual al genezei bolilor vine să înlocuiască modelul biomedical, la fel de simplist, într-un mod dezolant, ca și acela care, în medicina fals blândă, stabilește prin scurtături o ecuație primară și rapidă între o problemă corporală și un soi de echivalent al unei problematici psihice – precum în abordările simplificatoare propuse de adepții radicali ai așa-numitei „biologii totale“. Cu alte cuvinte, ne aflăm încă în epoca de piatră în ceea ce privește abordarea integrată, globală, holistică a bolilor fizice organice, perfect palpabile.

Creșterea exponențială a costurilor din sănătate nu reflectă doar îmbătrânirea și creșterea speranței de viață a populațiilor occidentale, ci și refuzul lor încăpățânat (sau chiar incapacitatea, am putea spune) de a-și lua sănătatea în propriile mâini. Din acest punct de vedere, deopotrivă administratorii și administrații împărtășesc ace-

eași iluzie a modelului biomedical: ideea că ne îmbolnăvim dintr-un nefericit hazard.

Această evaluare critică a stării actuale a medicinei a fost formulată într-o carte care încearcă, în mod remarcabil, să construiască o punte între toate abordările sănătății și bolii: *La solution intérieure* („Soluția interioară“), de Thierry Janssen. Este vorba despre o amplă revizuire a literaturii științifice și nu numai, realizată de un chirurg urolog, care încearcă să ne deschidă mintea pentru a nu mai trunchia evaluarea globală a realității în favoarea unei științe simplificatoare, în care numărul infinit de variabile este redus la un minimum gestionabil și evaluabil obiectiv.

În medicina științifică, anumiți „puriști“ cred cu tărie că totul va fi demonstrat într-o bună zi, chiar dacă acum închid ochii și își astupă urechile în fața complexității lumii cu care încearcă să comunice – într-o primă etapă, ar trebui totuși să o înțeleagă, fără a ajunge neapărat la un dialog adevărat. Prietena mea, Sylvie, vorbește tocmai despre „acei medici blindăți pe care îi întâlnim peste tot“, al căror „profesionalism“ nu este nici măcar asociat cu o minimă sensibilitate.

În ceea ce îi privește pe ceilalți doi pacienți (bărbatul care suferea de colopatie funcțională și femeia afectată de o durere anală intolerabilă), după vindecare, problema lor s-a dovedit a fi de natură funcțională. Nu imagină, așa cum cred mulți îngrijitori și pacienți, ci care ține de somatizare.

Corpul este cel care vorbește, iar el nu are la îndemână decât durerea pentru a se exprima. Nouă ne revine sarcina de a învăța să descifrăm acest limbaj arhaic.

## CAPITOLUL VI

### Se poate vindeca o boală incurabilă?

Toți medicii corect instruiți știu că boala Crohn de care a suferit Danielle nu poate fi vindecată printr-o intervenție chirurgicală. Chirurgia trebuie rezervată complicațiilor grave și ireversibile. Ocluzia intestinală persistentă, de exemplu, poate apărea din cauza unei fibroze și a unei rigidizări a țesuturilor, așa cum s-a întâmplat în cazul lui Danielle. Alteori, este vorba mai degrabă de un edem, o umflare a țesuturilor potențial reversibilă, provocată în marea majoritate a cazurilor de inflamația inerentă bolii.

O altă complicație posibilă este o infecție severă, de exemplu un abces, o perforație însoțită de peritonită, o fistulizare (când intestinul afectat comunică cu un alt organ) sau o hemoragie masivă, necontrolată, a cărei oprire devine o chestiune de viață și de moarte. Uneori (mai rar), boala poate afecta grav și potențial permanent creșterea unui copil cu boală Crohn. În cazuri mai rare, colonul se dilată, existând risc de perforație, sau este afectat de ulcerații vechi.

O capcană, nu întotdeauna ușor de evitat, este decizia de a opera „din cauza lipsei de răspuns la tratamentul medical“, chiar dacă acesta este optim. În urmă cu câțiva ani, după ce am trecut în revistă câteva cazuri mai vechi, am constatat că, dintre toți pacienții cu boala

Crohn urmăriți în spitalul în care lucram, doar 16 fuseseră operați în ultimă instanță, în absența oricărei complicații. O cifră cât se poate de rezonabilă, dacă ne gândim că eșantionul număra peste 600 de bolnavi.

Da, dar... dintre cei șaisprezece pacienți, cincisprezece erau femei, iar la acea vreme toți chirurgii erau bărbați. Ceea ce dă de gândit asupra evoluției bolii și asupra indicațiilor chirurgicale în funcție de identitatea celor implicați.

Rămâne o complicație extrem de rară: cancerul. Știm că poate apărea uneori în colon și, de asemenea, în anumite segmente ale intestinului subțire afectate de boală, dar scoase din circuitul alimentar printr-o derivație chirurgicală realizată dincolo de zona bolnavă.

De ce spunem că boala Crohn nu poate fi vindecată prin intervenție chirurgicală și că ar fi incorect să facem o asemenea promisiune? Pentru că dispunem acum de suficient recul istoric asupra acestei boli, de la descrierea ei de către doctorul Burrill B. Crohn în 1931. Când, în anii 1950, un chirurg din Liverpool, pe nume Wells, a descris „colita Crohn“, adică o formă de boală Crohn a colonului și nu a intestinului subțire, întreaga Americă a ironizat ideea: „Știți bine că această boală este o boală a intestinului subțire!“

Știm însă în prezent, datorită unei serii de rapoarte de caz, că boala Crohn poate apărea în gură, în esofag, în stomac, în duoden sau în anus. Am publicat studiul unei serii de paciente care prezentau boala Crohn la nivelul clitorisului sau al vulvei, fără nicio altă leziune perineală. În plus, unul dintre colegii mei a publicat cazul unui bărbat care avea boala Crohn la nivelul gambei. Pe scurt, de la o boală inițial bine delimitată la porțiunea inferioară a intestinului subțire, am ajuns astăzi la o boală multilocalizată, chiar dacă leziunile sunt predominant digestive.

Am trecut, pe scurt, prin istoria bolii Crohn tocmai pentru a sublinia cât de lent i-am recunoscut noi, medicii, existența și, mai ales,

amplerea spectrului. În plus, am vrut să insist asupra faptului că leziunile bioorganice, perfect vizibile cu ochiul liber, radiologic și histologic, nu sunt o „construcție“ mentală sau imaginară, ci cât se poate de reale. Ele nu sunt nici limitate la o zonă corporală din care ar putea fi pur și simplu extirpate.

La aproape un secol de la descrierea sa, nu avem încă un tratament specific pentru această boală. Și, în ciuda interesului multor cercetători și clinicieni, nu îi cunoaștem nici acum cauza. Am căutat nenumărate bacterii și virusuri fără a putea incrimina vreun agent infecțios.

Unii psihologi și psihiatri au perseverat (pe bună dreptate, după părerea mea) în a identifica factori psihologici asociați bolii Crohn. Ei au demonstrat prezența unei psihopatologii la aproape 50% dintre pacienți; cele mai evidente erau depresia, la aproape o treime, și un caracter obsesiv la un număr mare de subiecți – persoane obsedate ca totul să fie în ordine, sub control, verificat și reverificat. În Québec, marea majoritate a pacienților sunt femei.

Acum ceva vreme, am participat la un studiu internațional în care criteriile de diagnostic nu erau stabilite după opinia clinicianului, radiologului sau anatomopatologului (cu toate variațiile posibile de la o țară la alta), ci printr-un program informatic asistat de calculator. Ne-am situat la o extremă a spectrului, raportul fiind de 9 pacienți cu boala Crohn la 1 cu rectocolită ulcero-hemoragică. La polul opus se afla Cehoslovacia, cu un raport invers, de 1 la 6. Prototipul pacientului cu boala Crohn, din experiența mea, este o „femeie tânără, frumoasă, inteligentă, care se controlează și care controlează“...

Desigur, când fac această observație, pornesc de la premisa unei „științe soft“, bazate nu pe „observația clinică“ riguroasă a unui anumit număr de variabile, ci pe „arta medicinei“, unde toate datele subiective (de ambele părți) sunt integral în timpul „experiențelor clinice“.

Când scepticii materialişti au luat cunoştinţă de existenţa studiilor care demonstau prezenţa psihopatologiei în boala Crohn, au exclamat imediat că este normal: o boală atât de grea, cu o morbiditate atât de importantă, care afectează inevitabil psihicul pacientului... Un caz tipic de „căruţă şi cal“, în care trebuie stabilit cine pe cine trage!

Din fericire, un studiu britanic a demonstrat fără echivoc prezenţa pe scară largă a psihopatologiei înainte ca diagnosticul bolii să fie stabilit, arătând astfel că aici, ca în toate bolile, psihicul este implicat şi că nu există boli psihosomatice *per se*, care să reprezinte o categorie separată.

Un studiu fascinant, realizat de un psiholog pe nume McMahon, a comparat pacienţi cu boala Crohn cu un frate sau o soră care nu suferea de această boală. Şi în acest caz a fost identificată prezenţa psihopatologiei la bolnavi. Doar că el a realizat o analiză mult mai fină decât simpla aplicare a unor teste cuantificate. De asemenea, a ajuns la concluzia că pacientul nu îşi trăise... criza tipică adolescenţei. Locuia încă cu părinţii la o vârstă înaintată, ca în filmul *Tanguy*... Sau trăiau într-o relaţie pe care aş numi-o mai degrabă „menaj“ decât „cuplu“, într-o dependenţă fuzională totală.

Am zâmbit într-o zi, la camera de gardă, când un bărbat de vreo 30 de ani, aflat într-un puseu acut de boală Crohn, s-a prezentat la consult, iar soţia lui a întins mâna să ia reţeta pe care tocmai o scrisesem. Totuşi, starea lui generală nu justifică un asemenea infantilism.

Împărtăşesc pe deplin ipoteza colegului meu, profesorul Jean-François Corbin, psihiatru şi psihanalist, potrivit căreia pacienţii cu boala Crohn au trăit probleme grave de ataşament încă din primii ani de viaţă. Dar mă îndoiesc că acest lucru este specific bolii, întrucât mulţi oameni au avut o copilărie dificilă fără a dezvolta boala Crohn. Încă o dată, revenim la necesitatea unui model multifactorial.